GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE

Par JULES GUÉRIN, D.-M.-P.

Deuxième Série.

TOME DOUZIÈME. — ANNÉE 1844.



PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.

Typographie et Lithographie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18,
près le passage du Grand-Cerf.

N° 1. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 6 JANVIER 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve Racine*, n° 16 près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'HYDROPISIE ET DE LA TYMPANITE UTÉRINES HORS DE L'ÉTAT DE GESTATION; par M. TESSIER (de Lyon), D. M. P.

Je me propose dans cet article de démontrer, contrairement à l'opinion de MM. Stoltz et Nægelé, que l'hydropisie et la tympanite utérines sont des maladies non seulement *possibles*, mais *réelles*, et qui, bien que rares, doivent conserver une place dans le cadre nosologique.

La proposition que je veux mettre en évidence n'est pas nouvelle, puisqu'un assez grand nombre d'auteurs anciens et modernes ont reconnu l'existence de ces maladies, et en ont même enregistré des faits dans leurs ouvrages; mais ces faits ayant été considérés comme apocryphes par les médecins célèbres que je viens de nommer, et qui ont acquis, en matière de maladies des femmes, une grande influence sur la marche des idées, influence qui ne peut mieux justifiée par de nombreux et importans travaux, il est nécessaire de fixer la science à cet égard et de combattre une erreur qui, protégée par des noms aussi recommandables, ne manquerait pas de se propager rapidement et de causer à quelques praticiens des mécomptes fâcheux, non seulement de diagnostic, mais encore de traitement (1).

C'est pour cela qu'ayant entre les mains les preuves irrécusables de l'existence de la tympanite utérine et de l'hydrométrie, j'ai cru devoir publier les faits que j'ai eu l'occasion de rencontrer. Ces faits à eux seuls pourraient suffire pour renverser tous les argumens qui ont été apportés par MM. Stoltz et Nægele contre la possibilité de ces maladies, et pour démontrer qu'on a toujours tort de vouloir assigner en pathologie des limites au *possible*; mais afin d'établir plus solidement encore la proposition que j'ai émise en tête de cet article, j'aurai soin de rapprocher mes propres observations de quelques autres choisies dans les meilleurs auteurs, et qui ont tout le caractère d'authenticité désirable.

Je commencerai par la *tympanite utérine*, et je citerai tout d'abord un fait que j'ai observé pendant plusieurs mois de suite chez une femme que j'ai revue très souvent depuis l'époque où, pour la première fois, elle rendit des gaz par le vagin.

(1) C'est au congrès de Strasbourg qui eut lieu au mois de septembre 1842 que MM. Stoltz et Nægele ont soutenu l'opinion que j'attaque. On peut consulter pour plus de renseignemens à cet égard le compte-rendu de ce congrès, qui a été publié dans le numéro de novembre 1842 du JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON; par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville.

Feuilleton.

COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF.

> Citiùs emergit veritas ex errore quam confusione.
>
> (BACON.)

(Suite et fin. — Voir le numéro du 23 décembre 1843.)

Le rapide tableau que nous essayons de notre époque médicale serait tout à fait incomplet si nous omettions de parler de la littérature médicale. Eh bien! son caractère est également celui du temps actuel; c'est-à-dire qu'on y remarque une surabondance extrême, un immense travail de morcellement, et la manie stérilisante d'une analyse sans fin. Aussi les ouvrages de spécialité sont-ils les plus nombreux; aussi voit-on beaucoup de recherches, beaucoup d'expériences, d'essais, d'observations isolées, infiniment peu de travail d'ensemble et de haute portée. Il en résulte que si, d'une part, on considère les produits, et de l'autre, les résultats incontestablement utiles, on peut croire que l'illustre Académie de *réduction* dont nous avons parlé aurait beaucoup à faire. Toutefois, n'allons pas trop loin; il est des livres qui font honneur à notre époque, et qui un jour lui seront comptés, livres que nous pourrions nommer avec satisfaction, avec orgueil même, si nous ne nous étions fait une loi sévère de ne rien citer. Le malheur est que les exceptions ne font pas loi. Mettez à part quelques bonnes productions, le reste tombe dans le vulgaire, dans l'abondance, dans le terre à terre; puis vient la foule, la plebe, portant effrontément l'estampille industrielle. En général, on craint de s'élancer, de s'aventurer; une idée élevée cause de l'effroi, et l'on pèche aujourd'hui beaucoup moins par excès de hardiesse que par trop de timidité. Jamais peut-être il n'y eut plus d'instruction, plus de talens et moins d'ouvrages supérieurs, répandant de ces hautes clartés de la science et qui servent de phare aux esprits. Les recherches, la méditation, se portent trop vers l'action, de là un horizon toujours borné. Qu'attendre, en effet, de ces études superficielles, de cette érudition indigeste datant d'hier ou d'aujourd'hui, de ces faits ramassés à droite et à gauche dans les hôpitaux ou dans les livres? Qu'en peut-il résulter? De pâles essais, de très faibles ouvrages qui attestent l'avidité de la réputation et l'impatience de se produire. Est-il beaucoup de ces auteurs qui puisse dire avec conscience :

> Non equidem hoc studeo, bullatis ut mihi nugis
> Pagina turgescat, dare pondus idonea fumo.
>
> (PERSE, sat. v.)

Ce qui désespère, ce qui décourage, c'est que la plupart de ces livres qui foisonnent, ne sont ni bons, ni mauvais absolument; on ne saurait dire ce qu'il y a dans ces ouvrages, ni ce qu'il y manque; c'est la perfection de la médiocrité. Se-

TYMPANITE UTÉRINE SIMULANT UNE GROSSESSE; EXPULSION D'UNE GRANDE QUANTITÉ DE GAZ PAR LE VAGIN.

OBS. Madame Rey, tailleuse, rue Thomassin, 8, âgée de 43 ans, d'un tempérament éminemment nerveux, d'une constitution forte, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1840 pour se faire traiter d'une métrite chronique compliquée d'hystérie.

Les symptômes principaux que présentait cette malade étaient un engorgement du corps et du col de la matrice facilement appréciable par le toucher, un écoulement leucorrhéique datant de 15 ans, un retard des menstrues depuis deux mois et demi, des douleurs dans l'hypogastre et dans les reins, des accès hystériques assez fréquens.

Un mois plus tard, le ventre commença à se développer et la perte blanche diminua d'une manière sensible.

A partir de cette époque, le volume du ventre devint chaque jour plus considérable et comme les règles ne reparaissaient pas, la malade conçut le soupçon d'une grossesse. Je pratiquai le toucher par le vagin et l'hypogastre. Je reconnus parfaitement que l'utérus formait une tumeur volumineuse mais légère, car mon doigt la soulevait très facilement. La percussion du bas-ventre fournissait d'ailleurs un son clair, parfaitement distinct.

Il y avait six mois au moins que les règles étaient supprimées; l'utérus remontait presque jusqu'à l'ombilic; la femme persistait à se croire enceinte; elle prétendait même sentir quelquefois des mouvemens analogues à ceux d'un fœtus; (moi, au contraire, je pensais qu'elle était dans l'erreur et qu'elle était affectée d'une tympanite utérine. Je basai mon diagnostic sur ce que l'auscultation ne faisait entendre ni bruit de souffle ni battemens du cœur fœtal, sur le météorisme du ventre, sur la légèreté de la tumeur utérine); il y avait, dis-je, six mois que les règles étaient supprimées, quand tout à coup à cinq heures du soir la malade est prise de douleurs tout à fait semblables à celles de l'accouchement, partant des reins et de l'ombilic, et se dirigeant vers l'excavation pelvienne, qui furent suivies de l'expulsion bruyante par le vagin d'une grande quantité d'un gaz très fétide. A mesure que ce gaz s'échappait, le ventre diminuait sensiblement, et au bout de quelques heures, il était tout à fait affaissé.

Je ferai observer qu'il ne sortit ni caillot, ni môle, ni aucun autre corps étranger dont la putréfaction pût expliquer cette formation anormale de gaz dans l'utérus.

Il y a plus de trois ans que cette première expulsion de gaz eut lieu. Depuis cette époque, bien que madame Rey ne se soit jamais trouvée en état de gestation, le ventre s'est souvent ballonné de nouveau pour s'affaisser au bout de quelques jours par la sortie d'une certaine quantité de fluides gazeux.

Le fait qu'on vient de lire renferme, je crois, des détails assez précis pour que les esprits les plus circonspects ne puissent douter de la nature de la maladie; mais quand bien même je n'en aurais pas été témoin, l'existence de la tympanite *essentielle*, hors l'état de gestation, n'en serait pas moins pour moi un fait de conviction, et cette conviction serait suffisamment motivée par les exemples suivans qui se trouvent dans d'excellens auteurs.

Un médecin autrichien dont parle Frank rapporte que deux femmes étaient affectées de flueurs blanches depuis plusieurs années. Elles éprouvaient continuellement dans l'hypogastre une ardeur brûlante, une douleur érosive et pongitive. A différentes époques, elles se plaignirent d'une grande anxiété, d'un ténesme de l'utérus, de douleurs qui se dirigeaient vers les aines et dans le vagin. Il survint ensuite une légère défaillance. L'anxiété et le ténesme utérin se terminèrent par une abondante explosion de vents très fétides qui sortaient du vagin avec violence. Après la mort, on trouva la matrice développée, dure, élastique, remplie de gaz dont l'odeur fit tomber en défaillance un des assistans. (Frank, MÉD. PRAT., livre des rétentions.)

Le même auteur rappelle l'histoire de deux dames illustres de Padoue, qui, depuis longtemps stériles, furent enfin jugées enceintes par des accoucheurs expérimentés, et qui ne rendirent cependant qu'une grande quantité de vents.

Dans la REVUE MÉDICALE de 1830 se trouve insérée l'observation d'une femme de 40 ans qui éprouva le même désappointement. Elle se croyait enceinte; ses règles étaient supprimées depuis cinq mois; le ventre s'était gonflé graduellement et l'utérus était parvenu au niveau de l'ombilic. Un jour elle se baisse; tout à coup des flatuosités abondantes s'échappent de la vulve et le ventre s'affaisse complètement.

M. Colombat (de l'Isère) a eu l'occasion d'observer une dame de 28 ans qui avait été déclarée enceinte par plusieurs médecins, et chez laquelle cette grossesse présumée se termina tout à coup par une explosion considérable de gaz sortant du vagin à la suite de quelques mouvemens brusques faits pour monter sur un lit. (TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES, t. 2, page 781.)

M. Lisfranc s'exprime ainsi à la page 321 du tome 3 de la CLINIQUE CHIRURGICALE : « J'ai donné des soins à une dame affectée de pertes blanches qui dataient de longtemps et qui alternaient avec une ménorrhagie. Cette femme, âgée de 48 ans, était faible et d'une constitution lymphatique. Son ventre avait singulièrement augmenté de volume depuis deux jours; la matrice remontait au-dessus du pubis, qu'elle avait dépassé de 9 centimètres; elle occupait presque toute l'étendue du diamètre transverse de la région hypogastrique.

» Il existait des tranchées, des coliques utérines; il y avait de la fièvre; l'abdomen était douloureux à la pression. Je pratiquai le toucher en même temps par le vagin et par l'hypogastre. Je reconnus une tumeur douée d'une élasticité qui m'étonnait. Tout à coup je sens que le col de l'utérus se dilate; à mesure qu'il en sort à grand bruit beaucoup de gaz, le ventre s'affaisse; la malade ne souffre plus; l'état fébrile est moindre : mais l'on trouve encore au-dessus des pubis une tumeur produite par la matrice, qui n'est pas revenue complètement sur elle-même, et qui, n'étant pas entièrement débarrassée, expulse à des intervalles assez courts une certaine quantité de fluides gazeux dont la sortie est annoncée par un bruit assez fort. Quelques jours après, une môle charnue du volume d'un gros œuf de poule fut rendue. »

Dans ce cas, on n'avait pas affaire à une tympanite utérine vraiment essentielle, puisqu'elle était probablement occasionnée par la présence de la môle, bien que celle-ci fût très petite; mais il n'en demeure pas moins incontestable que cette tympanite n'était nullement liée à une grossesse fœtale.

Ces faits suffisent, il me semble, pour démontrer péremptoirement que la tympanite utérine hors l'état de gestation n'est pas une fiction et qu'elle existe réellement; car il est impossible de rapporter à une autre maladie les symptômes caractéristiques qu'ils ont présentés, à savoir, la tuméfaction de l'utérus constatée par le toucher et par la palpation abdominale, et son affaissement après l'expulsion de gaz par le vagin.

Les observations qui établissent l'existence de l'*hydrométrie* sont encore plus nombreuses et plus concluantes, en quelque sorte; car il est

---

lon un philosophe de l'antiquité : *Taisez-vous ou dites quelque chose de meilleur que le silence*; si ce magnifique précepte était bien compris parmi nous, on n'aurait pas à déplorer cette profusion insensée d'œuvres destinées à l'oubli, ce débordement de livres de toute espèce qui encombrent les librairies; il serait aisé de distinguer les illusions de l'amour-propre, de la conscience du vrai talent. On saurait encore que pour dire au public, à ses confrères, écoutez-moi, lisez-moi, il faut être prodigieusement instruit; on ne se hasarderait pas à d'inutiles compilations, vraie friperie scolastique; à publier, sous le prétexte de combler d'*importantes lacunes*, des choses cent fois redites; à éditer un *beau volume*, qui, sous de séduisantes apparences, distille en effet deux poisons, l'erreur et l'ennui. Avouer la paternité spirituelle d'un livre, c'est dire qu'on a creusé, médité un sujet, qu'on a vu ce qui avait échappé à d'autres, qu'on a extrait quelque chose de l'énorme masse de l'inconnu, que l'idée d'abord, puissante, originale, ensuite l'exécution facile, attrayante, sont dignes de fixer l'attention. Instruisez-moi, intéressez-moi, apprenez-moi ce que j'ignore; je veux du vrai, de l'utile, du nouveau, s'il est possible; voilà l'exigence tacite du lecteur; si on le trompe, l'œuvre est dédaignée, méprisée, elle va où vont tant de choses, à l'éternelle indifférence. Nous savons bien qu'il y a d'autres moyens de succès; ici se trouve ce duel illogique et honteux entre les mauvais livres et leur succès apparent et fictif, de ces livres où des aperçus sans profondeur, des notions superficielles, des idées vulgaires et vieillies sont publiées, vantées, comme l'ultimatum de la science. Mais personne n'ignore que ce succès d'éditeur actif, rusé, ou de premier entrain, n'est que passager, illusoire. Si l'œuvre ne répond pas à l'éclat de cresselle des journaux et aux fanfares des annonces, si on force la main à l'acheteur en s'adressant à sa curiosité plutôt qu'à son esprit, en un mot, si le piédestal est dix fois plus haut que l'idole, un lecteur judicieux dit aussitôt : il y a *fabrique*, il n'y a pas *œuvre*; il voit qu'il s'agit moins d'un auteur que d'un homme d'affaires, d'un entrepreneur qui ouvre boutique et vend ses produits à la aune, à la colonne, et au rabais. C'est là ce qui fait que la valeur matérielle de certaines œuvres est descendue au même niveau que leur valeur morale. La faculté d'invention, c'est-à-dire l'imagination du savoir, est plus rare que jamais; aussi beaucoup de livres et le très petit nombre de remarquables, de là encore une certaine fermentation et de tristes produits, beaucoup de mouvement et peu de vie.

Du reste, cet état de la littérature médicale est pour ainsi dire le reflet de l'esprit général de la société; aussi notre intention est, ni de louer, ni de blâmer, mais de constater. Du moment que l'on écrit pour se faire le plustôt possible un nom, une réputation, une spécialité, c'est-à-dire dans des intérêts très secondaires à la science, on peut être certain que l'ouvrage sera médiocre et que l'auteur ne se fait pas illusion. Il est à cet égard deux signes de fatalité qui ne trompent jamais : le premier, de ne pas faire de la science pour la science; le second, de rester indifférent au jugement de la postérité; or, ces deux signes sont aujourd'hui effrayans d'évidence. Où est l'homme capable aujourd'hui de dire hardiment : *Odi profanum vulgus?* Et ces mots doivent pourtant être la devise de tous ceux qui sont encore assez désintéressés pour songer au lendemain d'une œuvre. Autrefois, à tort ou à raison, on ne trouvait pas un écrivain sérieux qui ne s'imaginât qu'il travaillait pour les générations futures; stimulé par cet espoir, il consacrait et son temps et ses forces au fruit de son labeur. Maintenant

facile de citer non seulement des faits cliniques très évidens, mais encore des faits anatomiques observés après la mort et par conséquent irréfragables, comme je vais en fournir successivement les preuves.

Fernel (PATHOL., liv. 6, cap. 15) rapporte l'observation d'une femme qui, à chaque période menstruelle rendait par la vulve une énorme quantité d'eau, après quoi son ventre s'affaissait et les règles coulaient selon les lois de la nature. La collection séreuse se formait chaque mois et l'écoulement survenait à une époque fixe.

J.-P. Frank, dans son TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, raconte l'histoire d'une fille de Milan dont le flux menstruel était remplacé par un écoulement de matière aqueuse limpide et sans aucun mélange de sang. Il cite encore une femme de Pavie qui, jouissant d'une bonne santé, présenta pendant onze mois tous les signes de la grossesse, sans en excepter la présence du lait dans les mamelles. Depuis plusieurs jours, elle éprouvait les douleurs de l'accouchement; le chirurgien de l'hôpital explorant l'utérus reconnut que l'orifice descendait pendant les douleurs jusqu'au fond du bassin; mais il ne découvrit rien qui annonçât la présence d'un enfant dans la matrice. Il coulait lentement du vagin, comme aux approches de l'accouchement, une humeur visqueuse et sanguinolente. Bientôt il s'échappa une grande quantité de liquide : la tumeur disparut et les mamelles rendirent un lait véritable quoiqu'il n'existât pas de grossesse.

Mauriceau, dont les ouvrages renferment tant d'observations précieuses, parle aussi, pour l'avoir vue, de l'hydropisie de matrice en dehors de l'état de gestation. « Il y a des femmes, dit-il, qui, croyant être effectivement grosses d'enfant, n'ont que des hydropisies de matrice, comme il est arrivé à une marchande de bois carré à Paris, que j'ai bien connue, laquelle n'a jamais eu d'enfant, quoiqu'elle en ait eu des passions étranges, jusques au point d'en espérer à l'âge de 45 ans, à cause qu'elle avait encore pour lors quelque peu de menstrues. On persuada une fois à cette femme, sur le récit des signes qu'elle disait avoir, durant l'espace de dix mois entiers, qu'elle était grosse, de quoi la sage-femme et plusieurs autres l'assuraient (aussi le croyait-elle elle-même, car il n'est pas difficile d'être persuadé de ce qu'une forte passion nous fait espérer), à cause qu'elle avait effectivement le ventre enflé, et disait même sentir mouvoir son enfant, et le croyait si bien qu'un jour, se trouvant plus mal qu'à l'ordinaire, après avoir fait préparer une très belle cassette pour l'enfant qu'elle s'imaginait avoir, elle envoya quérir sa sage-femme, qui, étant venue, lui dit que c'était effectivement pour accoucher; mais un jour ou deux après, ayant toujours espéré un enfant jusqu'alors, elle vida seulement des eaux et quelques vents, qu'elle rendit par la matrice; après quoi il fallut replier la belle cassette qu'on avait préparée. » (Mauriceau, TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES GROSSES, t. 1, p. 74.) Je suis étonné que ce fait, raconté par un observateur aussi habile et aussi digne de foi que Mauriceau, n'ait pas jeté la conviction dans l'esprit de MM. Stoltz et Nægelé, qui en connaissent sans aucun doute les moindres particularités.

Voici un autre exemple qui, pour être moins connu que les précédens, n'en est pas moins très remarquable. C'est Blegny qui le rapporte dans le second tome du JOURNAL DE MÉDECINE, p. 97. « Il s'agit d'une comtesse qui, ayant passé deux ans de mariage sans devenir enceinte, et son ventre s'accroissant de jour en jour, donna lieu de croire qu'elle était effectivement grosse, jusque vers le dixième mois de cette prétendue grossesse, qu'un commença à douter avec raison que c'était une môle un quelque faux germe; mais cette fausse grossesse ayant duré trop longtemps, avec une augmentation considérable, malgré tous les remèdes, et la matrice n'ayant été trouvée ni fort pesante, ni fort tendue par les personnes qui la touchèrent, cette indisposition fut mise au nombre de celles qui ne peuvent être ni connues, ni guéries. Cependant douze ans après qu'elle eut commencé, la malade ayant été atteinte d'un rhume de poitrine, qui causa par la toux de violentes secousses au bas-ventre, et ayant même pris pour ce mal quelques boissons apéritives, elle vida par la matrice une prodigieuse quantité d'eau, qui fut cause d'une guérison, que la médecine ne lui aurait pu procurer par aucun moyen. » Je prie le lecteur de remarquer que dans ce cas la maladie a duré douze ans, et qu'elle se fût probablement terminée beaucoup plus tôt si elle n'avait pas été méconnue. En effet l'art n'est pas aussi impuissant contre cette affection que le croyait Blegny, et il est à présumer que l'introduction d'une sonde en gomme élastique dans l'orifice utérin aurait suffi pour évacuer le liquide contenu dans la matrice et pour faire cesser tous les accidens.

Dans le tome 3 de la CLINIQUE de M. Lisfranc, à la page 346, il est aussi question d'une dame à laquelle ce chirurgien donnait ses soins et qui était affectée d'une inflammation chronique du col de la matrice avec développement considérable du corps du même organe. M. Lisfranc diagnostiqua un hydromètre et il ne se trompa pas; car, après trois semaines d'une médication émolliente et narcotique, la matrice se débarrassa spontanément et brusquement avec de légères douleurs d'une grande quantité d'eau. Après que l'utérus fut vide du liquide qu'il contenait, il revint peu à peu sur lui-même, aucun accident ne se développa et huit jours suffirent pour lui rendre son volume normal. Dans ce cas, l'auteur a soin de dire qu'on s'était assuré que la grossesse manquait.

J'ai vu moi-même aux eaux de Vals, il y a trois ans, une jeune dame qui, à chaque époque menstruelle, perdait par le vagin une assez grande quantité d'une eau parfaitement limpide qui remplaçait l'écoulement cataménial. Cette personne avait eu des enfans, mais n'était pas enceinte; mon honorable confrère et excellent ami le docteur Paul Brun, qui a connu beaucoup plus que moi cette malade, peut témoigner de l'authenticité de ce nouveau fait.

Les observations précédentes paraîtront sans doute concluantes au plus grand nombre de ceux qui les liront. Cependant on peut, à la rigueur, soutenir qu'elles se rapportent à l'hydropisie de l'ovaire et non à celle de la matrice. Cette objection, qui est une de celles présentées au congrès de Strasbourg, par M. Stoltz, contre les faits d'hydrométrie dans l'état de vacuité, qui sont consignés par les auteurs, peut trouver une juste application dans quelques cas; mais elle ne saurait s'appliquer à tous, comme on peut s'en convaincre en méditant les exemples suivans.

Vésale atteste avoir trouvé dans l'utérus d'un cadavre une collection de sérosité tellement considérable, qu'il l'estime s'élever à plus de 90 kilogrammes. (*Plus quam centum et octoginta libras aquæ serosæ.*)

Blankard cite un fait qui a beaucoup d'analogie avec le précédent; seulement la quantité d'eau ne pesait que 84 livres.

Nicolaï a vu, dans le cadavre d'une veuve sexagénaire, la matrice distendue et ronde comme une boule, qui était parvenue jusqu'au cartilage xyphoïde. Son orifice était étroitement fermé, et intérieurement elle contenait 6 mesures d'une eau semblable à de la lie. Bien que, dans ce cas,

---

presque personne ne croit à la gloire posthume, et l'on travaille en conséquence. On se contente de la gloriole contemporaine, l'on s'arrête sur les bas-fonds de l'intérêt matériel, la conquête de la vogue est toute la gloire de notre temps, parce qu'elle produit un peu d'argent; cela suffit à la plus haute ambition. L'esprit de *positivisme* ou de l'*utilarisme*, comme disent les tourmenteurs de notre belle langue, maîtrise les intelligences. Aller au gain le plus vite possible, tel est le problème à résoudre; il en résulte qu'en général les ouvrages scientifiques manquent de force et de vie, d'ampleur et de profondeur; abondans en faits, en menus détails, n'y cherchez pas de viriles habitudes de précision et de vigueur. Plus que jamais la sobriété manque, cette sobriété savante qui affermit l'inspiration par la réflexion, et qui rend durable l'élan du penseur par la patience de l'écrivain. On ne veut pas s'apercevoir que ces ouvrages de détail et de petites choses, d'une facture aisée, ont peu d'éclat, peu de souffle; pourquoi cela? C'est qu'il faut toujours remonter aux principes, à la science du fond des choses. Une vérité aussi démontrée qu'une proportion de géométrie, c'est qu'une œuvre de longue durée fut longtemps couvée par le temps et le travail; un long avenir demande un long passé. Rien de plus difficile aujourd'hui à notre époque, il faut en convenir, surtout pour les médecins, dont le nombre, l'isolement, la triste position, sont en raison directe de l'augmentation des besoins sociaux; eux aussi, après tout, comme les philosophes ont besoin, pour travailler et méditer, de loisir, d'un peu d'aisance et de beaucoup d'estime.

L'incroyable multitude de livres qui paraissent et se succèdent doit d'autant plus étonner qu'aucune époque ne fut plus difficile que la nôtre pour la littérature médicale et la librairie. Il est presque impossible de trouver un éditeur à un écrivain inconnu. c'est à lui de faire comme il pourra ses preuves de savoir et de génie. Les libraires ont à cet égard un redoutable et inflexible dilemme. Si votre livre est mauvais ou jugé tel, aucune chance de succès n'est à espérer; s'il est bon, s'il réussit, il sera contrefait, donc.... on voit qu'il y a là des *exigences* de boutique dont on parle quelquefois avec dédain, mais qu'on est forcé de respecter. A la vérité, on se dépite, comme certaines vanités prétentieuse, certains orgueils entêtés; c'est une ressource de se poser en victime, de se donner des airs de crucifié, de crier, tant pis pour la science, pour l'humanité; qu'importe? il n'en faut pas moins subir l'arrêt du destin typographique, ou risquer une mise de fonds dont la rentrée est fort incertaine. Ajoutons une autre cause d'étonnement; c'est qu'aujourd'hui on n'achète point de livres et qu'on en lit fort peu, surtout les ouvrages sérieux et de longue haleine. On l'a déjà dit, eh bien! pourquoi ne pas le redire, il est plus aisé de faire un livre, même un bon livre, que de le faire lire, surtout à Paris. Soit indifférence, soit méfiance, soit défaut de loisir, les ouvrages un peu étendus ne sont pas lus, encore moins approfondis, classés, jugés; les autres ne le sont que très superficiellement et quand on a le temps, ce qui est rare. La plus grande marque d'estime ou d'amitié qu'un auteur puisse obtenir est d'arriver à faire lire quelques pages de son ouvrage à la personne qui veut bien l'*accepter*. Le dévouement ne saurait aller jusqu'à lire trois ou quatre chapitres entiers; que l'auteur s'en tire comme il l'entendra pour obtenir cette grande et difficile chose, une attention prompte et soutenue. Ce haut privilége n'appartient qu'aux libelles, aux vives critiques, à la polémique injurieuse, à tout ce qui est bruit, honte et scandale. On pourra citer des exceptions, mais comme exceptions, elles prouvent les assertions qui

le liquide épanché ne fût pas aussi clair que dans les autres exemples, il est bien évident qu'il s'agit d'une hydrométrie essentielle.

Voici maintenant un fait clinique sur lequel j'appelle toute l'attention du lecteur : « Une dame, âgée de 35 ans, d'une constitution lymphatique, était soumise depuis longtemps à des anomalies menstruelles ; tantôt retard ou absence des règles, tantôt augmentation ou diminution des mois ; une hydrométrie survint, les symptômes de la métrite chronique se montrèrent...... (Saignées révulsives, bains chauds, lavemens et injections émollientes.) L'organe gestateur remontait jusqu'à l'ombilic...... Une leucorrhée abondante et l'absence de la menstruation se firent observer ; quinze jours s'écoulèrent ; la phlegmasie de l'utérus s'amenda beaucoup ; il n'en existait aucun symptôme au bout d'un mois ; l'hydropisie utérine résista ; j'employai alors les purgatifs drastiques, ils échouèrent ; l'émétique n'obtint pas de succès ; les sternutatoires et les injections irritantes eurent le même sort ; j'introduisis une sonde en gomme élastique dans le col utérin ; le liquide que contenait la matrice s'écoula complètement à l'extérieur : l'utérus perdit presque immédiatement les deux tiers de son volume ; aucun accident ; guérison au bout d'un mois ; l'organe gestateur reprit sa grosseur et sa forme ordinaires. Chez cette malade, on s'était également assuré qu'il n'y avait pas de grossesse. »

Cette observation est encore extraite de la clinique de M. Lisfranc, à laquelle j'en ai déjà emprunté deux autres. On pourrait désirer qu'elle renfermât de plus amples développemens sur les raisons qui engagèrent son auteur à diagnostiquer un hydromètre, mais elle est importante sous un double rapport : 1° parce qu'elle fournit la preuve la plus démonstrative qu'il soit possible de désirer, de l'existence de l'hydromètre hors l'état de gestation ; 2° parce qu'elle met en évidence l'utilité qui se rattache directement à la connaissance de cette maladie, qui peut durer et occasionner de vives souffrances pendant de nombreuses années, si on la méconnaît, et qui peut, au contraire, très bien guérir par des moyens même assez simples, si on sait la diagnostiquer quand elle existe.

Enfin, M. Jobert (de Lamballe) a décrit, dans ces derniers temps, une maladie à laquelle il a donné le nom d'*hydropisie du col de l'utérus*, maladie que j'ai observée moi-même une fois, et dans laquelle il est facile de reconnaître, à l'aide du spéculum : 1° la tuméfaction du col ; 2° l'oblitération de son orifice ; 3° la sortie d'un liquide plus ou moins séreux et limpide, quelquefois très abondant. Cette affection, qui n'est pas très rare, n'est pas autre chose qu'une espèce d'hydromètre.

Je pourrais citer encore, à l'appui des observations précédentes, celles qui ont été décrites par Saltzmann, Guillemeau, Delamotte, Schenkius, Astruc, etc. ; mais, comme elles manquent peut-être de détails aussi probans, je consens volontiers à ne pas les faire entrer en ligne de compte, sans toutefois accorder qu'on puisse les regarder comme non avenues, et que les auteurs qui les ont fait connaître se soient tous trompés. Je puis d'ailleurs m'en passer, d'autant mieux qu'il s'agit ici de l'existence d'une maladie, et non de sa fréquence, et qu'un seul exemple suffit rigoureusement pour résoudre la question.

Ainsi donc, rien n'est plus certain que l'existence de l'hydromètre et de la tympanite utérine, hors l'état de grossesse ; rien n'est plus incontestable que leurs droits à conserver une place dans le cadre des affections de matrice.

Jusque là je me suis borné à une simple énumération des faits, fort sèche et ennuyeuse sans doute, mais qui était nécessaire ; je vais examiner maintenant les raisons théoriques qui ont été avancées par MM. Stoltz et Nægelé pour rejeter ces maladies au rang des fictions, et pour nier même leur possibilité ; j'apporterai dans cette exposition tout le soin et toute la convenance que méritent des noms aussi justement estimés.

Les considérations qu'ont fait valoir ces deux célèbres professeurs, pour nier l'existence de l'hydrométrie et de la tympanite utérine, hors l'état de gestation, sont, d'après le compte-rendu de M. Pétrequin : 1° que l'intérieur de l'utérus est tapissé par une muqueuse et non par une séreuse ; 2° que son tissu fibreux et musculaire oppose une résistance invincible à sa dilatation par la sérosité ; 3° qu'il n'y a pas, à l'orifice, d'obstacle capable d'empêcher la sortie du liquide ; 4° qu'il n'existe pas d'observation authentique d'hydropisie.

Première objection. *L'intérieur de l'utérus est tapissé par une muqueuse et non par une séreuse.* Le fait est vrai, et je m'empresse de le reconnaître. Bien que Morgagni, Chaussier, Béclard, M. Ribes, aient avancé qu'il est impossible de détacher par les dissections les plus soignées une membrane de la surface interne de l'utérus, je me joins à l'opinion du plus grand nombre des anatomistes modernes, qui pensent que la cavité utérine est tapissée par une membrane muqueuse. Mais, de ce que la cavité de l'utérus est tapissée par une membrane muqueuse, s'en suit-il que cette cavité ne puisse être le siége d'une hydrométrie ? MM. Stoltz et Nægelé affirment que oui, parce qu'ils répugnent à admettre qu'une *muqueuse* puisse sécréter de la *sérosité*. La raison sur laquelle ils s'appuient est légitime, mais la conclusion est néanmoins fausse ; et je crois qu'ils auraient adopté une opinion contraire, s'ils avaient réfléchi à une chose on ne peut plus simple et vraie, et qui pourtant leur a échappé, à savoir qu'*un liquide limpide et incolore comme de l'eau ne constitue pas nécessairement de la sérosité, mais peut bien être du mucus.* Les preuves de cette assertion sont assez nombreuses. Ainsi, la cavité du sinus maxillaire est également revêtue par une membrane de la nature des muqueuses, et cependant elle est quelquefois le siége d'hydropisie. Entre autres exemples remarquables, je rappellerai celui qui a été publié par M. Sauvé (de Lorient), dans le Bulletin de la Faculté de médecine, en 1816. Dans ce cas, le liquide épanché dans le sinus maxillaire était parfaitement limpide et incolore, et en tout semblable à de l'eau pure.

Les sinus frontaux sont aussi quelquefois le siége d'hydropisies analogues.

Tout le monde sait bien d'ailleurs que le mucus peut ressembler, dans quelques circonstances, à de l'eau, et qu'il n'est pas nécessairement constitué par un liquide plus ou moins épais, visqueux et gluant. A qui n'est-il pas arrivé, en s'exposant à un air très froid, de voir couler de ses propres narines un liquide parfaitement clair, aqueux et incolore ? Et cependant la membrane de Schneider, qui les tapisse, est à coup sûr une muqueuse. Personne n'a jamais songé à lui contester cette nature.

La muqueuse gastro-intestinale elle-même peut, dans certaines circonstances, assez rares il est vrai, sécréter un liquide analogue sous le rapport de la couleur et de la consistance à de l'eau pure. M. le docteur Paul Brun, que j'ai déjà eu l'occasion de citer plus haut, a donné des soins, tout récemment encore, à un littérateur très connu de notre ville, qui, à la suite d'une indisposition qui n'eut pas de durée et qui se traduisit par des coliques assez vives, rendit, par le rectum, une quantité abondante

---

précédent. Qu'arrive-t-il ? c'est que la science et le temps toujours mobiles, toujours infatigables, brisent et détruisent ces travaux, ils les couvrent du lourd manteau de l'oubli, ils effacent du livre de vie et les œuvres et les noms : cherchez au bout de peu de temps ce qui reste, même de souvenirs. Maintenant expliquez qui pourra cette masse de productions qui sans fin, sans relâche, s'échappent journellement des presses médicales. A Dieu ne plaise que nous voulions décourager personne, bien moins encore de nouveaux et vigoureux talens ; mais il convient de les avertir, de leur rappeler le mot d'une femme d'esprit à un jeune auteur : Monsieur, avant d'écrire, il faut bien connaître son époque et *surtout savoir s'attendre.*

Mais si les livres sont en général négligés, les journaux ont acquis depuis quelques années une vogue extraordinaire ; on dirait que la science s'est réfugiée dans ces mobiles et passagères annales. Cette rapide communication de tout mouvement scientifique présente de grands avantages, mais aussi de graves inconvéniens ignorés de nos devanciers. Comme toute espèce de presse, le journalisme médical représente parfaitement le peu de consistance, disons le mot, la nullité des opinions médicales d'aujourd'hui. A peu de chose près ce sont toujours des faits, des observations isolées, placées bout à bout dont on tire quelques inductions, mais qui augmentent rarement la masse commune des idées. Au reste les journaux servent en cela le public comme il le désire ; le fait actuel, l'expérience écoutée, l'application immédiate, on ne va guère plus loin. Il y a quelques années, une singulière ardeur de polémique avait excité les journaux pour ou contre le physiologisme ; les principes fondamentaux de l'art étaient agités, remués, souvent même à une grande profondeur. Maintenant tout est au calme plat, au moins sous le rapport des idées. L'analyse étendue des ouvrages qu'on publie paraît presque abandonnée. Qu'on lise les journaux du commencement de ce siècle, on y trouvera, au contraire, une méthode d'analyse critique embrassant à la fois le fond et la forme d'un livre, le décomposant en tout sens, disant hardiment d'où il procède et où il aboutit, pesant avec détails sa valeur réelle, indiquant le point précis où il a contribué au progrès. Lorsque la Nosographie de Pinel fit son apparition, un journal en donna huit grands extraits. Cette méthode passe aujourd'hui pour surannée, est-ce à tort ou à raison ?

Cet abandon des théories autres que l'empirisme où la presse est entraînée établit pourtant une différence entre le journalisme médical et la presse politique, mais tout à l'avantage de cette dernière. En général, la mission, le métier, le devoir de la presse, est non seulement de dire ce qui est, mais de préparer, de triturer les questions, de les soumettre en les propageant au creuset de la discussion ; bien plus, de formuler les *desiderata* de la science les plus urgens, d'indiquer les sources, de démasquer les plagiaires et toute baraterie médicale, de peser dans la balance du juste et du vrai ces productions informes, hâtives, cette science indigeste où le bon sens, ne se montrant qu'à rares intervalles, semble n'apparaître que pour faire regretter plus amèrement son absence. Voit-on quelque chose de semblable dans nos journaux malgré leur mérite ? Presque toujours ils se constituent en échos, en réflecteurs plus ou moins fidèles et sonores. La mission délicate dont nous venons de parler exige, il est vrai, du courage, de l'impartialité et un profond savoir. Mais on peut le dire hardiment, aucune de ces qualités ne manque à la presse médicale, elle peut montrer son

d'un liquide semblable à de l'eau, et cela sans avoir pris de lavement.

Evidemment, c'est pour avoir oublié la ressemblance qui peut exister, à la simple vue, entre le fluide muqueux et le fluide séreux, que MM. Stoltz et Nægelé ont avancé que l'hydrométrie *essentielle* était impossible, parce que l'utérus est tapissé à son intérieur par une membrane muqueuse.

Le mot *hydromètre*, pris dans son acception grammaticale, veut dire simplement accumulation d'eau, et n'implique en aucune façon l'idée d'hydropisie séreuse. Cette rectification a peu de valeur sans doute; mais elle suffit pour justifier la discussion dans laquelle je viens d'entrer sur les qualités du mucus; car, dès l'instant qu'on est obligé de reconnaître que les membranes muqueuses peuvent sécréter un liquide limpide et incolore, on n'a plus de raison pour refuser à la matrice le pouvoir de sécréter un liquide semblable.

Je ne parle pas de la tympanite utérine, à propos de cette première objection, parce qu'il est trop évident qu'on ne peut pas la lui appliquer. En effet, la production de gaz par les membranes muqueuses est un fait qui s'observe à chaque instant, pour ainsi dire, dans l'estomac et les intestins, et qui s'accomplit également, comme le prouvent des exemples incontestables, dans la vessie (cedopsophie) et dans le vagin. J'ai traité moi-même une femme qui était affectée de rétention d'urine, et que j'étais obligé de sonder tous les jours matin et soir, chez laquelle plusieurs fois, en pratiquant le cathétérisme, je sentis d'une manière très distincte un fluide gazeux s'échapper à travers la sonde.

Deuxième objection. *Le tissu fibreux et musculaire de l'utérus oppose une résistance invincible à sa dilatation par la sérosité.* A cette objection, je ne répondrai qu'une chose : c'est qu'il n'y a pas de raison pour que la matrice, qui se dilate et se transforme, même sous le rapport de sa structure pour suivre le développement de l'œuf fœtal ou même seulement d'une môle, ne puisse aussi se dilater sous l'influence d'une accumulation de liquide et de gaz. Si la résistance des parois utérines est vaincue dans le premier cas, pourquoi ne le serait-elle pas dans le second? La seule réplique qu'on puisse me faire ici est renfermée dans l'objection suivante, que je n'aurai pas non plus grande peine à réfuter.

Troisième objection. *Il n'y a pas, à l'orifice utérin, d'obstacle capable d'empêcher la sortie du liquide.* Cet argument a au moins, de plus que le précédent, quelques apparences de force. En effet, on ne conçoit pas, au premier abord, comment une cavité qui n'est pas hermétiquement close, comme celle de l'utérus, peut conserver une certaine quantité de liquide ou de gaz, sans que celui-ci s'écoule, alors que le fluide n'est pas contenu dans une poche, comme cela s'observe quelquefois.

Mais cette objection, qui pourrait avoir quelque validité pour ceux qui ne sont pas très au courant des connaissances obstétricales, ne peut en avoir aucune pour MM. Stoltz et Nægelé, que leurs travaux ont placés au rang des premiers maîtres dans la science des accouchemens. C'est presque faire injure à leur vaste savoir que de leur rappeler les faits irrécusables d'oblitération accidentelle du col de l'utérus qui ont été publiés par MM. Saudifort, Paul Portal, Vogelmann, MM. Martin jeune (de Lyon), Schmitt, Galopin (d'Illiers). MM. Nægelé et Stoltz, que je combats en ce moment, ont eux-mêmes, si je ne me trompe, publié chacun de leur côté un exemple de dystocie par agglutination de l'orifice du col utérin.

Il est aujourd'hui démontré que le col utérin peut être fermé dans quelques circonstances, soit par un état spasmodique, soit par des mucosités épaissies, soit par un caillot, soit enfin par des fausses membranes.

Quatrième objection. *Il n'y a pas d'observation authentique d'hydropisie utérine ou de tympanite, hors l'état de grossesse ou d'accouchement.* Je crois avoir répondu surabondamment à cette objection de la première partie de ce travail par les exemples assez nombreux que j'ai mentionnés.

Si j'ai insisté aussi longuement sur l'existence de deux maladies qui paraissent, au premier abord, n'offrir aucun intérêt pratique; si je me suis appliqué à renverser, par des faits rigoureux choisis dans les meilleurs auteurs et par des considérations empruntées à la physiologie et à la pathologie, l'opinion de MM. Stoltz et Nægelé sur l'impossibilité de ces affections, c'est que je suis convaincu que cette opinion peut être nuisible, et conduire, dans quelques circonstances, rares il est vrai, à des conséquences fâcheuses. En effet, il ressort des observations que j'ai citées, que l'*hydromètre* et la *tympanite utérine* peuvent occasionner de vives souffrances et de graves désordres fonctionnels qui se prolongeront pendant des années entières, si on ne leur oppose aucuns moyens rationnels, et qui pourront se dissiper au contraire assez rapidement, si, au lieu d'abandonner le mal aux seuls efforts de la nature, on le combat par un traitement approprié, qui le plus souvent sera très simple et facile à mettre en usage.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

Publié par le docteur Haeser.

Le deuxième cahier du cinquième volume contient : 1° *Sur les progrès de la médecine légale pendant les deux dernières années*; par le docteur Gleitsmann. 2° *Recherches sur les hydatides considérées comme des êtres qui se transmettent par contagion*; par le professeur Klencke. (Nous avons publié ce mémoire. — Voir le dernier numéro.) 3° *Nosoxeræ et condylites*; par le docteur Steinheim. (Sous la première dénomination, l'auteur décrit une maladie essentiellement caractérisée par des excrétions acides ; l'haleine répand une odeur acide ; la salive, l'urine rougissent le papier de tournesol ; l'appétit n'est pas complètement détruit ; la langue devient rouge et les dents se couvrent d'un enduit noirâtre ; les selles sont dures ; la peau est sèche ; les malades, tristes sans beaucoup se plaindre, deviennent peu à peu d'autant plus maigres, que l'activité des sécrétions augmente, et ils sont forcés de garder le lit au bout de quelques mois. Ce n'est que vers la fin de la maladie et de la vie qu'on observe des sueurs acides partielles et passagères. Les malades

---

drapeau à ses amis et à ses ennemis. Peut-être néglige-t-elle trop le moyen le plus puissant d'obtenir une haute influence, celui de se faire par elle-même foyer de lumière et centre des bonnes doctrines. La période analytique où nous sommes se prolonge beaucoup trop, il serait temps d'arriver à la période organique. On ne peut y parvenir que par des travaux originaux et dans une direction fortement indiquée, puis par une critique largement conçue des ouvrages qui paraissent. Bien entendu qu'il ne s'agit pas de la trop facile critique du médiocre, mais de la grande et difficile critique des bonnes choses. Soyons bien convaincus qu'il faut plus de savoir, plus de finesse d'esprit pour louer que pour dénigrer. Ce n'est pas que nous donnions ici le conseil d'une trop grande timidité, le courage compte pour beaucoup dans la presse; d'ailleurs on doit savoir que c'est moins la vérité qui blesse que la manière de la dire. Malheureusement il y a un art trop connu d'épuiser toutes les formules dont il est possible d'habiller le mensonge et la flatterie, ou bien d'insulter à quiconque ne partage pas notre opinion. C'est ici, il faut bien le dire, la plaie du journalisme médical. Est-il, en effet, rien de plus triste de voir la presse se faire trop souvent l'instrument des animosités, des rancunes contemporaines, de trouver à la place d'une discussion calme, approfondie, une critique de dénigrement et de colère? Or ceci est d'autant plus triste que cette manière du bas journalisme fait cent fois plus de tort à la presse que ses hautes qualités ne lui apportent d'avantages. La mission de la presse est grave et digne : il suffit de la bien comprendre pour se garder de la déconsidérer, tantôt par de basses et viles flatteries, tantôt par une polémique insultante et acrimonieuse. Une plume érudite et incisive capable de pousser l'examen au vif sur certains livres est chose rare maintenant; bien plus encore ce coup d'œil profond et juste du vrai et du bon, ce fin discernement de l'homme dans l'œuvre et de l'œuvre à l'état actuel de la science. Il est des gens qui croient qu'argumenter c'est toujours raisonner, que raisonner c'est avoir raison surtout quand on y joint l'assaisonnement d'une plaisanterie de mauvais aloi ou d'un esprit vulgairement caustique, c'est une complète erreur. Les lecteurs sérieux doués de sens, et plus nombreux qu'on ne croit, sont nécessairement en garde contre la malveillance et la personnalité notoires. Il n'est aucun de ces lecteurs qui ne pense que les journalistes ont une voie d'honneur et de courage à suivre, sous peine de manquer le but. En effet, ne peut-on pas leur dire : vous distribuez l'éloge et le blâme, vous élevez ou vous rabaissez le piédestal, toute célébrité ressort de vous, car elle ne rayonne que par vos paroles : vous assignez les rangs, vous vous érigez en juges, en une sorte de magistrature, cela est grand, cela est noble, mais *ne forlignez pas*; autrement vous descendrez de ces hauteurs : au lieu de confiance, d'estime, de considération, vous ne trouverez que l'indifférence et le mépris.

Mais ce qui donne à ces réflexions une certaine force, c'est de voir la presse médicale devenir une école mutuelle d'invectives et de récriminations. N'est-ce pas se blesser soi-même avec les armes qu'on a entre les mains? N'est-ce pas à plaisir tacher de boue sa propre robe? Faisons la part des intérêts de concurrence et de rivalité, augmentons-la de celles des petites rancunes, des irritations de l'amour-propre blessé ; encore existe-t-il le grand et puissant motif de la dignité de la presse. Il ne faut pas se faire illusion : si la presse médicale, comme toute espèce de pouvoir, compte des amis et des flatteurs, elle a de nombreux et secrets ennemis; on ne saurait leur donner de plus complète satisfac-

s'éteignent dans le marasme le plus complet. L'auteur compare cette affection à la fièvre gastrique des enfans. Quant à nous, faute de détails, nous ne savons où la ranger. Il donne le nom de condylite à une atrophie souvent avec ulcération des extrémités articulaires, principalement des phalanges des orteils.)

II. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

Publié par les docteurs ROSER et WUNDERLICH.

Le troisième et quatrième cahiers de 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur quelques prétendues découvertes dans la théorie des contagions;* par le docteur Wunderlich. (Article non achevé.) 2° *Sur l'Hydrorachis congénitale;* par le docteur Pickford. (C'est une bonne compilation suivie d'une observation d'un nouveau né chez lequel on a fait plusieurs ponctions sur la tumeur. Mort le dixième jour après la naissance.) 3° *Du fluide cérébro-spinal;* par le professeur Ecker. (Exposition des travaux de Magendie examinés et confirmés par l'auteur.) 4° *Des proportions entre l'acide carbonique rendu et l'oxigène absorbé pendant la respiration de l'homme;* par les docteurs Brunner et Valentin. 5° *Expériences sur l'action de la strychnine sur le système nerveux et sur la sensibilité générale et musculaire;* par le docteur Pickford. 6° *Recherches sur la formation des hernies;* par le docteur Roser. (L'auteur nie 1° la formation des hernies à la suite d'efforts; 2° il penche pour l'opinion de Simpson qui admet que les hernies congénitales sont dues à des péritonites fœtales ; 3° il avance que dans un très grand nombre de cas la sortie des viscères est précédée par des hernies graisseuses. 7° *Remarques sur la pneumonie des enfans;* par le docteur Kreuser. (Rien d'inconnu.) 8° *La Clinique sous le rapport de la Physiologie;* par le professeur Nasse. (Recommandation de bien connaître les fonctions vitales avant de suivre les Cliniques.) 9° *Sur la fièvre typhoïde;* par le docteur Emmerich. (C'est par l'introduction dans l'économie d'un principe organique venant de l'air ou d'un autre individu que se développent les phénomènes de la fièvre typhoïde. Ils consistent pour le système nerveux dans une irritation et dans un abattement progressif, et pour le sang dans une diminution des matières plastiques : désordre de la circulation et de la nutrition ; de là perversion variable des fonctions et de la structure de tous les organes et d'où peut résulter la mort.) 10° *Critique de la théorie de Walther sur la fièvre;* par le docteur Amelung. 11° *Passage du mercure à l'état métallique dans le sang et dans les organes;* par le docteur Oesterlen. (Il résulte de plusieurs expériences faites par l'auteur que l'on retrouve, à l'aide du microscope, le mercure très atténué à l'état métallique dans les tissus, dans le sang et dans les produits de sécrétion des animaux et des hommes auxquels on a administré la pommade mercurielle à l'intérieur ou en frictions sur la peau.) 12° *De la pathologie considérée sous le rapport historique et des changemens opérés dans les maladies par suite des temps;* par le docteur Muhry. (L'idée principale qui domine cet article, c'est que l'état sanitaire et la longévité des peuples n'ont rien perdu par la civilisation ; bien au contraire.) 13° *Analyse élémentaire du sang et de la bile dans divers états de l'organisme;* par le docteur Scharlau. 14° *Considérations générales sur la tendance de la pathologie dans notre époque;* par le docteur Schlossherger. 15° *Sur la composition chimique des calculs muraux;* par le professeur Fehling. (Dans trois analyses on a trouvé de l'oxalate de chaux.)

DES PROPORTIONS ENTRE L'ACIDE CARBONIQUE RENDU ET L'OXIGÈNE ABSORBÉ PENDANT LA RESPIRATION DE L'HOMME, par les docteurs BRUNNER et VALENTIN.

Nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails des nombreuses expériences faites par l'auteur, et nous nous bornerons à rapporter textuellement leurs conclusions :

« L'air inspiré éprouve dans nos poumons deux modifications physiques importantes. La température s'élève à 37° 5 c. et il se sature d'autant de vapeur d'eau qu'il peut en recevoir à cette température. Comme l'air atmosphérique est en général moins chaud que les parties internes du corps, il se trouve dilaté par ces deux causes. Son élévation de température augmente son volume et sa saturation de vapeurs augmente son élasticité. Au premier instant on est surpris d'apprendre que l'air atmosphérique à 15° c. s'élève en peu d'instans à 37° 5 c.; mais si nous réfléchissons qu'il est distribué dans les nombreuses ramifications du poumon et qu'il n'est jamais expulsé en entier par l'expiration, et que, par conséquent, il séjourne pendant un certain temps dans le poumon, on comprend facilement son élévation de température. Quant aux vapeurs d'eau l'homme en dégagera toujours par ses poumons tant qu'il ne respirera pas dans une température de 37° 5 c., parce qu'avec l'élévation de température, le volume formé par un gramme de vapeur d'eau augmente de même que le poids d'un volume donné de vapeur diminue avec l'élévation de température ; ainsi, quand même, pendant une pluie nous inspirons un air humide, nous y ajoutons également encore de l'eau, parce que nous échauffons le gaz, et pour le porter à cette température élevée, nous le saturons de vapeur d'eau. Le changement chimique qui s'opère entre l'air inspiré et le sang consiste dans une simple diffusion, comme cela a lieu probablement avec d'autres solutions chargées de gaz mises en contact avec l'air selon leur capacité d'absorption. L'azote n'est pas changé, il n'est ni augmenté ni diminué; par contre une portion de l'oxigène moins dense se porte sur le sang dont la partie colorante possède une attraction particulière pour ce corps et une quantité équivalente d'acide carbonique est transmise à l'air atmosphérique. Cet échange se fait dans des proportions de volume conformes aux lois de diffusion de Graham, c'est-à-dire que pour un volume d'acide carbonique expiré on absorbe 1,17421 volume d'oxigène, ou en d'autres termes que pour un volume d'oxigène qu'on inspire on rend 0,85163 volume d'acide carbonique. En faisant abstraction des petites variations dans l'élasticité de l'acide carbonique, il résulte que pour une partie du poids d'acide carbonique devenu libre il se fixe dans le corps 0,85163 d'oxigène en poids. Une partie d'acide carbonique en poids contient 0,72727 d'oxigène. La quantité d'oxigène absorbée qui dépasse celle expulsée avec l'acide carbonique est donc en poids de 0,12436 par chaque unité en poids d'acide carbonique. Comme un volume d'oxigène donne un volume d'acide carbonique, l'excès d'oxigène qui disparaît équivaut en volume à 0,17421. Si nous connaissons la quantité d'acide carbonique qu'un homme aspire dans un temps donné, nous pouvons facilement calculer combien il en consomme dans le même temps; nous avons vu, par exemple, qu'avec une moyenne de pression barométri-

---

tion. Que penser, disent-ils, de ces critiques qui se lancent l'anathème et le sarcasme, qui se jugent entre eux avec autant de rigueur et peut-être de vérité? Leur opinion n'est d'aucun poids, leur parole n'a nulle valeur. A notre sens, toutes les fois qu'un homme *a l'honneur* d'appartenir à la presse médicale, d'une manière grave et sérieuse, il a par cela même un titre de plus à l'estime, aux égards de ses confrères en journalisme. Cet homme est hors de ligne, il est descendu dans l'arène, il a combattu, il a lutté pour les intérêts de la science; il a exposé son nom, ses écrits, ses idées, ses opinions, il a fait preuve de savoir et de courage, il a payé son tribut souvent de chaque jour à la noble cause du progrès, du bien des hommes et de la dignité de la profession; pourquoi lui refuser un surcroît d'estime et d'éloge? il n'y a dans ceci ni chimères ni vains mots, les faits sont là pour donner à notre assertion le cachet de la vérité. Qu'on affecte pour la presse médicale un ridicule dédain, elle n'en compte pas moins parmi les siens, les hommes qui, en France, ont le plus honoré la médecine. Pour ne citer que les morts, Corvisart, Boyer, Bichat, Dupuytren, Royer-Collard, Laënnec, Alibert, Bayle, Broussais, Double, etc., sont des noms qu'on peut rappeler avec orgueil. Tous n'ont pas le même rang que ces hommes d'austère et infatigable labeur, mais tous ont combattu à leur poste avec courage et persévérance. Oh! si jamais les hommes de la presse, ces vigoureux artisans de la science active et militante, non par un accord unanime, mais par une concordance naturelle voulaient se rapprocher et s'entendre, on verrait alors cette institution acquérir une confiance, une considération capables de donner une immense influence à ses jugemens.

Au lieu de tourner contre elle-même sa force et ses armes, la presse médicale a devant elle un triple but qu'elle doit toujours s'efforcer d'atteindre. Pousser au progrès scientifique et à sa rapide propagation, signaler et démasquer le charlatanisme qui au mépris des lois a passé hardiment de l'état de clandestinité à celui de notoriété où il est aujourd'hui, marchant dans sa force et dans sa liberté; enfin réclamer constamment l'organisation médicale, toujours promise, toujours instante et toujours ajournée.

C'est notamment sur ce dernier point qu'il convient de revenir, d'insister sans fin ni relâche. Au reste, que dire qui n'ait été cent fois dit et redit? Comment raconter de nouveau nos douleurs, découvrir nos plaies, exposer nos misères? n'est-ce pas toujours le cri dans le désert? ne ressemblons-nous pas à ces vieux *grognards* de vaudeville se plaignant sans cesse quoique toujours sans espoir? et pourtant une dure vérité force à dire que la position actuelle des médecins est un contresens social. Mais qu'importe? on nous laisse attendre et espérer; les plans d'organisation, s'il en est encore, gisent sous la poussière administrative; là ils rencontrent leurs aînés en attendant leurs successeurs. Tantôt on dit que tout est pour le mieux et qu'il faut brûler pieusement notre encens devant le dieu Terme du *statu quo*, tantôt que les circonstances ne sont pas favorables, c'est-à-dire, comme on l'a observé dans un autre projet, que les promesses sont *dans le temps* et l'exécution *dans l'éternité*. Les questions industrielles l'emportent, leur prépondérance est maintenant incontestable; ce sont les questions vitales, et cela s'appelle le mouvement des affaires, tout part de là, tout y retourne. Avouons pourtant que c'est une triste obligation de placer les racines de l'arbre des lois dans le sol mouvant des circonstances. Le cours des rentes, le taux des farines, le prix des cotons, etc., sont sans doute des ques-

que et une moyenne de température, nous rendons à deux dans une heure 23,435 litres d'acide carbonique, nous consommons donc 23,435× 1,17421=27,518, et en poids nous produisons dans le même temps une moyenne de 41,023 grammes d'acide carbonique, lesquels contiennent 11,188 grammes de charbon, et nous consommons par heure 34,937 grammes d'oxigène. La précision avec laquelle la loi de diffusion se manifeste dans la respiration prouve que dans la respiration normale il n'y a pas d'autre gaz que l'oxigène et l'acide carbonique qui peuvent être reçus ou dégagés, ce seraient tout au plus des proportions si minimes qu'elles échapperaient à l'analyse quantitative ; par contre on peut s'assurer que des traces de matière organique sont rejetées avec l'air expiré ; car l'acide sulfurique à travers lequel nous avons respiré devient rougeâtre ; mais la quantité de matière organique est si petite que nous n'avons pas pu lui donner un chiffre certain. »

Il résulte encore des expériences de ces messieurs qu'on ne trouve dans l'air expiré aucune trace d'hydrogène libre, d'hydrogène carboné, d'oxide de carbone ou d'autres matières organiques que celles retenues par l'acide sulfurique.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DE LA STRYCHNINE, SUR LE SYSTÈME NERVEUX ET SUR LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET MUSCULAIRE, par le docteur PICKFORD à Heidelberg.

Il résulte de ces expériences : 1° Que l'irritabilité de l'appareil de réflexion tant de la moëlle épinière que de la moëlle allongée, est extraordinairement augmentée, au point que le plus léger attouchement de la peau produit le tétanos ;

2° L'irritation des viscères abdominaux après la destruction de la moëlle allongée est suivie des mêmes effets chez la grenouille à l'état de tétanos comme chez celle qui est saine, c'est-à-dire des contractions locales. Lorsque la moëlle allongée est restée intacte, une irritation produit sur la grenouille tétanique des mouvemens locaux excessivement augmentés et étendus, mais régulier comme chez la grenouille saine ;

3° Cependant il y a cette différence marquée entre la grenouille tétanique et celle qui est saine, que chez cette dernière une forte irritation des viscères abdominaux provoque des mouvemens du tronc lorsque la moëlle allongée n'a pas été lésée, tandis que chez la grenouille tétanique les mouvemens du tronc sont complètement nuls à la suite d'une pareille irritation, que la moëlle allongée ait été enlevée ou conservée intacte. L'action de la strychnine a donc pour effet d'augmenter considérablement l'activité de réflexion des nerfs cérébraux, tant de ceux qui président aux organes soumis à la volonté que de ceux qui y sont soustraits ; mais elle annule l'échange que les deux systèmes de réflexion subissent dans la moëlle allongée.

ANALYSE ÉLÉMENTAIRE DU SANG ET DE LA BILE DANS DIVERS ÉTATS DE L'ORGANISME, par le docteur SCHARLAU.

Nous n'extrairons de ce mémoire long et riche en hypothèses que les suivantes concernant la fièvre typhoïde :

1° Avant et pendant le début du typhus abdominal, il y a excès de carbone dans le sang ;

2° Pendant les premiers huit jours où la peau est très active et où l'afflux du sang est très considérable vers les intestins et les poumons pour y produire les excrétions critiques, le sang dans les vaisseaux de la peau est pauvre en carbone, et ce dernier n'augmente qu'avec le début des crises qui se font à la peau ; par contre il y a diminution d'hydrogène ;

3° La bile est pauvre en carbone qui diminue avec les progrès de la maladie, et avec la diminution du carbone dans le sang ;

4° La salive et la bile sont anormales, elles sont acides ;

5° Le produit de la sécrétion de l'intestin grêle est alcalin, tandis qu'il est acide à l'état de santé ;

6° L'activité du foie est considérablement diminuée ;

7° Le sang fortement chargé de carbone dans le début de la maladie s'accumule dans les muqueuses de l'intestin grêle et du poumon pour se débarrasser du carbone, et produit par là une affection particulière dans ces organes ;

8° Au fur et à mesure que la maladie se prononce davantage dans les intestins, le carbone diminue considérablement dans le sang par la respiration, parce que l'intestin malade ne fonctionne plus et que l'inaction du foie nuit à la digestion ;

9° Le chlore et le calomel sont, de tous les moyens connus, ceux qui conviennent le mieux pour combattre cet état pathologique.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERTZE.

DES POLYPES DU RECTUM CHEZ LES ENFANS ; par le docteur DOTZANER, à Bamberg.

Depuis le mémoire de M. le professeur Stoltz (GAZ. MÉD., page 253, 1841) qui, à notre connaissance, est le plus complet qui ait paru sur cette matière, plusieurs auteurs ont rapporté des observations de polypes du rectum qui ne paraissent pas aussi rares qu'on l'avait cru. Ci-dessous trois nouveaux cas.

OBS. I. — Un garçon de trois ans et demi, fort et de parens sains, fut pris au mois de mars 1841 de très fréquens ténesmes. Les selles étaient naturelles et quelquefois couvertes d'un mucus rougeâtre. Comme l'enfant devenait souvent pâle, mangeait beaucoup de pain, avait un ventre gros et se grattait souvent au nez, on ordonna des vermifuges. Ceux-ci furent pris pendant plusieurs jours sans amener de vers. Le ténesme continua. A une seconde visite, le médecin examina l'anus de l'enfant, qui venait d'avoir une petite selle, accompagnée de forts ténesmes, et y trouva quelques stries de sang et un corps rouge, arrondi, bien limité, de la grandeur d'une noisette, et dur au toucher. Quelques jours après, on se décida à en faire la ligature. On recommanda au petit malade de pousser comme pour aller à la selle, tandis que le médecin lui-même, appuyant avec deux doigts du côté de l'anus fit saillir le polype, qui parut alors du volume et de la forme d'une amande. Celui-ci fut reçu dans une anse de fil de soie et lié à sa base. Dix heures après, on trouva le polype dans une selle ; il était dur, glissant, d'une consistance fibreuse et d'une coloration rouge diminuant d'intensité vers le noyau central. Dès ce moment, le ténesme disparut et l'enfant continue à se bien porter.

OBS. II. — Chez la sœur de ce garçon, âgée de sept ans, on observa aussi six mois après un très fort tenesme et des taches de sang dans la chemise. On

tions d'une haute importance ; toutefois assurer à la santé publique une sécurité convenable, aux intérêts privés les garanties qui leur manquent, à la médecine la dignité, la considération, l'ame et la vie de cette profession, mérite bien aussi quelque considération.

Mais les médecins souffrent en silence, dès lors qu'ils attendent ; en effet, jamais la lutte du malheur ne s'est montrée plus modeste, plus sobre de plaintes, plus douloureusement victorieuse que parmi nous ; est-ce donc une raison pour prolonger cette angoisse? qui donc vit plus que les vrais médecins, par la pensée, par la méditation, par la philosophie pratique, par la bienfaisance, par cette passion généreuse du bien public? qui donc se sacrifie et se dévoue plus souvent et avec plus d'abandon? Eh bien! le comptoir l'emporte, il empêche, il neutralise les intentions favorables du pouvoir à notre égard. La patente, la garde nationale, le jury, l'impôt du sang pour nos enfans, l'impôt de l'argent sous mille formes variées, jusque sur les journaux scientifiques, assurément bien modestes dans leurs prétentions financières, mille exigences sociales, nous enlacent, nous pressent sans le moindre dédommagement, ni dans le présent ni dans l'avenir. Aucun allégement, aucune garantie, aucune justice n'est donnée à notre malheureuse et noble profession ; toujours des charges, des déboires, des mécomptes ; on ne veut pas que nous touchions du doigt ce qu'on nous promet depuis quinze ans, que les paroles semées donnent une récolte, que les illusions se changent en réalités. Pourquoi ne pas voir que la vraie liberté, sans laquelle l'esprit de vie se retire et la lumière s'éteint, n'est pas la liberté de tromper, d'empoisonner le public avec ou sans diplôme, de traîner la robe doctorale dans la fange, puis de l'exposer sur les tréteaux. Il semble que cela doit être parce que cela est ainsi, que c'est chose passée à l'état d'*abus accomplis*. Quel tyran qu'une mauvaise loi ! il faut sans cesse le redire, parce que c'est une cause incessante de malheurs et d'injustices. Telle est pourtant celle qui nous régit depuis quarante ans. Si ses effets ne sont pas aussi désastreux qu'on pourrait le craindre, en connaissant bien ses oublis, ses imperfections, son imprévoyance, on le doit à l'administration active et vigilante des facultés, au savoir, à l'habileté des professeurs, sans doute aussi à ce besoin d'estime qu'on retrouve toujours dans l'homme qui s'honore du titre de médecin ; de cette manière on amoindrit le mal mais on ne le guérit pas. *Sapiens, medicus est legis*, le sage remédie à la loi, dit une sentence rabbinique et avec raison, mais dans de faibles proportions.

Ce qu'il y a de démontré, c'est que personne plus que les médecins ne peut dire : « c'est la légalité qui nous tue. » Cette légalité est telle que le charlatanisme trouve sans trop d'efforts les moyens de l'éluder, vérité fatale qui s'infuse chaque jour davantage dans les esprits : au fait en doutant du droit, on finit par douter du devoir. Cependant que voulons-nous? que demandons-nous?

Que le médecin seul fasse la médecine, comme le prêtre seul s'approche de l'autel, comme le magistrat rend seul des arrêts.

Qu'il y ait un esprit public de corporation, une sorte de curatèle communale.

Est-ce donc là trop exiger? Serait-ce élever trop haut nos prétentions? Une bêtise idéale serait de croire qu'il n'y a rien de mieux ni au-delà de ce qui est dans les institutions médicales actuelles ; que tout y est prévu, combiné, dans

reconnut bientôt un polype du rectum du volume d'un pruneau; il fut également lié et tomba au bout de vingt-une heures. Il était aussi formé d'un tissu fibreux.

Obs. III. Une fille de cinq ans, scrofuleuse et affectée d'ascarides, portait également un polype au rectum. On lui donna d'abord des vermifuges, puis on fit la ligature du polype, qui, à cause de l'épaisseur de sa base, ne tomba que le cinquième jour. Il avait la forme et les dimensions d'une amande et était fibreux comme les deux autres.

Chez aucun de ces trois enfans les polypes ne se sont reproduits.

OPÉRATION CÉSARIENNE FAITE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT; par le docteur Ziehl, à Nurenberg.

Obs. — Dorothéa Spachel, âgée de 33 ans, haute de quatre pieds, déformée par le rachitisme, se croyait au septième mois de sa grossesse, lorsqu'elle sentit les premiers maux d'enfantement (le 23 mai 1843). Les eaux étaient déjà écoulées à l'arrivée du médecin. L'examen de la femme donna pour résultat : déviation de la colonne vertébrale; élévation de l'épaule droite; bassin incliné en avant et à gauche; la crête iliaque droite plus haute que la gauche; les deux fémurs courbés; ventre très saillant et en besace. Le doigt introduit dans le vagin très étroit et humide toucha facilement l'angle sacro-vertébral; l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de six livres; le diamètre antéro-postérieur n'avait pas plus qu'un pouce et demi; le bassin était plus étroit à droite qu'à gauche, et le diamètre transverse était également trop petit d'un pouce; le compas d'épaisseur de Baudelocque ne donnait depuis le pubis à l'apophyse épineuse de la dernière vertebre lombaire qu'un peu plus de quatre pouces. Les contractions étaient fortes ; une portion non appréciable de la tête pressait sur l'orifice, mais elle n'était pas engagée. On entendit distinctement les battemens du cœur du fœtus. L'enfant étant vivant, la perforation de la tete était contr'indiquée et encore eût-il été mort que l'embryotomie aurait été plus dangereuse que l'opération césarienne, seule praticable. Elle fut faite à sept heures du soir, on incisa la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'au pubis. On retira un enfant mâle à terme et vivant. Le placenta adhérent au fond fut extrait immédiatement avec facilité. La perte du sang a été minime; on n'a pas eu besoin de lier des vaisseaux ; une portion d'épiploon herniée fut facilement réduite. On pratiqua cinq sutures et on entoura le corps de longues bandelettes agglutinatives sans avoir recours au bandage de corps. La femme se remit bien sans autre accident qu'une éruption miliaire et une suppuration de la plaie avec sphacèle d'un peu de tissu cellulaire. L'opérée sortit pour la première fois le 17 juillet; l'enfant se porte également bien, quoiqu'il n'ait pas été nourri au sein.

NOTICE STATISTIQUE CONCERNANT LA FRANCONIE MOYENNE DE 1841-42; par le docteur de Bezold.

La population est de 510,039 sur 116,407 familles. Il y eut 18,693 naissances, dont 9,802 garçons et 8,891 filles; de ce nombre, 824 sont mort-nés, dont 486 garçons et 338 filles.

240 furent retirés par le forceps, 98 par la version; une fois on perfora la tête ; une fois on pratiqua l'embryotomie; 10 opérations ont été nécessaires pour l'extraction du placenta; 2 fois on fit l'opération césarienne sur des femmes mortes, et 38 cas ont réclamé des médicamens.

On compte 16,841 décès, dont 8,662 individus mâles et 8,179 femmes. 5698 enfans ont succombé dans la première année après la naissance. Le nombre de garçons morts au-dessous d'un an excède celui des filles de 826 de presqu'un quart, et celui des garçons au-dessous de 14 ans excède celui des filles de 974; ainsi l'excédant des naissances d'enfans mâles est contrebalancé et même dépassé à 14 ans.

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

Publié par le docteur OPPENHEIM.

Les cahiers d'août, de septembre et d'octobre contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Remarques sur les hernies étranglées et sur leur traitement*; par le docteur Reinfeld. (Rien d'inconnu.) 2° *Ostéosarcôme de la mâchoire inférieure*; par le docteur Rechnitz. (Guérison obtenue à l'aide de la résection de la tumeur; plusieurs traitemens antiphlogistiques ont précédé cette opération.) 3° *Cancer de la mamelle droite (?) et galactorrhée de la mamelle gauche*; par le même. (C'est sous l'influence de préparations d'iode que la malade a guéri.) 4° *Sur le traitement de Ramadge dans la phthisie*; traduit de l'anglais par le docteur Hulinbaum. (On sait que l'auteur regarde la dilatation des vésicules pulmonaires comme le remède le plus efficace; à cet effet il conseille de courir beaucoup, de monter à cheval, de voyager sur mer ou de respirer à travers de longs tubes évasés à une extrémité. Les observations de guérisons rapportées dans cet article ne font aucune mention de signes stéthoscopiques.) 5° *Contraction spasmodique des membres*; par le docteur Kuttner. (Deux nouveaux exemples de cette affection, observés sur des enfans à la mamelle. Chez l'un, la contraction des doigts et des orteils de tous les membres portée jusqu'à angle droit est survenue sans cause connue; elle a duré quatre jours et a cessé après l'administration du calomel et d'un vésicatoire à la nuque; chez l'autre enfant. affecté d'épilepsie, les spasmes toniques des doigts ont duré près de six semaines.) 6° *Observation d'une hernie étranglée, suivie de gangrène; épanchement de matière fécale; mort*; par le docteur Trier. 7° *Description d'une épidémie de rougeole qui a régné en 1842 dans l'hopital des orphelins à Moscou*; par le docteur Panck. 8° *Sur la docimasie pulmononaire*; par le docteur Kayser. (Quatre observations d'enfans morts, chez lesquels on n'a pas observé le moindre signe de mouvemens respiratoires, et dont cependant les poumons ont surnagé. Chez l'un on avait entendu le vagissement utérin; chez un autre, dont on avait fait la version par les pieds, la bouche est restée quelque temps près de l'orifice du vagin, accessible au doigt, et par conséquent à l'air atmosphérique; chez les deux autres, rien n'a pu expliquer l'arrivée de l'air dans le poumon.)

V. ALLGEMEINE ZEITUNG FUR CHIRURGIE, INNERE HEILKUNDE UND IHRE HEILWISSENSCHAFTEN;

Publié par le docteur ROHATZSCH.

RECHERCHES SUR LA NATURE DE LA MATIÈRE DE LA CARIE DES DENTS; par le professeur Erdl, de Munich.

Un moyen pour détruire le cryptogame parasite, matière de la carie des dents, sans attaquer la dent elle-même, consiste à imprégner les pa-

---

des vues providentielles. Assurément, c'est tout le contraire. S'il est des réformes prématurées et subversives, il en est aussi d'opportunes et de nécessaires. Parmi ces dernières, c'est d'établir jusqu'à un certain point une solidarité d'honneur parmi les médecins. L'intervention disciplinaire exercée par des délégués de la corporation est et sera toujours l'objet le plus grave, le plus important, parce que les médecins, comme les autres hommes, ont besoin d'être tout à la fois aidés, protégés, avertis et contenus.

Quel est, en effet, l'objet d'un conseil médical, ou conseil de famille? *Concilier, soutenir* et *contenir*; un lien, un appui ou une répression.

Tout est là ; c'est le fondement et le comble, c'est l'édifice dans son complément ; car, dans l'intérêt de tous et de chacun, il faut bien qu'il y ait quelque sacrifice de la raison individuelle à la raison collective, à moins de ne prendre pour base, de n'avoir pour règle que des intérêts mal compris ou la logique des passions. Il est des hommes qui ne comprennent pas ou feignent de ne pas comprendre l'utilité des conseils médicaux ; ils ont une malheureuse tendance à confondre, et pour cause, la licence et la liberté; à ceux-là, il n'y a rien à dire. Que sont-ils? des gens qui tueraient la profession pour vivre de son cadavre. Il est aussi quelques personnes très honorables qui n'admettent point cette institution ou qui la craignent. Mais que veulent-elles à la place? rien ou à peu près; alors la profession reste avec sa misère et sa déconsidération croissantes. On a dit encore que les chambres de discipline de certaines corporations ne remédiaient pas à tous les inconvéniens. Puissant raisonnement en vérité ! C'est absolument juger cette institution comme on a souvent jugé la médecine, non par le bien qu'elle fait, mais par celui qu'elle ne peut opérer. Au reste, l'expérience en est faite, et cet argument est sans réplique; il y a cinquante ans que les anciennes Facultés, véritables chambres de discipline, n'existent plus; la profession y a-t-elle gagné en grandeur, en estime, en considération? Qui que ce soit n'oserait soutenir un tel paradoxe. Il est très certain que les conseils de discipline ou de famille ne feront des médecins ni des Catons ni des trapistes; mais ils sauront plus d'une fois *concilier*, *soutenir* et *contenir*. Que veut-on de plus? Encore une fois, qu'est-ce que la liberté sans ordre? Autant vaudrait voiler son saint nom plutôt que de le profaner de cette manière; or, peut-on maintenir l'ordre sans surveillance, la dignité sans réglement, sans intervention disciplinaire? Que représente un diplôme? Un capital d'argent, d'études, de travaux et d'efforts; c'est une véritable propriété. Cependant, qu'est-ce que ce diplôme, s'il ne devient qu'un morceau de parchemin garni d'une plaque de cire, avec cachet et quelques signatures, mais sans garantie contre les usurpateurs du droit légal, si difficilement, si chèrement acquis? Telle est pourtant la position des médecins livrés à eux-mêmes, sans protection, sans appui mutuels ; il faudrait le concours de tous et l'on rencontre l'égoïsme de chacun.

C'est un phénomène que de faire durer quelque chose en France; eh bien! ce phénomène se voit malheureusement pour les médecins. Leurs charges, leurs obligations, sont toujours les mêmes; pauvres gens-moutons, portant double bât et double charge. On dirait que notre profession, liée à la société par un contrat léonin, doit tout à l'entreprise, son argent, son travail, son temps, ses fatigues, son indépendance, et jusqu'à sa vie. Certes, les imprudens démolisseurs de 89, poussés par le funeste génie de la table rase et du bouleversement des institutions, ne s'attendaient guère à ce résultat. Toutefois, qu'on y pense, les

rasites avec un alcali, surtout avec un carbonate alcalin, puis de le neutraliser par un acide; ou bien encore à prendre de l'huile ou de la créosote, qui amollit la matière de la carie, et de la détruire ensuite par l'acide nitrique, qui agit instantanément, sans attaquer la dent elle-même. Il n'est pas sûr qu'en tuant le parasite on fasse aussi cesser la douleur dentaire.

MOYEN DE PROVOQUER LA SORTIE DES CALCULS DE LA VESSIE CHEZ LES ENFANS SANS OPÉRATION; par le docteur ABERLE, à Riedlingen aux bords du Danube (Wurtemberg).

La gravelle est une maladie commune chez les enfans d'un à quatre ans dans la contrée où exerce M. Aberle. Celui-ci, en partant du principe que les parois de la vessie sont formées par des fibres musculaires longitudinales externes, qui constitue le detrusor urinæ, et des fibres musculaires internes, croisées obliquées, qui sont d'autant plus épaisses qu'elles s'approchent davantage du col de la vessie, dont elles constituent le sphincter, a eu recours à des remèdes qui diminuent la contractilité des muscles circulaires. Le premier cas où il a employé ce moyen, il y a un an, fut sur un enfant de deux ans, chez lequel il a reconnu, à l'aide de la sonde, un calcul du volume d'un gros pois; il ordonna à l'intérieur une émulsion de graines de chenevis avec l'extrait de jusquiame et des frictions sur le périnée avec une pommade de belladone. Huit heures après, un calcul s'engagea dans le canal de l'urètre et sortit spontanément. Depuis ce temps, M. Aberle a encore eu à traiter 15 enfans affectés de gravelles, qui, sous l'influence du même traitement, ont rendu des petits calculs au bout de 18 à 36 heures. La paralysie du sphincter de la vessie n'a jamais été que de courte durée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 JANVIER.

MYOTOMIE OCULAIRE.

M. LE DOCTEUR GUÉPIN, de Nantes, adresse quelques observations sur la myotomie oculaire.

Un marinier s'aperçoit un matin que son œil gauche voit bien moins; pendant deux mois le mal s'aggrave, et quand il nous arrive il voit à peine à se conduire les deux yeux ouverts, il voit mieux en se servant seulement de l'œil le moins malade. Je coupe le droit interne gauche, et aussitôt la diplopie cesse sans que le malade puisse cependant porter l'œil en dehors. J'emploie alors un traitement anti-amaurotique, et au bout de huit jours le malade me quitte se trouvant guéri, mais ne pouvant encore porter son œil en dehors. Dans ce cas, la diplopie n'existait pas pour les objets vus de près.

Un cloutier présentait les mêmes symptômes que le malade précédent; mais la diplopie était d'autant plus prononcée que les objets étaient vus de plus près. La maladie, moins ancienne, ne datait que de quinze jours. Je coupe le droit interne de l'œil droit qui était l'œil malade, et aussitôt la motilité oculaire reprend l'état normal; mais la diplopie, quoique bien diminuée, ne cesse pas entièrement. Quatre jours plus tard, le malade quittait Nantes se croyant guéri, et voyant en effet bien mieux.

Une demoiselle de douze à treize ans avait été soignée à Angers par M. le docteur Mirault, pour une amaurose de l'œil gauche. Elle est complètement borgne et l'autre œil se trouve menacé. Je remarque que l'œil amaurotique ne peut se tourner en dehors, et je pratique la section du droit interne. Le lendemain légère amélioration qui a marché en croissant. Deux mois après l'opération, les deux yeux voient également.

J'ai fait une quatrième opération chez un amaurotique, chez lequel un léger strabisme uniloculaire s'était manifesté en même temps que l'amaurose. Il n'y a eu aucune amélioration ni pour la vision, ni pour le strabisme.

Quatre fois nous avons coupé le droit interne chez des myopes. Voici les faits :

1er cas. Strabisme léger, et myopie prononcée de l'œil gauche; résultat nul sous tous les rapports.

2e cas. Semblable en apparence; amélioration sensible et immédiate.

3e cas. Myopie excessive accompagnée de strabisme; guérison immédiate et entière.

4e cas. Œil droit du même; cet œil avait été touché autrefois. Aussitôt la section musculaire, la vision se modifie entièrement et la guérison est parfaite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT lit le discours qu'il a adressé au roi au nom de l'Académie à l'occasion du nouvel an, et la réponse de S. M.

Il adresse ensuite une allocution à l'Académie pour la remercier de l'honneur qu'elle lui a fait en le choisissant pour son président.

Il propose, en terminant, de voter des remercîmens à M. P. Dubois, président sortant. Cette proposition est adoptée.

CORRESPONDANCE.

M. MACARTAN, nommé dans la précédente séance membre de deux commissions, la commission des remèdes secrets et celle des épidémies, désire ne faire partie que de la première seulement. Il demande que l'Académie veuille bien procéder à son remplacement pour la commission des épidémies.

M. le président propose de remplacer M. Macartan par M. Foiseuille, qui avait obtenu le plus grand nombre de voix après lui. Cette proposition ne soulevant aucune opposition est mise aux voix et adoptée.

DES QUARANTAINES CONTRE LA PESTE.

M. AUBERT-ROCHE écrit à l'Académie la lettre suivante dont M. le secrétaire annuel donne lecture.

Je crois devoir intervenir dans la question qui se débat devant vous, afin de la replacer, pour ce qui me regarde, sur le terrain où je l'ai posée, celui des faits et des chiffres.

Voici ce que j'ai dit :

1° l'Autriche et l'Angleterre ont aboli leurs quarantaines; la France conserve les siennes. Donc il faut une réforme des lois sanitaires de l'Europe.

2° Tout bâtiment arrivé sans attaque de peste dans un port d'Europe est resté sans attaque.

---

médecins sont très nombreux en France; quelques-uns, par leur richesse et leur position, ont une certaine influence: ne peut-il pas se faire que leur opinion, devenue générale et unanime entre eux, soit à la fin de quelque poids dans la balance politique? Souvent ils furent accusés de tendances révolutionnaires, d'être les flatteurs de l'anarchie, c'est à tort; en les jugeant ainsi, on les connaît peu ou mal. Les médecins, pour le très grand nombre, sont du parti de l'agitation pacifique; ils aiment l'ordre, et peuvent en donner pour preuves que ce qu'ils demandent se rattache à de hautes questions sociales et d'humanité. Mais un déni de justice si persévérant, un oubli si complet de leurs droits, tant de services frustratoires, tant de promesses jamais réalisées ne peuvent-elles leur inspirer de la méfiance? Tous diront enfin, comme un illustre député : l'opposition, c'est tout ce qui souffre dans un pays libre, tout ce qui souffre dans ses droits, dans ses idées, dans ses situations, dans ses espérances, dans ses intérêts légitimes.

R. P.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PHYSIQUE.—NOMINATION DU PROFESSEUR.

Premier tour de scrutin.

MM. Maissiat obtient	4 voix.
Gavarret	3
Guérard	3
Person	1
Baudrimont	1

Deuxième tour de scrutin.

Gavarret	6
Maissiat	5
Guérard	1

Troisième tour de scrutin.

Gavarret	6
Maissiat	6

En cas de partage, la voix du président est prépondérante; M. Pouillet, président, interpellé sur son vote, a déclaré avoir voté pour M. Gavarret qui, ayant ainsi obtenu la majorité, a été déclaré professeur de physique.

— La liste de présentation pour le remplacement de M. Edwards à l'Académie des sciences morales et politiques a été ainsi communiquée :

En première ligne, M. Peisse.

En seconde ligne, *ex æquo*, MM. Buchez, Dubois (d'Amiens), Garnier, Lelut.

Lorsqu'un bâtiment était pestiféré, la maladie s'est toujours manifestée dans les huit jours, au plus, qui ont suivi le jour du départ. Telle est la base de la réforme que j'ai proposée. Ces deux résumés, clairs et précis, seraient très faciles à réfuter s'ils étaient faux.

Le fait de l'Autriche et de l'Angleterre est authentique. Les deux propositions, base de la réforme, découlent d'une expérience de cent-vingt-quatre ans.

Pour les combattre que l'on apporte donc, au lieu de suppositions, des faits qui prouvent le contraire.

Lorsque dans la discussion on a parlé de la période d'incubation, toujours on a semblé la présenter au point de vue scientifique. M. Hamont vous a même cité l'opinion de divers auteurs, qui donnent à cette période de la manifestation de la maladie plus de huit jours. Cela ne regarde en rien mes propositions, puisque les cas ont eu lieu à terre et non à bord d'un navire en mer. Il a dit, de plus, que la peste se transportait. Tout ceci est écrit dans mon mémoire. Au reste, qu'importe, puisque, dans tous les cas de transport, et il y en a eu soixante-quatre en cent-vingt-quatre ans, ils ont toujours commencé en mer, à bord du navire. Or, j'ai abandonné les bâtimens qui avaient eu des attaques en mer à la suprême direction des intendances sanitaires.

Dans une discussion, il est facile de faire de l'érudition ; mais ce qui est très difficile, je dirai plus, impossible, c'est de trouver un fait qui constate : 1° que la peste s'est manifestée en mer après le huitième jour du départ ; 2° qu'un bâtiment arrivé sans attaque en a eu après son arrivée.

J'ai donné des faits et des chiffres; que l'on m'oppose des faits et des chiffres.

Quant aux questions scientifiques qui regardent la peste et que j'apprécie autant que qui que ce soit, il est loisible à l'Académie de s'en occuper, mais je ne les ai pas posées, et je croirais manquer en ce moment à mon devoir de médecin et de Français si je m'y laissais entraîner.

L'Académie me pardonnera donc si j'insiste aussi fortement pour rappeler les débats sur le terrain des faits. Je ne vois que le but et le but national, que la solution et la solution la plus rapide; car ou les intérêts de la France ou la santé publique sont aujourd'hui compromis.

M. Chassinat, employé au ministère de l'intérieur, adresse une lettre sur la même question. Cette lettre vient justement à point pour répondre à celle de M. Aubert. M. Chassinat craint que M. Aubert n'ait pas tenu compte de tous les faits, sans quoi il ne se serait pas montré aussi exclusif. Il rappelle à cette occasion un fait qui a eu un grand retentissement dans le temps et que l'on n'a cependant pas cité encore dans cette discussion. C'est le fait du *Léonidas*. Le paquebot-poste français le *Léonidas*, ayant à bord cinquante hommes d'équipage, partit de Marseille le 11 juillet 1835 pour Constantinople, où la peste régnait alors. Après un court séjour à Constantinople, où il avait embarqué de nouveaux voyageurs et de nouveaux objets, il repartit le 27 juillet pour la France, et n'arriva à Marseille que le 11 août, au bout de 15 jours de traversée, et après avoir relâché à Smyrne, où régnait également la peste et où l'on reprit de nouveau des passagers et des dépêches. Dans toutes les échelles qu'il eut à franchir pendant sa traversé, l'état sanitaire de l'équipage fut toujours déclaré parfait. La même déclaration fut faite à Marseille, à l'exception toutefois d'un seul homme, qui, depuis deux jours, éprouvait des symptômes que l'on prit pour ceux d'une gastro-entérite. En conséquence, le bâtiment fut soumis à quarantaine et dirigé vers l'île de Pomègue. Peu de jours après, un second sujet fut atteint, puis un troisième. Cette fois, plus de doute. Chez ce troisième sujet, dont l'autopsie fut faite au lazaret, on constata la présence du bubon caractéristique. Ainsi, ce bâtiment quitte Constantinople le 27 juillet, Smyrne le 30 du même mois, et ce n'est que le 10 août, c'est-à-dire treize jours après le départ, que se déclare le premier cas de peste. Les deux autres cas ne se développent encore que plus tard, treize et quinze jours après le départ de Smyrne, quinze et dix-sept jours de Constantinople. D'où M. Chassinat conclut qu'en fixant à huit jours le maximum d'incubation de la peste, M. Aubert a été trop absolu et qu'il n'a pas tenu un compte suffisant de tous les faits.

M. Londe demande la parole. La lettre dont l'Académie vient d'entendre la lecture renferme une objection en apparence sérieuse, qui s'adresse à la fois au mémoire de M. Aubert et au rapport de votre commission. Je connaissais le fait du *Léonidas*; mais M. Chassinat rapporte ce fait d'une manière inexacte. J'ai pu me convaincre, d'après des documens officiels émanant du ministère du commerce, que j'ai eus sous les yeux, que c'est pendant les huit premiers jours de la traversée que s'est déclaré le premier cas de peste, et non pas le treizième jour, comme le croit M. Chassinat. J'offre à l'Académie de déposer sous ses yeux dans la séance prochaine les documens en question.

L'offre de M. Londe est agréé. Les lettres de MM. Aubert-Roche et Chassinat sont renvoyées au comité de publication.

RAPPORTS.

PUPITRE PORTATIF.

M. Thillaye fait un rapport verbal sur un nouveau pupitre portatif imaginé par M. Tascher et destiné aux personnes qui suivent les cours publics ou des écoles de dessin. Cet instrument, dit le rapporteur après en avoir fait la description, est rarement utile, le plus souvent commode, dans aucun cas il ne saurait être nuisible.

M. Villeneuve demande l'ordre du jour. Il craint, quelque sévères que soient ces conclusions, que l'auteur de cet instrument ne s'autorise du rapport de l'Académie pour l'annoncer au public.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

M. Thillaye quitte sa place en priant le bureau d'épargner à l'avenir aux membres de l'Académie des rapports sur des objets indignes de son attention.

COMMUNICATIONS.

ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE.

M. Fleury lit un mémoire intitulé : Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse. L'auteur se demande si l'altération improprement appelée œdème de la glotte est, comme le veulent quelques médecins, une maladie distincte, existant par elle-même, ou bien si elle n'est, comme d'autres le prétendent, qu'un épiphénomène anatomo-pathologique appartenant à la laryngite. Cette question, dit-il, n'a point été résolue, parce que les auteurs se sont placés à un point de vue trop exclusif, en ne voulant voir, dans tous les cas, les uns qu'une hydropisie essentielle, les autres qu'un accident inflammatoire. Après avoir discuté les diverses opinions émises sur ce sujet, M. Fleury cherche à établir dans le cours de ce mémoire que cette angine est une hydropisie pouvant se développer sous l'influence des différentes causes qui produisent toutes les hydropisies en général et l'anasarque partiel (œdème) en particulier. Il fonde sa démonstration sur l'analogie et sur l'observation, en montrant que l'œdème laryngienne se développe quelquefois chez des sujets débilités pendant la convalescence des fièvres graves, en l'absence de toute altération antérieure ou concomitante du larynx.

Il résulte de cette première partie du travail de M. Fleury : 1° que c'est à tort que M. Blache a déclaré qu'il n'existait pas dans la science un seul exemple d'œdème essentiel du larynx; 2° qu'il n'est point possible de ne voir dans l'œdème laryngien que le premier degré de la laryngite sous-muqueuse; 3° que décrire sous le nom d'angine laryngienne œdémateuse des caries, des nécroses, des abcès du larynx existans sans aucune trace d'inflammation séreuse, c'est dire qu'il existe un œdème laryngien sans œdème.

Après avoir terminé cette discussion de pathogénie, M. Fleury combat l'opinion généralement adoptée qui prescrit d'opposer à l'angine laryngite œdémateuse la médication antiphlogistique la plus énergique; et, après avoir montré que les partisans les plus exclusifs de ce traitement ont été obligés de reconnaître son inefficacité, il établit que cette hydropisie doit être combattue par le traitement rationnel applicable à toutes les hydropisies et que les médications doivent par conséquent varier avec la cause de l'épanchement séreux.

(Commissaires : MM. Cruveilhier, Bouillaud et Bricheteau.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. Cornay lit un travail qui n'est point susceptible d'être analysé sur la Topographie médicale de Rochefort.

(Commissaires : MM. Gasc, Bailly et Londe.)

CORPS ÉTRANGER DANS L'OREILLE.

M. Marchal (de Calvi) communique un fait de corps étranger dans l'oreille, dont l'existence avait été méconnue.

Obs. — Un officier de cavalerie éprouva, dans l'hiver de 1821, de la surdité du côté droit. Un jour, à la manœuvre, étant à cheval, au soleil, il sentit quelque chose se déplacer dans son oreille, et il entendit dans ce moment-là et pendant quelque temps. Plus tard, il fut sujet à des alternatives de surdité et de rétablissement de l'ouïe. Au commencement de cet hiver il éprouva de la surdité toujours du côté droit, une céphalalgie intense et continuelle, des étourdissemens violens aussitôt qu'il se baissait. Je fis tirer du sang. Les symptômes persistant, j'examinai l'oreille et je vis au fond une sorte de cérumen épaissi. Je prescrivis des injections, après l'une desquelles s'échappa ce corps étranger, qui est un grain de chapelet très altéré. Cet officier ayant cinquante ans, à supposer que ce corps ait été introduit dans l'oreille à l'âge de cinq ans (n'a aucune idée de l'époque de cette introduction), il aurait séjourné dans le conduit auditif externe pendant quarante-cinq ans environ. Tous les accidens ont cessé depuis la sortie du corps étranger.

M. Bégin cite à cette occasion plusieurs faits du même genre. Il n'est pas rare, dit-il, que des larves d'insectes déposées dans le conduit auditif externe s'y développent et donnent lieu par la suite à des accidens analogues à ceux que M. Marchal vient de rapporter. J'ai déposé dans le temps au Val-de-Grâce un petit flacon contenant plusieurs de ces larves trouvées dans l'oreille de plusieurs soldats.

M. Virey rappelle qu'Itard avait également trouvé des larves de mouches dans le conduit auditif d'une jeune fille. M. de Humbolt a signalé l'existence de certains diptères très communs en Amérique, qui donnent très fréquemment lieu aux accidens dont il s'agit. Les observations de ce genre sont loin d'être rares.

ANENCÉPHALE.

M. le Président présente le modèle en plâtre de la tête de la petite fille anencéphale qui a été vue dans une des dernières séances.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures et demie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES
D'ANGLETERRE ET D'IRLANDE.

(Suite. — Voir le numéro du 30 décembre 1843.)

IV. SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SHEFFIELD.

RÉFLEXION DES FONCTIONS NERVEUSES; CHORÉE PRODUITE PAR LA PÉRICARDITE; par le docteur Favelle.

L'auteur ne veut point s'occuper des questions de physiologie que soulève

l'étude de la réflexion de l'influence nerveuse, mais seulement appeler l'attention sur un fait pratique qui s'y rattache, sur la chorée qui survient pendant le cours de la péricardite dont elle est le résultat et dont elle masque souvent l'existence (1). Cette coïncidence de deux maladies jusqu'ici si éloignées et si différentes l'une de l'autre ne doit pas plus étonner que celle de la chorée et des vers ou de tout autre irritant situé dans le canal intestinal. Énumérant ensuite plusieurs exemples à l'appui de cette assertion, il rapporte successivement un cas remarquable publié, par le docteur Bright, dans les TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES; un autre, publié par le docteur J. Yonge, dans les rapports de l'hôpital Guy, et enfin deux qu'il a recueillis lui-même, et dont nous allons donner les principaux traits. Premier cas. En mars 1841, une jeune femme, âgée de 21 ans, mariée, entre à l'infirmerie de Sheffield pour un cas de chorée qui avait pris une telle gravité que la malade ne pouvait ni s'asseoir ni se tenir debout ni être couchée, et telle était la violence des mouvemens convulsifs qu'il ne fallait pas moins de deux personnes pour la maintenir dans son lit. Elle avait souffert pendant longtemps (avant son admission) d'un rhumatisme à la suite duquel elle se plaignit de palpitations qui amenèrent la chorée.

A l'époque de son admission, l'intelligence était intacte, la respiration normale; elle ne se plaignait que d'une céphalalgie très forte et de ses palpitations. Elle était resserrée, avait peu d'apppétit, la langue chargée, le pouls à 96, régulier et d'une force médiocre. La colonne vertébrale examinée avec soin sur toute sa longueur ne donne pas le moindre signe de sensibilité à la pression; la région du cœur n'offre pas à la percussion de matité prononcée; mais on y entend, après chaque bruit du cœur, un bruit de frottement.. Au bout de trois jours, la malade meurt. et huit heures après on ne trouve, à l'autopsie, aucune autre lésion que celle du cœur. La surface externe du cœur était très injectée, et adhérait fortement à la plèvre gauche; la quantité du liquide contenu dans le péricarde n'était pas plus forte qu'à l'ordinaire; la séreuse qui recouvre le cœur, près de la base du ventricule gauche, était le siége d'une vive rougeur, ainsi que celle qui est réfléchie sur les gros vaisseaux; le ventricule gauche avait plus d'épaisseur qu'à l'ordinaire, et la valvule mitrale offrait un léger degré d'épaississement, avec hypertrophie.

Le sujet du second cas était un jeune garçon, âgé de 9 ans, qui était malade depuis six mois, quand il fut reçu à l'infirmerie, se plaignant de toux, de dyspnée et de palpitations du cœur. Le côté droit de la poitrine offrait la résonnance normale, tandis qu'à gauche il y avait un peu de matité; de ce côté on entend, avec le premier bruit du cœur, un souffle prolongé et fort jusqu'au bord du sternum. Le pouls est à 120. régulier. Quelque temps auparavant, cet enfant avait été pris de mouvemens spasmodiques d'un côté du corps, et si violens qu'il ne pouvait presque plus marcher, ni rien porter à sa bouche. Après que cet état eut duré quelque temps, les extrémités inférieures commencèrent à se tuméfier, et les mouvemens convulsifs disparurent graduellement. L'intelligence resta toujours nette jusqu'au moment de la mort, qui arriva deux mois et demi après l'entrée du malade à l'hôpital.

A l'autopsie, on ne trouve aucune altération que les suivantes. Le péricarde extérieur est très injecté et adhérent à la plèvre d'un côté, et de l'autre au feuillet interne, depuis la base du cœur jusqu'au sommet, et avec des adhérences tellement fermes, qu'on ne sépare les deux feuillets qu'avec une extrême difficulté. Le cœur est aussi considérablement hypertrophié, et son tissu un peu ramolli. L'orifice auriculo-ventriculaire droit et la valvule tricuspide sont à l'état normal. La valvule mitrale, au contraire, est fortement épaissie et indurée.

L'auteur, après avoir cité plusieurs observations de MM. Andral, Bouillaud et autres, où des affections convulsives de divers ordres de muscles ont été observées chez des sujets affectés de péricardite, termine par la conclusion pratique qui suit :

Il est important, dans tous les cas d'affection spasmodique grave et subite, d'examiner l'état du cœur.

COEUR QUI PESAIT SEULEMENT 112 GRAMMES.

Le docteur Favelle présente à la Société un cœur dont les ventricules sont si petits que l'on peut à peine y introduire l'extrémité du petit doigt. Les parois du ventricule gauche sont beaucoup plus épaisses qu'à l'état normal. L'aorte et l'artère pulmonaire sont très grosses, relativement à la capacité des cavités du cœur. C'était le cœur d'une femme âgée de 40 ans, qui n'avait jamais éprouvé le moindre symptôme d'altération de cet organe. Elle n'avait eu ni dyspnée, ni palpitation, ni syncopes, ni embarras, à la suite d'un exercice actif. Cette femme était d'une taille moyenne, mais très maigre; elle avait habituellement de la fraîcheur et les joues colorées, et était extrêmement active. Elle pesait, en bonne santé, vers l'époque de son troisième mariage, environ 10 tonnes.

AUTOPSIE D'UN REMOULEUR; rapportée par le docteur PORTER.

W. Batty, âgé de 44 ans, d'habitudes régulières, a travaillé de son état (remouleur de fourchettes) depuis l'âge de 14 ans jusqu'a 31, époque où il le quitta, à cause des effets fâcheux qui en résultaient pour sa santé. Depuis onze ans, il a travaillé dans une fabrique de ciseaux, où il était très exposé au froid, auquel il attribue son état actuel (2 septembre 1842). Lorsqu'il quitta sa première profession, il y a treize ans, il souffrait beaucoup d'une toux brève, sèche, accompagnée de peu de douleur, et, dans le commencement, d'une expectoration peu abondante, à laquelle bientôt il se mêla du sang. Plus tard, l'expectoration devint très abondante, offrant quelquefois une couleur noire.

Lorsque le docteur Porter le vit pour la première fois, il était extrêmement affaibli, fort incommodé par la toux, surtout la nuit. Il y avait une expectoration très abondante, ordinairement noire, quelquefois jaune et se détachant très difficilement. La nuit, il y avait des sueurs très fortes. Les selles étaient régulières, l'urine coulait librement. Quelquefois il y avait dans le côté gauche une douleur qui augmentait par l'inspiration. La voix était réduite à un souffle; la respiration s'accélérait au moindre exercice; cependant, il pouvait encore se rendre à la maison des pauvres, à un mille environ de son habitation. La respiration paraissait se faire du côté gauche seulement, le droit semblant rester complètement inactif.

Par la percussion, on trouva un son mat par toute la poitrine, mais surtout plus prononcé du côté droit. Respiration bronchique des deux côtés. Léger gargouillement vers le sommet du poumon droit. L'expectoration augmente et devient plus difficile, la respiration plus laborieuse, et le malade meurt le 9 octobre.

AUTOPSIE. Amaigrissement considérable; abdomen plat et contracté; poitrine étroite, mais assez profonde dans la direction antéro-postérieure; extrémités réduites aux os.

THORAX. De nombreuses adhérences existent entre les deux feuillets de la plèvre du côté droit et surtout en haut. Les poumons ne s'affaissent pas, toute leur surface est couverte de granulations noires du volume d'un grain de raisin, et on en trouve de semblables dans tout le tissu pulmonaire qui offre une crépitation légère, à l'exception de la partie supérieure du poumon droit, où l'on trouve une grande caverne, et d'une petite portion du gauche, qui était induré et plus ferme que le foie. En incisant le tissu pulmonaire, on en voit sortir une matière spumeuse; il y a peu de traces de tubercules.

Outre les petits corps noirs dont nous avons parlé déjà, on en trouve d'autres quatre ou cinq fois plus gros dans les autres parties du poumon. Ces corps sont tout à fait noirs à l'intérieur, et les plus gros sont si fermes que l'on ne peut les inciser, et que le bistouri est arrêté par une substance comme graveleuse. On trouve, près de la bifurcation de la traché, d'autres corps tout à fait semblables et quatre fois plus gros qu'une fève.

La muqueuse de la trachée, épaissie dans toute son étendue, n'offre pas la moindre ulcération; les bronches sont très dilatées, et, dans les lobes inférieurs, beaucoup d'entre elles ont le volume d'une plume à écrire. La lésion la plus remarquable est une énorme caverne occupant le quart du poumon droit, vers son sommet. C'est un sac complet dans lequel n'arrive aucun tuyau bronchique, et qui renferme une certaine quantité de débris des poumons.

Le cœur, d'un volume ordinaire, a toutes ses valvules saines. Les parois du ventricule gauche sont extrêmement minces; l'aorte est très pâle.

La difficulté que l'on éprouva à faire l'autopsie des rémouleurs donne à ce cas un grand intérêt; car lorsqu'ils sont admis dans l'infirmerie il est bien rare qu'ils y meurent, et au risque de périr même en route ils veulent que leurs amis les emportent quand ils se sentent défaillir, tant est fort le préjugé que conserve cette classe d'hommes contre l'examen nécropsique; aucun raisonnement n'a pu le détruire, bien qu'ils sachent parfaitement que la nature de leur travail est telle qu'elle les conduit presque nécessairement à une mort prématurée puisqu'il est bien rare qu'ils arrivent à l'âge de cinquante ans. On a pu cependant, dans quelques occasions, examiner après la mort l'état des organes chez ces victimes de l'industrie, mais ces cas sont en petit nombre, et bien que les médecins de la ville se soient occupés très activement de ce sujet de recherche, on en possède encore que de très insuffisans matériaux. Le docteur Kight a publié, en 1830, dans le NORTH OF ENGLAND MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, une notice sur les maladies avec la statistique des rémouleurs. C'est le seul travail de quelque importance sur ce point, bien que si, nous en croyons le docteur Hastung, on observe les mêmes symptômes chez les tanneurs de Worcester.

RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC CHEZ UN ENFANT MORT SUBITEMENT.

Le docteur Favelle entre dans beaucoup de détails sur un cas de ramollissement avec érosion de l'estomac qu'il a observé quelque temps auparavant. Le sujet était un enfant âgé d'un an, et qui depuis sa naissance paraissait jouir d'une bonne santé. Le corps était parfaitement bien développé. Deux ou trois jours pourtant avant sa mort comme il parut même bien portant ses parens lui donnèrent une petite médecine à la suite de laquelle il parut avoir repris son état ordinaire. Le second soir, on le mit au lit sans qu'il parût éprouver la moindre souffrance; il dormit bien, mais entre minuit et une heure sa mère l'ayant examiné le trouva mort. Le corps fut examiné par ordre du coroner deux jours après la mort. Il n'offrait pas la moindre trace de décomposition. Le trou ovale n'était pas fermé. Le foie, les intestins, la rate, étaient à l'état normal. L'estomac offrant à son extrémité cardiaque une large ouverture était si ramolli qu'on ne pouvait le saisir sans le déchirer; toute la portion cardiaque était transformée en une masse gélatineuse. La membrane muqueuse des autres portions de l'estomac était tout à fait à l'état normal. Le docteur Favelle, rappelant après ces détails les principales opinions émises sur les différentes causes du ramollissement de la muqueuse gastrique, énonce celle que l'état anormal de l'estomac devait n'avoir été produit que depuis la mort. La belle santé de l'enfant et le développement qu'il avait pris suffisaient bien pour démontrer qu'il n'y avait point eu chez lui de lésion chronique du tube digestif, et il n'avait éprouvé aucun des symptômes d'une maladie aiguë; il est donc convaincu que l'état anormal de l'estomac doit être attribué à l'action des sucs gastriques. Quant à la cause de la mort, il paraît disposé à l'attribuer à quelque irrégularité subite dans la circulation favorisée sinon déterminée probablement par la permanence du trou ovale.

OBSERVATION D'UN CAS DE PARALYSIE COMPLÈTE DE L'OESOPHAGE, D'UNE LONGUE DURÉE, SUIVIE D'HÉMIPLÉGIE, ET GUÉRIE PAR L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME; par le docteur SHEARMAN.

Mlle Cooper, âgée de 51 ans, avait souffert pendant plusieurs mois d'une

(1) Voyez sur ce point important de pathologie les recherches du docteur Burrows (GAZ. MÉD., nº 50, an 1843).

névralgie du nerf maxillaire supérieur du côté droit et qui avait été combattue avec succès par de fortes doses de sulfate de quinine et par un régime fortifiant. Le 31 janvier 1841, elle est prise de vomissemens abondans avec une telle dépression des forces qu'elle ne pouvait soutenir la tête haute pour vomir, et que quand elle avait été soutenue pendant quelques instans dans cette position, elle tombait en syncope. Ce vomissement continua tout le jour suivant malgré tous les moyens qui furent employés. Tant qu'elle restait couchée, elle pouvait agiter ses membres; mais aussitôt qu'elle était soulevée, elle perdait immédiatement toute influence sur ses bras et tombait sans connaissance. Le soir du premier février, elle perdit tout à coup la faculté d'avaler les solides et même les liquides, et à partir de ce moment les vomissemens cessèrent. Il n'y avait ni douleur, ni sensibilité, ni chaleur à la tête, à l'estomac, ni sur aucune autre partie du corps. Le pouls était plein, filant et à 100. Les garderobes régulières étaient à peu près à l'état normal. Les règles avaient cessé de couler depuis quelque temps. J'introduisis immédiatement un tube œsophagien, adapté à une seringue de Reid, et je fis pénétrer dans l'estomac des alimens qui furent conservés et diminuèrent l'état d'épuisement dans lequel elle était tombée. Le lendemain on recommença la même opération, et alors elle put marcher et se servir de ses bras, ce qui prouve qu'il n'y avait pas de lésion dans la moelle épinière. Craignant quelque congestion ou quelqu'autre lésion vers l'origine ou sur le trajet de la huitième paire, j'appliquai des sangsues aux tempes et des ventouses à la nuque, j'administrai des purgatifs mercuriels, des vésicatoires furent appliqués sur l'épine, des sinapismes sur l'épigastre; enfin on épuisa tous les moyens qui d'ordinaire sont employés dans les cas de paralysies qui succèdent à une légère attaque d'apoplexie. Ce n'était qu'avec beaucoup de peine qu'on administrait les médicamens qui ne pouvaient être introduits que par la pompe gastrique; et au bout de quelques jours telle était la faiblesse de la malade qu'on était obligé de lui faire parvenir des alimens toutes les quatre heures le jour et la nuit.

Vers la fin du quatrième jour, la bouche de la malade est tirée vers le côté droit de la face, tandis que le côté gauche reste froid; la malade parle avec difficulté: elle ne peut abaisser complètement la paupière supérieure et n'entend pas du tout de l'oreille gauche. Le jour suivant, la jambe droite devient froide. et deux jours encore après le bras et la jambe du côté droit sont complètement paralysés du mouvement et de la sensibilité. Ces symptômes s'aggravent graduellement; la faiblesse augmente beaucoup malgré l'emploi des stimulans internes et externes qui ne produisent aucun effet. La malade est dans un état qui ne laisse presque aucun espoir.

Le 25 février, on commence l'application de l'électro-magnétisme depuis la partie postérieure et supérieure du cou, le long de l'œsophage et du côté gauche de la face et sur l'épine, le long du trajet des nerfs, du bras droit et de la jambe du même côté. Cette application est continuée pendant une heure trois fois par jour, et toutes les quatre heures on injecte des alimens fortifians tels que le bouillon de bœuf avec du vin ou de l'eau-de-vie.

Le 4 mai, huit jours après la première application, la malade commence à avaler, et dès le lendemain elle a fait tant de progrès qu'à partir de ce jour je cesse de lui injecter des alimens dans l'estomac. L'application de l'électro-magnétisme est continuée trois fois par jour pendant au moins un mois, et ensuite deux fois par jour seulement et associée de temps en temps à de fortes doses de quinine et de divers autres toniques, et à une alimentation à la fois riche et abondante. Au bout d'un mois, la chaleur commence à revenir dans le bras engourdi, puis dans la jambe, puis l'amélioration augmente graduellement jusqu'au 26 juin où la malade monte et descend des escaliers avec facilité. A partir de cette époque, on cesse graduellement l'emploi de l'électro-magnétisme; on dirige la malade à la campagne sur le bord de la mer, d'où elle revient mieux portante qu'elle ne l'avait jamais été. Aujourd'hui (20 février 1843), elle est très bien, peut faire trois et quatre milles à pied sans se fatiguer, bien que l'année dernière elle ait eu une violente attaque de pneumonie pour laquelle elle a été saignée deux fois du bras et a pris de fortes doses de tartre antimonié de potasse.

Les cas de ce genre, dit l'auteur, sont extrêmement rares, et encore plus difficiles à expliquer, ainsi que le pense le docteur Abercrombie d'Edimbourg qui, conseillé pour cette malade qu'il avait vue, disait : « Je serais fort embarrassé pour dire dans quel état est la moelle épinière chez Mlle Cooper; la vérité est que plus je vois de ces sortes de cas, plus l'embarras qu'ils me causent augmente. Dans beaucoup d'entre eux, j'ai trouvé un vaste ramollissement de la moelle: mais dans beaucoup d'autres je n'ai pas rencontré la moindre trace de lésion dans cet organe ni dans ses membranes.

Note du rédacteur. Pour nous, malgré l'âge un peu avancé du sujet et aussi à cause du silence gardé par le médecin anglais sur son tempérament, sur ses maladies antérieures, nous serions assez disposés à voir dans cette intéressante observation l'une des formes si nombreuses et si variées sous lesquelles se montre l'hystérie. La névralgie dont avait souffert Melle Cooper pendant deux mois, le mode d'invasion des accidens de paralysie et la manière dont ils ont disparu sont les motifs sur lesquels nous appuyerions cette manière de voir.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION ET RÉFLEXIONS SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT-NAPEL. — INGESTION DE 40 GRAMMES D'ALCOOLATURE D'ACONIT; ACCIDENS GRAVES; CÉCITÉ TEMPORAIRE; CONTRACTURE DES MEMBRES; EXALTATION DE LA SENSIBILITÉ; STUPEUR; RÉFRIGÉRATION DES TÉGUMENS; EMPLOI HARDI ET RÉPÉTÉ DE L'ÉMÉTIQUE ET DE L'ÉMÉTO-CATHARTIQUE, DES SINAPISMES, ETC.; GUÉRISON; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin-suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Obs. — Le 26 octobre 1843, à huit heures et demie du soir, le nommé Ch. Grimaud, garçon de peine attaché à l'officine de M. S...., pharmacien à Lyon, pressé par le temps, mange sa soupe et avale par-dessus environ quarante grammes d'alcoolature d'aconit. qu'il avait lui-même déposé le matin dans une bouteille de verre noir, placée à côté de celle qui contenait le vin dont il faisait usage à l'heure de ses repas. Il éprouve immédiatement une sensation de chaleur et de constriction à la gorge et s'aperçoit de l'erreur qu'il vient de commettre. Effrayé des suites qu'elle peut avoir, il s'adresse. en l'absence du patron, à l'aide pharmacien, qui lui administre aussitôt 5 centig. d'émétique délayé dans beaucoup d'eau. Cette médication ne détermine presque pas de vomissemens. L'inquiétude de Ch... est à son comble; il ne peut rester en place, et se plaint toujours de la gorge et d'une sensation brûlante le long de l'œsophage. M. S..., à son retour. amène le malade à mon domicile. Il était dix heures et quart. Je vois un homme âgé de 35 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez forte, réclamant avec instance les secours de l'art, et parlant avec effroi de sa position. Son anxiété était telle qu'il ne pouvait se tenir en place. Je le fais asseoir, il se lève aussitôt. Je suis obligé de le suivre pas à pas dans mon cabinet pour lui demander des détails sur les circonstances qui ont accompagné l'accident et sur les symptômes qu'il éprouve. Ceux-ci sont en petit nombre. L'intelligence est nette; les sens ne présentent aucun trouble dans leurs fonctions; la langue est blanchâtre, quelques nausées, *pas de coliques*. Je reconnais seulement que les premiers effets toxiques portent spécialement leur action sur l'appareil de locomotion et en particulier sur les membres inférieurs qui sont sans cesse en mouvement, même dans les courts intervalles de la station assise. Lorsque le malade se promène, ses jambes *le flageolent*, selon son expression; et cela donne une allure particulière et vacillante à sa démarche. Après cet examen, je le renvoie à l'officine, qui est peu éloignée, et où je lui fais administrer le vomitif suivant: émétique, 15 centig.; eau, 125 gr.; 1 gr. de poudre d'ipécacuanha. Le malade avale le breuvage avec avidité et se plaint d'une douleur très vive dans l'arrière-gorge; agitation excessive, crainte de la mort. Au bout de 7 à 8 minutes, vomissemens répétés et abondans, au milieu desquels il est facile de reconnaître des grumeaux de pain bouilli.

Onze heures du soir. — Le malade ne peut plus se tenir debout; il est saisi de mouvemens convulsifs caractérisés ainsi qu'il suit : les membres supérieurs et inférieurs sont rétractés en dedans, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main et recouvrent le pouce. Il est impossible de les relever; les pieds sont amenés dans un état permanent d'adduction. Du reste, nous n'observons aucune secousse. En même temps, le faciès est recouvert d'une sueur visqueuse et froide; les yeux tournés en haut ne font apercevoir que le blanc du globe oculaire et impriment à la physionomie un caractère effrayant. Les artères radiales et temporales ne battent plus. Cet état dure environ trois minutes, au bout desquelles la détente a lieu. Le malade exprime alors toute l'angoisse qu'il éprouve, et dit qu'il sent que sa dernière heure est arrivée; l'intelligence est, du reste, toujours lucide, mais la cécité est complète. Ch... ne distingue plus ni les personnes, ni les objets qui l'environnent. Quelques vomissemens peu abondans; nausées constantes, suivies des crises telles que nous les avons décrites.

Minuit et demi. — Même état, angoisses extrêmes, intermittence des crises et des nausées. (Prescription: mixture avec 15 centig. d'émétique et 12 grammes de sulfate de soude; eau, 150 grammes.) Vomissemens abondans et répétés pendant un quart-d'heure, mais ils n'apportent aucun soulagement aux souffrances de Ch... (Lavement avec 16 gr. de sulfate de soude et le vin émétique trouble; eau vinaigrée par petites gorgées.)

Une heure. — Le malade a recouvré le sens de la vue; mais les crises sont tout aussi fréquentes et plus effrayantes que jamais. La température de la peau baisse à chaque instant, Ch... éprouve quelques frissons, et bientôt il est saisi d'un froid glacial; le faciès est hippocratique, la tête est fortement projetée en arrière, des craquemens articulaires se font entendre pendant les crises de contracture; la respiration commence à devenir stertoreuse, râle muqueux à distance: Ch..., plongé dans les horreurs de cette agonie, comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit, et n'accuse aucune douleur dans le ventre; insensibilité des poignets depuis les premières crises; il n'a point le sentiment des piqûres d'épingles qu'on lui enfonce même assez profondément. (Prescription: Sinapismes vinaigrés sur toutes les parties du corps, excepté sur le ventre où la chaleur se conserve; toute la surface du dos, de la poitrine, des cuisses, etc., est recouverte de l'emplâtre irritant. Eau iodée à l'intérieur.)

Jusqu'à trois heures du matin cet état se prolonge; c'est alors seulement que la réaction commence à s'établir; les battemens du cœur se font de nouveau sentir, le pouls se relève. Quelques vomissemens peu abondans ont encore lieu, mais Ch... dit éprouver une sensation de bien être avec le retour de la chaleur. Nous faisons administrer une potion composée d'une forte infusion de menthe et de mélisse, à laquelle nous ajoutons 8 grammes d'esprit de *mindererus*. (On promène un fer chaud à repasser sur le tronc et les membres.)

Quatre heures du matin. Le faciès est meilleur, la sueur coule abondamment, et elle est chaude; le pouls bat 125; la sensibilité est entièrement revenue aux deux poignets, le malade respire librement. Dès cet instant la guérison est assurée. (Tisane de chiendent nitrée, sirop des cinq racines.)

A six heures du matin, Ch... s'assoupit pendant une demi-heure. A son réveil, il ne se plaint que d'un brisement général; diaphorèse. *Lavement pur-*

gatif, à la suite duquel sont rendues des matières fécales d'une couleur noirâtre et très fétides. La sécrétion urinaire est peu active, son produit est fortement foncé. Le ventre est indolore et souple, la langue est plate, humide et blanchâtre.

Les journées du 27 et du 28 se passent sans que nous constations de nouveaux phénomènes; le sommeil est seulement un peu agité. Le 29, le malade peut sortir de sa chambre; l'appétit est revenu. Nous ne remarquons aucune trace de cet horrible accident, si ce n'est une expression d'étonnement, de *semi-stupidité*, empreinte sur la physionomie.

L'observation qu'on vient de lire offre un grand intérêt sous le rapport de la cause, de la marche des accidens, de leur intensité et du traitement. En comparant ce fait à ceux peu nombreux qui sont rapportés par les auteurs et qui se trouvent consignés dans le TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, de M. Orfila (4e édition, page 354 et suiv., t. II), nous trouvons de grandes différences, et des symptômes qui n'ont point encore été notés. Mais avant d'insister sur ceux-ci, disons quelques mots de la préparation qui a servi d'agent toxique : c'était de l'alcoolature d'aconit-napel, préparée avec la *plante fraîche* et partie égale d'alcool. Cette préparation datait de trois mois, et le jour même de l'accident le pharmacien avait décanté la macération. Mise sous nos yeux, et versée dans le verre même dans lequel Ch... l'avait bue, nous constatons une odeur vireuse repoussante. Il a fallu, eu égard à cette dernière circonstance, toute la précipitation de Grimaud, pour ne point rejeter de suite, et avec dégoût, ce fatal breuvage. Il en a ingéré presqu'un quart de verre, la dose habituelle de vin qu'il se versait après avoir mangé sa soupe; elle était donc énorme.

La marche des accidens a été naturellement divisée en trois périodes, qu'on a pu facilement reconnaître en lisant attentivement notre observation. La première que je nommerai *prodromique* était caractérisée par de l'agitation, de l'inquiétude et une mobilité singulière. Cette période, qui a duré environ trois heures, a été en s'aggravant et a conduit à la seconde où les phénomènes nerveux intenses se sont élevés jusqu'au degré de convulsion. Mais dans celle-ci que nous appellerons *nerveuse*, nous n'avons point constaté cette sorte d'aliénation mentale que décrivent les toxicologistes. Le malade était plongé par intervalle dans une sorte de stupeur dont il sortait tout à coup pour demander de nouveaux secours. Ch. G. fermait les yeux, baissait la tête, puis se dressait, faisait un mouvement analogue à celui qu'exécutent les personnes qui se réveillent après s'être endormies debout ou sur une chaise; pendant cette secousse, il était menacé d'une chute sur le derrière. Nous n'avons point besoin d'insister sur la *cécité temporaire* qui a dénoté un si grand trouble dans les fonctions nerveuses.

La période *cholérique* ou de *réfrigération* fut celle où le danger s'éleva au plus haut degré. Il était facile de reconnaître à cette réfrigération mortelle, à cette sueur froide et visqueuse, à cette abolition des mouvemens artériels, qu'une partie du poison résorbée avait porté son action directe sur le *vis vitæ*. Notre observation, sous ce rapport, offre une grande analogie avec celle qui est rapportée dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES (vol. XXXVIII, ann. 1734, p. 287, obs. III). Il s'agit d'un homme qui mangea à huit heures du soir de la salade dans laquelle on avait ajouté par mégarde une certaine quantité d'aconit-napel; il éprouve sur-le-champ une chaleur brûlante à la langue et aux gencives, et une grande irritation dans les joues... A dix heures, Vincent Bacon, chirurgien, est appelé, et il trouve le malade couché dans son lit, les yeux et les dents fixes, les mains et les pieds froids, le corps généralement recouvert d'une sueur froide; le pouls à peine sensible, et la respiration tellement courte qu'il est très difficile de l'apercevoir. Toutefois le malade, grâce à un traitement évacuant d'abord, puis stimulant, fut, comme le nôtre, arraché aux portes du tombeau.

Je n'ai jamais douté que si le premier vomitif qui fut administré en mon absence l'eût été à dose suffisante pour être efficace; s'il y eût eu immédiatement d'abondans vomissemens, les accidens toxiques n'eussent été bridés. Aussi me suis-je empressé de remplir cette importante indication dès que je fus appelé. J'avais présent à l'esprit le sage précepte du savant toxicologiste que j'ai déjà cité, au sujet de l'empoisonnement par les poisons *narcotico âcres*. Si le poison, dit M. Orfila, a été avalé depuis peu de temps, et qu'il n'ait pas occasioné de vomissemens abondans, on administrera un évacuant composé de 10 à 15 centigr. de tartre de potasse antimonié et de 1 gramme d'ipécacuanha, dissous dans une petite quantité d'eau; par ce moyen on favorisera promptement l'expulsion du poison, et l'on ne craindra pas de hâter son absorption, vu que la quantité de liquide dans lequel l'émétique été dissous n'est pas considérable (TOXICOLOGIE, t. II, p. 346, 1843). Mais je ne me bornai point au vomitif; un éméto-cathartique, et un lavement purgatif furent administrés, à une demi-heure d'intervalle. L'abondance des matières vomies et celles rendues par le gros intestin déterminèrent l'expulsion d'une grande quantité de la substance ingérée. C'est après avoir rempli cette indication qu'il convenait de faire usage de boissons acidulées, et principalement de l'eau vinaigrée que l'on administrait à petites doses souvent renouvelées. A cet égard, nous rappellerons les préceptes consacrés par M. Orfila : les boissons acidulées sont en général nuisibles, dans l'empoisonnement par les narcotico âcres, avant l'expulsion du poison : 1° parce qu'elles ne favorisent pas le vomissement; 2° parce qu'elles dissolvent les parties actives et facilitent leur absorption.

A partir d'une heure du matin, les indications changèrent. Une fois que les évacuations eurent été assez abondantes pour faire supposer que la majeure partie de la substance toxique avait été éliminée, il ne s'agissait plus que de faire face aux dangers qu'entraînait l'état général. Il fallait, à tout prix, ranimer la réaction périphérique, susciter des actions organiques, des mouvemens, s'exerçant du centre à la circonférence. J'avoue avoir éprouvé un instant une sorte de découragement en présence de cette scène d'agonie; mais il ne fut pas de longue durée : mon ministère dut être rempli jusqu'au bout. Je ne saurais trop engager les praticiens qui se trouveraient dans un cas semblable à recourir aux *sinapismes monstres*, dans la période algide, aux boissons stimulantes et aux frictions alcooliques. Je dois ajouter, comme du reste on a pu le voir, que dans le moment le plus grave les boissons iodées (3 grammes d'iodure de potassium, 10 centigr. d'iode sur 250 grammes d'eau) furent administrées concurremment avec les autres remèdes. Or, il devient difficile d'apprécier au juste les bénéfices qu'elles ont pu apporter à la gravité des accidens; si elles méritent la confiance que leur accorde M. Bouchardat. Nous dirons cependant que dans des cas analogues, où la vie est si fortement menacée, on ne peut que se trouver bien de l'association de remèdes sur lesquels l'expérience n'a point encore définitivement prononcé. Ainsi, il n'y a aucun inconvénient à user simultanément des excitans généraux et des boissons iodées. Si ces dernières sont réellement efficaces, elles ne perdront point leurs droits à l'amélioration de l'état du malade; si elles ne le sont pas, les autres moyens suppléeront à l'action qui leur manque. Telle est l'observation que j'étais désireux de livrer aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE; elle apporte de nouvelles preuves concernant la haute puissance de l'art dans quelques cas désespérés; et, en second lieu, elle démontre avec évidence combien dans ces mêmes circonstances l'intervention du médecin doit être patiente pour se trouver couronnée de succès.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE LA DIGESTION, CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT DANS L'HOMME ET DANS LES ANIMAUX VERTÉBRÉS; par M. BLONDLOT. — 471 pages in-8°. Nancy, 1843.

Il y a peu de fonctions de l'organisme qui aient autant occupé l'attention des physiologistes que la digestion; il en est peu qui aient été l'occasion d'un aussi grand nombre de théories et sur lesquelles la science ait encore autant à désirer, et cependant il n'en était pas qui parût plus facile à étudier soit par l'expérimentation, soit même par la simple observation. Il est bien certain pourtant que parmi les débris des nombreuses théories qui se sont succédé tour-à-tour depuis l'origine de la science, il existe sur cette fonction des faits bien observés, des vérités fondamentales qui n'appellent qu'une main habile pour être mises en œuvre et fournir les élémens d'une théorie vraiment rationnelle de la digestion. Ce travail qui déjà essayé tant de fois a échoué si fréquemment vient d'être tenté de nouveau par l'auteur de l'ouvrage dont le titre se trouve en tête de cet article. Mais avant d'entrer dans l'analyse de cet ouvrage nous devons prévenir que l'auteur ne s'est point borné à recueillir les vérités échappées à chacune des théories admises jusqu'ici; mais qu'il s'est livré à des recherches toutes spéciales sur la digestion et qui ont complété sur plusieurs points de vue l'étude de cette fonction. Nous insistons dès ces premières lignes sur le caractère du travail de M. Blondlot, afin de compléter autant qu'il est en notre pouvoir ce qui a été dit dans un autre numéro de ce recueil (v. GAZ. MÉD., 1843, p. 637), où il a déjà été question des recherches de l'auteur et où l'on n'a semblé lui reconnaître d'autre mérite que celui d'avoir trouvé fortuitement l'idée d'une opération sur un animal vivant qui devait donner à ses recherches une extension et une exactitude que celles d'aucun de ses prédécesseurs dans cette étude n'avaient encore pu atteindre.

Personne n'ignore l'histoire de cette femme reçue dans les salles de Corvisart et qui portait depuis neuf ou dix ans, à la région épigastrique,

une fistule communiquant avec l'estomac et assez large pour permettre de voir dans l'intérieur de cet organe; on connaît également les expériences qui furent faites en cette occasion. Depuis, un médecin de l'armée des Etats-Unis ayant eu le bonheur de guérir un jeune Canadien d'une plaie d'arme à feu dans le flanc gauche, mais avec conservation d'une plaie fistuleuse à travers laquelle on pénétrait facilement dans l'estomac, et comprenant tout l'avantage qu'on pourrait tirer de ce cas pour des recherches physiologiques, attacha ce jeune homme à sa personne en qualité de domestique, et fit un grand nombre d'expériences qu'il a publiées depuis et qui non seulement n'ont point été traduites en français, mais ont à peine été mentionnées dans les recueils périodiques de l'époque (1828). Les expériences du docteur Beaumont avaient été assez nombreuses et les conclusions qu'il en avait tirées étaient assez importantes pour que tout autre qui se livrerait à des recherches sur le même sujet dût s'assurer de l'exactitude des résultats obtenus par le médecin américain et qui paraissaient apporter une si vive lumière sur la plupart des questions qui se rattachent à la digestion. Telle paraît avoir été réellement la position de l'auteur du TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE LA DIGESTION lorsque, après avoir tenu compte de toutes les théories différentes émises dans les temps anciens et modernes sur la digestion, et étant arrivé aux recherches du docteur Beaumont, il reconnut la nécessité d'abord de constater leur exactitude et ensuite de les compléter surtout sous le point de vue chimique où elles laissaient le plus à désirer. C'est alors qu'il se demanda s'il ne serait pas possible de produire artificiellement sur des animaux des fistules gastriques semblables à celles qu'on avait observées accidentellement chez l'homme. Nous ne décrirons pas la méthode qu'employa M. Blondlot pour arriver à ce résultat; il nous suffira de dire que l'opération réussit parfaitement chez les deux premiers chiens sur lesquels il l'essaya. « Je conservai, dit-il, ces deux animaux dans un état de santé parfaite pendant trois mois, utilisant leurs fistules, non seulement pour obtenir des sucs gastriques en abondance, mais aussi pour faire sur la chymification dans l'estomac des recherches comparatives. J'ai fini par sacrifier, dans un but particulier, le chien sur lequel j'avais répété l'expérience. Quant au premier, il est encore aujourd'hui dans ma possession, et quoique depuis deux ans j'utilise fréquemment la fistule pour extraire du suc gastrique et du chyme, ou pour introduire dans l'estomac des tubes, des sondes, des thermomètres, etc., il n'en jouit pas moins de la santé la plus parfaite. Non seulement il a achevé sa croissance, mais il est devenu gras, vif, alerte et jouit d'un excellent appétit. »

On conçoit immédiatement tous les avantages que le physiologiste peut retirer de l'emploi de ce moyen, qui permet de suivre avec une facilité merveilleuse les diverses opérations de l'estomac dans la digestion, de constater à chaque instant les nouvelles combinaisons dans lesquelles entrent les substances alimentaires après leur introduction dans cet organe, et de reconnaître la présence des nouveaux produits organiques qui viennent continuellement se mélanger avec elles; et si nous admettons, ce qu'il serait difficile de nier, qu'il y a identité presque complète, sinon absolue, entre les phénomènes de la digestion chez le chien et chez l'homme, nous comprendrons immédiatement les nombreuses applications que doit recevoir ce moyen en apparence si simple, dont l'idée ne s'est pas présentée à l'esprit de M. Blondlot fortuitement, ainsi que s'est offert, par exemple, le Canadien à l'observation du docteur Beaumont, mais s'est présentée naturellement et comme une suite du développement graduel qu'il avait donné à ses recherches. L'analyse rapide de son travail nous en va fournir la preuve, en même temps qu'elle nous donnera l'occasion de rappeler quelques-uns des travaux les plus récens sur l'étude physiologique de la digestion.

Après un court aperçu historique dans lequel l'auteur indique plutôt qu'il ne décrit les principales théories qui ont été émises jusqu'ici pour expliquer les phénomènes de la digestion, et après quelques considérations générales sur le tube gastro-intestinal et sur les différens phénomènes qui s'y produisent pendant la digestion, il est amené à distinguer ces derniers en phénomènes physiques et phénomènes chimiques, classification toute artificielle, sans doute, mais qui offre l'avantage de présenter chacun des grands phénomènes de la digestion dans une sorte d'isolement qui permet de l'examiner sous toutes ses faces et dans tous ses rapports.

Deux ordres seulement se rattachent aux phénomènes physiques : la mastication et le mouvement péristaltique. A la première, l'auteur, étendant ses études à toute la série des animaux, rapporte avec raison les espèces de poches ou dilatations anormales placées toutes, chez quelques animaux, en avant de l'estomac, et dans lesquelles l'animal emmagasine ses alimens pour des besoins futurs, ou au moins jusqu'à ce qu'il puisse les mastiquer à son aise par la rumination. Le mouvement péristaltique, qui est propre aux viscères creux, offre pour caractère d'être soustrait à l'influence de la volonté, de s'effectuer avec une certaine lenteur, et de présenter des intermittences plus ou moins prononcées et faciles à observer chez les animaux auxquels on a ouvert l'abdomen immédiatement après qu'ils ont mangé. Il a été parfaitement décrit par le docteur Beaumont, d'après ce qu'il avait observé sur son Canadien. L'auteur assure, à cette occasion, avoir vérifié le fait découvert récemment par M. Longet, savoir : que l'électricité ne parvient à provoquer des contractions énergiques de l'estomac qu'autant que ce viscère renferme des matières alimentaires.

Les phénomènes chimiques que présentent les alimens pendant la digestion peuvent être ou spontanés, ou causés par les fluides que sécrètent les différens points du tube digestif. Les premiers sont le résultat de la composition même des substances alimentaires, qui ayant déjà presque toutes fait partie d'un être organisé, tendent sans cesse à se décomposer et subissent différentes modifications, dont les principales sont la putréfaction, la fermentation alcoolique, l'acétification de l'alcool, la transformation lactique, et enfin la saccharification de la fécule. Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans les développemens où il entre à l'occasion de chacune de ces altérations spontanées, limitant la part qu'elles peuvent prendre dans l'accomplissement des phénomènes digestifs, et indiquant les causes qui, dans le cas contraire, mettent obstacle à leur développement; nous verrions par exemple que la putréfaction ne joue aucun rôle dans la digestion chez les animaux dépourvus de poches œsophagiennes, et que, chez ceux qui en sont munis, cette espèce de décomposition, ne se manifestant dans ces ventricules anormaux que d'une manière incomplète et en quelque sorte accidentelle, ne saurait par cela même exercer qu'une influence insignifiante sur les altérations subséquentes que les alimens doivent subir dans le véritable estomac et les autres parties du tube digestif; nous verrions encore que si la fermentation alcoolique ne s'opère pas dans le canal digestif, malgré le concours de la plupart des circonstances qui favorisent généralement cette espèce de métamorphose, c'est qu'à partir du moment où les substances alimentaires sont arrivées dans l'estomac, deux causes puissantes s'opposent à leur transformation putride et alcoolique, savoir, d'abord l'absence complète de l'air atmosphérique ou d'oxigène libre, et ensuite l'action spécifique du suc gastrique. Nous trouverions qu'il en serait de même des formations acétique et lactique, ainsi que de la saccharification de la fécule, et que, dans l'état normal, aucune des décompositions et altérations spontanées ne joue de rôle essentiel dans l'accomplissement des phénomènes digestifs, et qu'aucune d'elles ne saurait avoir lieu dans l'estomac lui-même.

Si les matières alimentaires ne trouvent pas en elles-mêmes la cause des phénomènes digestifs, c'est donc dans les fluides sécrétés par le canal digestif qu'on doit la chercher, et, pour y parvenir, l'auteur s'attache d'abord à déterminer quel est le mode d'action chimique que chacun de ces fluides est capable d'exercer sur elles. Considérant donc ces derniers sous le point de vue de leurs propriétés physiques et chimiques, il divise en trois espèces tous ceux qui se déversent dans le tube gastro-intestinal. A la première, il rapporte sous le nom de *sucs muqueux* les produits formés par une certaine quantité d'eau tenant en dissolution des sels à l'état *basique* ou *alcalin*, et une quantité variable de matière muqueuse. La seconde espèce est formée par la *bile*, qui ne diffère des produits précédens que par l'addition d'une certaine quantité d'un principe résinoïforme et d'une matière colorante; enfin, la troisième est constituée par le *suc gastrique*, qui ne paraît différer des produits précédens que parce que les sels y sont avec excès d'acide, au lieu d'être avec excès de base, et aussi parce que l'élément muqueux y a subi une certaine modification chimique, qui lui communique une vertu toute particulière.

Les fluides de la première espèce sont sécrétés par plusieurs organes, tels que les glandes salivaires, les parotides, la surface plane de la muqueuse gastrique, les cryptes folliculaires isolés ou agminés qui présentent différens degrés de développement, soit qu'on les considère dans la série animale, soit qu'on les compare dans un même individu. Mais, quel que soit le degré de développement de ces organes, les fluides qu'il fournissent offrent tous pour caractères communs d'être plus ou moins épais et visqueux, moussant par l'agitation, généralement incolores, fade ou légèrement salés, et réagissant à la manière des alcalis. Ce dernie caractère est surtout d'autant plus prononcé que la sécrétion s'en est effectuée sous l'influence normale d'une stimulation plus active. Nous n nous étendrons pas davantage sur les propriétés chimiques de ces liquide considérés d'une manière générale, ni sur les différences qu'ils présenten comparés entre eux; nous nous bornerons à dire qu'après avoir suppos que la matière muqueuse qui fait partie de tous ces produits est un véri table détritus dont l'économie se débarrasse, l'auteur conclut, de l'exame de leurs propriétés physiques et chimiques, qu'aucun d'eux n'est destin à prendre une part active dans les phénomènes digestifs, qu'aucun d'eu n'exerce sur les alimens une action chimique de quelque importance, e que la matière muqueuse, qui constitue la partie essentielle de ces pro duits, doit être considérée comme une espèce de *caput mortuum* qui

expulsé sous différentes formes à la périphérie de l'organisme, le protège encore contre les agens du dehors. Ici M. Blondlot se trouve en opposition avec plusieurs physiologistes et chimistes modernes, qui font jouer à la salive un rôle important dans l'acte de la digestion. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans l'énumération des preuves qu'il apporte à l'appui de son opinion ; mais, forcés de nous restreindre, nous nous contentons d'énoncer les principaux résultats auxquels il est arrivé, renvoyant à son ouvrage ceux qui désireront suivre le développement des idées, au moins fort ingénieuses, que nous y trouvons à chaque pas.

La bile ne prendrait également, d'après l'auteur, comme les précédens produits dont nous venons de parler, aucune part directe ou indirecte aux phénomènes digestifs, et ne serait qu'un produit excrémentitiel, ce qui lui fait dire que le tube gastro-intestinal n'est pas seulement le laboratoire où s'effectue la digestion, c'est-à-dire l'élaboration des alimens destinés à réparer les pertes que le corps a subies, mais qu'il est aussi le réceptacle d'un grand nombre de produits excrémentitiels, véritable égout qui reçoit de distance en distance les immondices de l'économie pour les transmettre en dehors.

Jusqu'ici nous le voyons, aucun des liquides versés à la surface du tube digestif ne prend une part réellement active à l'acte de la digestion ; il ne reste donc que le suc gastrique auquel on puisse attribuer cette importante fonction ; ce que fait en effet M. Blondlot. Nous allons suivre l'auteur autant qu'il nous sera possible dans l'étude de ce liquide, qui a donné lieu à tant de contestations, et sur les propriétés duquel on est même loin d'être d'accord. Ce produit, qui forme, par ses propriétés tout à fait spéciales, le principal caractère de l'estomac, le seul qui puisse établir entre ce viscère et le reste du tube digestif une démarcation tranchée, sécrété par la membrane muqueuse de cet organe, n'a pu être étudié jusqu'à ce moment qu'avec beaucoup de peine, en raison des difficultés qu'on avait toujours éprouvées pour s'en procurer des quantités suffisantes, et de le séparer des autres liquides versés dans l'estomac, difficulté qui avait à peu près disparu pour le docteur Beaumont, et qui, depuis l'ingénieux moyen employé par M. Blondlot, ne se reproduira plus à l'avenir. Continuons de signaler les résultats qu'il a obtenus sur ce liquide important.

Il est parfaitement démontré aujourd'hui que le suc gastrique ne s'accumule jamais dans l'estomac dans l'intervalle d'une digestion à l'autre et dans l'absence des alimens. Lorsque l'estomac est vide, sa tunique interne, d'un rose pâle, reste uniformément couverte d'un léger enduit muqueux qu'on peut enlever, mais qui se reproduit immédiatement. Quand au contraire il renferme des alimens et que le travail digestif est en train de s'accomplir, la membrane interne se gonfle par l'abord d'une plus grande quantité de sang et acquiert une teinte rouge, uniforme, plus ou moins foncée, et alors au lieu de la petite quantité de mucus épais et visqueux, neutre ou alcalin, qu'elle fournissait auparavant, elle verse en abondance un fluide clair, limpide et à réaction acide. C'est le suc gastrique. « Il me suffit, dit l'auteur, de donner à mon chien quelques alimens solides, des os, des morceaux de viande crue qu'il avale ordinairement sans les mâcher pour qu'au bout de dix ou quinze minutes le suc gastrique s'écoule spontanément goutte à goutte, sous forme d'un liquide clair et transparent comme de l'eau. En le recueillant dans un flacon, j'ai pu souvent en obtenir ainsi, en une seule séance, jusqu'à 100 grammes. Toutefois pour recueillir cette quantité de suc, il faut environ une demi-heure, car il s'échappe lentement; de manière que dans les circonstances les plus favorables, il n'en tombe pas plus d'une goutte par seconde. Lorsque le manger est introduit dans l'estomac par la fistule, le suc gastrique coule comme précédemment, mais avec moins d'abondance. Il ressort donc de ces faits que la muqueuse gastrique est susceptible de deux états, et que dans l'un et l'autre de ces deux états elle donne naissance à des produits différens, savoir : au mucus d'une part et au suc gastrique de l'autre; c'est ce que démontre l'application sur cette membrane dans l'un et l'autre de ces états de quelques agens de stimulation, de nature purement mécanique ou chimique. » Or dans celle de ces expériences où des cailloux, des morceaux de quartz, du poivre grossièrement concassé furent introduits dans l'estomac du chien à jeun, la quantité de suc gastrique produite fut extrêmement faible (au plus 10 grammes) et encore était-il toujours accompagné d'une certaine proportion de matière muqueuse. Dans celle, au contraire, où l'on stimule mécaniquement la membrane interne de l'estomac passé à l'état turgide sous l'influence des alimens, l'écoulement du suc est évidemment accéléré, et si la même membrane est irritée, dans le même état, par des agens chimiques, les effets sont encore bien plus marqués. « C'est ainsi qu'il m'est arrivé souvent de rendre l'écoulement du suc gastrique plus prompt et plus abondant en roulant les morceaux de viande que je donnais à mes chiens dans du poivre en poudre, dans des sucs, du sel, de la magnésie décarbonatée, du carbonate de potasse, etc. L'expérience journalière démontre que ces substances favorisent la digestion, et tout porte à croire qu'elles ne le font qu'en activant la sécrétion du fluide gastrique, de même qu'elles activent la sécrétion de la salive, du mucus pancréatique et de la bile, lorsqu'elles sont mises en rapport avec les conduits excréteurs des différentes glandes qui les fournissent. Toutefois il est une remarque à faire sur ce point : c'est que tandis que les acides provoquent spécialement la sécrétion des produits que nous venons de désigner, ils semblent retarder celle du suc gastrique, que les alcalis, au contraire, provoquent d'une manière spéciale. En effet, c'est un fait parfaitement constaté qu'en général les acides troublent la digestion, tandis que les matières la rendent plus active. La théorie se trouve ici parfaitement d'accord avec l'expérience, et les principes que j'émets trouvent dans cet accord une éclatante confirmation. On peut donc admettre, en thèse générale, que les sécrétions alcalines sont surtout activées par des stimulans de nature acide et *vice versâ*.—Il ressort donc clairement de ces faits que les matières alimentaires sont le stimulant spécial, sous l'influence duquel l'estomac déverse son suc chymificateur et qu'elles ont seules le pouvoir d'amener la tunique interne au degré de surexcitation qui constitue l'état turgide; tandis que les agens mécaniques ou chimiques se bornent à une excitation momentanée et partielle dont le résultat est d'entraîner la formation d'un mucus plus abondant, à peine mélangé de suc gastrique. »

Ces extraits prouvent toute la portée, sous les points de vue théorique et pratique, des recherches du docteur Blondlot qui, au reste, sur presque tous les points que nous venons de signaler, sont complètement d'accord avec celles du docteur Beaumont. Nous terminerons ce qui a rapport à la sécrétion du suc gastrique en disant, avec les auteurs, que la quantité qu'en secrète l'estomac paraît dépendre à la fois et de la quantité et de la nature des alimens, et qu'elle est proportionnelle à celle de ces mêmes alimens ingérés, pourvu toutefois que cette quantité ne dépasse pas les besoins de l'organisme. Lorsque les alimens introduits dans l'estomac sont mous et spongieux, on ne peut obtenir de fluide gastrique, même en irritant l'estomac avec une sonde, tandis qu'on en obtient copieusement lorsque la matière alimentaire est d'une texture serrée, peu perméable. Cette différence dans les résultats provient évidemment de ce que les premiers alimens absorbent le suc gastrique à mesure qu'il est produit, et qu'une fois qu'ils en sont suffisamment imprégnés, l'estomac refuse d'en sécréter davantage.

Nous ne nous étendrons pas aussi longuement sur l'étude des propriétés physiques et chimiques du suc gastrique, bien que dans cette partie de son travail M. Blondlot soit arrivé à des résultats non moins importans et nous dirions presqu'au positif, que ceux dont il vient d'être question; faisons connaître d'abord l'analyse chimique de ce liquide qu'il n'a donnée qu'après avoir montré l'insuffisance et les défauts de toutes celles qui avaient été déjà faites et surtout de celles de Prout, de MM. Tiedmann et Gmélin et de MM. Leuret et Lassaigne; ce qui ressort de plus général de l'analyse de M. Blondlot, c'est que le suc gastrique est constamment acide chez tous les animaux indistinctement et qu'il ne contient pas la moindre quantité de l'un des quatre acides que les chimistes croient y avoir constatés et auxquels ils attribuent cette acidité, savoir : l'acide chlorhydrique, l'acide phosphorique, l'acide acétique et enfin l'acide lactique. Nous ne pouvons mieux résumer la discussion par laquelle l'auteur combat les différentes opinions émises sur ce point si contesté et si important et établit celle qui lui est propre, que par le passage suivant que nous allons rapporter immédiatement après sa formule sur la composition du suc gastrique.

Eau		99
Sels............	Phosphate acide de chaux......	1
	— d'ammoniaque......	
	Chlorure de sodium.........	
Matières organiques.	Principe aromatique..........	
	Mucus........................	
	Matière particulière..........	
		100

« Cette analyse a été recommencée plusieurs fois avec du suc gastrique de chien; je l'ai répétée aussi quant à l'essentiel, avec celui de chat, de cochon et de mouton, et toujours elle m'a fourni des résultats identiques. Toujours ces fluides ont donné par la distillation un produit absolument neutre; tous conservaient leur acidité en presence du carbonate calcaire; tous précipitaient abondamment en blanc par la potasse, la soude, l'ammoniaque, l'eau de chaux, l'acide sulfurique et l'acide oxalique; tous enfin laissaient par la calcination sur une lame de platine une cendre neutre exclusivement formée de phosphate calcaire. »

L'étude de l'action du suc gastrique sur les principales matières alimentaires occupe une partie importante du travail de M. Blondlot et dans laquelle il examine d'abord cette action sur les matières simples qui sui-

veut : fibrine, albumine, gélatine, caséine, mucus ligneux, fécule, gomme, sucre, matières grasses et résines, puis sur les principaux tissus ou produits composés tels que les tissus cellulaire, tendineux, osseux, musculaire, la matière cérébrale, les différens fruits, les matières herbacées, etc. S'il nous était possible de le suivre dans le récit des nombreuses expériences que la facilité avec laquelle il peut obtenir le suc gastrique lui a permis de faire, nous aurions plus d'une remarque judicieuse à noter sur les degrés différens de digestabilité des divers alimens dans la composition desquels entrent ces matières; nous aurions à examiner l'action différente qu'exerce le suc gastrique sur ces différentes substances, et qui n'est, d'après M. Blondlot, ni une assimilation mystérieuse, ni une simple solution dans un excès d'acide, comme le pensent la plupart des expérimentateurs actuels, mais bien une action *sui generis* et qui se manifeste sur les matières azotées par de nouvelles conditions, une diminution dans leur consistance et une résistance plus grande à la putréfaction et nous conclurions avec M. Blondlot que le chyme n'est point une matière homogène, grisâtre, pultacée, tel qu'on le trouve décrit dans la plupart des auteurs classiques; car il conserve en grande partie la couleur, l'odeur et la saveur des alimens qui l'ont produit.

Il y a pourtant un point sur lequel nous devons nous arrêter ici, et qui, au reste, a déjà été signalé à l'Académie des sciences, par M. Biot, dans la discussion qui suivit la lecture de M. Payen sur les recherches de M. Blondlot. C'est relativement à l'action du fluide gastrique sur la fécule : « Il serait d'un grand intérêt, a dit le savant académicien, de savoir si le sucre analogue au sucre de fécule, qui est contenu dans les urines des diabétiques, provient du sucre préalablement formé dans l'estomac par la décomposition des matières féculaires, ou si le sucre se produit dans l'acte de la formation de l'urine, sans que sa préexistence dans l'estomac soit nécessaire pour que les urines soient sucrées. » Comme M. Payen répondit qu'il n'avait point fait d'expériences dans ce sens, nous devons faire connaître le résultat obtenu par l'auteur d'une expérience faite sur ce point, qu'il a traité avec tout l'intérêt qu'il comporte. Ayant injecté 25 grammes de fécule de pommes de terre pure avec 75 grammes d'eau froide dans l'estomac de son chien, il en retira, au bout d'une heure, une partie, qu'il plaça dans un petit flacon et à une température de 38 à 40 degrés. Au bout de douze heures, ce liquide, qui était acide et écumeux et tenait en suspension une partie de la fécule, n'avait éprouvé aucun changement. A l'aide du microscope, on reconnaissait qu'aucun des grains qui constituent la fécule n'avait été rompu; tous avaient conservé la forme et la dimension qu'ils avaient auparavant. Cette expérience et quelques autres encore démontrent donc que la fécule ne se convertit point, dans l'estomac, en sucre, comme l'avaient admis MM. Tiedmann et Gmelin, ni en acide lactique, comme l'ont supposé récemment MM. Sandras et Bouchardat.

Ces faits nous font regretter de ne pouvoir insister sur un grand nombre d'autres points importans. Ainsi, nous aurions désiré d'examiner encore si l'auteur a été bien inspiré en admettant comme démontré que l'assimilation n'était en dernière analyse qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit dans ce changement d'état aucune espèce de décomposition, reproduisant ainsi la théorie émise par M. Dumas dans son ESSAI DE STATISTIQUE CHIMIQUE DES CORPS ORGANISÉS; mais déjà nous avons dépassé de beaucoup l'étendue que nous donnons ordinairement à nos articles de bibliographie, et pourtant nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que tout n'a pas encore été dit sur le suc gastrique. L'action de la chaleur et du froid, qui modifient d'une manière si singulière ses propriétés dissolvantes, sans altérer, d'une manière appréciable au moins, ses propriétés chimiques, la longue durée du temps pendant lequel se conserve ce liquide lorsqu'il est à l'abri du contact de l'air, la rapidité au contraire avec laquelle, malgré ses propriétés antiseptiques, il se putréfie lorsqu'il est exposé à l'air et à une température douce, sont des faits qui mériteraient une attention sérieuse. Nous voudrions aussi dire quelques mots du suc gastrique artificiel fabriqué par le docteur Eberle, et que rejette avec raison M. Blondlot; du principe particulier qu'aurait trouvé le docteur Sbwann dans le suc gastrique, et qu'il a désigné sous le nom de *pepsine*, principe qu'aurait retrouvé M. Payen, en répétant les expériences de notre auteur, et auquel il croit devoir donner le nom de *gasterose*; nous aurions désiré aussi, après avoir signalé les principaux points de vue sous lesquels les recherches sur le fluide gastrique devront éclairer la physiologie et l'hygiène, appeler l'attention des pathologistes sur les élémens d'étude que M. Blondlot vient de mettre à leur disposition pour ce qui concerne les maladies de l'estomac, et spécialement ces altérations sur lesquelles les travaux de J. Hunter et de MM. Carswell et King ont déjà jeté tant de lumière, et dont il faudra bien aussi que les pathologistes français s'occupent sérieusement aussitôt que l'influence des funestes erreurs qui ont dominé nos doctrines aura complètement disparu. Mais, nous le répétons, nous avons déjà dépassé nos limites ordinaires, et il ne reste même plus d'espace pour la partie critique de notre travail. D'ailleurs, les points où la critique pourrait être le plus utile sont ceux qui se rattachent aux études chimiques, dont nous ne pouvons, comme on le pense bien, vérifier ici l'exactitude, laissant cette tâche à de plus habiles. Mais nous pouvons affirmer que, pour la manière d'exposer les faits, de les raisonner et de les commenter, et pour la clarté et la précision du style, le TRAITÉ ANALYTIQUE DE LA DIGESTION ne le cède à aucun des ouvrages de physiologie les plus récens, qu'il est même supérieur à beaucoup d'entre eux, et qu'il n'en est aucun dont la lecture nous ait paru à la fois plus attrayante et plus instructive.

VARIÉTÉS.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 2. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 12 JANVIER 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE L'INCUBATION. — RESPIRATION DES OEUFS DE POULE. — PRODUCTION D'EAU ET D'ACIDE CARBONIQUE PENDANT LEUR INCUBATION.—TEMPÉRATURE DES ENFANS.—SES VARIATIONS DANS LES PREMIERS TEMPS DE LA VIE. — SES DIFFÉRENCES DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE. — TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES. — TÉNOTOMIE COMME MOYEN DE FACILITER LA RÉDUCTION DES FRACTURES.

Les observateurs des phénomènes physiologiques sont engagés depuis quelque temps dans une voie d'investigation qui doit conduire certainement à de nouveaux points de vue et à des résultats utiles. C'est servir à la fois la science et l'art que de mettre à contribution, dans les recherches où l'expérience et l'observation communes paraissent ne point suffire, l'interrogation directe de la nature à l'aide de l'expérimentation. Toutefois cette route de découvertes ou de perfectionnemens est hérissée d'écueils, contre lesquels il faut savoir se tenir en garde, de peur de perdre non seulement le bénéfice d'une expérimentation mal faite, mais pour ne pas risquer des conséquences qui peuvent être si funestes dans leurs applications. Les écueils sur lesquels nous appelons la sollicitude de cette classe de savans tiennent à la complication essentielle du sujet de leur étude. En effet, le travail d'un expérimentateur ne se borne pas à suivre curieusement le mouvement des faits en observation; il est nécessaire avant tout qu'ils reproduisent le fait lui-même, ou pour parler plus juste qu'ils provoquent sa manifestation, sans altération ni mélange et avec toutes les circonstances sous lesquelles il se produirait spontanément. C'est précisément là le point difficile de l'expérimentation. Faire trop ou trop peu dire à un fait, en fausse tout aussitôt l'expression réelle; on peut rectifier des conclusions mal déduites, on peut rétablir un raisonnement défectueux, mais une expérimentation fautive ne se redresse qu'en la répétant, et tout le monde n'est pas en mesure de procéder à une semblable vérification. Il y a plus. Rarement des expériences qui ont échoué une première fois réussissent complètement entre les mains des mêmes expérimentateurs. Il se passe ici ce qu'on observe dans la répétition d'une opération d'arithmétique vicieuse. L'opérateur en défaut se trompe vingt fois de la même manière, s'il s'obstine à la reprendre par les mêmes moyens. L'extrême délicatesse de l'objet des expériences en augmente les difficultés à proportion. Voilà pourquoi les expérimentateurs s'accordent généralement si peu en fait d'expérimentations de ce genre; voilà pour quoi il ne faut en accepter les résultats qu'après qu'ils ont été discutés contradictoirement. Ces réflexions générales ne portent pas atteinte au juste crédit des expériences convenables; elles doivent détourner encore moins de l'application de l'expérimentation; elles n'établissent autre chose que le besoin de s'entourer en la pratiquant, de toutes les conditions de

Feuilleton.

SUR LE RÉGIME MORAL DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE;

Par E. LISLE.

Quel monde de misères et de douleurs ce seul mot rappelle à la pensée! Bicêtre! c'est-à-dire le dernier asile des infortunés que les déceptions du monde, les orages des passions ou les vicissitudes de la fortune ont brisés! le triste refuge de ceux dont la raison n'a pu résister au choc de tant d'émotions diverses dont notre pauvre vie est sans cesse assiégée! Aussi n'est-il pas de spectacle plus digne d'attention et de pitié. On ne se retrouve jamais sans un inexprimable serrement de cœur en présence de ces malheureux souvent dégradés au-dessous de la brute par leur cruelle affection. On contemple avec une compassion mêlée de terreur cette perversion funeste des passions, cet anéantissement trop souvent complet des plus belles facultés de l'homme, et l'on comprend alors toute la grandeur et toute la sainteté de la mission que s'imposent les médecins d'aliénés en consacrant leur vie au soulagement de semblables misères. Que de difficultés à vaincre, de dégoûts à surmonter, de passions mauvaises à combattre! car chez tous ces pauvres malades les affections morales sont désordonnées ou perverties. Il en est beaucoup dont le délire des idées est à peine appréciable, alors que le délire des passions est déjà fortement prononcé. Souvent même ce dernier caractérise seul la maladie. On l'a dit avec beaucoup de justesse: la folie n'est assez fréquemment que l'exagération persistante d'une passion dont les impérieuses suggestions font taire toutes les autres. La fureur des maniaques, la tristesse et les illusions chimériques qui succèdent à un amour trompé, le désespoir profond du malheureux que la damnation éternelle a frappé dès cette vie, etc., etc., que sont-ils autre chose qu'un accès de colère prolongé, que l'amour porté à l'excès, ou la crainte de Dieu et de sa justice, poussée au-delà des bornes? On peut dire avec Esquirol qu'il n'est peut-être pas de folie dont on ne puisse trouver le type primitif dans quelque passion.

Mais de toutes les passions, celles qui se développent avec le plus de fréquence et d'énergie, ce sont les affections haineuses, tristes et dépressives. Les fous sont en général timides, défians, soupçonneux, irritables. Ils recherchent avec une sauvage misanthropie l'isolement et la solitude. Rongés par un incurable égoïsme, ils se défient de tous ceux qui les entourent; ils détestent ou ne voient qu'avec indifférence leurs parens, leurs amis les plus chers. Il semblerait véritablement que le génie du mal s'est emparé de ces malheureux et les domine d'une manière exclusive. Aussi comment s'étonner que dans les temps d'ignorance et de fanatisme la folie ait été souvent regardée comme une punition envoyée par un Dieu irrité, et les fous comme des possédés du démon?

Qu'on ajoute à ces graves désordres une confusion, une incohérence remarquables dans les idées, les illusions et les hallucinations les plus variées, tant

fidélité requises et la nécessité nun moins urgente pour ceux qui veulent profiter des es fruits d'être dûment édifiés sur leurs qualités.

C'est à ces titres que nous allons rendre compte du résultat des expériences de MM. Baudrimont et Saint-Ange. Elles sont relatives à l'incubation des œufs de poule. Ces expériences fort ingénieuses, lues dernièrement à l'Académie des sciences, semblent établir d'une manière positive que pendant l'incubation, ces œufs absorbent de l'oxigène et perdent de l'eau et de l'acide carbonique exactement comme cela arrive dans l'acte de la respiration des vertébrés aériens. Voici, du reste, quelques détails relatifs à ces expériences. Les expérimentateurs ont examiné les gaz de la chambre à air; ils ont étudié la perte journalière que les œufs éprouvent; enfin ils ont déterminé la nature et la proportion des produits exhalés. Or avant l'incubation les gaz de la chambre à air ont donné à l'analyse les mêmes produits que l'air pur; mais pendant l'incubation, ces gaz sont représentés par l'azote contenant une trace d'oxigène. De plus, pendant l'incubation, les œufs perdent une partie de leur poids s'élevant à 0,13 et à 0,16. Les auteurs ont déterminé cette perte jour par jour; enfin en recueillant les produits exhalés par ces œufs, les expérimentateurs ont trouvé que les produits recueillis avaient un poids plus considérable que la perte éprouvée par les œufs. Ce surcroît de poids paraît dû à de l'oxigène absorbé par les œufs et rendu à l'état d'eau et d'acide carbonique. L'eau proviendrait de deux sources: de celle qui était toute formée dans l'œuf ou qui s'y est développée spontanément aux dépens des produits qu'il renferme, et de celle qui résulte de la réaction de l'oxigène emprunté à l'air.

MM. Baudrimont et Martin St-Ange ont poussé plus loin leurs recherches. Des expériences semblables leur ont appris qu'il peut y avoir production d'acide carbonique, sans que les œufs subissent la moindre modification organique, pourvu qu'ils soient entretenus à la température de l'incubation; seulement, dans ce cas, la quantité de cet acide serait toujours plus faible que lorsque l'évolution du germe a lieu d'une manière convenable. Enfin, les œufs bien fécondés n'éprouveraient pas de changement notable en les plongeant dans l'huile et en les soumettant à la température de l'incubation; ils n'ont jamais pu réussir dans ces sortes d'expériences, non seulement dans l'huile, mais dans l'hydrogène et le gaz carbonique. Quand le développement des œufs atteint le troisième jour, c'est déjà un phénomène rare. S'il peut aller jusqu'à la formation des vaisseaux, ces vaisseaux sont toujours blancs et ne renferment pas de sang rouge.

Les expériences précédentes, irréprochables sous le rapport des soins et de l'exactitude, tendent à assimiler les phénomènes de l'incubation des œufs de poule aux phénomènes de la grande fonction respiratoire. Dans les uns, comme dans les autres, il y a absorption d'oxigène, production d'eau et d'acide carbonique; dans les uns, comme dans les autres, tout se passe sous l'influence d'un ordre de causes de même nature; nous voulons parler d'un travail physiologique; dans les uns, comme dans les autres, des conditions déterminées président à leur accomplissement. C'est déjà une analogie curieuse que ces rapports entre des phénomènes si disparates en apparence, et MM. Baudrimont et Saint-Ange ont bien mérité de la science en les constatant. Maintenant, jusqu'à quel point s'étend cette analogie? à quel point elle s'arrête? en quoi, en un mot, la respiration des vertébrés diffère ou se confond avec le groupe des phénomènes propres à l'incubation des œufs de poule? Telles sont les questions dans lesquelles nous engageons les auteurs à pénétrer. Nous ne ferons qu'une seule remarque: c'est le défaut d'élévation de la température, sous l'influence de combinaisons chimiques qui ne manquent jamais d'en produire, savoir, la fixation de l'oxigène et la formation d'eau. Nous devons ajouter que ce trait ne détruirait pas précisément les rapports des phénomènes de l'incubation des œufs de poule, avec les phénomènes de la respiration proprement dite, s'il est vrai, comme M. Magendie s'efforce de le prouver, que la respiration, chez les vertébrés, n'est pas, ainsi qu'on le suppose, d'après les opinions chimiques sur la fonction respiratoire, la source unique de la chaleur animale.

Des réflexions particulières peuvent être adressées aux propositions de M. Henri Roger, touchant ses expériences sur la température chez les enfans. Donnons d'abord une idée des recherches de ce médecin. M. Roger a eu pour objet, dans les résultats des expériences qu'il a communiquées à l'Académie des sciences, d'apprécier les états de la température des enfans dans ses rapports avec la santé et avec la maladie. Pour faire cette appréciation, M. Roger a institué une série d'expériences avec le thermomètre appliqué à la détermination de la température de l'enfant pendant les premiers jours de la vie; d'après ces expériences, au moment même de la naissance l'enfant aurait une température au moins égale à celle qu'il aura quelques jours et même quelques années plus tard; mais cette chaleur, de 37°25, diminue presque aussitôt, et, au bout de quelques minutes, le thermomètre peut descendre graduellement jusqu'à 35°50. Toutefois, suivant M. Roger, le lendemain même elle serait revenue au degré primitif, puisque la moyenne température de cinq nouveau-nés âgés de 1 jour révolu aurait donné 37°05; que chez trente-trois enfans bien portans, âgés de 1 à 7 jours, elle aurait été de 37°08, et de 37°21 (un peu plus élevée) chez vingt-cinq sujets âgés de 4 mois à 14 ans. Quelques objections se présentent dès ce moment: la température des enfans nouveau-nés participe nécessairement à celle du milieu d'où ils viennent d'être retirés, en sorte qu'on ne peut pas savoir au juste si la température de 37°25 trouvée chez l'enfant au moment même de la naissance est réellement une température propre ou une température empruntée à celle de la cavité utérine. La difficulté est d'autant plus sérieuse, que, dans les expériences exécutées au moment même où nous écrivons ces lignes, par M. Magendie, pour apprécier les variations thermométriques du corps des animaux transportés dans des milieux divers, nous avons vu constamment les animaux sujets de ces expériences recevoir et conserver, pendant de très longs intervalles, une partie notable de la température de chaque milieu. Le point de départ des expériences de M. Roger, en défaut comme nous venons de le dire, les expériences ultérieures doivent se ressentir de ce premier vice, et, en effet, les animaux, et l'homme n'est pas ici excepté, s'imprègnent toujours à un degré sensible de la température des milieux dans lesquels on les fait vivre, et ces variations, bornées il est vrai par des limites assez fixes, ne laissent pas pour cela d'osciller entre des extrêmes très éloignés. Par exemple, des lapins, exposés à la chaleur d'une étuve supérieure à 80°, voient leur température s'élever de plusieurs degrés avant que la mort arrive, et celle-ci n'a guère lieu en général que lorsque leur chaleur propre a été portée jusqu'à 45° C'est bien autre chose pour le refroidissement possible des mêmes espèces d'animaux. Ici la limite des variations n'est pas seulement de 8 ou 10 degrés; mais la température de leur corps peut perdre impunément, ou du moins sans faire beaucoup souffrir l'animal, 8, 10, 12, 15 degrés, et ce n'est guère que lorsque son abaissement marque 18 à

---

d'autres symptômes en un mot qu'il serait inutile d'énumérer ici, et l'on comprendra sans peine que la guérison de cette redoutable affection ait été regardée pendant longtemps comme à peu près impossible. A part quelques préceptes judicieux qu'on trouve épars çà et là dans les livres d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée, etc., il faut arriver jusqu'à la fin du siècle dernier pour trouver dans la science quelques notions claires et précises sur sa nature et son traitement. Pendant les siècles d'ignorance et de superstition du moyen-âge, on n'essayait même pas le plus souvent de guérir les pauvres aliénés. On honorait comme des saints les extatiques, les visionnaires, les idiots, les crétins, etc. D'autres fois, on les exorcisait ou on les brûlait vifs sous les noms de possédés du démon, de sorciers, de loups-garoux, d'incubes, etc. Un peu plus tard, lorsque les progrès des lumières et de la civilisation eurent généralement modifié les idées sur les faits de sorcellerie et de possession, on les laissa vaguer librement dans les villes et les campagnes lorsqu'ils étaient inoffensifs; et on les enferma dans des prisons, des dépôts de mendicité, des hôpitaux, lorsqu'ils étaient dangereux pour la sûreté publique. Là on les jeta dans des cachots humides, infects; on les chargea de chaînes comme de vils criminels; on leur donna pour lit de la paille et souvent la dalle toute nue; pour alimens du pain et de l'eau, en quantité souvent insuffisante. On les abandonna, sans aucune espèce de surveillance, à la garde de geôliers ignorans et grossiers, qui les maltraitaient sans pitié et les donnaient en spectacle comme des bêtes curieuses. On est véritablement épouvanté en lisant dans les ouvrages de l'époque la description des souffrances horribles et de la misère incroyable auxquelles ces malheureux étaient condamnés. Ces asiles de malheur et d'affliction étaient, aux yeux de ceux qui les visitaient, comme autant d'enfers plus effroyables, plus semés d'angoisses et de larmes que les cercles du Dante.

Déjà quelques tentatives avaient été faites pour soulager ces infortunés, par des hommes de bien, étrangers à la médecine, Willis et Haslam, en Angleterre; Fowlen, en Ecosse; le concierge de l'hospice des aliénés d'Amsterdam; Poution, directeur de l'hospice de Manosque; Pussin, Tenon, le duc de Larochefoucauld-Liancourt, en France, lorsque Pinel fut nommé médecin en chef de Bicêtre, au commencement de l'année 1792. Cet illustre médecin, après avoir consacré, pendant deux ans, une grande partie de son temps à l'observation attentive des malades qui lui étaient confiés, publia le résultat de ses recherches et de ses études dans son remarquable TRAITÉ DE LA MANIE. A sa voix, les chaînes des aliénés tombèrent. On cessa de les regarder comme de misérables parias ou comme des criminels, et on acquit la conviction qu'on pouvait les guérir, même lorsque leur maladie datait déjà de plusieurs années. Leur régime physique et moral éprouva en même temps des améliorations importantes. Le nombre des gardiens fut augmenté, et on les soumit à une surveillance sévère. Secondé activement par Pussin, surveillant de l'hospice, Pinel obtint que ses malades fussent traités avec douceur et bienveillance; leurs écarts les plus désordonnés et les plus violens ne furent plus réprimés qu'à l'aide du gilet de force ou de la réclusion solitaire dans une loge. Les préoccupations politiques et la tourmente révolutionnaire ne laissèrent pas à Pinel les moyens de mettre à exécution tout le bien qu'il méditait; mais il légua, dans son livre, à ses successeurs, le soin de terminer et de perfectionner son œuvre. La plus grande partie des améliorations qui ont été obtenues depuis se trouvent en effet en germe

20° que le sujet périt. Nous conclurons, de toutes ces données, que, pour avoir une idée exacte de la température des enfans, ce n'est pas assez d'interroger le thermomètre appliqué à leur corps à un instant donné de leur existence; mais qu'il est nécessaire surtout de suivre ses variations possibles à travers les milieux contraires dans lesquels ils peuvent et doivent vivre.

S'il y a tant de difficultés à connaître très exactement la température de la première enfance dans l'état physiologique, les difficultés se compliquent bien davantage lorsqu'on aspire à reconnaître leur température dans l'état pathologique. Pour arriver à ce but M. Roger a été forcé de partir de deux points fixes, le maximum et le minimum moyens de la température des enfans malades, qu'il a trouvé égaux à 42°50 et à 23°50. Mais quel sens attacher aux expressions *enfans malades?* De quelle maladie s'agit-il? Est-ce du choléra, qui réduit quelquefois la température des enfans surtout (car ils sont beaucoup plus susceptibles que les adultes), presque au niveau de la température ambiante? ou bien s'agit-il de ces effervescences fébriles appelées jadis *causus* ou fièvre ardente, qui peuvent élever si haut les températures des malades? D'ailleurs toutes les régions du corps, soit dans l'état de maladie, soit dans l'état de santé, ne se mettent pas nécessairement en équilibre de température, en sorte que pour obtenir des résultats exacts, des résultats tels qu'on les ambitionne, il serait nécessaire non seulement de pouvoir bien spécifier le caractère des maladies, mais encore de pousser ses investigations à travers toutes les régions du corps, dans toutes ses cavités, dans toutes ses parties. Maintenant que l'on réfléchisse au petit nombre de degrés qui distingueraient, d'après M. Roger, les diverses maladies qu'il a étudiées, et l'on ne pourra se dispenser de rester en doute si ces différences d'un ou deux degrés ne sont pas plutôt des effets fortuits que des produits réels de maladie. Nous aurions encore beaucoup d'autres difficultés à opposer aux résultats annoncés par M. Roger; mais celles-ci suffiront, nous l'espérons, à montrer qu'il sera toujours malaisé, sinon impossible d'obtenir à l'égard de phénomènes si essentiellement variables, le genre de précision qui brille dans les résultats conclus de l'observation des phénomènes physiques, et que s'obstiner à poursuivre cette précision incompatible avec la mobilité inséparable des faits médicaux, c'est se butter gratuitement contre des obstacles invincibles et s'épuiser en efforts qu'on appliquerait avec plus de fruit à l'étude approfondie des phénomènes de la santé et de la maladie. Demandons à l'observation et à l'expérimentation toutes les notions qu'elles peuvent tirer des faits; mais sachons aussi ne pas exiger de ces faits au-delà de ce qu'ils peuvent rendre.

M. Cruveilhier a lu, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, un mémoire fort bien fait relatif aux tumeurs fibreuses, en appliquant ses principes sur ce sujet aux tumeurs fibreuses des mamelles. On sait trop avec quelle déplorable facilité les chirurgiens proclamaient encore naguère l'existence de tumeurs squirrheuses, et, par suite, la nécessité d'une prompte extirpation de ces tumeurs, dès qu'ils apercevaient dans les mamelles une induration quelconque, pour peu qu'elle fût irrégulière et rénitente. Aujourd'hui, néanmoins, les chirurgiens savent mieux patienter avant d'entreprendre une opération toujours douloureuse, quand elle n'est pas inutile. Le travail de M. Cruveilhier tend à rendre plus circonspect à prononcer le terrible nom de squirrhe, à faire composer plus facilement avec les appréhensions des malades, touchant l'extirpation des tumeurs mammaires, et à faciliter le diagnostic des cas où une semblable opération est sans conséquence et de ceux où elle est dangereuse. Les tumeurs fibreuses simulent très fréquemment les squirrhes. Et pourtant, rien n'est plus différent; le squirrhe est une affection organique formidable, susceptible d'une dégénération bien connue qui se reproduit après l'extirpation, et dont les ravages gagnent toute l'économie. Les tumeurs fibreuses, au contraire, ne tiennent pas à la glande mammaire, ne sont nullement susceptibles de la dégénération cancéreuse, ne renaissent point enfin après leur ablation. Des signes diagnostiques ne permettent pas de les confondre avec les squirrhes; mais elles en diffèrent surtout, parce qu'elles ne font aucun progrès dangereux, et qu'on peut les enlever en toute sûreté. Leur structure ne les distingue pas moins que les autres caractères. M. Cruveilhier a eu plusieurs occasions de constater directement ces différences. Toutefois, il ne paraît pas que tous les chirurgiens partagent, à cet égard, les principes de l'auteur de ce mémoire; car l'Académie a décidé que le travail de M. Cruveilhier serait l'objet d'une discussion approfondie. Cette discussion, qui ne se fera pas attendre, nous ramènera sur une question si délicate; mais nous ne pouvions nous dispenser dès à présent de remarquer qu'elle touche à un des sujets les plus graves et les plus importans de la pratique chirurgicale.

Il a été question, dans la dernière séance de l'Académie, de la ténotomie comme moyen de faciliter la réduction des fractures récentes, et de celles des malléoles en particulier. Cette nouvelle et heureuse application de la ténotomie sous-cutanée, proposée dès 1839 par M. Kuhn jeune, dans sa thèse inaugurale, et appliquée pour la première fois en 1840 par M. le docteur Prosper Meynier, a été employée depuis avec succès par plusieurs chirurgiens. Ce moyen est incomparablement supérieur à la résection. Exempt de douleur et de danger, il est beaucoup plus sûr dans ses résultats. On peut d'ailleurs, dans les cas où cela est indispensable, associer les deux méthodes.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE APPELÉE FIÈVRE MILIAIRE, CARACTÉRISÉE PAR DES SYMPTÔMES GRAVES D'ATAXIE, LA GANGRÈNE DES CAVITÉS BUCCO-NASALES POSTÉRIEURES, L'INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU COU, UNE ÉRUPTION ÉRYTHÉMO-VÉSICULAIRE DE LA PEAU ET L'ABSENCE DES SUEURS; maladie observée à Granville (Manche) en août et septembre 1842; par le docteur CABERNON.

Depuis le mois de mars 1842, la constitution médicale de la ville de Granville présenta un grand nombre d'affections cutanées idiopathiques ou symptomatiques, telles que rougeole, miliaire, érysipèle, prurigo, herpes, etc., etc. Aucune de ces maladies n'offrit de gravité, et malgré leur répétition, comme chaque cas se montrait sans caractère de communauté avec les autres, on pouvait admettre une constitution morbide du système cutané, mais non une constitution épidémique. En août et sep-

dans ce livre immortel; car le premier il a érigé en corps de doctrine les connaissances de ses prédécesseurs et celles qu'il devait à son expérience personnelle sur les aberrations de l'intelligence et des passions et sur leur traitement.

La publication du TRAITÉ DE LA MANIE eut un immense retentissement en France et dans toute l'Europe. L'exemple de Pinel trouva de nombreux imitateurs. Parmi les médecins qui suivirent ses traces dans cette voie nouvelle ouverte à leurs investigations, Esquirol fut sans contredit le plus habile et le plus dévoué. Personne n'ignore qu'animé par une philantropie ardente, le médecin de la Salpétrière et de Charenton consacra toute sa vie à l'étude de la folie et au soulagement des aliénés. Ses travaux sont assez connus pour qu'il ne soit pas nécessaire de les rappeler ici. Cependant, malgré tous ses efforts, les améliorations dont il poursuivait l'accomplissement n'ont été réalisées qu'avec une extrême lenteur. Voici ce qu'il écrivait encore en 1818, dans un mémoire sur les maisons d'aliénés de France, qu'il venait de visiter, mémoire destiné à être présenté au ministre de l'intérieur de cette époque :

« J'ai vu ces malheureux nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour » se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai » vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher » leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de » véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans » des réduits étroits, sales, infectes, sans air, sans lumière, enchaînés dans des » antres où l'on craindrait d'enfermer les bêtes féroces que le luxe des gouver- » nemens entretient à grands frais dans leurs capitales. »

La position des aliénés était à peu près la même en Allemagne et en Italie, à l'époque où Esquirol élevait ainsi en leur faveur sa voix éloquente. « Si jamais » établissement public a couvert de honte l'Angleterre, c'est l'hôpital de Bedlam, s'écriait sir Bennet dans la Chambre des Communes, en 1815; et cependant des rapports mensongers en imposèrent, non seulement à l'Angleterre, » mais à l'Europe entière, en proposant cet hospice pour modèle à toutes les » nations du monde. »

Les choses ont bien changé depuis, grâce aux efforts soutenus d'un grand nombre de médecins presque tous formés, tant en France que dans le reste de l'Europe, à l'école d'Esquirol. Comme en 1792, c'est encore de Bicêtre qu'est partie l'impulsion qui, dans ces dernières années, s'est propagée rapidement jusqu'aux extrémités de la France. Lorsque M. le docteur Leuret a été appelé à lui succéder, dans les premiers mois de 1840, M. Ferrus avait obtenu de l'administration des hospices la réalisation d'un des vœux les plus chers de Pinel, l'établissement d'une ferme dans laquelle les malades, les convalescens surtout, devaient trouver une distraction continuelle à leurs idées folles, dans l'attrait et la fatigue salutaire des travaux agricoles. Des constructions considérables étaient venues en même temps changer l'aspect triste et lugubre de la division. Des dortoirs vastes et bien aérés avaient remplacé les anciennes loges; de nouvelles, beaucoup moins nombreuses, avaient été élevées sur un plan mieux approprié à leur destination. Des cours immenses plantées d'arbres, ayant vue sur un paysage ravissant, avaient été mises à la disposition des malades. Le nombre de ces derniers s'était considérablement accru, et leur régime alimentaire et hygiénique avait subi des réformes importantes.

tembre de la même année, il y eut recrudescence dans le nombre des affections cutanées, analogie dans les symptômes existant soit à la peau, soit dans les organes intérieurs, uniformité dans la classe des gens atteints. On dut alors reconnaître la présence d'une épidémie, que l'on qualifia, par le fait de l'éruption cutanée, du nom de fièvre miliaire. C'est cette affection qui fera l'objet des remarques suivantes.

Les enfans au dessous de 14 ans furent seuls atteints dans cette épidémie, et quoiqu'ils aient tous présenté une réunion de symptômes analogues, comme la marche et le caractère fâcheux de la maladie ont différé considérablement parmi eux, on peut établir deux formes principales dans cette affection : la première fut une fièvre ataxique, avec ou sans éruption cutanée, avec ou sans lésions purulo-gangréneuses.

La seconde fut une fièvre muqueuse, avec ou sans adynamie, avec ou sans éruption cutanée.

Je citerai immédiatement quelques exemples de la première forme, et dans le cours des réflexions qui suivront, je rapporterai quelques exemples de la seconde.

Famille M..., composée de sept enfans, qui ont tous été atteints de la maladie régnante, trois, les premiers, avec forme bénigne; les quatre autres l'ont été après eux, très gravement, et deux ont succombé. Les sept enfans, le père et la mère habitaient tous une petite salle, terrée, n'ayant qu'une porte vitrée pour éclairer et exploiter l'appartement, qui se trouvait encombré de lits et d'effets, au point d'empêcher toute circulation dans son intérieur. Les deux sœurs et le petit garçon dont suit l'histoire tombent malades au même moment, quelques heures après une collation copieuse d'huîtres, de pain et de cidre.

FIÈVRE ATAXIQUE GRAVE; ÉRYTHÈME; ENGORGEMENT ET SUPPURATION DES GANGLIONS DU COU; GUÉRISON LE QUATRIÈME SEPTENAIRE.

Obs. I. — Une fille de 9 ans et demi, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution grêle et délicate, est prise par des vomissemens des matières ingérées dans l'estomac une à deux heures auparavant. La fièvre paraît peu après, et je ne suis appelé que le troisième jour. L'enfant est dans l'état suivant :

Agitation générale, habituelle, cris plaintifs et répétés, par lesquels elle accuse un violent mal de tête ; elle se lève brusquement sur son séant, regarde égarée autour d'elle, et se jetterait hors du lit si on ne la retenait. Dans l'accablement qui suit ces crises, elle est couchée en travers de son lit, la tête fléchie sur la poitrine, les membres à demi-fléchis sans aucune raideur. La figure est pâle, les yeux égarés, l'intelligence conservée; la peau est sèche, chaude, offrant sur le cou, la poitrine et les membres une coloration rouge, par plaques arrondies de quelques millimètres à un ou deux centimètres d'étendue, un peu saillantes et pâlissant à la pression. Point de vésicules miliaires. Le pouls, dur et petit, est à 80; point de toux.

La langue est saburrale, les gencives sont recouvertes d'une exsudation blanchâtre, crémeuse, peu épaisse. Soif assez vive; l'enfant demande elle-même à boire, mais souvent elle le fait par habitude, sans avoir conscience de sa demande. Le ventre est souple, indolent; l'enfant a quelques selles liquides et volontaires. Elle accuse un peu de douleur à la gorge, sans que la déglutition paraisse gênée; les ganglions lymphatiques du cou au-dessous des glandes parotides et du bord inférieur de l'os maxillaire sont engorgés, durs, très sensibles au toucher, sans rougeur apparente de la peau qui les recouvre. (Traitement : limonade citrique, lavement émollient, cataplasme émollient au cou et sur le ventre.)

Quatrième jour. Pouls à 80, petit; peau chaude et sèche, avec la même éruption. L'agitation est extrême : il y a insomnie ou un sommeil de quelques minutes interrompu par des réveils en sursaut et des cris déchirans. La soif persiste, la langue est d'un blanc jaunâtre. Les selles, toujours volontaires, sont liquides et très fétides; urines rouges transparentes.

Potion avec sp. diacode.................... 15 grammes.
eau de laurier-cerise.......... 4
Même traitement du reste.

Cinquième jour. Calme dans la nuit sous l'influence de la potion. Ce matin, l'agitation, les cris recommencent; la malade accuse toujours la même céphalalgie. L'intelligence persiste; le pouls est entre 80 et 85 du matin au soir; la peau, toujours sèche, n'offre plus que des traces très fugitives de l'érythème mentionné; les ganglions cervicaux augmentent de volume et restent très sensibles. Soif; diarrhée.

Potion avec sp. diacode.................... 20 grammes.
eau de laurier-cerise.......... 4
Lavemens émolliens; limonade; eau sucrée.

Sixième et septième jours. Calme momentané, puis agitation et cris; peau chaude, sèche, sans traces de l'éruption. Les ganglions cervicaux offrent, du côté droit, une suppuration profonde.

(Mêmes cataplasmes; lavement; même potion.)

Tout le second septenaire, cet état persiste.

Dans le troisième, la suppuration cervicale, qui a toujours marché, se fait jour au dehors par la peau et un peu par le conduit auriculaire externe. Dans ce point, elle est jaunâtre et fétide; au cou, elle est phlegmoneuse, blanchâtre, sans odeur; elle entraîne avec elle un ganglion lymphatique arrondi, rouge et ramolli, qui s'est trouvé disséqué et détaché des parties environnantes. Il est encore entouré de filamens celluleux de plusieurs centimètres de longueur.

Pendant une dizaine de jours, la suppuration phlegmoneuse continue avec abondance; mais la malade est calme, la fièvre disparaît de jour en jour. La soif persiste; la diarrhée continue encore; les ganglions, qui n'ont pas suppuré, diminuent par résolution; la tête reste inclinée du côté où a eu lieu la suppuration. Enfin, cette petite, dont la suppuration continue, qui est très amaigrie, dont la peau est devenue sèche et râpeuse, commence à désirer quelque nourriture. La suppuration a diminué vers le trentième jour, où l'on peut regarder la convalescence comme arrivée; mais elle ne s'arrête que plus d'un mois après, et la tête reprend sa direction verticale.

FIÈVRE ATAXIQUE GRAVE; AFFECTION INTESTINALE; ÉRYTHÈME ET MILIAIRE; ENGORGEMENT ET SUPPURATION DES GANGLIONS DU COU; COMMENCEMENT DE GANGRÈNE DANS LA MEMBRANE MUQUEUSE BUCCO-NASALE; SECONDE ÉRUPTION CUTANÉE; GUÉRISON A LA FIN DU QUATRIÈME SEPTENAIRE.

Obs. II. — Sœur, âgée de 7 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, est malade depuis le même instant; la fièvre a toujours persisté jusqu'au moment où je la vois, c'est-à-dire le troisième jour. Elle est jetée en travers du même lit, tantôt sur le dos, tantôt sur le ventre ou sur l'un des côtés. La figure est rouge, les paupières abaissées; à peine les tient-elles élevées un instant quand on l'interroge; elle est aussi agitée que sa sœur, mais se plaint et crie beaucoup moins; l'intelligence est beaucoup plus obscurcie.

La peau est chaude et sèche, couverte de plaques rouges, irrégulières, pâlissant par la pression; on voit quelques vésicules miliaires, transparentes, à base rouge.

Les ganglions du cou, au niveau des glandes parotides et des glandes sous-maxillaires, sont engorgés, durs et d'une grande sensibilité.

Le pouls est petit, faible, à 140, régulier. La respiration est bruyante et fréquente; la langue saburrale et les gencives recouvertes d'une exsudation crémeuse; répugnance à boire. Ventre ballonné, point de vomissemens ni de selles, urines rouges et transparentes, volontairement émises.

(Limonade citrique; 2 vésicatoires aux jambes; catapl. émollient sur le cou et

---

Mais malgré l'organisation d'une surveillance active et éclairée, les aliénés étaient encore complètement abandonnés à eux-mêmes, et laissés, dans leur isolement, comme en proie à leurs funestes pensées. Entièrement étrangers les uns aux autres, entraînés irrésistiblement, comme nous l'avons dit déjà, vers la solitude par leur passion égoïste, rien dans le genre de vie qu'on leur imposait, dans l'emploi quotidien de leur temps, ne venait en aide aux diversions morales qu'on pouvait mettre en œuvre pour arriver à leur guérison. Le traitement moral, pour être utile, a besoin de saisir, pour ainsi dire, le malade tout entier, d'occuper toutes ses journées, ses heures, ses minutes, d'objets étrangers aux préoccupations de son délire, de l'arracher, par une action continuelle, à cette vie de chimériques illusions qu'il s'est créée, pour le retenir sans cesse dans le monde de la réalité. Mais à Bicêtre, comme partout ailleurs, le traitement moral était regardé comme un simple auxiliaire du traitement physique, lorsque M. Leuret fut chargé de la direction médicale d'une des divisions de cet hospice.

Élève et ami d'Esquirol, issu directement, comme par une véritable filiation scientifique, du célèbre Pinel, M. Leuret est parvenu en peu d'années, à réaliser complètement les vues de ses prédécesseurs. Convaincu depuis longtemps que le traitement moral est seul capable de remédier directement aux aberrations de l'intelligence, le nouveau médecin de Bicêtre a donné à cette méthode, dans le service confié à ses soins, toute l'importance que lui avaient accordée déjà ses deux illustres maîtres.

Disons donc, en peu de mots, ce qu'on doit entendre par traitement moral, et comment les principes en sont tous les jours appliqués à Bicêtre.

(La suite au prochain numéro.)

— Notre savant et spirituel collaborateur, M. Reveillé-Parise, a reçu, à l'occasion du nouvel an, les vers qui suivent. Nous sommes heureux de nous associer aux bons sentimens qu'ils expriment.

A M. REVEILLÉ-PARISE.

Bon jour, bon an, sage et docte confrère,
Mon cher voisin; que tout vous soit prospère;
Que Dieu vous garde et vous protège tous,
Petits et grands! qu'il éloigne de vous
Les noirs soucis, la douleur et la peine,
Des sots méchans la redoutable haine!
Qu'il ait pour vous des printemps chauds et verts,
De longs étés et de bien courts hivers;
Un cœur rempli de force et de courage
Pour supporter l'injustice et l'outrage.
Voilà mes vœux; que vous faut-il encor?
Souhaitez-vous les faveurs du veau d'or?
Eh bien! priez, offrez un sacrifice
Sur son autel; il vous sera propice.
Vous aurez tout, et richesse et grandeur;
Vous aurez tout... excepté le bonheur;
Car ce Dieu d'or rit des feux qu'il allume,

l'abdomen ; lavem. émoll.)

Quatrième jour. Symptômes de même nature et plus prononcés.

(8 sangsues à un pied. Même traitement.)

Cinquième jour. Intelligence plus obtuse, accablement plus grand et crises d'agitation moins fréquentes; la figure, toujours congestionnée, les lèvres sèches et brunâtres, la langue épaisse, jaune brunâtre à la base, blanchâtre dans sa partie antérieure ; refus de boire. Les narines sont pleines d'un mucus coagulé, et laissent couler un liquide grisâtre, très fétide, peu abondant. Le toucher par la bouche fait constater un gonflement médiocre des amygdales, qui paraissent mollasses ; le doigt revient avec une odeur très désagréable, gangréneuse. Les ganglions cervicaux, très gros et très sensibles, sont toujours durs ; la peau est chaude, sèche ; les rougeurs et vésicules disparaissent ; le pouls est petit, à 120 ; les selles ont paru hier liquides et très fétides, la malade les rend sous elle sans en avoir conscience. Les sangsues ont fourni beaucoup de sang.

(Lavement émollient ; catapl. sur le ventre et au cou ; gargarismes avec quelques gouttes d'acide hydrochlorique.)

Du sixième au neuvième jour. Accablement et faiblesse extrêmes; agitation moins forte. L'intelligence, très obtuse, commence à reparaître le neuvième jour ; le pouls arrive graduellement à 100 pulsations ; la peau, toujours chaude et sèche, n'a plus de traces de l'éruption. La soif devient vive ; mais les narines fournissent toujours l'écoulement muco-purulent, grisâtre et infect ; elles paraissent obstruées par des mucosités concrètes, rougeâtres et tenant fortement aux parois des fosses nasales. Si on la détache par des lotions répétées, cette matière coagulable se reforme en peu de temps. La langue est plus rouge et plus sèche ; les ganglions sont dans le même état. Un des coudes sur lequel la malade est restée appuyée s'est ulcéré et est recouvert d'un pus concret, blanc grisâtre, d'une odeur fétide.

(Limonade ; catapl. abd. et cerv.; lav. émoll.; gargar. acidulé. On entretient la suppuration des vésicatoires.)

Du dixième au quatorzième jour. Fièvre continue, prostration et stupeur ; rêvasseries ; l'altération persiste ; les selles, toujours liquides, sont toutes volontaires depuis le douzième jour. L'écoulement nasal persiste, et le doigt conserve toujours l'odeur de gangrène, si on le fait toucher le fond de la bouche. Une des oreilles laisse suinter un liquide gris jaunâtre, d'une odeur infecte.

Du quinzième au vingtième jour. Même état avec fièvre continue ; apparition d'une seconde éruption érythémateuse et vésiculaire, qui dure de trois à quatre jours et amène une desquamation bien marquée ; la diarrhée persiste et la langue reste rouge, sèche ; la soif est vive. Dans le cours de ce septenaire, la suppuration ganglionnaire du côté gauche se fait jour par la peau du cou ; elle est abondante, phlegmoneuse et inodore ; le pouls reste à 100 et quelquefois 110. Mais, à partir du vingt-unième jour, le mieux arrive et se prolonge de jour en jour ; l'intelligence reparaît, le sommeil est meilleur, et, au trentième jour, il existe peu de fièvre ; l'appétit paraît ; la diarrhée n'existe plus et la suppuration cervicale diminue. La convalescence se prolonge plus d'un mois.

FIÈVRE ATAXIQUE GRAVE ; ENTÉRITE ; GANGRÈNE DE LA MUQUEUSE BUCCO-NASALE ; ENGORGEMENT DES GANGLIONS DU COU ; ÉRYTHÈME ET MILIAIRE ; MORT LE SIXIÈME JOUR.

OBS. III.—Frère, âgé de 6 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fort et bien venant, est pris de fièvre depuis le même instant que les deux autres, c'est-à-dire depuis l'indigestion d'huîtres.

Le troisième jour, il est dans une prostration complète, décubitus dorsal et agitation passagère ; l'intelligence est obtuse, la figure congestionnée ; les paupières sont abaissées et les pupilles dilatées, mais encore contractiles à la lumière. Les ganglions cervicaux sont tuméfiés, durs et si sensibles que le simple toucher détermine l'agitation et les cris plaintifs du malade.

La peau chaude, sèche, est parsemée de plaques rouges, érythémateuses, irrégulières et de vésicules miliaires, petites, transparentes, entourées d'une auréole rosée ; le pouls a 150 pulsations, il est faible et très petit.

Langue saburrale, tremblotante ; gencives recouvertes d'une exsudation crémeuse ; haleine fétide ; les narines sont obstruées de mucosités plastiques, brunâtres, et donnent une odeur gangréneuse ; elles laissent apercevoir un peu d'humidité sur le pourtour de leur orifice antérieur ; respiration haletante, un peu stertoreuse ; refus plaintif de boire si on approche un vase des lèvres et qu'on soulève la tête du petit malade. Le ventre est ballonné, les selles liquides, infectes et involontaires.

Le malade paraît trop gravement atteint pour laisser recourir aux évacuations sanguines. C'est l'opinion aussi de M. le docteur Gatey, que j'avais fait appeler. On se borne au traitement suivant.

(2 vésicatoires aux membres inférieurs ; catapl. abd.; lavem. émoll.; limon.; garg. et lotions d'eau acidulée avec acide hydrochlorique.)

Cinquième jour. Etat plus grave, accablement plus profond, somnolence habituelle, agitation générale et désordonnée par instans. Si on retourne l'enfant ou que l'on touche ses ganglions cervicaux, il pousse des cris plaintifs ; les narines fournissent un écoulement abondant, grisâtre, d'une odeur infecte, tachant les linges du malade et leur donnant la raideur de l'empois ; les dents sont serrées les unes contre les autres, et le doigt, introduit avec peine dans le fond de la bouche, constate l'épaississement de la langue, la tuméfaction des amygdales, leur ramollissement, et il contracte une odeur gangréneuse, infecte et très tenace. L'état comateux du sujet met plus d'obstacle à la déglutition que le gonflement des parties gutturales ; la peau est chaude, sèche ; l'éruption n'est plus visible ; le pouls est très petit, faible, à plus de 160 ; la respiration est haletante.

(Garg. et lotions avec orge miellé et quelques gouttes d'acide hydrochlorique ; injections par le nez et lotions d'eau de chaux chlorurée ; pinceau trempé du premier liquide et porté sur les amygdales ; vésicatoire à la nuque ; catapl. émoll. sur le ventre ; lavement émollient et laxatif (miel mercurial) ; catapl. sinap. aux pieds.)

Sixième jour. L'enfant n'a aucune connaissance, la tête est portée en arrière, la respiration stertoreuse ; si on touche les ganglions, il pousse encore quelques plaintes ; les fosses nasales et la bouche laissent couler le même liquide muco-purulent, gris sale, collant les linges du malade, et donnant une odeur infecte, très pénétrante et tenace ; les ganglions cervicaux sont un peu affaissés et sans fluctuation ; les extrémités se refroidissent ; point de sueurs ; selles liquides, brunâtres, fétides et involontaires ; le pouls est misérable et ne peut plus être compté. L'enfant s'éteint dans une agonie graduelle, sans convulsions, à la fin du sixième jour.

FIÈVRE ATAXIQUE ; AFFECTION INTESTINALE ; GANGRÈNE DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ARRIÈRE-BOUCHE ; POINT D'ÉRUPTION CUTANÉE ; MORT LE QUATRIÈME JOUR.

OBS. IV. — Frère des trois précédens, âgé de 19 mois et très bien venant, tombe malade trois jours après les autres, au moment même où je fais la première visite à cette famille. Il a vomi dans la matinée ; il est brûlant, la figure pâle, le caractère hargneux ; il paraît boire avec plaisir ; les ganglions du cou sont déjà tuméfiés, durs et sensibles ; les amygdales sont engorgées. L'enfant rend sous lui quelques matières alvines, liquides, brunâtres et très fétides. Le pouls est dur, plein et très fréquent.

(6 sangsues à un pied, 2 vésicatoires aux jambes, lavement émollient, cataplasme sur le ventre, eau sucrée et limonade.)

2e jour. Décubitus dorsal, assoupissement, respiration bruyante ; suintement nasal fétide et tachant le linge en gris sale ; altération ; déglutition aisée, malgré le gonflement des amygdales qui sont mollasses et donnent au doigt une odeur gangréneuse ; selles répétées liquides et fétides ; pouls dur, plein et extrêmement fréquent ; peau chaude, sèche, sans rougeurs.

(6 sangsues à un pied. Même traitement. Les vésicatoires ont bien pris, et les piqûres des premières sangsues ont largement fourni du sang.)

3e jour. Pouls petit, faible et très fréquent ; peau chaude, légèrement humide ; figure toujours pâle ; l'écoulement nasal abondant et aussi infect que celui de son frère. L'enfant porte fréquemment les doigts au nez et aux lèvres. L'ha-

---

Et sa faveur vous brûle et vous consume.
Mais je sais bien qu'à ce Dieu tout puissant,
Nul ne vous vit offrir un grain d'encens.
Plus haut que lui votre regard se porte,
D'un saint amour, l'art divin vous transporte ;
Et dans son temple, appelant les élus,
Vous en chassez de cupides intrus.
Si vous parlez des hommes de la science,
Vous les jugez en toute conscience.
Après l'honneur, vous placez le savoir,
Avant l'argent, vous mettez le devoir.
Aux beaux parleurs qui ne guérissent guère,
Sans vous lasser, vous faites rude guerre ;
Et vos écrits, qui vous peignent si bien,
Plaisent à tous et font aimer le bien....
Montrez-vous fier de ce bel inventaire ;
Bon jour, bon an, sage et docte confrère.

POUMIÈS DE LA SIBOUTIE.

31 décembre 1843.

leine est infecte, la langue saburrale; l'enfant paraît boire avec plaisir; les ganglions sont toujours durs et sensibles; la respiration haletante; le ventre est ballonné; selles liquides.

(Vésicatoire à la nuque, cataplasmes sinapisés aux pieds. Même traitement.)

Le quatrième jour, l'enfant est à l'agonie; la peau est devenue froide, le pouls misérable, les mouvemens faibles et désordonnés, aucune convulsion et persistance de l'écoulement nasal jusqu'à la fin, aucune éruption cutanée.

FIÈVRE ATAXIQUE; AFFECTION INTESTINALE; ÉRYTHÈME; ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE CERVICAL; ÉCOULEMENT NASAL FÉTIDE; MORT LE SIXIÈME JOURS.

Obs. V. — Q., garçon de 12 ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, fort et robuste, exerçant le métier de batelier. Cet enfant vit dans l'aisance; il couche au sixième dans une chambre assez spacieuse, exposée au soleil du midi.

La maladie débute par un accablement général, de la céphalalgie et des vomissemens; un peu d'angine ou difficulté à avaler et de la toux. On le traite pour un catarrhe. Appelé le quatrième jour, je le trouve dans l'état suivant: Décubitus dorsal, tête portée en arrière, figure injectée, paupières abaissées, bouche entr'ouverte; l'intelligence est obtuse; les réponses sont lentes et incomplètes. La nuit précédente a été agitée; il y a eu rêvasseries répétées. La langue est épaisse, blanchâtre; les gencives ont l'érudation blanchâtre vue chez les autres enfans. Le ventre est souple; point de selles; refus et répugnance de boissons. La peau chaude, sèche, offre des plaques rouges, arrondies, variables en grandeur. Aucune vésicule miliaire. Le pouls est petit, très fréquent (160). Respiration hâtée, bruyante; toux par accès assez rares; ganglions lymphatiques voisins des parotides et glandes sous-maxillaires tuméfiés, durs et très sensibles.

(Limonade, 10 sangsues aux pieds, lavement avec miel et mercuriale, 2 vésicatoires aux jambes.)

Le soir, l'affaissement est plus grand, l'intelligence plus obtuse; répugnance très marquée pour les boissons; la peau toujours sèche et chaude est plus évidemment colorée par places irrégulières. Les lavemens ont amené des évacuations alvines, liquides, très fétides, brunâtres et tout à fait involontaires. La respiration paraît plus gênée; il y a des mouvemens généraux désordonnés et parfois une rêvasserie sourde.

(10 sangsues aux apophyses mastoïdes, cataplasmes sinapisés aux pieds.)

5e jour. Nuit très agitée, rêvasseries fréquentes; décubitus dorsal ou agitation très grande et plus ou moins générale. L'existence paraît anéantie; la figure est toujours animé, les paupières abaissées; la peau sèche, brulante, avec la même éruption; le pouls misérable et extrêmement fréquent; les ganglions cervicaux toujours gros, durs et excessivement sensibles.

Les narines sont obstruées par un mucus épais, blanchâtre et si plastique qu'on ne peut le détacher des parois nasales. Il sort des fosses nasales un liquide grisâtre, assez abondant pour lacher les linges du malade et qui a une odeur très prononcée de gangrène.

La langue est fuligineuse; l'enfant répugne à boire, et c'est à peine s'il avale quelques gouttes des liquides que l'on porte avec peine, tant il y met d'obstacle, jusqu'au fond de la bouche. La respiration haletante devient muqueuse, grasse par momens. Alors le malade a des accès assez violens de toux; il fait des efforts multipliés d'expulsion bronchique, et il lui arrive à plusieurs reprises de rejeter une masse rougeâtre, plastique de mucosités laryngo-buccales.

(Large vésicatoire sur la nuque, lavement. Même traitement.)

6e jour. L'enfant est dans l'agonie; mouvemens désordonnés des membres, du tronc, de la tête; pouls misérable; le vésicatoire a bien pris; la sérosité est jeunâtre, transparente. Quelques efforts de toux amènent encore l'expulsion des mêmes mucosités qui paraissent venir de la trachée-artère, du larynx et de l'arrière-bouche. Les fosses nasales sont toujours pleines de mucosités qui se rapprochent beaucoup de celles que le malade expulse par la bouche et après la toux. L'écoulement nasal muco-purulent persiste, toujours fétide.

La mort arrive dans la soirée, sans secousses violentes. Les yeux deux heures avant la mort ont perdu leur transparence; la peau toujours sèche présente encore l'érythème; les mouvemens toujours désordonnés sont très faibles.

FIÈVRE ATAXIQUE; AFFECTION INTESTINALE; ÉRYTHÈME ET MILIAIRE; ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE CERVICAL; MORT A LA FIN DE LA TROISIÈME JOURNÉE.

Obs. VI. — Fille L., âgée de 9 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, vivant dans l'aisance, couchant dans une chambre petite et mal aérée, exposée au nord, avec trois autres personnes.

Cette enfant eut quinze jours auparavant une indisposition caractérisée par la perte de l'appétit, de la gaîté et par la pâleur. En trois ou quatre jours, sans aucun traitement, la santé était bien revenue.

La maladie débute brusquement au moment où cette petite fille était en classe, trois heures après son déjeuner, par un violent mal de tête, un malaise général et quelques frissons; elle rentre aussitôt chez ses parens et vomit son déjeuner sans beaucoup d'efforts; la fièvre arrive et la céphalalgie redouble; la petite se plaint d'un léger mal de gorge, d'altération et tombe dans un assoupissement assez profond. Trois heures après l'invasion, je la trouve dans l'état suivant: Décubitus dorsal, figure animée, paupières abaissées et ne restant ouvertes qu'au moment des questions et des réponses; la peau est chaude, légèrement humide, sans éruption; le pouls est petit, à 160; respiration normale. La langue est blanche, humide; les gencives sont recouvertes d'une exsudation blanchâtre. La membrane muqueuse du voile du palais et du fond de la bouche est rouge. Les ganglions cervicaux engorgés et durs sont très sensibles. Soif assez vive (acceptant la tisane, mais n'en demandant point); le ventre est ballonné et sans gargouillement; point de selles.

(10 sangsues aux pieds, limonade, cataplasme abd., lavement émollient.)

2e jour (31 août). Nuit agitée, sans délire; urines émises volontairement, à plusieurs reprises, rouges transparentes; une selle liquide, abondante et fétide, rendue à la suite du lavement. Les piqûres des sangsues ont fourni du sang toute la nuit.

Ce matin, la petite est accablée, le visage rouge, l'intelligence un peu obtuse, la langue humide et blanchâtre, le pouls très fréquent, petit et faible.

(6 sangsues aux pieds. Même traitement. Un vésicatoire à une jambe.)

A deux heures du soir, le sang coule encore, la prostration est plus grande, l'intelligence est obtuse, et la petite prononce quelques mots incohérens. La respiration commence à éprouver de l'embarras; répugnance pour les boissons. Le pouls approche de 200; il est faible et dépressible; la peau légèrement humide laisse apercevoir quelques plaques rouges sur le ventre et la poitrine.

Potion avec eau de laitue....... 50 grammes
émétique.......... 5 centigr.
sp. de chicorée comp. 30 grammes
A prendre en trois fois dans une heure et demie.

Cinq évacuations alvines arrivent quelques heures après, toutes involontaires, liquides et très fétides. Il n'y a point de vomissemens; l'enfant est pâle, le pouls faible; la peau, redevenue sèche, offre en plus de l'érythème disséminé sur les mêmes points et un peu sur les bras quelques vésicules miliaires, entourées d'une auréole rose. La respiration est libre; refus de toute boisson qui n'est prise que si on la met dans la bouche ou sur les lèvres; alors l'enfant l'accepte et la déglutition s'exécute bien. Les pupilles sont dilatées, et se contractent encore sous l'influence de la lumière.

3e jour (1er septembre). La nuit a été pénible, agitée. A cinq heures du matin, les parens voient avec surprise et joie que la petite les appelle, qu'elle demande à boire, et à deux reprises le vase de nuit; elle urine et a deux selles. A neuf heures, ce mieux inespéré a presque disparu; cependant l'intelligence est plus nette qu'hier; les réponses sont justes, et hier soir je n'avais pu en obtenir aucune. La langue peut être sortie de la bouche; elle est jaunâtre, sale à la base, plus humide, plus nettoyée sur les bords et à la pointe. Le pouls reste misérable, d'une fréquence extrême. La peau chaude, sèche, est couverte d'une éruption plus prononcée, par plaques irrégulières, plus rouges, et de vésicules très petites, en plus grand nombre. Les ganglions, situés au niveau des glandes sous-maxillaires et en dehors, sont durs et très sensibles; leur volume est à peu près le même que la veille.

(Limonade, lavement émollient, 2e vésicatoire à une jambe, cataplasme aux pieds.)

Sur le soir, l'enfant est très mal; elle a en cinq selles involontaires, liquides et très fétides. L'agitation générale, les mouvemens désordonnés, la perte de l'intelligence, tous les symptômes graves en un mot sont encore aggravés; la respiration devient bruyante et saccadée, légèrement muqueuse; la figure est pâle, les paupières sont baissées, les pupilles dilatées et les lèvres sèches. Les membres, agités sans aucun ordre, n'offrent ni convulsions ni contracture. La peau est sèche et le pouls misérable. On assiste aux progrès du mal qui s'aggrave à chaque heure. Cette petite s'éteint à cinq heures du matin (2 septembre), et quelques minutes avant je la vois sans convulsion, avec une respiration douce, qui s'arrête par intervalles pour reparaître un instant après; la peau est restée chaude, et les taches et vésicules sont encore distinctes. Il n'y a que 66 heures que le mal a débuté.

FIÈVRE ATAXIQUE; AFFECTION INTESTINALE; EXANTHÈME ET MILIAIRE; ENGORGEMENT DES GANGLIONS CERVICAUX; MORT LE SIXIÈME JOUR.

Obs. VII. — Fille L., âgée de 5 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, vivant dans l'aisance. Cette enfant est prise subitement après la classe du soir de céphalalgie, de malaise et de vomissemens. Le médecin, appelé le lendemain, ne voit qu'une céphalalgie modérée; l'intelligence était intacte, la fièvre modérée; il prescrit: diète, limonade, lavemens émolliens.

Le troisième jour, il apprend que la nuit a été agitée; il trouve l'enfant sans connaissance, la figure animée, les membres agités sans convulsion; il ordonne: 6 sangsues aux pieds, lavement émollient, limonade.

Le soir, appelé en consultation, je trouve une enfant sans connaissance, couchée sur le dos et calme dans le moment; je ne puis lui faire ouvrir les paupières en la faisant appeler par sa mère, tant l'intelligence est obtuse La figure est rouge, les pupilles dilatées; la peau est chaude, sèche, sans éruption; le pouls petit, très fréquent, à 180; la respiration libre et précipitée; les ganglions cervicaux, placés de chaque côté et au-dessous de la mâchoire inférieure, sont engorgés, durs et très sensibles. Si on les presse un peu, l'enfant se plaint et s'agite; la langue est blanchâtre; refus des boissons qu'on approche de ses lèvres.

Hier, elle eut quelques selles liquides et volontaires; elle n'en a pas eu aujourd'hui; le ventre est ballonné et indolent. Le cas est très grave.

(Limonade, 8 sangsues aux apophyses mastoïdes, cataplasme abdominal, lavemens émolliens, 2 vésicatoires aux jambes, eau froide vinaigrée sur la tête.)

4e jour. Le sang a coulé toute la nuit. La petite fille reprend un peu connaissance sur le matin; la peau, toujours chaude et sèche, offre une éruption de plaques rouges, un peu rudes au toucher, de différentes grandeurs, pâlissant à la pression, et quelques vésicules miliaires, pleines d'une sérosité transparente. Il n'y en a que sur le cou, la poitrine et le ventre. La langue est blanche, humide; point d'altération. Les amygdales touchées avec le doigt ne paraissent point engorgées. Le pouls est très fréquent, petit et faible (c'est ce qui empêche la réapplication des sangsues); diarrhée fétide, involontaire.

Je ne revois plus cette enfant que l'on me dit s'éteindre à la fin du sixième jour après avoir présenté beaucoup d'agitation, une perte complète d'intelligence avec quelques paroles incohérentes et une disposition à la transpiration. Jusqu'à la fin il y a alternative d'excitation générale et d'affaissement.

FIÈVRE ATAXIQUE; MILIAIRE ET ROUGEUR DE LA PEAU; ENGORGEMENT ET SUPPURATION DES GANGLIONS CERVICAUX; TRAITEMENT PAR LE CALOMEL; GUÉRISON APRÈS LE TROISIÈME SEPTENAIRE.

OBS. VIII. — Fille de 2 ans, lymphatique et d'une constitution chétive, est prise de vomissemens et tombe dans une prostration extrême. Dégoût pour alimens et boissons, fièvre, peau chaude et humide, pouls petit et d'une très grande fréquence.

Le surlendemain, éruption miliaire avec auréole rouge à la base de chaque vésicule; les ganglions lymphatiques voisins des glandes parotides et sous-maxillaires sont très engorgés, sensibles, et comme le tissu sous-cutané qui les environne est tuméfié, un peu mollasse, le cou offre un volume plus considérable que la face. L'enfant est si prostrée qu'on se borne à mettre 2 vésicatoires aux jambes, un quart de lavement émollient, quelques cuillerées de limonade ou d'eau sucrée sur les lèvres; mais l'enfant n'avale que rarement quelques gouttes.

Les jours suivans, cette prostration augmente et il s'y joint quelques mouvemens convulsifs; l'éruption miliaire blanchit; le pouls est misérable; refus de toute boisson.

(2 autres vésicatoires aux cuisses; lavement.)

Septième jour. Diarrhée; desquammation commençante de l'épiderme vésiculé.

Dixième jour. Les convulsions reparaissent deux à trois fois par jour; les globes oculaires sont tournés en haut; la respiration est haletante; les membres s'agitent en désordre pendant deux à trois minutes et il y a de la raideur; le pouls est misérable. On craint de voir expirer l'enfant pendant et après ces crises convulsives; la mère la tient continuellement sur les genoux, comme plus commodément couchée et sans crainte de la voir rouler à terre. Malgré sa diarrhée, on lui donne une potion avec 3 décigrammes de calomel dans 60 gram. de julep gommeux. Selles plus nombreuses, plus verdâtres et toujours fétides.

Douzième jour. Seconde potion avec calomel (3 décigrammes); mêmes résultats; mais les crises nerveuses sont plus rares et moins longues.

Jusqu'au dix-huitième jour, le pouls est à 150-140, très faible et petit. Les ganglions du cou présentent de la fluctuation; le cou diminue de volume.

Vingtième jour. Sortie du pus par l'oreille et la peau du cou; la fièvre tombe; le pouls arrive à 100, puis 80.

Jusqu'au vingt-cinquième jour, il y a diarrhée; pouls de 80 à 90; désir de boire, de prendre quelque chose (eau et lait). Le mieux continue, et la petite est en convalescence franche pendant le quatrième septenaire.

La suppuration ganglionnaire cervicale se prolonge plus d'un mois après.

FIÈVRE ATAXO-ADYNAMIQUE; ENTÉRITE TYPHOÏDE; ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE; ÉRYTHÈME ET MILIAIRE; SURDITÉ; GUÉRISON DANS LE TROISIÈME SEPTENAIRE.

OBS. IX. — J., âgé de 9 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, vivant dans l'aisance, couche avec quatre personnes dans une chambre petite et exposée au soleil de midi. Il est atteint le second de quatre enfans qui ont tous été successivement malades, deux avec la forme grave, deux avec la forme légère; pris par mal de tête, frissons, vomissemens et la fièvre. Trente-six à quarante heures après l'invasion, je le trouve couché sur le dos, la figure turgescente, la respiration haletante, avec un peu de toux; la peau est chaude et sèche, le pouls est dur, plein, à 150; langue saburrale au centre, rouge et sèche au pourtour. Gencives avec des plaques crémeuses en divers points; haleine chaude, sans fétidité; peu de soif; les ganglions lymphatiques du pourtour de la mâchoire inférieure sont engorgés, durs et très sensibles.

(8 sangsues aux pieds; 2 vésicatoires aux mollets; lavement émollient; cataplasme sur le ventre; limonade.)

Quatrième jour. Accablement, somnolence et rêvasseries; agitation extrême par momens du corps et des membres, mais sans convulsions, ni contracture; intelligence obtuse; surdité; peau chaude, sèche, avec érythème disséminé, irrégulier, et quelques vésicules miliaires assez rares sur le tronc. Respiration gênée, muqueuse; répugnance à boire; diarrhée; pouls petit, moins élevé, à 120.

(6 sangsues à un pied; vésicatoire à la nuque; lavement émollient; catapl. émoll.; limonade.)

Sixième et septième jours. Accablement et prostration extrêmes; peau sèche, avec la même éruption. L'enfant a toujours les mains au nez ou aux lèvres, et il fait sortir quelques gouttes de sang des fosses nasales; le pouls est petit et reste à 120; les ganglions restent durs et sensibles; les conduits auriculaires laissent suinter un liquide muco-purulent jaunâtre, fétide.

(Traitement: limonade; lavem.; catapl.

Deuxième septenaire. Fièvre continue, avec assoupissement, rêvasseries et diarrhée; agitation générale par momens, surtout la nuit; la langue reste rouge brunâtre, sèche; la soif reparaît; quelques gouttes de sang sortent chaque jour par le nez; mais le malade y a souvent les doigts.

(Limonade; lavement; cataplasme.)

Troisième septenaire. On remarque un jour meilleur que l'autre et d'une manière bien évidente; ceci dura jusqu'au vingt-cinquième jour, où la convalescence parait franchement; mais la surdité persiste. Cette espèce de fièvre intermittente des derniers jours est venue sans frissons, et surtout sans que le pouls, les jours de mieux, ait cessé d'être fréquent et la peau chaude; en un mot, ce n'était qu'une disparition graduée, avec aggravation périodique des accidens fébriles.

Deux mois après, la surdité persiste.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX MENSUELS ANGLAIS.

I. THE LONDON AND EDIMBURG MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai et juin 1843, contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Quelques expériences sur la quantité d'acide carbonique formé pendant la respiration, dans le typhus*; par M. Malcolm. 2° *Sur les defectuosités de la vision qui dépendent de l'asthénie de l'organisme*; par M. Hocken. (L'auteur distingue trois sortes d'amaurose dues à cette cause : *a* l'amaurose résultant d'une simple dépression nerveuse ; *b* celle qui tient à une perte abondante de sang, à l'anémie ; *c* celle où l'appauvrissement du sang et l'asthénie nerveuse agissent simultanément.) 3° *Remarques sur quelques variétés de névralgie abdominale qui dépendent d'une irritation utérine*; par M. Golding Bird. 4° *Essai de physiologie et de pathologie des dents, fondées sur l'étude de leur structure intime*; par M. Nasmyth. (Déductions d'idées que les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent déjà par les comptes-rendus de l'Académie des sciences.) 5° *Cas et observations de chirurgie*; par M. Syme. (Amputation dans l'articulation tibio-tarsienne.) 6° *Nouvelles observations sur la ligne brune du milieu de la paroi abdominale, comme signe d'accouchement*; par M. Turner. (Cette ligne paraît très marquée dans la dernière période de la grossesse; elle est surtout prononcée immédiatement après l'accouchement. Elle s'efface ensuite, de manière à ne plus laisser de traces vers la fin du troisième mois. Ces nouvelles propositions s'appuient sur l'examen de 14 cas.) 7° *Trois cas de trachéotomie*; par M. Dunsmure. (L'opération, toujours suivie de succès, a été faite, la première fois, pour un œdème de la glotte; la seconde, pour le croup; la troisième, pour des ulcérations vraisemblablement syphilitiques développées au pourtour de la glotte.) 8° *Fracture compliquée de la jambe, ayant nécessité l'amputation du membre et la ligature de la fémorale, puis celle de l'iliaque externe*; par M. John Paul. 9° *Cas de rupture de la veine jugulaire interne dans un abcès*; par M. Al. King. 10° *Observations sur le placenta*; par M. Franck Renaud. 11° *Cas d'hydrocéphale aigu, traité avec succès au moyen de l'iode*; par M. Christien. 12° *Observation de maladie de la moelle, causéepar une exostose de la seconde vertèbre cervicale*; par M. John Reid. 13° *Trois cas d'hypertrophie partielle d'une portion des organes du mouvement volontaire*; par le même. 14° *Sur les soins minutieux à observer dans les principales opérations qu'on fait sur l'œil; du temps et des saisons où elles peuvent être pratiquées avec le plus de chances de succès*; par M. Hamilton. 15° *Note sur l'insufflation mécanique du poumon, comme servant d'objection contre l'épreuve hydrostatique*; par M. Cormack. 16° *De la courbure latérale de l'épine, et du cas dans lequel elle peut être guérie par l'opération*; par M. Syme. 17° *Cas de plaie du ventricule gauche du cœur, suivi de remarques générales sur les plaies de cet organe*; par M. Baird. 18° *Cas remarquable de maladie fongueuse*; par M. John Miller. (Tumeur très volumineuse qui, prenant origine sur la dure-mère elle-même, sortait par une ouverture du crâne d'un pouce environ de diamètre, et s'épanouissait à l'extérieur. La tumeur, extirpée plusieurs fois, avait toujours récidivé. Le malade succomba.) 19° *Tableaux du poids de quelques-uns des organes les plus importans du corps, examinés à différentes périodes de la vie*; par M. John Reid. 20° *Extraits des leçons de médecine clinique, de M. Henderson*. 21° *De la phthisie produite par l'inspiration des poussières et des molécules métalliques*; par M. Holland. 22° *Compte-rendu statistique et pathologique des cas de fièvre traités à l'infirmerie royale d'Edimbourg pendant l'année 1842, finissant au 30 septembre*; par M. Peacock. 23° *Ligature de la carotide primitive pour une hémorragie fournie par une ulcération de la face*; par M. Spence. (Une ulcération fongueuse des régions parotidienne et zygomatique gauches ayant fourni deux hémorragies inquiétantes, la carotide primitive fut liée. Six jours après, hémorragie par la plaie de l'opération; la compression l'arrête. Mais l'affection de la face fait des progrès; elle donne lien à une nouvelle hémorragie. Le cerveau paraît envahi : quoiqu'il ait perdu peu de sang, le malade

tombe dans le coma et meurt trente-cinq jours après l'opération. On ne put examiner la tête.)

QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LA QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE QUI SE FORME DANS LA RESPIRATION CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DU TYPHUS; par le docteur MALCOLM.

Ces expériences ont été faites à l'hôpital de Belfort, et avec un appareil semblable à celui qu'avait employé le docteur Pront dans ses expériences sur la quantité d'acide carbonique formé pendant la respiration dans l'état normal, quantité qui, bien que très différente de celle trouvée par les autres expérimentateurs, est cependant admise par l'auteur comme le point de départ de ses propres recherches. Cette moyenne, prise à la même heure du jour, et autant que possible dans des circonstances tont à fait analogues, est, d'après les recherches du docteur Prout, de 3,96 sur 100 pour l'état de santé; c'est-à-dire que, sur 100 parties d'air expiré à une température donnée et dans certaines circonstances définies, le docteur Prout a trouvé, chez l'homme bien portant, 3,96 parties d'acide carbonique. Les recherches de M. Malcoln, faites sur le même plan que celles du docteur Prout, mais sur des sujets atteints de typhus, l'ont amené aux deux conclusions suivantes : 1° dans le typhus, la formation de l'acide carbonique, dans la respiration, est beaucoup moindre que dans l'état de santé; cette quantité est moindre encore dans les cas les plus graves de la maladie.

Nous ne ferons pas connaître la manière dont ces expériences ont été conduites, les appareils qui ont été employés, les nombreuses précautions dont s'est entouré l'auteur, pour éviter toutes les chances d'erreur. Nous ne reproduirons pas non plus les tableaux dans lesquels l'auteur a réuni les résultats de ses expériences, et qui sont au nombre de deux: l'un comprenant 19 malades et 45 expériences, et l'autre 7 malades seulement, mais présentant des accidens des plus graves. Par le premier tableau, nous voyons que la moyenne de la quantité d'acide carbonique expiré par les sujets atteints d'une fièvre typhoïde d'une médiocre gravité était de 2,492 pour 100, résultat qui, comparé avec celui obtenu par M. Prout chez l'homme en santé (3,96), donne une différence en moins de 1,468 parties d'acide carbonique sur 100 d'air chez l'homme atteint de typhus. Par le second tableau, nous apprenons que, chez les sujets très gravement affectés, la proportion d'acide carbonique est encore moindre, puisque la moyenne des 7 cas où les expériences ont été faites n'est que de 2,232.

L'auteur ne tire de ces résultats aucune conclusion au point de vue pathologique; or, tout en admettant l'exactitude de ces résultats, il resterait encore à déterminer si cette diminution de la proportion d'acide carbonique dépend de la nature de la maladie, ou bien seulement de l'état morbide général. Cette difficulté ne sera levée que quand on aura établi des séries d'expériences analogues pour plusieurs autres maladies.

REMARQUES SUR QUELQUES VARIÉTÉS DE NÉVRALGIE ABDOMINALE DÉPENDANT DE L'IRRITATION UTÉRINE; par le docteur GOLDING BIRD.

Nous dirons, pour ceux de nos lecteurs qui ne seraient pas familiarisés avec la littérature médicale anglaise, que les médecins anglais entendent par le mot irritation un état de l'économie dans lequel on observe la plupart des phénomènes des affections inflammatoires, bien que la maladie soit toujours d'une nature différente (pour ne pas dire opposée) de la phlegmasie, et réclame nécessairement un traitement différent. Que le nombre de ces cas soit très considérable, c'est ce qu'on ne peut nier, d'après la lecture de tous les travaux publiés par les médecins anglais sur ce point, d'après les fréquens insuccès qu'éprouvent parmi nous les médecins qui usent le plus largement du traitement antiphlogistique, et d'après les succès que l'on obtient de l'emploi d'une médication opposée dans des cas analogues, et nous croyons qu'on pourrait dire, avec autant de raison, de ce côté-ci du détroit, ce que dit le docteur Golding Bird à ses compatriotes : « Il est bien à regretter que, même aujourd'hui, le plus grand nombre des praticiens ne se tiennent pas suffisamment en défiance contre les causes d'erreurs qui se présentent si fréquemment à leur observation dans le traitement des femmes dont les fonctions utérines ne s'exécutent que d'une manière imparfaite. Les milliers de cas dans lesquels on voit des jeunes filles être saignées annuellement, souvent même tous les mois, pour des pleurésies qui n'ont jamais existé, et les cas moins nombreux où de jeunes femmes sont condamnées à rester étendues sur un lit pendant des mois et des années, ou soumises à la torture des moxas, des ventouses, des vésicatoires, etc., sont assez connus pour qu'il soit inutile de les rappeler ici. De nombreuses améliorations ont déjà été apportées à cet état de choses; mais on le trouve encore à chaque instant, surtout dans les villes encombrées et manufacturières, où les habitudes et les coutumes tendent toujours, même dans les derniers rangs de la société, à troubler ces fonctions, qui exercent une si puissante influence sur la santé de la femme. » C'est spécialement sur l'irritation utérine que l'auteur veut appeler l'attention, irritation qu'on voit si fréquemment se développer, depuis un petit nombre d'heures jusqu'à quelques semaines, à la suite de l'acouchement ou de l'avortement. C'est alors qu'on voit fréquemment une douleur névralgique intense s'étendre à tout l'abdomen, les lochies se supprimer et apparaître une foule d'accidens locaux et généraux qu'on confond trop souvent avec la fièvre ou la péritonite puerpérale, et dont le traitement est alors dirigé, au grand détriment du malade, dans le sens de cette opinion erronée. « J'ai eu très fréquemment, dit l'auteur, l'occasion de voir des cas de cette espèce qui avaient été pris et traités pour des cas de péritonite, et dans lesquels le médecin, après une longue et ennuyeuse convalescence, se félicitait du succès qu'il croyait avoir obtenu.» Trois de ces cas sont rapportés ici avec trop de détails pour que nous puissions les reproduire; mais le résumé suivant de la première de ces observations suffira pour mettre sur la trace des cas analogues. Nous avons, dans ce cas, dit M. Golding Bird, l'exemple d'une femme dont le système nerveux avait toujours été, depuis le commencement de la menstruation, plus ou moins dérangé par l'irritabilité de l'utérus et son accompagnement, l'épilepsie hystérique, dérangement qui était assez attesté par l'écoulement leucorrhéique abondant, qui persista même pendant la grossesse. Dès le commencement du travail, cet état réagit sur le système cérébro-spinal, et détermine une forte attaque d'apoplexie, avec perte complète de connaissance. Le travail terminé, elle commence à allaiter son enfant, et au bout de quarante-huit heures apparaissent les symptômes d'une violente irritation utérine. La suppression des lochies et de l'urine, la position de la malade dans le lit, l'état du pouls, de la langue, de la peau, et la sensibilité abdominale précédée de frissons ne paraissent-ils pas indiquer l'invasion de cette maladie tant redoutée, la péritonite puerpérale? Mais les cris incohérens, les traits bouleversés et variables, l'agitation des bras, le changement continuel de position dans le lit, les cris qu'elle pousse aussitôt que l'on approche la main de l'abdomen, et la douleur revenant par paroxysmes, révélaient d'un autre côté l'existence d'une très vive irritation, et indiquaient le vrai caractère de la maladie. Le résultat du traitement confirma complètement le diagnostic; mais quinze jours s'étaient à peine écoulés depuis le commencement de la convalescence, quand, après deux jours de constipation, il survient des frissons, l'écoulement utérin s'arrête, et tous les symptômes d'une pleurésie très intense apparaissent. L'étude des symptômes et l'examen de la poitrine permettent de distinguer la nature de la maladie, et la femme est de nouveau soulagée. Elle marche et remplit les devoirs de sa position, conservant encore de vives douleurs lombaires et pelviennes, lorsqu'elle est prise d'une pseudo-paralysie de la jambe gauche, venue à la suite d'une irritation directe sur l'utérus (coït pendant lequel la malade éprouva tant de douleurs qu'elle perdit connaissance), circonstances qui toutes indiquaient l'irritabilité intense de cet organe, et démontraient l'exactitude de l'opinion que nous avions émise en lui attribuant tous les accidens éprouvés par cette malade depuis sa couche. »

Ce résumé nous dispense de suivre l'auteur dans les détails où il entre sur le diagnostic de ces causes. Nous dirons pourtant qu'il repousse des moyens à employer les saignées exploratives conseillées par son compatriote le docteur Marshall Hall, qui regarde la saignée comme un excellent moyen de distinguer dans les cas douteux la simple irritation de l'inflammation, la perte de sang étant très facilement supportée dans ce dernier état morbide, tandis que dans l'irritation elle ne tarde pas à amener la syncope. Le docteur Golding-Bird condamne la saignée dans ces cas, parce que dans beaucoup de cas d'irritation elle est bien mieux supportée que ne le pense M. Marshall Hall, et parce que même peu abondante elle nuit toujours au malade bien qu'elle lui procure quelquefois un soulagement passager.

DE L'AMPUTATION DANS L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE; par M. SYME.

M. Syme, ayant à traiter un garçon de 16 ans, affecté de carie des os du pied, jugea nécessaire d'emporter les parties malades. Mais la carie avait envahi le calcanéum et l'astragale : aucune amputation partielle du pied ne pouvait donc suffire. La désarticulation du pied fut résolue. Deux lambeaux arrondis furent taillés, l'un au devant de la jointure, l'autre aux dépens de la plante du pied. On égalisa la surface osseuse en faisant sauter les malléoles au moyen de tenailles incisives. La cicatrisation marcha bien, sauf deux petits foyers purulens, qui exigèrent chacun une contr'ouverture vers le bord des lambeaux. La peau de la plante du pied sert maintenant de support solide au membre, et se prête à l'ajustement d'une botte ou d'un pied artificiel.

Au narré de ce fait M. Syme ajoute quelques considérations en faveur de l'amputation tibio-tarsienne. Il voudrait voir cette opération plus généralement pratiquée. D'après lui, elle peut être souvent substituée à l'amputation de la jambe au-dessous du genou; car, dit-il, celle-ci ne se fait guère que pour les maladies du coude-pied, puisque, quand une lésion grave occupe le milieu de la jambe, c'est ordinairement à la cuisse qu'on est obligé d'amputer. — On pourrait objecter que, dans les caries du coude-pied, l'amputation tibio-tarsienne n'enlèverait qu'une des deux surfaces malades. Mais M. Syme fait observer que l'affection se borne en général au calcanéum et à l'astragale. D'ailleurs, attaquât-elle les os de la jambe eux-mêmes, rien ne serait plus simple que de détacher ensuite leur extrémité d'un trait de scie. M. Syme rapporte l'histoire abrégée d'une opération faite tout récemment de cette manière et avec un succès complet.

— M. Syme ne fait nullement mention de l'amputation sus-malléolaire, ce qui ôte nécessairement à son parallèle une bonne partie de son intérêt et de sa portée. A notre avis, même à côté de l'amputation sus-malléolaire, la désarticulation du pied est une opération à conserver. Son principal avantage est de donner au membre amputé le solide support de la peau du talon, si bien organisée pour cet usage. Comme néanmoins cette opération expose à laisser en place une partie des surfaces cariées, on ne devrait y recourir qu'après s'être assuré, autant que cela est possible, que le mal porte surtout sur les os du pied.

FRACTURE COMPLIQUÉE DE LA JAMBE, AYANT NÉCESSITÉ L'AMPUTATION DU MEMBRE ET LA LIGATURE DE LA FÉMORALE, PUIS CELLE DE L'ILIAQUE EXTERNE; par M. JOHN PAUL.

Le cas dont l'histoire suit est remarquable par le nombre et la gravité des accidens qui ont compromis l'existence du malade. Du moins ici le remède a été à la hauteur des périls; et l'on voit avec plaisir l'art, engagé dans une lutte difficile, s'y montrer aussi sage que hardi et en sortir enfin victorieux.

OBS. — Un homme, âgé de 20 ans, se fit, en sautant précipitamment de cabriolet, une fracture de la jambe gauche (il n'est pas spécifié à quelle hauteur). La fracture était comminutive, et un fragment d'os avait traversé la botte. On réduisit et l'on mit le membre en appareil.

A part un érysipèle de peu de durée, tout marchait bien et une suppuration abondante se faisait jour par la plaie, lorsque le vingt-sixième jour (9 août), une hémorragie considérable eut lieu. L'amputation de la cuisse, proposée au malade, fut acceptée par lui et immédiatement pratiquée. On tailla deux lambeaux. Quatre artères seulement durent être liées.

Le 15, une hémorragie se fait par la surface du moignon; arrêtée sans difficulté, elle se renouvelle le lendemain. Pour y remédier, on lie le tronc de la fémorale à un pouce environ au-dessous de l'arcade crurale. Le sang cesse aussitôt de couler.

Le 30, nouvelle hémorragie par la plaie de la ligature. Elle se reproduit, plus grave, le 31. On pratique la ligature de l'iliaque externe. Tout alla bien pendant un mois. A partir du 30 septembre, on remarqua sur la plaie de la ligature de la fémorale une pulsation dont la force augmenta graduellement. C'était évidemment un caillot qui, incapable de résister à l'impulsion du sang, menaçait d'y céder prochainement. En effet, le 13 octobre, il fut soulevé et le sang coula avec violence. Pendant quelques jours, on parvint à l'arrêter à l'aide d'un bandage solidement maintenu. Mais le 16, l'hémorragie reparut avec une nouvelle force. Le malade, qui avait précédemment refusé de se prêter à aucune opération, consentit à tout ce qu'on voulut. En conséquence, le chirurgien, après avoir mis à nu le ligament de Fallope, le coupa en travers et lia l'artère crurale précisément au point où elle croise l'arcade du même nom, à 2 pouces au-dessous du lieu où la ligature avait été faite sur l'iliaque externe et à 1 pouce au-dessus de celle pratiquée en premier lieu sur la fémorale.

Aucun accident ne se manifesta. Les ligatures tombèrent, les plaies se cicatrisèrent successivement, et le malade fut enfin guéri.

M. Paul fait observer que, pendant l'opération faite pour mettre à découvert l'iliaque externe, il avait accidentellement incisé et lié la circonflexe iliaque. Donc, ce vaisseau anastomotique étant oblitéré, c'est incontestablement par l'épigastrique que le sang a été en dernier lieu rapporté dans la crurale. Si je n'avais pas, ajoute-t-il, été sûr que la circonflexe iliaque était fermée, j'aurais adopté, lors de la dernière hémorragie, le parti suivant: j'aurais disséqué de bas en haut le tronc de la fémorale, jusqu'à ce que j'eusse rencontré l'origine de l'épigastrique et de la circonflexe iliaque, et j'aurais porté une ligature sur ces deux branches. Mais, assuré que la seconde n'existait plus, j'ai pu me contenter de placer un fil sur le tronc fémoral lui-même; car évidemment, dans la circonstance présente, cela équivalait à lier l'épigastrique; et la source d'où provenait le sang s'est ainsi trouvée aussi sûrement interceptée.

— Tout en approuvant la conduite de M. Paul et les raisons qui l'ont dictée à partir du moment de l'hémorragie consécutive à l'amputation de la cuisse, nous aurions néanmoins quelques doutes à élever sur l'opportunité de cette amputation elle-même. Depuis le bel exemple dû à Dupuytren, il est passé en précepte, dans les fractures compliquées d'hémorragies, de lier d'abord le vaisseau à la méthode d'Anel, et de ne recourir à l'amputation du membre qu'en cas d'insuccès. Ici on pourrait, il est vrai, alléguer que, une plaie compliquant la fracture, l'amputation était plus impérieusement indiquée que dans le cas de fracture simple. Mais l'objection ne serait que spécieuse; car si l'on avait, pendant vingt-six jours, jugé le membre susceptible d'être conservé, l'hémorragie qui survint alors n'était pas un motif suffisant pour faire changer d'opinion. C'était un accident ayant son traitement indépendant de celui de la fracture; son apparition ne devait donc rien changer à la question de conservation du membre.

CAS DE RUPTURE DE LA VEINE JUGULAIRE INTERNE DANS UN ABCÈS; par M. AL. KING.

OBS. — Le 12 novembre 1842, M. King fut appelé pour voir un enfant âgé de 4 ans. Seize jours auparavant, il avait été affecté de scarlatine. Mais à peine apparue l'éruption rentra sans aucune cause appréciable. Le second jour, une tuméfaction se manifesta au côté droit du cou, au-dessous du lobule de l'oreille. Trois jours avant la visite de M. King, elle s'était spontanément abcédée. Puis la suppuration avait été en diminuant, lorsqu'on remarqua tout à coup que du sang s'échappait par l'ouverture du dépôt.

A l'arrivée de M. King, le sang continuait à couler; le foyer distendu par ce liquide comprimait les voies aériennes et occasionait de la dyspnée et de la toux. Une pression exercée sur la carotide n'arrêtant pas l'hémorragie, le chirurgien, incertain de la source d'où elle provenait, dut se borner à appliquer un bandage compressif. Mais comme cet appareil redoublait la suffocation et la toux, il fallut le tenir moins serré qu'on ne l'eût voulu.

Dans l'après-midi, peu de sang sortit, mais la tumeur avait acquis un volume considérable, et l'oppression qui en résultait fut portée si loin que les parens de l'enfant prirent sur eux de relâcher le bandage. M. King appelé l'enleva tout à fait. Aussitôt le caillot fut soulevé et un flot de sang abondant s'échappa. M. King plongea deux doigts dans le foyer, et les laissant en place, il couvrit la tumeur de linges. Le sang ne sortit plus à l'extérieur; mais, avec ses doigts profondément introduits, le chirurgien sentait qu'il coulait encore dans la tumeur et qu'il provenait de la partie supérieure; son impulsion augmentait de force à chaque expiration. Une syncope survint et emporta la malade en peu d'instans.

AUTOPSIE. La tumeur était divisée en deux sacs. L'un s'étendait au-dessous du digastrique et de la parotide jusqu'à la base du crâne; l'autre avait la parotide pour sa paroi postérieure, le sterno mastoïdien pour l'externe, et la peau avec son aponévrose pour l'antérieure. A partir de deux lignes au-dessous de la base du crâne, la paroi externe de la veine jugulaire interne manquait dans l'étendue de 9/10 de pouce, comme si elle eût été détachée avec un bistouri. La paroi interne du vaisseau et même les bords de cette ouverture conservaient leur aspect normal. L'artère carotide primitive et ses divisions étaient saines. Dans tout le pourtour de l'abcès les tissus adjacens reprenaient presque immédiatement leur texture naturelle.

Quoique fatalement terminé, ce cas n'est pas sans intérêt pour la pratique. Il montre le danger des abcès développés au voisinage des vaisseaux sanguins. Sous un autre point de vue, moins scientifique peut-être, il a bien aussi son importance. En supposant, en effet, que le foyer eût été ouvert par le bistouri, on n'aurait pas manqué, sans doute, d'accuser le chirurgien d'avoir blessé la veine jugulaire, et un procès en réparation eût fort bien pu trouver dans cette circonstance tout accidentelle une source de preuves aussi plausibles que tant d'autres de ce genre.

OBSERVATION D'UN CAS D'HYDROCÉPHALE AIGUE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'IODE; par le docteur CHRISTIEN.

Le sujet de cette observation ayant présenté la plupart des caractères de l'hydrocéphale aiguë, on le soumit au traitement ordinaire par les émissions sanguines, les purgatifs et les révulsifs; mais son état s'étant plutôt aggravé qu'amélioré pendant les cinq premiers jours qu'il fut soumis à ce traitement, on le suspendit pour le remplacer par le traitement par l'iode tel qu'il est prescrit par MM. Mannselle et Evanson, dans leur ouvrage sur les maladies des enfans; savoir:

Prenez:	Iodure de potassium	8 décigr.
	Iode	2 —
	Eau distillée	32 grammes.

Faites dissoudre et administrez par cuillerée à café toutes les quatre heures, et en même temps on pratiquera sur la tête des frictions avec le deuto-iodure de mercure. Au bout de trois ou quatre jours, les pupilles recouvrèrent leur sensibilité à la lumière, l'agitation diminua, les mouvemens automatiques cessèrent, le pouls se ralentit, l'amélioration continua

à faire des progrès, et au bout de deux mois le bras et la jambe du côté gauche qui étaient presque immobiles avaient repris leur mobilité.

Ce résultat dans un cas aussi désespéré doit encourager à faire l'essai de la même médication dans les cas analogues où, comme on le sait, il est si rare que le traitement dit rationnel ait quelques succès.

OBSERVATION D'UN CAS D'ALTÉRATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CAUSÉE PAR UNE EXOSTOSE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE; par le docteur J. Reid.

Cette observation n'offre d'intérêt que par le défaut de rapport entre la gravité de la lésion et le peu de gravité des phénomènes morbides, et sous ce point de vue elle pourrait être rapprochée avec assez de raison de celle qu'a rapportée Rullier, et dans laquelle, bien qu'il ne restât qu'une petite portion de l'épaisseur de la moelle cervicale, cependant les mouvemens avaient été intégralement conservés.

Chez le sujet de l'observation du docteur Reid, les seuls symptômes qui furent observés pendant les huit ou neuf mois que dura la maladie furent des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, dans les reins, dans les épaules, dans le col, et pour lesquelles il fut traité pendant quelque temps comme atteint de rhumatisme; puis, la maladie ayant été reconnue, le cautère actuel fut appliqué au col, mais sans aucun résultat avantageux pendant les deux mois qui suivirent et à la fin duquel il fut enlevé par le typhus. A l'autopsie, on trouva la moelle épinière comprimée au milieu de la partie supérieure de la seconde vertèbre cervicale par une exostose, de forme conique, longue d'environ un tiers de pouce, et fournie par la partie postérieure de la racine de l'apophyse odontoïde. Cette exostose avait produit une dépression marquée au centre de la moelle épinière, immédiatement au-dessous de l'entrecroisement des corps pyramidaux. En incisant la moelle sur ce point, on constata que toute la partie centrale y était transformée en une pulpe molle et d'un brun rougeâtre. La seule partie de la moelle qui restait saine était une couche mince sur la partie latérale, variant d'épaisseur sur différens points, mais n'ayant pas plus d'une ligne sur plusieurs. Le malade avait pu se lever pour aller à la garderobe pendant le typhus auquel il a succombé.

CAS D'HYPERTROPHIE PARTIELLE D'UNE PORTION DES ORGANES DU MOUVEMENT VOLONTAIRE; par le même.

L'intérêt du fait qu'on va lire serait plus complet encore si l'on pouvait déterminer la cause première de l'anomalie dont il offre un curieux exemple. Mais quoique l'observation présente n'apprenne rien de positif à ce sujet, le soin que l'auteur a mis à en recueillir les moindre circonstances ne sera pas perdu pour l'histoire physiologique du développement et de la nutrition des organes.

Obs. — M. C., âgé de 15 ans, a la taille ordinaire des personnes du même âge. Sa santé paraît être assez bonne. En examinant ses deux membres supérieurs, on voit entre eux une notable différence de volume, le droit étant proportionné à la grosseur du tronc et des membres abdominaux, tandis que le gauche semble appartenir à un homme plus avancé en âge et plus robuste. Cette hypertrophie n'est pas limitée à une seule partie du membre; elle s'étend à la main, à l'avant-bras, au bras et à l'épaule. Le volume prédominant de ce côté tient principalement à celui des os et des muscles; car le tissu cellulaire et la peau ne sont pas développés plus que de l'autre côté. Le membre gauche est couvert de nombreuses taches rouges, dont plusieurs offrent une grande étendue; une d'elles, entre autres, occupe presque toute la région de l'épaule. Le système artériel est manifestement dilaté, et les pulsations de la sous-clavière et de ses branches font sentir sous le doigt une différence de force bien remarquable lorsqu'on les compare à celles de l'autre membre. M. C. assure qu'il éprouve dans ce membre une sensation constante de chaleur. Un thermomètre placé alternativement dans la main droite et la gauche indique, pour la première, 77° (Fahr.); pour la deuxième, 86°. Dans l'aisselle, la différence est de 98° à 100°.

La mensuration comparative donne les résultats suivans :

	à gauche.	à droite.
Circonférence du milieu du bras..........	9 pouces 1/10	7 pouces
— un pouce au-dessous du coude......	9 — 8/10	7 — 5/10
— au poignet........................	6 — 5/10	5 — 4/10
De l'angle inférieur de l'omoplate à l'articulation scapulo-claviculaire............	6 — 6/10	6 —
De l'angle inférieur de l'omoplate au milieu de l'épine du même os..................	6 —	5 — 5/10

Ce jeune homme ne peut étendre entièrement l'avant-bras sur le bras, ni exécuter librement les mouvemens de pronation et de supination. La seule disposition qui paraisse anormale au coude est la saillie très prononcée que forme l'olécrâne. En raison de la douleur considérable qu'il ressent lorsqu'il veut exécuter les mouvemens que nous venons de citer, il n'use que très peu de son membre gauche, et ne l'empoie qu'aux actes qui ne demandent qu'un mouvement limité et une force musculaire peu considérable. Il est donc évident que la disproportion entre les deux extrémités supérieures ne tient pas à l'exercice exagéré de celle du côté gauche. Au reste, il dit lui-même qu'on avait observé depuis le moment de sa naissance cet état particulier du coude gauche, et cette disparité de volume entre les deux membres. Le cœur a une impulsion forte, et il y a souvent des palpitations. En auscultant le cœur, on reconnaît que la pointe de cet organe occupe sa situation naturelle.

NOTE SUR L'INSUFFLATION MÉCANIQUE DES POUMONS COMME OBJECTION A LA DOCIMASIE PULMONAIRE; par le docteur J. Rose Cormack.

Nous allons reproduire presque intégralement cette note intéressante sur un point important de la science, et dans laquelle l'auteur donne la solution de l'une des principales difficultés que soulève l'application de la docimasie de la respiration.

Trois objections principales ont été faites contre la preuve que l'enfant avait vécu de ce que le poumon flotte au-dessus de l'eau.

1° L'enfant peut respirer et mourir avant d'être délivré. R. Ce n'est que dans les cas de certaines présentations anormales qui rendent le travail difficile que ce phénomène peut arriver; on devra donc s'informer si l'accouchement a été facile ou laborieux.

2° La putréfaction peut rendre les poumons spécifiquement plus légers que l'eau. R. Dans la putréfaction l'air n'existe que dans le tissu cellulaire, et à l'aide d'une loupe on reconnaît facilement qu'il n'occupe pas les cellules pulmonaires.

3° L'insufflation mécanique de l'air peut faire surnager le poumon. R. Cette objection est la plus sérieuse, et Wildberg et depuis Béclard se sont trompés quand ils ont dit que tout l'air introduit par l'insufflation artificielle pouvait être facilement chassé des poumons par la pression. M. Cormack pense que dans les cas où l'insufflation a été faite avec assez de force pour que les poumons de l'enfant nouveau-né s'élèvent au-dessus de l'eau, un examen attentif permettra de voir les cellules déchirées, avec des lésions de quelques-uns des espaces interlobulaire et la présence de bulles au-dessous de la plèvre pulmonaire. Les faits sur lesquels il appuie cette assertion sont de deux espèces.

1° Ayant employé des chiens et des lapins dans des expériences où il eut recours à la respiration artificielle lorsque la respiration naturelle eut cessé, il remarqua ensuite que, malgré toutes les précautions qu'il avait pu prendre, le tissu pulmonaire était nécessairement plus ou moins déchiré.

2° Les enfans et les autres individus qu'on rappelle à la vie par la respiration artificielle sont ordinairement atteints de pneumonie qui les enlève souvent. Or on ne peut douter que ces accidens ne soient le résultat de déchirures faites par l'insufflation mécanique, puis qu'on les retrouve à l'ouverture de tous ceux chez lesquels elle a été employée avec succès. L'observation suivante en a offert un exemple tout récent.

Obs. — Madame A. N. accouche le 9 février, à deux heures après-midi, d'un enfant qui n'avait pas respiré; le cœur avait battu cinq ou six fois après la naissance et pendant deux heures, le médecin chercha à plusieurs reprises à produire la respiration artificielle, en lui insufflant doucement de l'air dans la bouche par un tuyau de plume. Le lendemain matin, à neuf heures, il fait l'autopsie, et ayant détaché à la fois le thymus, le cœur et les poumons, il remarque que ces derniers restent encore à la surface de l'eau, bien qu'attachés au cœur et au thymus.

La plus grande partie des poumons est rouge et comme hépatisée; mais çà et là on distingue de larges taches pâles qui, examinées avec un verre grossissant, se trouvent être des cellules distendues. A l'œil nu, on voit plusieurs de ces cellules sur divers points et dans le tissu sous-pleural. Les plus grosses bulles sont disposées en trois groupes, entourées de toutes parts de plus petites bulles. On distingue encore, en poussant au centre de ces groupes, les espaces interlobulaires distendus aussi par de l'air. Chaque groupe paraissait être le centre d'une portion du tissu pulmonaire déchiré, l'air passant dans toutes les directions, au-dessous des plèvres et dans les espaces interlobulaires. Cet état persistant encore, il était très visible 23 heures après la mort et même 48 heures encore plus tard et bien que la pièce fût restée pendant 24 dans l'alcool.

CAS DE PLAIE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; par M. Baird.

Obs. — Un charpentier brusquement attaqué par deux de ses frères tira de sa poche un couteau dont il fut obligé de se servir pour sa défense personnelle. Il en porta plusieurs coups aux assaillans, qui prirent la fuite. Lui-même alla immédiatement chercher du secours. Mais, de retour sur le lieu du combat, il n'y trouva qu'une mare de sang. Après quelques recherches, on découvrit l'un des deux meurtriers dans un champ voisin. Il était dans un affaissement extrême, et mourut une demi-heure environ après avoir reçu le coup. La distance qu'il avait pu parcourir était de près de 150 verges.

Autopsie. Deux plaies s'aperçoivent au côté gauche du thorax. La supérieure, entre les troisième et quatrième côtes, a effleuré la tunique externe de l'aorte, sans avoir produit d'autre lésion qu'une légère ecchymose. La plaie inférieure, longue d'un demi-pouce, existe entre les cinquième et sixième côtes, à 5 pouces

et 3/4 du centre du sternum et à 8 pouces et demi de la clavicule. La poitrine étant ouverte, on trouva, dans la cavité de la plèvre gauche, trois pintes de sang moitié liquide, moitié coagulé. De ce côté, le poumon est comprimé de manière à ne plus occuper même la moitié de son volume normal. La plaie inférieure a perforé le péricarde ; elle divise, en outre, dans toute son épaisseur la paroi du ventricule gauche, à la partie inférieure de son tiers moyen. Cette plaie est transversale et a à peine un demi-pouce de diamètre. Le péricarde ne contient qu'un ou deux petits caillots sanguins. Les poumons sont sains.

Dans les cas de plaie pénétrante du cœur, la mort peut s'expliquer de deux manières, soit par l'épaississement qu'amène une hémorragie abondante, soit par la compression subite que le cœur éprouve lorsque le sang s'épanche dans le péricarde. On voit, par l'analyse du fait précédent, qu'aucune de ces deux explications ne doit faire exclure l'autre. Selon les circonstances, en effet, c'est par l'un ou l'autre de ces deux mécanismes que le blessé succombe. Ici la plaie du péricarde était assez large pour permettre l'effusion du sang dans la plèvre ; en outre, la plaie du ventricule était transversale ; en second lieu, le malade n'a éprouvé aucune syncope après l'accident ; enfin il a marché, ou même peut-être couru : toutes ces causes devaient favoriser un épanchement sanguin abondant, et c'est effectivement ce qui a eu lieu. Aussi la mort n'a pas suivi immédiatement le coup, comme cela arrive lorsque le péricarde retient le sang dans sa cavité. C'est donc par suite de l'abondance du sang perdu que la vie s'est terminée ; et les lésions cadavériques rapprochées des circonstances qui ont précédé la mort ne laissent aucun doute sur le mécanisme qui a produit cette terminaison.

TABLEAU DU POIDS DE QUELQUES-UNS DES ORGANES LES PLUS IMPORTANS DU CORPS A DIFFÉRENTES ÉPOQUES DE LA VIE ; par le docteur J. REID.

Nous ne reproduirons pas ici les résultats auxquels l'auteur est arrivé après ses longues recherches sur le poids d'un grand nombre de cadavres et celui de la plupart des organes considérés isolément ; car il nous faudrait présenter de nombreux chiffres qui, bien que très précis, n'auraient d'autre effet, comme le dit l'auteur, que d'indiquer la grande variété de poids que présentent les mêmes organes chez des individus différens, mais du même âge, et de signaler les erreurs auxquelles s'exposent ceux qui s'appuient sur les moyennes obtenues à l'aide d'un petit nombre de cas, pour prononcer sur le développement normal ou morbide des organes. La connaissance des moyennes, dans ce cas comme dans toutes les autres applications de la statistique à la médecine, peut tout au plus être considérée comme un procédé préliminaire à de véritables recherches sur les circonstances qui contribuent aux nombreuses déviations de la moyenne. Ainsi, pour le poids du cerveau de l'homme adulte, l'auteur a trouvé une différence de 28 1/2 onces entre deux cerveaux également sains, pesant, l'un 12 1/2 onces de plus que la moyenne, et l'autre 16 1/2 onces de moins. Nous nous bornerons donc à présenter quelques-uns des résultats les plus généraux auxquels il est arrivé sur le poids du cerveau et celui de quelques-uns des organes dont il se compose, les recherches sur les autres organes nous ayant paru moins intéressantes que celles sur l'encéphale.

PESANTEUR DU CERVEAU ET DU CERVELET UNI AU POINT DE VAROLE ET A LA MOELLE ALLONGÉE CHEZ 253 SUJETS.

HOMMES

	MAXIMUM.				MINIMUM.				MOYENNE.			
	Cerveau.		Cervelet.		Cerveau.		Cervelet.		Cerveau.		Cervelet.	
Age.	Onces.	Gros.	Onces.	Gros.	Onces.	Gros.	Onces.	Gros.	Onces.	Gros.	Onces.	Gros.
De 1 à 4 ans....	45	4	4	10	27	8	2	8	39	4 2/5	3	13 1/5
5 à 7 —	47	10 1/2	5	1	40	12	4	0	43	10	4	7
7 à 10 —	52	14	5	0	40	12	4	0	46	2 2/3	4	10 2/5
10 à 13 —	51	2	5	2	43	8	4	9	48	7 1/3	4	14
13 à 16 —	50	2	5	8	43	10	0	0	47	8	0	0
16 à 20 —	58	0	6	1	48	0	4	8	52	10	5	4
20 à 30 —	58	0	6	0	45	8	4	12	50	9	5	3
30 à 40 —	62	8	5	14	40	10	4	6	51	15	5	9
40 à 50 —	53	8	6	4	34	0	4	8	48	13	5	3
50 à 60 —	59	0	7	0	39	0	4	8	50	2	5	5
60 à 70 —	69	4	6	3	40	0	4	2	50	6	4	14
70 et au-dessus.	54	10	5	8	43	8	4	8	48	4	4	14
FEMMES.												
De 2 à 4 ans....	42	0	4	0	32	0	3	5	37	9	3	9
5 à 7 —	41	8	4	0	36	0	3	5	37	9	3	9
7 à 8 —	43	14	4	10	40	8	4	4	42	7	4	7
10 à 13 —	43	8	5	2	00	0	0	0	00	0	0	0
13 à 16 —	41	0	4	8	00	0	0	0	00	0	0	0
16 à 20 —	49	12	5	8	41	8	4	12	44	11	4	14
20 à 30 —	50	0	5	2	39	2	4	0	45	2	4	11
30 à 40 —	51	0	5	8	39	14	4	2	44	1	4	13
40 à 50 —	50	6	8	0	36	12	3	12	44	10	4	14
50 à 60 —	48	6	4	12	43	4	4	4	45	4	4	7
60 à 70 —	46	10	5	2	36	2	4	2	42	14	4	10
70 et au-dessus.	46	0	5	1	31	1	3	10	38	8	4	5

Il ressort évidemment de ce tableau que l'opinion de ceux qui ont affirmé que le cervelet et le cerveau acquièrent, vers la septième année ou peu de temps après, leur maximum de densité, n'est pas appuyée sur les faits. Cependant, il paraît évident, d'après ces données et celles que présente l'auteur sur le développement des autres organes, que le cerveau arrive beaucoup plus tôt qu'aucun autre organe à son maximum de pe-

santeur; d'après même un certain nombre de faits, M. Reid serait disposé à admettre que, dans la jeunesse, la longueur, la largeur et l'épaisseur de la substance grise, du corps strié et des couches optiques seraient les mêmes que chez l'adulte.

Chez la femme, le poids du cerveau diminue d'une manière évidente, à partir de 60 ans, ce qui n'a lieu chez l'homme qu'à un âge plus avancé. Le cerveau présente aussi assez souvent un degré d'atrophie des convulsions sur les lobes antérieurs, avec élargissement du sillon qui les sépare plus prononcé chez les personnes âgées que chez les jeunes gens. Chez ces derniers même, cette disposition ne se montre guère que quand ils se sont adonnés aux excès alcooliques.

RAPPORT STATISTIQUE ET PATHOLOGIQUE DES CAS DE FIÈVRE TRAITÉS A L'INFIRMERIE ROYALE D'ÉDIMBOURG, DANS L'ANNÉE QUI A FINI LE 30 SEPTEMBRE 1842; par le docteur PEACOCK.

Le point de vue qui peut présenter le plus d'intérêt aux lecteurs français dans ce travail, c'est le rapprochement des cas de fièvre dont il est question ici de la fièvre typhoïde de nos auteurs. Les documens que nous y trouvons, bien qu'ils laissent encore quelque chose à désirer, ne permettent pas cependant de méconnaître que la plupart de ces cas appartiennent à un état morbide différent de la fièvre typhoïde. Ainsi, sur 29 cas où l'on a fait l'autopsie et examiné avec soin l'iléum et les follicules intestinaux, dans 3 on n'a trouvé aucune trace de ces follicules; dans 14, on les distinguait facilement, mais sans aucune altération; dans 7, ils étaient plus ou moins élevés; et enfin, dans 3, ils étaient à la fois élevés et ulcérés. Ces trois observations, qui sont rapportées avec beaucoup de détails, offrent même des exemples fort remarquables du développement le plus complet que prennent, dans quelques cas de fièvre typhoïde, les lésions des follicules intestinaux. Quant aux 7 cas où les plaques de Peyer étaient élevées, l'auteur les éloigne des précédens; car, après les avoir comparés à d'autres cas où les sujets, ayant succombé à d'autres affections, les plaques avaient présenté un état tout à fait analogue, il en conclut que l'élévation seule des plaques ne peut être regardée comme le caractère anatomique de la maladie; mais comme il n'a pas donné de détails sur ces plaques, qui n'étaient qu'élevées sans ulcération, nous ne pouvons juger de l'exactitude de son opinion, bien que nous ne puissions adopter le principe sur lequel il semble s'appuyer, en supposant que l'élévation des plaques sans ulcération n'est qu'un phénomène accidentel; assertion erronée, au moins parmi nous, où l'on sait que l'ulcération de la muqueuse n'est souvent qu'une suite de l'élévation des plaques de Peyer, et qu'un certain nombre de sujets succombent au progrès de la fièvre typhoïde, avant même que les plaques gaufrées aient subi un commencement d'ulcération. Malgré cette légère critique, nous n'en reconnaissons pas moins que ce travail du docteur Peacock est le plus exact qui soit encore sorti sur ce sujet de la plume d'aucun médecin anglais, et qu'il tranche, au moins pour les fièvres d'Edimbourg, et d'une manière négative, la question tant de fois agitée parmi nous, de l'identité de fièvres (*fever*) des anglais avec la fièvre typhoïde des auteurs français contemporains.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JANVIER.

DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DU CROUP.

M. SCOUTETTEN, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, lit une observation de trachéotomie pratiquée avec succès sur un jeune enfant dans la période extrême du croup. C'est sur sa fille, âgée alors de six semaines, qu'il a dû pratiquer cette opération, pour la soustraire à une mort imminente.

L'opération a été suivie de succès; c'est le seul exemple connu, selon M. Scoutetten, d'une opération de trachéotomie faite, à l'occasion du croup, sur un enfant de six semaines; c'est le seul aussi sur lequel on ait observé une série d'accidens aussi redoutables et aussi prolongés. Il pense que cette observation devra servir à encourager les hommes timides et à montrer les étonnantes ressources de la nature dans le jeune âge.

(Commissaires : MM. Roux, Breschet et Serres.)

RECHERCHES SUR LE CLIMAT DE LA FRANCE.

M. FUSTER lit la première partie d'un grand travail sur ce sujet, qui devra se composer de plusieurs mémoires. Nous insérerons l'analyse détaillée de ce premier mémoire dans le prochain compte-rendu.

ZOOLOGIE.

M. DE QUATREFAGES lit un mémoire sur les phlébantérés, ordre nouveau de la classe des gastéropodes, établi d'après l'examen anatomique et physiologique des genres de zéphyrine, actéon, actéonie, amphorine, pavois et chalide. L'auteur a fait connaître, dans un mémoire précédent, un gastéropode, chez lequel les principaux caractères, généralement regardés comme essentiels non seulement à la classe, mais encore à tout l'embranchement des mollusques, avaient disparu en tout ou en partie. Il complète aujourd'hui ce premier travail en montrant qu'il existe, dans cette classe de gastéropodes, un groupe tout entier qui s'écarte du type primitif par une dégradation progressive, et qui, sous ce rapport, est aux gastéropodes ce que les entomostracés sont aux crustacés.

M. de Quatrefages conclut des nombreuses recherches physiologiques et anatomiques qu'il a entreprises à ce sujet, que le fait qui domine les modifications éprouvées par les gastéropodes pour donner naissance aux mollusques dont il s'agit, consiste dans le transport des fonctions respiratoires aux organes d'alimentation et aux tégumens. En d'autres termes, une fonction qui, chez les gastéropodes ordinaires, s'exécute à l'aide d'appareils spéciaux, s'ajoute aux fonctions dont sont déjà chargés d'autres organes.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MODE DE TRANSMISSION DE LA PESTE ET SUR LA GÉNÉRATION DES MALADIES EN GÉNÉRAL.

M. DE GEMINI, de Constantinople, adresse un mémoire sous le titre qui précède.

1° Il considère le principe de la peste comme existant dans un fluide composé d'animalcules imperceptibles, lequel étant assez subtil pour pénétrer les pores du corps humain, s'y combine avec le système humoral et la constitution organique; cette combinaison suspend instantanément l'équilibre des fonctions organiques par la décomposition simultanée des deux principes combinés, c'est-à-dire des fluides de l'économie et du fluide pénétrant, et développe ainsi le virus morbifique sous des caractères plus ou moins graves, selon les conditions spéciales de la constitution de l'individu.

2° Il n'admet pas le principe de la contagion, c'est-à-dire la possibilité de la communication soit de la peste, soit de toute autre maladie contagieuse ou épidémique, sans le concours du fluide électrique.

Il suit de ces deux propositions que M. de Gemini regarde la peste comme une maladie endémique qui se propage par la contagion: endémique, en ce qu'elle est une production spéciale du sol, par la loi générale qui veut que le principe morbide se modifie, et assume un caractère spécial dans chaque pays; contagieuse, en tant que sa transmission soit favorisée par sa coïncidence avec les lois de l'attraction électro-magnétique.

On voit par ce peu de mots qu'il s'agit d'une hypothèse, à l'aide de laquelle l'auteur cherche à expliquer non seulement la peste, mais encore la génération de toutes les maladies épidémiques. Ce mémoire contient toutefois l'énoncé de faits malheureusement mal spécifiés qui tendraient à démontrer que l'apparition de la peste se rattache, non pas à quelque principe isolé, localisé dans l'organisation, mais à un système général de modifications qui embrassent à la fois toute la nature terrestre; tels sont ces changemens anormaux, quelquefois profonds, qui se font sentir dans l'aspect et dans les actions extérieures des végétaux, etc.

RECHERCHES SUR LES TEMPÉRATURES DES DIVERS RAYONS LUMINEUX QUI COMPOSENT LE SPECTRE SOLAIRE.

M. MELLONI adresse un long et savant mémoire sur ce sujet. Ce mémoire est rempli de faits difficiles à analyser en peu de mots. Nous nous bornerons à énoncer la proposition principale que l'auteur a eu pour but de développer et qui termine son travail.

Les radiations lumineuses de Newton ne diffèrent des radiations obscures d'Herschell que par des propriétés spécifiques totalement semblables à celles qui distinguent entre eux les élémens de la lumière, c'est-à-dire qu'entre un rayon lumineux du spectre et un rayon de la chaleur obscure placée au-dessous du rouge, on trouve précisément les mêmes caractères distinctifs des deux rayons colorés.

Ainsi se confirme de plus en plus l'opinion énoncée dans l'un de ses derniers mémoires, savoir : que la lumière n'est qu'une certaine série de radiations calorifiques sensibles à l'organe de la vue, ou *vice versâ*, que les radiations de la chaleur obscure sont de véritables radiations invisibles de la lumière.

ANATOMIE DE L'ORGANE ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE.

M. JOBERT (de Lamballe) adresse un paquet cacheté relatif à quelques nouvelles recherches sur l'anatomie de l'organe électrique de la torpille.

ACOUSTIQUE ET STATIQUE MOLÉCULAIRE.

M. FERMONT envoie également un paquet cacheté ayant pour suscription: ACOUSTIQUE ET STATIQUE MOLÉCULAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

QUESTION DE LA PESTE.

M. AUBERT-ROCHE adresse une nouvelle lettre sur ce sujet en réponse à la communication faite par M. Chassinat dans la précédente séance.

M. le secrétaire annuel donne lecture de cette lettre dont la teneur suit:

M. Chassinat, médecin du ministère de l'intérieur, s'est chargé de vous transmettre l'historique et les conséquences de ce qui se serait passé à bord du bateau à vapeur le *Léonidas*, en 1837. Ce fait, tel qu'il est raconté, viendait se mettre en opposition avec les conclusions tirées d'une expérience de cent-vingt-quatre ans, et pourrait, comme M. le secrétaire annuel s'est empressé de vous le faire remarquer, servir de réponse à la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser et qui vous a été lue dans la dernière séance.

Probablement M. le médecin du ministère de l'intérieur aura été mal renseigné, ou bien sa mémoire lui aura fait défaut. Le médecin du *Léonidas* était, non M. Cassiat, mais M. Loubet.

Voici le fait tel qu'il s'est passé et puisé aux sources officielles :

DÉPÊCHE DE MARSEILLE; MINISTÈRE DE LA MARINE; BUREAU DES MOUVEMENS ET DE CORRESPONDANCE GÉNÉRALE. — « Le *Léonidas* est entré en grande quarantaine à Marseille le 9 juillet 1837. Ce bâtiment a quitté Constantinople le 27 juin, et a passé les Dardanelles le 28; le 29 il a mouillé à Smyrne, d'où il est parti le 30, jour de son arrivée à Syra. Le 1er juillet il est parti de ce dernier port pour Malte, où il est arrivé le 4, et en est parti le 5, et le 8 de Livourne. »

CIRCULAIRE; INTENDANCE SANITAIRE DE MARSEILLE, 17 juillet 1837.— « M. Lorin, lieutenant de vaisseau, commandant le paquebot à vapeur le *Léonidas*, arrivé au port de Frioul le 9 courant, venant de Constantinople et autres ports du Levant, ayant 47 hommes d'équipage et 18 passagers, a déclaré à son arrivée avoir un de ses chauffeurs, Louis Dombois, malade d'une gastrite et quelques autres personnes du bord légèrement indisposées.

» Le 11, le premier malade (Louis Dombois) est mort à bord; le cadavre ayant été transporté au lazaret avec les autres malades, l'autopsie en fut faite en présence des médecins de l'Intendance; elle a présenté à l'inspection de l'estomac, des intestins et du cerveau tous les signes d'une violente inflammation.

» Un second malade, le nommé Jurion, élève mécanicien, s'est plaint d'un violent mal de tête, et le lendemain il a ressenti une douleur accompagnée d'une tumeur au haut de la cuisse gauche qui l'empêchait de marcher. Plus tard, les médecins ont reconnu sur l'habitude du corps de ce malade des pétéchies et autres symptômes de peste non douteux, accompagnés d'hémorragies, de délire, etc., etc.; il est mort le 17. »

De plus, il est constaté, par la correspondance officielle, que l'Intendance de la santé de Marseille a ordonné de brûler les effets de Dombois et de Jurion; que Dombois était malade et alité avant d'arriver à Livourne; qu'il y a eu un troisième cas sur un aide cuisinier; que ces trois attaques ont eu lieu à bord et non au lazaret. Enfin, voici comment l'affaire du *Léonidas* est consignée dans le rapport fait sur documens par M. le secrétaire du conseil supérieur de santé au ministère du commerce.

« En 1837 (v. p. 19) le paquebot à vapeur de l'administration des postes, le *Léonidas*, arrive à Marseille ayant un homme malade à bord; cet homme mourut, et il fut reconnu atteint de peste; il y eut deux décès produits par la même maladie. »

D'après ces documens existant aux ministères de la marine, du commerce, à l'hôtel des Postes et à l'intendance sanitaire de Marseille, il est certain que le *Léonidas*, parti le 27 juin, est arrivé à Marseille le 9 juillet; temps de route, douze jours; que Dombois, premier mort, était alité de sa prétendue gastrite un jour avant d'arriver à Marseille; cette gastrite fut reconnue peste, puisque les effets de ce mort ont été brûlés; que le *Léonidas* a mouillé à Smyrne le 29 juin, et en est parti le 30. C'était précisément dans un moment où la peste épidémique régnait avec intensité dans Smyrne. Or du 30 juin au 9 juillet, il n'y a que neuf jours d'intervalle; Dombois ayant été alité un jour avant l'arrivée à Marseille, cela fait huit jours entre le départ d'un point épidémique et le jour de la manifestation de la peste.

Je ne sais comment M. le médecin du ministère de l'intérieur a fait pour trouver un laps de temps de treize jours. Il est probable que les documens officiels n'auront pas plus fixé son attention que mon travail qu'il s'est chargé de réfuter! Il s'étonne dans sa lettre que je n'aie pas cité le fait du *Léonidas*; son étonnement et sa réfutation tombent mal: je me suis justement appuyé sur le fait du *Léonidas*, que je cite plusieurs fois (p. 74, 80, 82 des documens imprimés ci-joints.)

Comme temps extrême de la manifestation de la maladie après le départ, j'ai porté ce temps à huit jours.

Ainsi, la conséquence de 64 faits, y compris celui du *Léonidas*, et d'une expérience de cent vingt-quatre ans, constatant que la manifestation de la maladie à bord n'a jamais passé huit jours, à dater du jour du départ, demeure intacte.

M. LONDE : Le fait du *Léonidas* est très important dans la question qui nous occupe; car il est évident que si la relation de M. Chassinat était exacte, elle renverserait de fond en comble la théorie de M. Aubert. J'ai déclaré, dans la précédente séance, que cette relation était inexacte à mes yeux, et j'ai promis d'apporter les documens officiels sur lesquels je fondais mon opinion.

Dans les documens émanés du ministère du commerce, il est dit : En 1827, le paquebot à vapeur *Le Léonidas* arriva à Marseille avec un homme malade à bord. Je suis allé au ministère du commerce, afin de savoir quel jour le paquebot était parti du lieu pestiféré, et quel jour le chauffeur Dombois était tombé malade. Il résulte de ces renseignemens, que M. Laurin, commandant du *Léonidas*, a déclaré, neuf jours après le départ du foyer pestilentiel, avoir un de ses chauffeurs malade depuis deux jours.

La conclusion de ces documens est que l'individu en question est tombé malade dans les huit premiers jours de la traversée.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Les documens que vient de communiquer M. Londe ne me paraissent pas détruire entièrement la valeur du fait objecté par M. Chassinat. Le fait sur lequel M. Chassinat a appelé notre attention est celui-ci: rien ne prouve que le premier malade, celui qui effectivement aurait été atteint dans les huit premiers jours, ait eu la peste. Quant aux deux autres, qui ont eu bien évidemment la peste, ils ne sont tombés malades qu'après ce terme, et leur maladie a duré de vingt à vingt-un jours.

M. LONDE conteste cette interprétation.

M. HAMONT demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que la discussion n'est pas ouverte sur cette question, et que l'Académie a de nombreuses communications à entendre. Il propose en conséquence de passer à l'ordre du jour.

M. LONDE : Le directeur des postes doit adresser de nouveaux renseignemens à cet égard. Je demande que la discussion soit ajournée jusqu'à la communication de ces documens.

La discussion est ajournée.

RAPPORTS.

FRACTURE DES MALLÉOLES.

M. BÉRARD fait un rapport sur un mémoire de M. Lasserre, correspondant de l'Académie, relatif aux fractures des malléoles internes et externes, au niveau des surfaces articulaires des deux os de la jambe. Ce travail repose sur quatre observations propres à l'auteur.

Dans le premier fait, il s'agit d'une fracture des deux malléoles, au niveau de la surface articulaire du tibia, produite par une chute de cheval. Le sujet fut amputé et guérit. Le second fait est de tous points analogue au premier, sauf que l'accident fut produit par une chute de voiture. L'amputation, dans ce cas, a été suivie de la mort. Dans le troisième cas, l'auteur essaya la résection des extrémités fracturées; cette opération n'eut point le succès qu'il en attendait; il fut obligé de recourir à l'amputation; le sujet mourut. Enfin, dans le quatrième fait, l'issue a été beaucoup moins malheureuse. La fracture était transversale et en rave, les deux os de la jambe faisaient issue à travers une plaie située à la partie externe de l'articulation. Les fragmens furent réduits et maintenus coaptés à l'aide d'un appareil de fracture ordinaire. La réunion était complète huit mois après l'accident. Après quatorze mois de soin, le sujet retourna à ses travaux, n'éprouvant plus que de la raideur dans l'articulation.

M. Bérard, après avoir analysé ces observations, qu'il considère comme constituant une histoire complète et bien faite des fractures transversales des malléoles, exprime le regret qu'elles manquent de détails suffisans pour permettre d'apprécier les moyens auxquels l'auteur a eu recours. Ainsi, il ignore de quelle manière la réduction a été faite. Il examine ensuite la question de savoir si, dans des cas de ce genre, il ne vaut pas mieux amputer de suite, lorsqu'on juge ces désordres trop considérables pour pouvoir y apporter remède, que de s'exposer à faire des tentatives inutiles, après lesquelles on serait obligé d'en venir à ce moyen extrême. Il se demande enfin si ce ne serait pas le cas de recourir à la section sous-cutanée du tendon d'Achille, comme moyen préalable à la réduction, dans les cas du moins où la contraction tétanique des muscles de la jambe pourrait s'opposer à la coaptation des fragmens osseux.

Après ces courtes considérations, le rapporteur termine en déclarant qu'il n'y a point lieu à émettre des conclusions, l'auteur du mémoire dont il s'agit étant membre correspondant.

M. VELPEAU : Peut-être n'ai-je pas bien suivi les premières pages du rapport que vient de lire M. Bérard, mais je ne l'ai pas entendu parler de la résection des extrémités osseuses dans les quatre cas dont il a fait l'analyse. Ces sortes de fractures, ordinairement très graves, toujours très difficiles à réduire, et qui exigent souvent l'amputation, ont trouvé, dans quelques cas, un remède efficace dans la résection. On sait que ces fractures ne sont pas toujours transversales; elles sont quelquefois obliques; or, dans cette condition, il est presque impossible d'en opérer la réduction. Nul doute qu'alors la section du tendon d'Achille ne puisse rendre la réduction plus facile, ainsi que le pense M. Bérard; mais je crois qu'il est des cas où ce moyen serait insuffisant. En recourant à la résection, au contraire, il devient beaucoup plus facile de réduire, et on prévient par ce moyen la reproduction du déplacement. Cette résection obvie de plus aux accidens consécutifs toujours très graves auxquels donne lieu cette fracture. Quand on a réduit, il survient souvent des contractions musculaires qui tendent à reproduire les déplacemens; ces accidens sont beaucoup moins chanceux lorsque les os ont été raccourcis. En un mot, la résection me paraît avoir de si grands avantages dans les cas dont il s'agit, que je suis surpris que M. Bérard n'en ait pas tenu un plus grand compte.

M. ROUX : Trois choses m'ont frappé dans ce rapport : d'abord le silence qu'a gardé M. Bérard sur le point dont M. Velpeau vient de nous entretenir; ensuite, la fréquence d'un pareil accident, ordinairement rare, entre les mains d'un chi-

rurgico placé sur un petit théâtre. On a parlé de la section du tendon d'Achille. Je partage l'opinion de M. Bérard à cet égard; mais je ne voudrais pas non plus qu'on abusât d'un bon moyen. J'aurais désiré que M. Bérard spécifiât d'une manière plus particulière les circonstances dans lesquelles cette pratique serait applicable. Quant à la résection, j'avoue que si des cas pareils s'offraient à moi, je n'hésiterais pas à la pratiquer. Il est remarquable que l'ouverture des articulations soit presque exempte de dangers, surtout lorsqu'elles ne sont ouvertes que d'un seul côté; aussi est-ce un très bon moyen que d'extraire une portion des os fracturés dans les grandes lésions traumatiques des articulations. Je regrette, de même que M. Velpeau, qu'il n'ait point été question des résections dans le rapport.

M. Capuron : L'auteur du mémoire dit qu'il n'a point éprouvé de résistance pour mettre les fragmens en rapport dans les cas qu'il a cités; il n'est donc pas étonnant qu'il n'ait pas eu à se préoccuper de la résection.

M. Gerdy : D'après le rapport, il semblerait que M. Lasserre s'est trouvé dans la nécessité de recourir à l'amputation, sans avoir le choix des moyens. Etant à l'hôpital St-Louis, j'ai eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades atteints d'une semblable lésion, et je dirai, par circonstance, que je ne suis pas aussi surpris que M. Roux de la fréquence de cet accident, qui est très commun dans les campagnes, et dont on voit assez souvent des exemples dans les hôpitaux excentriques de Paris. J'ai eu affaire, entre autres, à un cas de fracture des malléoles avec issue du tibia, luxation et issue au dehors de la tête de l'astragale; je pratiquai l'extraction de cet os, et le malade guérit. Dans un autre cas tout à fait analogue, j'eus recours aux irrigations froides, et, grâce à ce moyen, tous les accidens furent conjurés. Ces quelques cas m'autorisent à penser que M. Lasserre ne s'était peut-être pas trouvé dans l'obligation absolue de pratiquer l'amputation.

La résection que l'on propose comme le meilleur moyen de faciliter et de maintenir la réduction a, suivant moi, de graves inconvéniens, l'articulation du pied étant une mortaise qui a besoin d'être également soutenue des deux côtés, sous peine de perdre toute sa solidité. Je ne me résoudrais donc que difficilement à pratiquer la résection. La section du tendon d'Achille me paraîtrait devoir être utile, mais pour les cas seulement où les contractions musculaires font obstacle à la réduction. Il est enfin une opinion qui paraît dominer actuellement, c'est celle qui consiste à proclamer la nécessité de maintenir le pied renversé en dedans, dans les cas de fracture de l'extrémité inférieure du péronée. J'ai traité un grand nombre de ces fractures à l'hôpital Saint-Louis; je n'ai presque pas eu l'occasion de voir ce renversement du pied en dehors dont on a tant parlé, et il ne m'a pas été une seule fois nécessaire de renverser le pied en dedans. Quand j'ai par hasard rencontré ce renversement en dehors, il m'a suffi, pour le combattre, de maintenir le pied dans la rectitude dans un simple appareil de Scultet ordinaire. Le renversement en sens opposé ne m'a jamais paru nécessaire, et je ne me rappelle pas un seul cas où j'ai dû y recourir. La seule précaution importante à mes yeux, dans cette circonstance, est de maintenir la mortaise du pied suffisamment serrée.

M. Roux : Je rappellerai à M. Gerdy que, dans les cas de fracture du péronée, il n'y a pas seulement fracture, mais en même temps relâchement, distension ou même rupture des ligamens internes de l'articulation. Non seulement alors il se fait un renversement du pied, mais il y a encore une projection du pied en dehors, une véritable luxation. On ne saurait donc, dans ces circonstances, être trop attentif à maintenir toutes les parties internes de l'articulation dans le relâchement, et c'est dans ce but qu'on a prescrit avec raison de maintenir le pied renversé en dedans. Quant à ce qu'a ajouté M. Gerdy sur la nécessité de n'employer dans ce cas que des appareils de contention très simples, je suis parfaitement d'accord avec lui. Dupuytren a exagéré sous ce rapport l'importance de son appareil.

M. Bérard : On a fait un reproche à l'auteur du mémoire, ainsi qu'au rapporteur de n'avoir point parlé de la résection; mais M. Lasserre, ainsi que l'a fait remarquer M. Capuron, n'a rencontré aucune difficulté pour réduire; il n'avait par conséquent pas à s'occuper de la question de la résection à l'occasion des faits qu'il a rapportés. Quant à ce que l'on a dit des moyens qu'il pourrait être utile d'employer pour prévenir la reproduction des accidens, on a, à tort il me semble, confondu et mis sur la même ligne la résection et la section du tendon d'Achille. Si l'on avait à comparer ces deux moyens entre eux, comme si leur choix était indifférent, je demande laquelle de ces deux opérations est la moins dangereuse; il ne pourrait y avoir un seul instant d'indécision; tout le monde connaît l'innocuité de la section du tendon d'Achille. Mais il n'y a pas le moins du monde d'opposition à établir entre ces deux moyens; ce sont deux moyens différens, et qui ont tous deux leur indication particulière.

COMMUNICATIONS.

CORPS FIBREUX DES MAMELLES.

M. Cruveilhier lit un mémoire original sur les corps fibreux des mamelles, lésion très fréquente, dit-il, et qui est confondue tous les jours dans la pratique avec le squirre ou le cancer dur de cet organe. L'objet que se propose M. Cruveilhier dans ce mémoire est de déterminer les caractères anatomo-pathologiques de ces sortes de tumeurs et les caractères chimiques à l'aide desquels on puisse les différencier et les reconnaître d'avec les lésions dont il vient d'être question. Il examine d'abord les caractères généraux des tumeurs fibreuses. Voici, sous forme de propositions, les principaux caractères que M. Cruveilhier assigne à ces tumeurs; ces caractères sont déduits du siége qu'elles affectent, de leur forme, de leur volume, de leur mode d'adhérence et de connexion, de leur texture, de leur mode d'évolution, etc.

Les corps fibreux ne se développent qu'au milieu de tissus fibreux. Leur forme est, en général, arrondie, sphéroïdale, bosselée; leur volume varie du volume d'une petite noisette à celui d'un œuf de poule. Ils n'adhérent généralement aux parties voisines qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très lâche. Leur texture est d'une extrême densité; elle ressemble assez à celle des cartilages. Ils sont composés de fibres dirigées dans tous les sens, groupées en masses, et formant des lobules distincts et agglomérés. On n'y découvre aucun vaisseau artériel, aucun nerf, aucun vaisseau lymphatique; on n'y voit seulement que des petites veinules. Ils n'ont d'autres élémens organiques qu'un tissu fibreux animé uniquement par du sang veineux. C'est l'organisation dans sa plus simple expression. La densité de leur texture reste toujours la même quel que soit le volume que puissent acquérir ces tumeurs.

Passant ensuite aux caractères pathologiques consécutifs, M. Cruveilhier examine ces caractères : 1° par rapport aux parties environnantes; 2° par rapport à ces corps eux-mêmes. Les corps fibreux n'incommodent ordinairement que par leur poids et leur volume. Les changemens consécutifs qui surviennent dans les corps fibreux sont très restreints; ils peuvent s'accroître, se pénétrer de phosphate calcaire, devenir œdémateux ou s'atrophier. Ils sont incapables de dégénération cancéreuse, et ne repullulent pas après avoir été enlevés.

Tels sont les caractères généraux des corps fibreux; voyons si ces caractères s'appliquent aux tumeurs fibreuses des mamelles.

Examinant la texture de la glande mammaire, M. Cruveilhier reconnaît qu'elle est, de tous les organes sécréteurs, celui qui renferme le plus d'élémens fibreux. Elle est, suivant lui, composée d'une base fibreuse et de granulations qui s'atrophient et disparaissent avec l'âge. Les tumeurs fibreuses des mamelles ont tous les caractères physiques précédemment assignés aux tumeurs fibreuses en général. Elles sont généralement sous-cutanées, d'une forme sphéroïdale, du volume d'une petite noix à un gros œuf de poule, mobiles, dures, indolentes, nettement circonscrites, et, de plus, on constate souvent la présence simultanée de plusieurs de ces tumeurs, soit sur une seule mamelle, soit sur les deux à la fois. Un des caractères cliniques les plus importans à constater, c'est leur non reproduction. Enfin, l'expérience clinique est venue à l'appui, en nous faisant reconnaître que, dans un grand nombre de cas d'extirpation publiés comme étant des cas d'extirpation de squirres crus des mamelles, on n'avait eu réellement affaire qu'à des tumeurs fibreuses analogues à celles de l'utérus.

M. Cruveilhier termine son mémoire en relatant une observation qui résume parfaitement à elle seule tous ces caractères. Il s'agit d'une dame de 40 ans, qui portait, depuis l'âge de puberté, des tumeurs aux seins. Ces tumeurs étaient rondes, mobiles, indolentes, nettement circonscrites, etc. Consulté par cette malade, M. Cruveilhier déclara qu'il n'y avait pas de milieu entre ces deux partis, attendre ou opérer. Vu l'absence de tout péril, il conseilla d'attendre. Un autre praticien, consulté plus tard par cette même personne, voulut tenter la résolution de ces tumeurs, et, dans ce but, il eut recours à des applications de sangsues fréquemment réitérées; la malade ne tarda pas à dépérir, sans qu'il s'opérât la moindre réduction dans le volume de ces tumeurs. Bientôt il survint un érysipèle, suivi ensuite d'un phlegmon diffus de la mamelle qui entraîna la mort. L'autopsie vint confirmer les prévisions de M. Cruveilhier.

M. Blandin : M. Cruveilhier vient de lire un travail extrêmement important au point de vue anatomo-pathologique, et plus important encore au point de vue thérapeutique. Ce travail est de nature à provoquer une discussion approfondie. Je demande en conséquence que la discussion soit ouverte et qu'elle soit ajournée à la séance prochaine.

M. Rochoux : Je demande la discussion immédiate.

Vu l'heure avancée, la discussion est ajournée.

APPAREIL POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES.

M. Scoutetten, présente et décrit un appareil destiné à remplacer, dans le traitement des fractures, la planchette de Sauter et les moyens hyponarthéciques de Mayor, Græfe, etc.

Cet appareil, extrêmement simple. se compose d'un cerceau ordinaire formé de deux morceaux de bois placés parallèlement et réunis par des tiges de fer recourbées, du diamètre de 3 à 4 millimètres.

Ces morceaux de fil de fer sont au nombre de trois ou quatre, selon la longueur qu'on veut donner au cerceau; ils ont été repliés sur eux-mêmes, de manière à former un anneau de 2 décimètres de diamètre, à l'endroit où le fil de fer cesse d'être courbe pour devenir perpendiculaire aux morceaux de bois.

On prend ensuite un morceau de toile de la longueur du cerceau, et d'une largeur qui lui est supérieure d'un tiers. On fait, de chaque côté de la longueur, un pli qui doit être cousu, et former ainsi une gaîne destinée à recevoir une baguette de la grosseur du doigt. Dans les parties de ce morceau de toile qui correspondent aux anneaux du cerceau, et immédiatement au-dessous de la baguette, on fait des œillets suffisamment larges pour y faire passer des cordons en fil servant à fixer la pièce de toile au cerceau.

L'appareil étant ainsi disposé, on obtient une espèce de petit hamac sur lequel on place le membre fracturé. La longueur des cordons et la hauteur du cerceau permettent de donner à ce moyen suspenseur des mouvemens d'oscillation plus ou moins grands.

Cet appareil n'exige pas, comme ceux de Sauter ou de Mayor, qu'on fixe une poulie au plafond ou des tiges métalliques recourbées et coûteuses; il a l'avantage d'être applicable à tous les cas, de convenir à tous les lits, et de n'exiger aucun frais de construction. L'auteur en fait usage depuis longtemps, et il s'en est constamment bien trouvé.

M. Scoutetten dépose, sur le bureau de l'Académie, un modèle de cet appareil.

MODÈLES D'INSTRUMENS DE CHIRURGIE TROUVÉS A HERCULANUM.

M. Scoutetten présente encore à l'Académie des planches offrant le modèle

exact des instrumens de chirurgie trouvés dans les fouilles d'Herculanum et de Pompéïa.

Ces planches, qu'il possède seul, et qui sont destinées à faire partie de l'ouvrage qu'il publiera bientôt sur l'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE ANTIQUE, représentent :

1° La sonde courbe pour l'homme.
2° La sonde droite.
3° La sonde de femme.
4° La sonde courbe pour enfant mâle.
5° La lime pour râper les aspérités osseuses.
6° Le spéculum uni.
7° Le spéculum utéri, à trois branches.
8° Trois modèles d'aiguilles à passer des mèches ou sétons.
9° La lancette et la cuillère dont les médecins se servaient constamment pour examiner la nature du sang après la saignée.
10° Des crochets recourbés de diverses longueurs, destinés à soulever les veines dans l'excision des varices.
11° Une curette terminée au côté opposé par un renflement olivaire destiné aux cautérisations.
12° Trois ventouses de formes et grandeurs différentes.
13° Les trois-quarts.
14° Les ciseaux.
15° La sonde terminée par une lame métallique applatie et fendue, servant à soulever la langue dans l'opération du filet.
16° Plusieurs modèles de spatule.
17° Des gouges très petites pour les résections osseuses.
18° Des bistouris droits et convexes.
19° Le cautère nummulaire.
20° Des pinces épilatoires.
21° La flamme des vétérinaires pour saigner les chevaux.
22° L'élévatoire pour l'opération du trépan.
23° Une boîte de chirurgien servant à contenir les trochisques et plusieurs médicamens.
24° Des pinces avec coulant et à dents de souris.
25° Une pince à bec de grue.
26° Une pince formant cuillère par la réunion des branches.
27° Plusieurs modèles de hachette.
28° Des tubes conducteurs pour diriger les instrumens cautérisans.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS; RECUEIL D'OBSERVATIONS, SUIVIES DE CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES MALADIES TRAITÉES DANS CET HÔPITAL; par M. RICORD. — Paris, 1842-43, ouvrage qui sera publié en 18 ou 20 livraisons mensuelles. 7 livraisons sont en vente. Chez Just-Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Nous sommes en retard avec l'excellente publication de M. Ricord, retard involontaire, dont nous nous accusons cependant, mais avec d'autant moins de regrets toutefois qu'il nous sera peut-être permis d'en racheter le tort, en essayant d'éclairer l'opinion publique sur la valeur et la portée de cet ouvrage. En effet, dès son apparition, les jugemens ne lui ont pas manqué. Mais quoique le public et la presse n'aient usé à son égard que de leurs formules les plus laudatives, peut-être n'a-t-on pas encore bien saisi son véritable caractère. Les uns n'y ont vu qu'une collection de planches dont la magnificence, comme objet d'art, est réellement au-dessus de tout éloge; d'autres apprécièrent surtout la fidélité d'imitation. Ceux-ci ont espéré qu'en retraçant aux yeux les souvenirs d'un enseignement si populaire, la CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE vulgariserait dans le monde entier la doctrine et les préceptes de l'hôpital du Midi. Quelques-uns, enfin, auront trouvé à féliciter l'auteur d'avoir contribué à prévenir le vice par la peinture frappante des terribles effets qu'amènent ses excès. Ces jugemens divers, dont l'ensemble montre à combien d'utiles conditions a satisfait en même temps la publication de M. Ricord, ne disent pourtant pas, selon nous, tout le bien, ni surtout l'espèce du bien que l'on en doit attendre au point de vue véritablement pratique. Tâchons de le faire comprendre.

Rien de meilleur, sans doute, que la fréquentation des hôpitaux pour faire des praticiens; mais tous ne peuvent pas se former à cette école; beaucoup, par conséquent, doivent suppléer par la lecture, dont les secours sont de tous les lieux et de tous les instans, aux impressions d'ailleurs si fugitives qu'on recueille au lit des malades. S'il en est ainsi de la médecine proprement dite, combien ces observations deviennent plus justes encore lorsqu'il s'agit des spécialités, auxquelles chaque étudiant ne peut consacrer qu'un temps tout à fait insuffisant! Or, parmi ces branches, dites accessoires, il n'en est pas qui, par la nature même de son objet, par les difficultés de son étude, par les entraves que le soin de la pudeur publique force d'y apporter, par son exclusion complète du programme de la faculté, offre plus de dégoûts et plus d'obstacles à surmonter pour l'élève que la syphylographie. Et justement, il n'en est aucune qui, d'un aveu commun, exige davantage et plus fréquemment des notions précises. De sorte que, en l'état actuel, on peut le dire, la première maladie que le jeune docteur sera appelé à traiter sera celle sur laquelle ses souvenirs d'étudiant auront laissé dans son esprit les traces les plus vagues et les indications le plus mal assises. Que faire cependant? Le malade est là qui demande non pas seulement à être guéri, mais à être éclairé sur l'origine, la nature et les suites de son mal. Que de questions auxquelles le médecin doit répondre, questions épineuses, dont aucune ne sera résolue par lui sans compromettre, s'il se trompe, l'honneur et la santé présente et à venir de toute une famille!

Dans cet embarras, que fera notre jeune praticien? Nous l'avons dit, ses souvenirs d'école sont muets. Il ouvre ses livres, mais il s'agit d'un cas douteux, de diagnostic difficile; et une description, quelque exacte qu'on la suppose, ne peut différencier deux espèces très ressemblantes avec la précision nécessaire pour fournir les élémens de la solution toute positive qu'on demande. Entre le chancre et les ulcères de l'herpès, entre l'acné et les pustules syphilitiques, entre un engorgement de l'aine purement sympathique et celui qui dénote une collection virulente déjà formée, entre la *goutte militaire*, indolore, inoffensive, et le muco-pus, effet et agent obligé de contagion, quelles paroles peuvent le mettre à même de se prononcer? Comment, sur la foi d'un texte quelconque, osera-t-il dire au malade la source de son mal, la réserve qu'il lui impose, le traitement qu'il nécessite? On l'avouera, quelque fidèle que soit une description de symptômes, à quelque degré de lucidité que touche un tableau de diagnostic différentiel, jamais il ne saurait atteindre ce but avec la rigueur que la pratique exige à chaque instant.

Un seul moyen se présentait de faire participer tout le monde à l'instruction solide que dispense un cours de pratique, c'était de reproduire le sujet même de cet enseignement, sous sa forme propre, c'est-à-dire de manière à parler aux yeux. Pour les élèves éloignés, leur envoyer une série de considérations pratiques avec le dessin en regard du cas qui les a inspirées, c'est en effet l'équivalent d'une visite à l'hôpital, suivie de la leçon à l'amphithéâtre. Cette sorte de *clinique par correspondance*, si elle est en quelques points inférieure à l'autre, a du moins sur elle cet avantage que ses matériaux demeurent toujours présens, que ses préceptes sont toujours là, prêts à servir de guide au moment du besoin. A chaque instant, on peut collationner la lésion sur nature vivante avec le terme de comparaison, type légal, pour ainsi, et leurs rapports de dissemblance ou d'analogie font immédiatement fixer la véritable place du symptôme resté un moment litigieux dans l'esprit. Le nombre de ces leçons est nécessairement borné; mais cet inconvénient paraîtra bien atténué si l'on réfléchit que les difficultés usuelles de la pratique roulent effectivement sur certains points toujours les mêmes, et que, d'un autre côté, chaque professeur à l'hôpital se renferme habituellement dans un nombre donné de sujets, plus ou moins étendu selon son expérience, mais dont il est rare de le voir sortir. Il n'est pas de cours de clinique où les élèves un peu anciens ne remarquent tous les ans l'exacte répétition de quelques-unes des leçons de l'année précédente. De là la possibilité de reproduire la pratique et la doctrine tout entière d'un chef d'enseignement, dans une publication même assez restreinte.

Deux conditions étaient donc de rigueur pour une entreprise semblable. Faire d'abord un choix d'observations, tel que les problèmes importans de la syphilographie y trouvassent tous des exemples propres à faciliter leur solution pratique. D'autre part, obtenir dans les dessins une fidélité de reproduction capable de faire reconnaître d'emblée sur les malades les altérations représentées, au médecin même qui ne les aurait jamais observées précédemment. M. Ricord s'est chargé lui-même de la première tâche. On connaît l'heureuse précision qu'il a introduite dans le vocabulaire syphilologique. Avec le style qu'il a su créer, les descriptions peuvent en peu de mots être riches de faits. Quant à l'exécution des planches, en la confiant aux mains de MM. Beau et Bion, l'auteur s'est donné des collaborateurs dignes de le comprendre. Ce n'était pas tout cependant: il fallait encore choisir dans chaque maladie l'époque favorable pour surprendre un trait caractéristique, une nuance décisive; il fallait déterminer la situation, l'attitude où les signes caractéristiques ressortiraient le plus frappans. M. Ricord n'a négligé aucune de ces précautions, et les artistes au zèle desquels il avait fait un appel l'ont parfaitement secondé dans cette œuvre toute de patience et de travail opiniâtre. Un coloris plus vif et plus fidèlement nuancé qu'on ne l'obtient d'habitude dans les

ouvrages de cette espèce, contribue à la perfection de la ressemblance et rend son effet plus immédiatement saisissant.

Un autre soin distingue encore l'exécution de cette œuvre. A côté de la planche, et, en outre de l'observation, se trouve une explication succincte. Non seulement chaque figure, mais dans chaque figure, chaque linéament, chaque point y est interprété sous sa signification propre. Les maladies vénériennes ont une manifestation si mobile, leurs plus profondes différences se traduisent quelquefois par des modifications de forme tellement légères que souvent l'œil, même prévenu, aurait pu les méconnaître. Il importait donc d'en bien préciser la valeur. Dans ce livre, M. Ricord ne fait pas défaut un seul instant à cet enseignement de détails, caractère essentiel du professeur instruit et vigilant. Un chancre est-il donné, par exemple? Il signale le relief de ses bords, la dureté de sa base. Sur quelques points de sa surface, vous apercevez des stries blanchâtres!... ce sont autant de parties où persiste encore la période dite de *progrès*. Voyez-vous, au pourtour, ce gonflement uniforme?... C'est l'induration; signe bien distinct, pour sa signification, de la tuméfaction œdémateuse ou inflammatoire. Cette pellicule blanche qui tranche là avec la rougeur de la couche ambiante, c'est l'effet du traitement, c'est l'escarre produite par le nitrate d'argent. — C'est ainsi que, par l'inventaire exact des moindres détails, M. Ricord force, pour ainsi dire, le dessin à parler, et change véritablement en conversation instructive la vue d'une peinture inanimée.

Nous n'avons pu donner ici qu'une faible idée du mérite *artistique* de cette œuvre. Mais, si l'on a bien compris l'importance du but que M. Ricord s'était proposé, il doit nous suffire, pour faire convenablement apprécier le fini de l'exécution, de dire que ce but nous paraît avoir été atteint aussi complètement qu'il pouvait l'être. On aimera à posséder dans son cabinet une collection qui, sous un petit volume, peut également passer pour le *Mentor* des praticiens novices, et pour l'arbitre des habiles, dans les cas douteux qui, si souvent, en fait de maladies vénériennes, viennent encore partager les avis.

SUR LE DELIRIUM TREMENS, OU FOLIE DES IVROGNES; dissertation inaugurale soutenue à la faculté de médecine de l'université de Bruxelles pour obtenir le grade de docteur agrégé; par le docteur BOUGARD. — 163 pages in-8°. Bruxelles, 1842.

Le *delirium tremens*, qui n'a été distingué des maladies analogues que depuis les travaux de Sannders et de Sotton, c'est-à-dire depuis environ trente ou quarante ans, n'a été parmi nous l'objet d'aucune publication importante depuis le mémoire de Léveillé (1828). Soit parce que cette maladie est réellement moins fréquente en France que dans les contrées plus septentrionales, soit parce qu'elle consiste en un simple trouble fonctionnel et sans lésions organiques appréciables, cette maladie n'a dû avoir que peu d'attraits pour les écrivains dans la direction donnée depuis vingt ans aux recherches médicales; aussi nous croyons bon de jeter un coup d'œil sur les points principaux qui se rattachent à l'étude de cette affection à l'occasion du travail de M. Bougard, qui, sans être très étendu, nous offre cependant une bonne monographie du *delirium tremens*; dénomination qu'il n'applique qu'au délire provoqué par l'abus des excitans et à laquelle il propose de substituer celle de *delirium potatorum* comme plus exacte et comme pouvant s'appliquer à tous les cas. Le changement proposé par M. Bougard offre si peu d'inconvéniens que nous l'accepterions pour notre part si nous n'avions pour principe de refuser toute nouvelle expression qui n'est pas absolument indispensable. Or nous pensons qu'il n'y a aucune urgence pour changer le nom de cette maladie, et qu'il n'est personne qui ne sache que le *delirium tremens*, par exemple, n'est pas toujours accompagné de tremblement. Pour l'auteur, cette maladie consiste en un désordre extrême, essentiellement aigu et non fébrile des facultés mentales, ordinairement avec tremblement des membres et produit par l'effet des liqueurs alcooliques sur l'organisme humain.

Parmi les causes prédisposantes, la température élevée est une des plus énergiques. M. Bougard s'est assuré par les registres de l'hôpital Saint-Jean que le chiffre des admissions a toujours été plus élevé en été qu'en hiver; bien plus, pendant longtemps on n'a reçu dans cet établissement que 4 ou 6 de ces malades chaque année, tandis qu'en 1842, époque où la température s'est maintenue pendant plusieurs mois à une grande élévation, il y est entré 15 individus atteints de cette maladie et répartis de la manière suivante :

Printemps	5
Eté	7
Automne	2
Hiver	1

En Europe seulement, le nord paraît beaucoup plus favorable à la production du *delirium tremens* que le midi; en Amérique, et en Asie il est tout aussi commun dans les contrées équatoriales que dans le septentrion. Voici les âges auxquels on a observé 289 cas à Copenhague, à Paris et à Bruxelles.

	Copenhague (Lind).	Paris (Léveillé).	Bruxelles (Bougard).
De 18 à 20 ans	»	3	»
21 à 30	9	13	3
31 à 40	68	28	10
41 à 50	68	19	9
51 à 60	21	16	3
61 à 69	8	9	»
à 70	1	1	»
	175	89	25

C'est donc de 30 à 40 ans que la fréquence de cette maladie est le plus prononcée.

Aux autres causes citées par tous les auteurs et que nous n'avons pas besoin de reproduire, M. Bougard ajoute le besoin pour quelques hommes de s'étourdir par la boisson.

La cause déterminante est l'usage abusif des boissons alcooliques sans même qu'il soit porté jusqu'à l'ivresse; il suffit que le malade en fasse un usage habituel et qu'une cause occasionnelle, telle qu'une grande chaleur, vienne hâter l'apparition des accidens. Parmi les boissons fortes, celle qui, en Belgique, produit le plus souvent le *delirium tremens*, est le genièvre; après vient l'eau-de-vie, puis d'autres liqueurs; le vin rarement; la bière plus rarement encore; car, malgré l'énorme consommation de faro qui se fait à Bruxelles, l'auteur n'a pas vu un seul cas causé par cette boisson.

L'étude des symptômes amène l'auteur à conclure que le *delirium tremens* chronique de certains écrivains appartient réellement à l'aliénation mentale, qu'il ne peut en être rationnellement séparé, et qu'on ne doit pas le considérer comme une maladie spéciale.

La mortalité produite par cette maladie a beaucoup varié. Les chiffres suivans fournissent des résultats assez variés pour que l'on doive rechercher la cause de ces différences.

	Malades.	Morts.
A Copenhague (Lind)	178	54
— (Herholdt)	155	15
A Paris (Léveillé)	89	15
A Bruxelles (hôpit. Saint-Jean)	25	1

La nature de cette affection est inconnue, et l'anatomie pathologique n'a fourni aucun renseignement sur ce point, bien qu'elle ait pu être souvent consultée. « Je ne puis, dit l'auteur, que répéter à peu près ce que disait M. Rayer en 1819. Les recherches anatomiques, entreprises jusqu'à ce jour sur ce sujet, n'ont pas découvert la véritable altération qui produit le *delirium tremens* : la science en réclame de nouvelles. Nous irons même plus loin, continue-t-il, et nous croyons sincèrement que dans l'état actuel de la science la modification encéphalique produite par le contact prolongé des molécules alcooliques et propres à la manifestation des symptômes qui caractérisent le *delirium potatorum*, n'est pas susceptible d'une appréciation rigoureuse.

Le traitement que conseille M. Bougard dans les cas de *delirium tremens*, est celui qu'ont employé et avec un grand succès tous les vrais praticiens; c'est le traitement par l'opium aidé, dans certains cas, de quelques toniques et surtout du traitement moral.

Cette courte analyse suffit pour faire connaître l'ouvrage de M. Bougard, qui est réellement au niveau de l'état actuel de la science et qui contient, en outre, quelques documens qu'on chercherait en vain dans les travaux de ses prédécesseurs.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue Neuve-Racine, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉTÉOROLOGIE.

RECHERCHES SUR LE CLIMAT DE LA FRANCE; extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences le 8 janvier 1844; par M. Fuster (1).

Les recherches de M. Fuster comprennent trois parties : 1° l'exposé des faits touchant les modifications de notre climat; 2° la discussion de ces faits pour en déduire les caractères des modifications climatologiques; 3° l'examen des circonstances qu'on peut regarder comme les causes de ces modifications. Il ne s'agit, dans ce premier mémoire, que de la partie purement historique.

Cette histoire commence à la conquête de la Gaule par Jules César, cinquante ans avant l'ère actuelle. Elle embrasse ainsi dix-neuf cents ans. La Gaule, sous Jules César, avait un climat très rigoureux : ses hivers étaient très froids, très précoces et très longs. Le froid gelait toutes les rivières navigables, y compris le Rhône, et la glace était si forte, qu'elle portait des armées en toute sûreté avec leur train et leurs bagages. Ses hivers commençaient au mois d'octobre et se prolongeaient jusqu'au mois d'avril.

D'abondantes pluies inondaient alors la Gaule; il s'y joignait des tempêtes si terribles, qu'elles poursuivaient les indigènes même jusque dans l'épaisseur des forêts. Il est certain que ce climat repoussait la culture de la vigne et du figuier, et ce qui prouve que c'était bien sa rigueur qui s'opposait à leur culture, c'est que la vigne peut y croître spontanément.

La culture du sol de la Gaule ne répondait pas à sa fécondité. Des forêts immenses et impénétrables l'enveloppaient de tous côtés. L'auteur a essayé, en se servant des monumens de l'époque et des traces respectées par les âges, de reconstruire les antiques forêts de la Gaule. Il en a suivi ainsi la direction dans le nord, dans le centre et dans le midi. Quant à l'étendue de ces forêts, l'ensemble des données le conduit à penser que la Gaule primitive, du Rhin aux Pyrénées, ne contenait pas moins de 46 millions d'hectares de forêts : tel était le climat de la Gaule cinquante ans avant notre ère.

Ce climat s'améliora rapidement. Tous les écrivains du premier siècle déposent de cette amélioration : il perdit de son âpreté sans cesser d'être encore très rigoureux. Indépendamment des preuves tirées des caractères atmosphériques, l'auteur cite, comme résumé de ses progrès, la marche ascensionnelle de la culture de la vigne dans le premier siècle.

Arrêtée avant Strabon au pied des Cévennes, elle commence alors à franchir cette barrière; Columelle la rencontre plus tard chez les Allobroges (Dauphiné), et Pline la voit naître spontanément dans le Viva

(1) M. Fuster a lu à l'Académie des sciences la première partie d'un travail considérable sur le climat de la France. Cette première lecture a pour objet de constater les modifications que notre climat a subies depuis les premiers temps historiques jusqu'à nos jours. L'importance du sujet et sa destination médicale nous déterminent à reproduire ici l'analyse de ce travail.

Feuilleton.

SUR LE RÉGIME MORAL DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE;

Par E. Lisle.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Pour nous comme pour M. Leuret, le traitement moral de la folie consiste dans l'emploi méthodique et raisonné de tous les moyens qui agissent directement ou indirectement sur l'intelligence et les passions des aliénés. Comme on le voit facilement, le champ est vaste et la mine féconde. On peut diviser ces agens si nombreux en deux catégories bien distinctes. Les uns, et de ceux-là nous ne dirons que peu de mots, prompts et énergiques dans leur action, s'attaquent directement aux conceptions délirantes, aux aberrations maladives des aliénés : ce sont les idées et les passions dont l'influence réciproque est bien connue. Ce sont là des remèdes véritablement héroïques qu'il faut apprendre à employer à propos, à faire réagir dans un but salutaire. C'est toute une science, beaucoup trop négligée de nos jours, malgré les services importans qu'elle a rendus aux médecins dont nous avons rapporté les travaux. En dehors de ces agens directs du traitement moral de la folie, il en est d'autres dont l'influence plus détournée, et moins active en apparence, n'en est pas pour cela moins importante. Dans les maladies ordinaires, les meilleurs remèdes ne sont véritablement efficaces qu'à la condition de s'appuyer sur un régime convenable. Souvent même les prescriptions hygiéniques suffisent à elles seules pour amener la guérison. Comme les maladies du corps, les maladies de l'ame ont besoin d'un régime moral dirigé avec habileté, et continué avec une persévérance infatigable. Une maison d'aliénés doit donc être organisée de telle façon, que l'intelligence, fatiguée, empoisonnée, pour ainsi dire, par la folie, trouve dans le travail physique et intellectuel, dans de nombreuses distractions, un aliment sain et réparateur qui soit comme le contre-poison de ses tristes divagations. Nous ne saurions trop le répéter, les aliénés auraient besoin de retrouver dans les maisons qui leur sont consacrées toutes les habitudes du monde qu'ils viennent de quitter. Comment espérer les distraire de leurs idées fausses, de leurs illusions chimériques, si on les abandonne à leurs méditations solitaires? Comment réveiller en eux les sentimens de sociabilité et de dévouement si on les laisse seuls et sans guide en présence de leur déplorable égoïsme? Il importe donc avant tout d'établir dans les maisons d'aliénés un grand système de distractions et de travaux qui prenne l'insensé à son réveil et l'amène par une série non interrompue d'occupations variées et utiles jusqu'à l'heure du repos. On se récriera peut-être de nous entendre parler d'ordre et de travail dans une réunion qu'on se figure comme condamnée fatalement à l'oisiveté et à l'anarchie! Et pourtant telle est l'harmonie que M. Leuret a su faire régner à Bicêtre, que des étrangers me de-

rais, se reproduire dans la Viennaise, parvenir en Auvergne et atteindre même la Séquanaise ou Franche-Comté. Enfin, lorsque, l'an 69 de notre ère, Domitien fit arracher les vignes de la Gaule, on n'avait pu en pousser la culture au delà des environs d'Autun et du territoire des Bituriges (Berry).

Des modifications topographiques accompagnèrent ces modifications météorologiques; nous avons suivi ces modifications dans l'état des forêts, de l'agriculture et de la civilisation. Ce premier ordre de changemens remonte à Auguste et s'étend jusqu'à Domitien.

Le climat de la France continua à gagner dans les siècles suivans; quand l'empereur Probus permit aux Gaulois de replanter la vigne; sa culture, arrêtée en 9 ;, sous le quarante-septième degré de latitude, put s'étendre du côté du nord, le long de la Seine. Le figuier, plus sensible au froid, et retenu au commencement de notre ère, en deçà des Cévennes, suivit rapidement la marche ascensionnelle de la vigne. Julien, qui se trouvait dans la petite ville de Lutèce, au milieu du IVe siècle, trace un tableau charmant de cette région. Il vante l'extrême douceur de sa température, l'excellence de ses vignes et la rapide multiplication de ses figuiers. Il nous apprend aussi, par une de ses lettres, que les blés étaient déjà mûrs au solstice d'été dans le nord de la Gaule.

Le Midi s'était amélioré comme le Nord. Ausone de Bordeaux et Sidoine Apollinaire ne permettent pas d'en douter. Les forêts diminuaient toujours en même temps que l'agriculture et la civilation faisaient des progrès.

Lorsque, dans le Ve siècle, les Francs devinrent maîtres de la Gaule, son climat était encore plus doux que du temps de Julien; il consistait en pluies suivies d'inondations, et en chaleurs intenses, précoces et prolongées: ce qui procurait presque chaque année, à cette région, deux floraisons et deux fructifications; la vigne atteignait dès ce moment les points les plus septentrionaux du royaume. Elle couvrait la Normandie, la Bretagne et la Picardie; toutes ces vignes rendaient de très belles récoltes de vin, et plusieurs d'entre elles fournissaient un vin très bon. La vendange se faisait au mois de septembre ordinairement, et quelquefois même au mois d'août. La moisson avait lieu aussi, sous ces contrées septentrionales, dans la seconde quinzaine de juillet; les chartes, diplômes, contrats de ventes, etc., conservés par les anciennes chroniques, justifient ces assertions.

Le IXe siècle marque les limites des progrès du climat de la France. Toutefois ce climat ne perdit rien avant le XIIe siècle; il parut rester stationnaire pendant deux cents ans. Ses hivers consistaient également en pluies et en tempêtes, les vignes en couvraient toute la partie septentrionale. La moisson continua à se faire, dans le Nord, à la fin du mois de juillet, et les vendanges à la fin du mois de septembre.

Le nord-est de la France avait encore des vignes et des vendanges dans le XIIIe siècle. Il y en avait à Dieppe en 1200, dans le diocèse de Beauvais en 1223 et 1239, et quelques-uns de ces vins devaient être très potables, comme le remarque M. Arago, puisque, d'après le fabliau d'un trouvère normand du temps de Philippe-Auguste, le vin de Beauvais entra en lice avec les vins les plus renommés du royaume. Cependant la vigne s'était déjà retirée depuis longtemps des points les plus septentrionaux de ces provinces; il n'y en avait plus aucun vestige à Cherbourg vers 1212. Les actes du diocèse d'Amiens, qui comprennent ceux du Ponthieu et du Boulonais, ne mentionnent plus ni vin ni vignes depuis 1105; et Guillaume le Breton écrivait, au commencement du XIIIe siècle, que les gens du pays d'Auge (territoire d'Eu) boivent le cidre mousseux; que le pays d'Eu se réjouit de ses pommes, dont les Neustriens (entre la Seine et la Loire) ont coutume de se faire une agréable boisson. Quinze intempéries violentes éclatant coup sur coup au commencement du XIIIe siècle, en précipitèrent la disparition. C'est alors qu'on fut obligé d'abandonner définitivement sa culture dans le nord-ouest, et d'y remplacer l'usage ordinaire du vin par celui du cidre. On avait commencé à y planter des pommiers à cidre dès que la vigne était devenue difficile à cultiver, et c'est au moins vers la dernière moitié du XIIe siècle; mais ces plantations s'y multiplièrent, du XIIe au XIVe sicle, à proportion du dépérissement de ses vendanges. Quelques vignobles, sous des conditions locales particulières, survécurent seulement en Normandie, en Bretagne et en Picardie; sauf ces exceptions, qui allèrent toujours en diminuant jusqu'à la fin du dernier siècle, les vignes productives disparurent du XIIe au XIVe siècle de la Flandre, de l'Artois, de la Normandie, de la Bretagne et de la Picardie, sans qu'on ait jamais pu depuis, malgré diverses tentatives, en rétablir la culture,

L'altération du climat de la France se renferma d'abord entre ces provinces; elle ne gagna le sud-est que de proche en proche et beaucoup plus tard. Les vignes plantées à Coucy, près de Laon, à la fin du XVe siècle, passaient pour fournir le meilleur des vins. Tous les naturalistes du XVIe siècle vantaient encore la bonté et la force des vins des environs de Paris, ceux surtout d'Argenteuil, de Marly, de Meudon, de Ruelle et de Montmartre: il était récolté au mois de septembre. Les latitudes inférieures conservèrent à plus forte raison le caractère méridional de leurs produits. M. Arago en a cité des preuves pour le Mâconnais et pour le Vivarais. Nous ajouterons qu'à la même époque les orangers, les limoniers et les citronniers se voyaient en pleine terre dans plusieurs parties du Languedoc et dans presque toute l'étendue de la Provence; que la canne à sucre était acclimatée dans cette dernière région, au dire d'Olivier de Serres.

Notre climat continua à se détériorer du nord au sud pendant les XVIIe et XVIIIe siècles. La Picardie perdit le reste de ses vignobles, ainsi que la Normandie et la Bretagne. Les vins des environs de Paris tombèrent dans le discrédit; dans le Midi, l'oranger, le citronnier et le limonier ne résistèrent plus en pleine terre au climat du Languedoc; la canne à sucre ne réussit plus en Provence qu'à l'abri des serres; l'olivier enfin, qui tendait à remonter, rétrograda vers la mer. Malgré leurs pertes, les cultures du Nord et du Midi retinrent encore au XVIIe siècle une forte teinte méridionale; outre les bons vins d'Argence, près de Caen, les vignobles d'Evreux et des rives de la Seine en Normandie, certains endroits de la province du Maine, l'Anjou et la Touraine continuèrent à fournir en très grande quantité un des meilleurs vins du royaume. Les vins d'Orléans surtout jouissaient de la plus haute célébrité; Olivier de Serres les qualifie de *très excellens*. Ils attiraient de tous côtés les marchands de la France et de l'étranger. L'olivier se rencontrait à Carcassnnne, et en grande quantité du côté de l'est, près du bourg Saint-Andéol. La Provence produisait des palmiers dont les fruits, au rapport du cosmographe Davity, étaient aussi bons que ceux d'Afrique; ce cosmographe ajoute et répète que toute la plaine de cette contrée, entre Orgon, Aix et Marseille, par Saint-Chamaz, Miramas, Sénas et Malemort, portait force orangers, citronniers et palmiers, aussi bien que le pays entre Marseille, Hyères, Fréjus, etc. Le dictionnaire géographique de Corneille confirme à cet

---

mandaient un jour après s'être promenés longtemps au milieu de ses malades: « *Mais où sont donc les aliénés?* »

Comme nous l'avons dit déjà, M. Ferrus n'avait pas craint de confier à un grand nombre de malades des instrumens aratoires et de les envoyer travailler dans les champs sans autre surveillance que celle de quelques infirmiers. Après une expérience de plusieurs années, on n'avait pas eu une seule fois à se repentir d'une confiance qu'au premier abord on aurait pu croire téméraire. Ces travaux avaient un double avantage, celui d'arracher les aliénés à l'oisiveté dans laquelle on les avait laissé croupir jusque-là, malgré les instantes réclamations de Pinel, et celui non moins important de leur procurer un bon sommeil par un exercice longtemps continué et fatigant, et souvent de modifier puissamment leur constitution primitive. Aussi M. Leuret s'est-il donné bien de garde de toucher en rien à l'institution de M. Ferrus. Aujourd'hui, comme il y a cinq ans, un nombre considérable d'aliénés, les convalescens surtout, sont envoyés tous les jours soit autour de l'hospice, soit dans une ferme située près de la barrière de la Santé, dont l'administration des hôpitaux leur a confié l'exploitation. Là on les occupe, selon la saison, à bêcher la terre, à sarcler, à moissonner, etc.; et on ne saurait croire combien quelques-uns de ces malheureux trouvent d'attrait et de plaisir à recueillir en été les fruits qu'ils avaient semés en hiver ou au printemps. L'administration retire de leurs travaux un revenu considérable; aussi a-t-elle toujours secondé de tout son pouvoir les vues des médecins de Bicêtre. Pendant l'hiver, ce sont encore les malades qui font les travaux de terrassement nécessaires dans l'intérieur de l'hospice. Enfin, M. Leuret avait vu à l'hospice de Halle, en Allemagne, un grand nombre d'insensés occupés à tresser de la paille pour faire des chapeaux; l'administration s'est empressée de lui fournir les moyens de procurer la même distraction à ceux de ses malades que des infirmités physiques, une trop faible constitution ou la nature même de leur délire retiennent forcément dans leurs quartiers.

Mais ce n'était pas tout que d'avoir obtenu ce résultat déjà si important. Le travail des mains, pour aussi actif qu'on le suppose, fait rarement diversion au travail de la pensée. Qu'on aille aux champs ou qu'on tresse de la paille dans un atelier, rien n'empêche l'imagination de divaguer à son aise; rien ne tend à démontrer au malade que ces voix mystérieuses qui le poursuivent, ces chagrins, ces douleurs morales qui l'assiégent ne sont que des illusions et des chimères. Les aliénés qu'on occupe de cette manière sont d'ailleurs trop seuls avec eux-mêmes; ils échappent trop facilement à toute surveillance éclairée, à cette contrainte morale de toutes les heures si nécessaire à leur guérison radicale. Souvent il suffit d'obtenir d'eux qu'ils parlent, qu'ils marchent, qu'ils agissent comme des hommes raisonnables, pendant plusieurs jours de suite, pour les débarrasser de leurs idées délirantes. Comment arriver à ce but si on ne les a pas continuellement sous les yeux pour les encourager quand ils font bien, ou les gronder quand ils retombent dans leurs divagations? On s'exagérerait donc beaucoup l'importance et l'utilité des travaux corporels, si on voyait en eux autre chose que des modificateurs puissans de la santé physique et de la constitution, et par suite un excellent moyen de préparer les malades à l'emploi des agens moraux plus directs dont nous avons parlé.

Pour remédier à ce grave inconvénient que pouvait-on faire autre chose qu'associer au travail physique un travail intellectuel? Cela paraissait facile à Bicêtre.

égard les assertions de Davity. Perpignan en Boussillon offrait à la même époque deux longues lignes d'orangers séculaires plantés en plein vent dans une large rue.

Le XVIIIe siècle a dépouillé notre climat de tous ces avantages : il a été témoin des dernières vendanges de la Normandie et de la Bretagne; il a appauvri les vignobles du Maine, relégué parmi les produits médiocres les vins de l'Anjou, d'Orléans et de Sens, refoulé l'olivier au dessous de Carcassonne, restreint sa culture du côté de l'est, réduit les palmiers de Provence à ne porter aucun fruit, repoussé les orangers du Boussillon dans les serres ou sous des abris, confiné ceux de la Provence au delà de Toulon, sur le territoire d'Hyères, de Vence, de Connate et de Nice.

Un trait caractéristique, suivant Arthur d'Young, des pays de France où la vigne ne réussissait plus lors de ses célèbres voyages en 1787 et 1789, c'était la grande quantité de fruits, principalement de prunes, de pêches, de cerises, de raisins et de melons; en outre, sa ligne de culture de nos oliviers commence à Carcassonne et s'arrête à Montélimart. Eh bien, ces conditions agricoles ont déjà notablement changé. Aujourd'hui le raisin ne mûrit même plus sans difficultés à l'air libre en Bretagne, en Normandie et en Picardie; les arbres fruitiers, ceux à noyau surtout, si productifs de son temps, dans ces pays, n'y viennent bien qu'en espalier; l'olivier, enfin, a reculé de tous côtés; il ne croît pas à Carcassonne : son retrait en Provence est un fait généralement avoué; on ne le cultive plus sur la rive gauche du Rhône, au delà de Donzère, à quatre ou cinq lieues au sud de Montélimart. M. A. de Candolle, en 1835, fixait l'étendue de sa rétrogradation dans le département de l'Aude à cinq myriamètres depuis 1789. Il paraît en outre, s'il faut en croire Malte-Brun, que la matière du froment rendrait aujourd'hui près d'un quart de moins que le froment de 1788.

Tel est le mouvement du climat de la France depuis la conquête de César, cinquante ans avant notre ère, jusqu'à nos jours, ou pendant dix-neuf cents ans; les circonstances topographiques, l'état de ses cultures, de son sol, de ses forêts, ont subi dans ce long intervalle des modifications en rapport avec ses changemens.

ÉPIDÉMIES.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE APPELÉE FIÈVRE MILIAIRE, CARACTÉRISÉE PAR DES SYMPTÔMES GRAVES D'ATAXIE, LA GANGRÈNE DES CAVITÉS BUCCO-NASALES POSTÉRIEURES, L'INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU COU, UNE ÉRUPTION ÉRYTHÉMO-VÉSICULAIRE DE LA PEAU ET L'ABSENCE DES SUEURS; maladie observée à Granville (Manche) en août et septembre 1842; par le docteur CABERNON.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

VALEUR DES SYMPTÔMES ET NATURE DE L'ÉPIDÉMIE.

J'ai été réclamé comme médecin habituel ou médecin consultant pour 34 malades pendant le cours de l'épidémie. Ce nombre peut paraître restreint quand on considère la population totale de l'endroit, qui est de 7,000 habitans. Mais il faut tenir compte des malades semblables qu'eurent à traiter les autres médecins et du peu de durée de l'épidémie, qui ne fut que de deux mois. Il y eut même comme un temps d'arrêt au milieu de l'épidémie, où pendant huit jours il ne se présenta aucun cas nouveau.

Sur ces 34 malades, aucun ne dépassait l'âge de 14 ans : 8 étaient au-dessus de 10 ans, 26 avaient d'un à 9 ans; c'est dans cette dernière catégorie que le mal sévit avec le plus de violence. Il y eut 19 garçons et 16 filles. 16 enfans eurent la forme grave, 18 l'affection moins grave; 6 ont succombé, 3 filles et 3 garçons. J'ai vu, en outre, deux décès amenés par des maladies succédant immédiatement à la maladie épidémique. J'en parlerai plus loin. Mais ces deux cas n'appartiennent pas aux 34 que j'ai cités, n'ayant été réclamé que pour l'affection consécutive.

L'éruption cutanée a été constatée chez 25 enfans, et sur ce nombre 19 seulement offrirent l'érythème et la miliaire; 6 eurent l'une ou l'autre; 9 n'eurent rien du côté de la peau. Ce n'est que l'ensemble des autres phénomènes morbides qui, présentant une grande analogie, tant chez ces derniers que chez les premiers, les a fait tous ranger dans la classe des personnes atteintes de l'épidémie régnante.

Quoique dite fièvre miliaire, cette maladie n'a offert que des symptômes peu sérieux du côté de la peau; les plus fâcheux ont dépendu évidemment du trouble des organes intérieurs. Mais par cela même que l'affection cutanée a été assez constante, que dans beaucoup d'autres épidémies à forme ataxique ou adynamique on ne rencontre point ces phénomènes cutanés, je pense que la maladie peut prendre le nom de fièvre miliaire, en tenant compte toutefois de la grande valeur des symptômes organiques intérieurs et du peu d'intensité de la lésion externe. Je traiterai plus loin des caractères de cette éruption.

Il dut exister chez les enfans atteints une perturbation profonde dans un des grands appareils qui appartiennent à l'ensemble de l'individu, qui fut en rapport intime de tout instant et de tout lieu avec l'organisme entier, l'appareil nerveux et le système sanguin. Chez plusieurs sujets même, il semble que le principe vital (innervation) ait été seul modifié assez profondément dès l'abord pour produire la mort, alors que l'économie semblait n'offrir qu'une lutte avec la destruction, et qu'aucune partie de l'organisme n'avait eu le temps de se trouver lésée mortellement. Ainsi fut le sujet de l'observation 6. Nous voyons, en effet, dès le principe un trouble profond et général, une ataxie et une stupeur très prononcées avec une fièvre très grande; 48 heures après l'invasion, sous l'influence des évacuations sanguines, des purgatifs, des vésicatoires, peut-être par le fait de la sortie de l'éruption cutanée, on aperçoit un mieux subit et complet; l'enfant reprend connaissance, a des évacuations volontaires. Au bout de quatre heures, l'état alarmant reparaît et la mort suit dans les 24 heures. S'il y avait eu une affection grave entéro-céphalique, une lésion profonde dans le fluide sanguin, ce temps de mieux, franchement dessiné ne se serait pas présenté. Voyons aussi l'observation première, où le traitement par les opiacés à petite dose suffit pour modérer et arrêter les symptômes les plus caractérisés de l'ataxie. Ce résultat n'arrive que parce que l'innervation seule paraît en souffrance. L'observation 7, qui se rapproche surtout de l'observation 6, en est encore un exemple.

Mais étudions plus en détail la marche de la maladie.

Les malades que cet hospice reçoit appartiennent à la classe pauvre. Ils sont à peu près tous ignorans et illettrés. La plupart savent à peine lire et écrire. L'établissement d'une école, dans laquelle on enseignerait la lecture, l'écriture, le calcul, la géographie, etc., se présentait tout d'abord à la pensée comme devant exercer une diversion morale puissante sur l'esprit des malades, en même temps qu'elle servirait à développer leur intelligence pour l'avenir. On ne saurait trop le répéter, l'attention, cette régulatrice merveilleuse des facultés de l'ame, est toujours lésée dans la folie. Eh quoi de plus propre à la réveiller de sa torpeur ou à la fixer sur des objets déterminés, qu'un travail d'esprit soutenu et prolongé ? Mais aussi que de difficultés à vaincre ? Comment amener un maniaque obsédé par les idées les plus étranges et les plus disparates qui se pressent en foule dans son cerveau, ou le mélancolique complètement étranger à tout ce qui l'entoure, absorbé tout entier dans la contemplation de ses pensées, comment amener de pareils hommes à sentir en dehors d'eux-mêmes, à voir les objets extérieurs, à se livrer à un travail aride et difficile? Comment vaincre leur répugnance pour tout ce qui tendrait à les arracher à leurs préoccupations maladives, ou à diminuer un peu la mobilité de leurs impressions? M. Leuret ne s'est pas laissé effrayer par les difficultés qu'il était facile de prévoir. Dès son installation à Bicêtre, il obtint de l'administration des hôpitaux l'institution d'une école élémentaire, et grace à sa persistance et à son énergie il a complètement réussi. Pour dire comment il est arrivé à ses fins, il faudrait raconter l'histoire de presque tous les malades qui ont été admis successivement à cette école. Ce serait un spectacle curieux et consolant que nous offrirait cette lutte pleine de péripéties de toute espèce dans laquelle la raison a fini presque toujours par l'emporter sur la folie, à force de douceur, de ruse, de persistance ou d'énergie! Mais cette longue histoire nous entraînerait beaucoup trop au-delà des bornes que nous nous sommes imposées.

Disons seulement que toutes les personnes qui ont visité cette école, médecins ou gens du monde en sont sortis émerveillés. Ils y ont vu des aliénés ou des imbeciles, des idiots même, d'âges très différens, recevoir avec une attention soutenue les leçons de leur maître. Ils ont été frappés du calme profond et de l'ordre parfait qui régnait au milieu d'eux. Presque tous les malades y sont admis, et on a soin d'y multiplier les occupations de manière à ne les laisser jamais oisifs. Souvent on les réunit au nombre de deux ou trois cents, et là quelques-uns sont désignés pour faire des lectures à haute voix ou réciter des vers. Quand dans une grande réunion, presque tout le monde se tait et écoute, quelque distrait et inattentif qu'on soit, il est bien difficile de ne pas faire comme les autres. Les lectures d'ailleurs sont toujours intéressantes. Ordinairement plusieurs malades ayant chacun un exemplaire du livre lisent alternativement les phrases ou les divers passages d'une même histoire. De cette façon, tous sont obligés d'être attentifs et de suivre tout bas la lecture. « Quelques-uns » commencent cet exercice d'assez mauvaise grace, se font prier ou se laissent » gronder; mais une fois qu'ils ont surmonté leur première répugnance, animés par l'exemple des autres et par la présence d'un nombreux auditoire, ils » font des efforts pour se bien acquitter de leur tâche, et cette tâche ne tarde » pas à être pour eux un plaisir. Ceux qui lisent bien entraînent les autres, et » bientôt l'amour-propre se mettant de la partie devient un conseiller plus » puissant et mieux écouté que je ne pourrais l'être moi-même........ Quand on

1° Chez tous les malades an début, malaise, cépbalalgie, quelques frissons et vomissemens.

2° Secondairement et peu de temps après, fièvre continue, sécberesse et chaleur de la pean; chez un très petit nombre, sueurs fugaces à peine marquées.

3° Dès le principe de l'examen dn malade, pouls petit, faible et extrêmement fréquent.

4° Et en rapport intime avec ce symptôme : ataxie des mouvemens, de l'intelligeoce, on adynamie profonde, stnpeur, rêvasseries; chez ancun délire franc, on contracture, on convulsions. Chez le snjet de l'observation 8, les convulsions paraissent être nervenses et non inflammatoires.

5° Sans exception, cbez tous les malades on rencontre : nn travail inflammatoire vers les ganglions lymphatiques dn con, nne sensibilité excessive de ces ganglions et la suppuration de quelqnes-uns.

6° Généralement et plus on moins promptement, langne épaisse, blanchâtre, embarras intestinal on entérite et diarrbée; rien dn côté de l'estomac, à part les vomissemens dn début.

7° Chez tous, an début, angine légère, et chez 5 senlement affection bucco-nasale gangréneuse, avec écoulement muco-purulent fétide par les narines et la houcbe.

8° Jamais avant le deuxième jour, sonvent après le troisième, et avec nne durée assez conrte, éruption cutanée de l'érythème on de miliaire, snivie ou non de desquamation.

9° Si la maladie continue plus d'un septenaire, dégagement du système nerveux et tronble plus marqué du côté du tnbe intestinal, qui finit par présenter les symptômes d'une inflammation plus franche; langue ronge, sèche; altération an lieu de l'indifférence, on répugnance primitive pour les boissons.

10° Terminaison : par la mort avant la fin dn premier septenaire; par la guérison dans le premier septenaire; avec la forme pen grave dans le second, le troisième et même le qnatrième chez ceux qui furent le plus compromis par l'ataxie, l'adynamie et l'affection intestinale.

Il y a donc eu généralement trouble primitif du côté du système nerveux et trouble consécutif sur le tube intestinal. Les vomissemens dn début, sous l'influence de la perturbation nerveuse, comme le malaise et la céphalalgie, ne reparaissaient pas dans la seconde période, alors que les progrès de la maladie empêchaient les sujets affectés d'exprimer leur état de souffrance, et que l'on voyait les désordres se concentrer sur telle ou telle partie de l'organisme.

Le sang, qui se vicie souvent avec tant de promptitude, n'a pu éviter les effets funestes du trouble profond qui existait dans le système nerveux et qoi a produit tant de désordres fonctionnels sur le tube intestinal. Ce qui nous fait croire à la viciation du sang, c'est la lésion des amygdales et de la membrane muqueuse des parties postérienres des fosses nasales et de la cavité buccale. Il n'exista dans ces lieux chez aucun enfant les signes d'une inflammation suraiguë qui pût se termioer par la gangrène. C'est la gangrène même qui paraît dès l'abord, mais gangrène superficielle, comme on s'en est convaincu cbez la petite fille de l'observation 2. Cette enfant, aussitôt débarrassée des symptômes graves d'ataxie et de gastro-entérite, ne laisse rien apercevoir sur les parties bucco-nasales, siége de l'écoulement sanieux et gangréneux. Or, s'il y avait eu altération en profondeur, il serait resté une ulcération secondaire et un écoulement purulent de plus ou moins de durée, mais toujours facile à constater, et l'on ne trouve aucun de ces deux signes. Mais cette lésion gangréneuse est pour nous un indice de l'altération dn liquide vivificateur, on le sang.

Les ganglions lymphatiques dn con, qui ont, cbez tous les enfans, été engorgés et donés d'une excessive sensibilité, dont quelques-uns ont suppuré plus tard, ne dénotent-ils point non plus ce trouble profond de l'organisme et dn sang en particolier? car cet engorgement ganglionnaire est trop primitif pour être regardé comme phénomène critique on de terminaison. D'autres médecins que moi ont rencontré aussi ces symptômes anginaux gangrénenx. M. le docteur Gatey m'a rapporté avoir soigné un enfant de 3 ans poor une miliaire, qui fot parfaitement guérie en nne huitaine de jours; quelqne temps après, on remarque que ce petit garçon a de la peine à avaler; les ganglions cervicaux s'engorgent rapidement; il arrive un écoulement moco-purulent par le nez et les oreilles, abondant et si fétide qu'on ne pouvait rester dans l'appartement. L'enfant est dans nne ataxie profonde. Ancun traitement ne peut arrêter cette maladie, qui enlève cet enfant en trois on quatre jours.

Tous ces phénomènes sont certainement l'indice d'un trouble grave et général de l'économie, et non un phénomèoe critique; mais les recherches microscopiques et surtout nécroscopiques fnnt défaut dans les petites villes de province pour chercher à compléter une certitude que l'étude des symptômes et des causes pent seule foornir. Avant de laisser la question de l'engorgement ganglionnaire, je dirai que, cbez plusienrs enfans, la tuméfaction de ces ganglions dnt géner la circulation veioeuse cérébrale, et par conséquent accroître la congestion des organes eucéphaliques, qui existait déjà.

Tandis que l'état du pouls, le désordre des mouvemens, la rêvasserie et la stupeur des malades dénotaient nne simple congestion locale, l'état de la langue, les nombrenses évacoations alvines ont indiqné une affection organique du tube intestinal. Celle-ci fut tonjours secondaire aux troubles nerveux, et parut revêtir, dans quelques cas, la forme entérite typhoïde. Ainsi, chez le sojet de l'observation 9, l'entérite et tout le cortége des symptômes s'approchèrent beaucoup d'une fièvre typhoïde; ce malade eut même des épistaxis, et c'est le seul qui en ait présenté dans le cours de cette épidémie. Du reste, quelque grave qu'ait été l'affection intestinale, elle n'a occasionné la mort d'aucun snjet.

Nons arrivons à l'éruption cutanée, qui a fait donner à la maladie le nom de fièvre miliaire. L'absence des suenrs et le peu de dispositions à l'humidité de la peau empêchent déjà de donner à cette affection, comme synonymie, le nom de suette. Maintenant, faut-il regarder cette éruption comme le caractère essentiel, pathognomonique de l'épidémie, ou comme le résultat des troubles organiques intérieurs? Doit-elle être rattachée en quelque point à cette constitution morbide cutanée qui réguait dans la localité depuis cinq mois? Dans le cours de cette épidémie, l'éruption cutanée ne paraît pas avant le second jonr, et même ordinairement avant le troisième; les symptômes qui la précèdent ne sont-ils alors que les prodrômes de cette efflorescence, les signes de l'incubation d'un virus? Evidemment non; ils étaient propres à nne maladie déjà développée, et n'offraient aucune analogie avec les symptômes précurseurs des virns morbilleux, variolique, qui paraissent dans la période d'incubation des affectioos scarlatineuse, varioliqne, etc. D'un autre côté, cette éruption paraît souvent chez des individus qui ne ressentent, de la part des organes intérieurs, que des désordres très légers, et chez qui l'éruption érythème miliaire est le seul signe d'une maladie. Sans la regarder comme le résultat

---

» se trouve en présence de beaucoup de moode, il eo coûte de paraître très en-
» gourdi, très muussade; oo ne peut pas non plus, quand on a daos la bouche
« des paroles spirituelles, irouiques, passionnées, conserver toujours le too
» languissant d'une complainte; on s'aoime donc, on s'identifie avec soo rôle
» et on finit par avoir soi-même de l'esprit, de l'ironie, de la passion. Le temps
» consacré à l'étude, celui pendant lequel on récite ce que l'on a appris, est eo-
» levé à la maladie. Oo cootracte peu à peu l'habitude de se délivrer des préoc-
» cupatious maladives auxquelles on est en proie, et ces préoccupations, si le
» médecin est assez longtemps maître de soo malade, finissent par se dissiper. »
(Leuret, Du TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE, p. 172 et 174.)

L'établissement de l'école avait trop bien répondu à l'attente de M. Leuret pour qu'il négligeât d'y ajouter tous les perfectionnemens dont elle était susceptible. Pour donner un attrait de plus aux fréquentes réunions de ses malades il eut l'idée d'essayer de la musique et des chants en commun. Personne n'ignore combien est puissante l'influence que cet art enchanteur exerce sur nos seos et sur notre organisatioo tout eotière. De tous les temps, les médecins lui ont attribué une grande efficacité dans le traitement des maladies nerveuses et en particulier des aberrations de l'esprit. Il est vrai de dire cependaot que des expériences tentées sur une grande échelle à l'hospice de la Salpêtrière avaient cooduit M. Esquirol à cette conclusiou peu eocourageaote pour ses successeurs : « Ce spectacle nouveau pour nos malheureux malades ne fut pas sans influence; » mais nous n'obtîmes point de guérison, pas même d'amélioration dans leur » état mental.... Si la musique ne guérit pas, elle distrait, et par conséquent » elle soulage; elle apporte quelque allégement à la douleur physique et morale; » elle est évidemment utile aux convalescens; il ne faut dooc pas en repousser » l'usage. »

Mais on peut reprocher aux expériences de M. Esquirol de n'avoir pas été aussi variées oi aussi multipliées qu'elles auraient pu l'être. Les malades de la Salpêtrière avaient seulement eotendu de la musique, elles n'en avaient pas fait elles-mêmes; elles en avaient eoteodu une seule fois par semaine, c'est-à-dire à sept jours de distaoce. Mais n'est-il pas permis de croire que, dans ce long espace de temps, les émotions qu'elles avaient éprouvées, les sensations de plaisir et de joie qui étaient venues les distraire pendant quelques instans de leur délire avaient eu le temps de s'effacer de ces imaginations si mobiles et si impressiounables? Que serait-il arrivé, si, au lieu d'en agir ainsi, on avait entretenu, par le retour plus rapproché des mêmes émotions, le calme et la diversion que M. Esquirol avait observés? Si, au lieu de faire faire de la musique en la présence de ces pauvres malades, on leur eût donné quelques leçoos de chant en commun, en ayant soin que les exercices fusseot répétés chaque jour? Ces questions étaient eocore à résoudre, et M. Leuret résolut d'instituer de nouvelles expériences au commencement de 1840.

Il y avait alors, dans son service, un aocien ménétrier ambulant, qoe des craintes exagérées avaient plongé dans l'accablement le plus profond. A la suite d'uoe plaisanterie de quelques-uos de ses amis, il devint triste et taciturne; il se crut déshonoré, poursuivi par la police; bientôt il ne vit partout que gendarmes et sergens de ville, et, pour leur échapper, il se jeta dans le canal de l'Ourcq. Oo l'en retira heureusement, et le lendemaio de sa tentative de suicide on le conduisit à Bicêtre. Pendant trois mois, il resta plongé dans la plus grande apa-

du trouble organique intérieur, ni comme phénomène principal dans cette épidémie, je dirai qu'elle est propre à cette affection et lui a imprimé un cachet d'individualité comme épidémie de fièvre miliaire. Il s'est rencontré encore quelques faits intéressans, relativement à cette éruption; chez les sujets des obs. 6 et 7, par exemple, au moment de l'efflorescence ou de l'accroissement de cette efflorescence, il y eut un moment de relâche dans les symptômes intérieurs et de calme dans l'économie : on ne peut dire que ce mieux fût le fait de l'abord du sang à la peau et de sa soustraction des organes intérieurs; car cette éruption fut trop peu abondante pour produire ce phénomène de dérivation. On ne peut pas plus avancer que l'économie parvint ainsi à rejeter au dehors un principe délétère qui la surchargeait; car, dans aucun cas, cette éruption ne fut critique! Mais, pour rester inexpliqué, ce phénomène ne mérite pas moins d'être cité. Enfin, je ne puis voir, dans cette efflorescence, le pendant, même éloigné, de ces pétéchies et sudamina des fièvres typhoïdes, qui s'expliquent par l'état de fluidité du sang et par la sécheresse excessive ou les sueurs abondantes de la peau que l'on rencontre dans les fièvres; car, s'il y eut lésion du sang, elle était particulière; et cette épidémie, par ses symptômes comme par sa marche, a des caractères tout particuliers.

Plusieurs enfans n'offraient aucune éruption, et cependant nous les regardons comme atteints de la même maladie, parce que la concordance fut si grande sur tout autre point, qu'ils me semblent devoir être rapprochés des premiers. Ces faits corroborent l'opinion que les symptômes extérieurs ne constituent pas seuls le cachet de la maladie, et que c'est l'ensemble des symptômes locaux et des rapports généraux entre les personnes atteintes qui a fait admettre la présence d'une épidémie.

Voici un exemple qui en fera preuve.

Obs. X. — V., garçon de 13 mois, fort et bien venant, habitant une salle basse, terrée, mal aérée et encombrée par huit personnes qui y couchent. Cet enfant est sevré depuis un mois, et est mis à une nourriture indigeste, soupes de graisse, café au lait. La maladie débute par une congestion cérébrale, un assoupissement profond. La figure est turgescente; si on réveille l'enfant, il est hargneux, refuse de boire. Ni vomissemens, ni selles. La peau est chaude, brûlante; par intervalles assez courts, elle est moite; aucune éruption; pouls petit, très fréquent; langue légèrement saburrale.

Les ganglions cervicaux sous-maxillaire sont engorgés, durs et sensibles.

(Traitement : 4 sangsues à une cuisse; 1 vésicatoire à la jambe; 2 lavemens; catapl. émol. abd.; eau et lait pour boisson.)

Du second au cinquième jour. Etat plus grave; agitation extrême et désordonnée; répugnance à boire, oppression; pouls petit, excessivement fréquent; peau brûlante, sans éruption. Les lavemens amènent la sortie de quelques matières délayées et rares; quelques urines.

(4 sangsues à l'autre cuisse; 2 vésicatoires, id.)

Sixième jour. Agitation excessive et prostration après; figure très animée; oppression; il n'y a pas de convulsions avec raideur; mais l'enfant s'agite, il reste couché sur le dos. On lui donne : eau de laitue, 40 grammes; calomel, 3 décigrammes; s. de chicorée, 25 grammes.

Diarrhée abondante; selles liquides, fétides, qui continuent plusieurs jours et paraissent soulager le malade. L'agitation et l'assoupissement alternent, mais il y a quelques heures d'un bon sommeil. La fièvre persiste jusqu'au douzième jour; l'enfant est altéré, et, à partir de ce moment, le mieux arrive rapidement; les ganglions diminuent sans suppurer et perdent leur sensibilité. Cet enfant fut assez mal jusqu'au sixième jour, sans que l'on craignît plusieurs fois de le perdre. Les évacuations alvines parurent le soulager puissamment. Il y a eu chez lui ataxie avec assoupissement, engorgement des ganglions lymphatiques; fièvre très forte; tout ce que nous avons observé chez les autres, moins une éruption cutanée; ainsi il offre tous les signes de la maladie régnante, à un degré un peu moins grave que chez plusieurs, et avec quelques signes de moins.

Quel rapport y a-t-il entre cette éruption et les affections cutanées des saisons précédentes? Avant de répondre, je citerai quelques faits qui se sont présentés dans le cours de l'épidémie.

Un homme de 30 ans a pris une dizaine de bains de mer pour des douleurs rhumatismales chroniques. Sans fièvre, ni malaise, il voit son corps se couvrir d'une éruption miliaire générale; les vésicules, d'abord transparentes, blanchissent, sèchent, et la desquamation a lieu.

Une femme de 35 ans, que je traite pour un lombago avec des ventouses scarifiées, est prise de sueurs abondantes, et, à la suite, son corps offre une éruption miliaire nombreuse qui blanchit et amène la desquamation.

Une autre femme de 50 ans, guérie d'une pneumonie et d'embarras intestinal par saignée et purgatifs, est prise, dans sa convalescence, de sueurs abondantes, qui amènent une éruption miliaire assez abondante et quelques plaques d'érythème.

Ces cas d'affections légères à la peau ne sont-ils pas sous l'influence de la maladie régnante dans le moment? et de ceux-ci ne peut-on remonter aux affections cutanées (variées) des cinq mois précédens pour établir plus qu'une coïncidence, c'est-à-dire une constitution morbide de la peau endémique dans le pays, et qui a pris d'autres caractères épidémiques dans une classe particulière de la société, la classe des enfans? Seulement elle eut, dans cette classe, des caractères tranchés de malignité qui convrirent en grande partie les signes morbides de l'enveloppe cutanée.

CAUSES DE CETTE ÉPIDÉMIE ET CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉPIDÉMIES EN GÉNÉRAL.

Deux quartiers furent atteints, et presqu'à l'exclusion des autres, dans cette épidémie : le quartier du Port, lieu où les enfans sont abandonnés à eux-mêmes, les parens travaillant tout le jour hors de chez eux, sur les grèves et aux marées; ces enfans commettent toute espèce d'imprudences, boivent et mangent ce qu'ils trouvent, courent au soleil ou à la pluie, se jettent à la mer en sueur, ou dans les vases du Port, et changent rarement leurs effets. De plus, tous les appartemens sont en général petits, mal aérés ou exposés au soleil de midi, et surtout encombrés d'habitans (6, 8 et 10 personnes par pièce ordinairement), et des effets ou marchandises qu'exige l'industrie mercantile de l'endroit; enfin, le voisinage du Port, lieu rempli de vases qui fournissent des émanations infectes au soleil, émanations qui ne sauraient être que fâcheuses, alors qu'il règne une disposition épidémique.

Le second quartier, celui des Bas-Faubourgs, centre d'un commerce aussi actif que le premier, force également les habitans à l'encombrement, et si les enfans y sont mieux surveillés, ils le sont moins encore que dans la Haute-Ville; et il est digne de remarque que, dans cette dernière partie, où l'absence de commerce amène moins d'entassement dans les habitations, où la surveillance des enfans est plus active, il y eut à peine quelques personnes atteintes, et elles le furent assez légèrement.

thie. Ordinairement assis sur sa chaise et le corps courbé en avant, il restait là des heures entières, non pas avec l'air d'un homme qui s'attriste et qui réfléchit, mais conservant une apparence de calme stupide, que n'interrompaient aucune sensation, ni aucune pensée. Pour le faire lever et le faire marcher, pour le nourrir, il fallait employer la contrainte. Enfin, un jour, M. Leuret, après s'être procuré un violon, propose à notre mélancolique de faire de la musique. Celui-ci s'y refuse. On le conduit à la salle de bains, où se trouvait un autre malade qui reçoit la douche devant lui, et on lui laisse le choix du violon ou de la douche. Après de longues hésitations, il se décide pour le premier, et de son propre mouvement il joue la *Marseillaise*. Après le premier couplet, il s'arrête; cependant, sans trop se faire prier, il se décide à jouer les autres. Cette concession obtenue était déjà beaucoup; mais ce n'était pas assez. P... est conduit à l'école, où se trouvaient réunis quelques autres malades. Il se présente des chanteurs; on le charge de les accompagner sur son violon, et pendant plus d'une heure il ne cesse de se livrer à cet exercice. Les jours suivans, il continua, quoique d'abord d'assez mauvaise grâce; mais bientôt sa figure s'anima, son jeu prit de l'activité, ses manières devinrent plus libres et plus aisées; il consentit volontiers à servir de guide à quelques-uns de ses camarades, que M. Leuret voulait faire chanter en chœur. Enfin, deux mois après avoir pris un violon par contrainte et de fort mauvaise grâce, P..., complètement rétabli, sortit de l'hospice sans y avoir subi aucun traitement physique. Il y a de cela près de quatre ans, et depuis lors il n'a pas cessé de travailler à son ancienne profession.

Pour entretenir les bonnes dispositions de son malade, M. Leuret le chargea de guider et même de former quelques chanteurs. Peu nombreux d'abord et peu dociles, ils furent cependant, au bout de quelques jours, en état de chanter avec assez d'ensemble. Des chansons choisies avec beaucoup de soin parmi celles qui étaient le mieux appropriées à leur position, furent apprises, et il fut bientôt possible d'organiser quelques récréations musicales, auxquelles on admit quelques malades tranquilles. Le nombre des chanteurs s'accrut tous les jours. M. Leuret ne craignit pas d'imposer le chant à tous les malades qui lui semblèrent dans des conditions favorables pour en retirer quelque avantage, comme il imposait à d'autres la lecture, l'exercice de la mémoire, les travaux manuels, etc. Après quelques semaines, encouragé par l'amélioration qu'il observait dans l'état de quelques-uns de ses malades, il essaya de mettre un peu de régularité dans sa nouvelle institution. On fit de la musique tous les jours après sa visite, et deux fois par semaine des réunions plus solennelles mirent en présence les chanteurs et tous les autres malades. Ces réunions eurent lieu dans une vaste salle, et, lorsque le temps le permettait, dans une cour plantée de grands arbres, à l'ombre desquels les malades étaient assis. Le directeur de l'hospice s'associa aux efforts de M. Leuret, en engageant, par de légères faveurs, quelques aveugles admis dans l'asile des indigens à assister à ces concerts de nouvelle espèce et à accompagner le chant. Leur présence donna plus d'attrait à ces réunions, d'où les malades se retiraient toujours avec quelques idées et quelques sensations agréables, qui, en se multipliant, devaient infailliblement favoriser leur retour à la raison. Admirable résultat de cet art divin, à qui il était permis de réunir, dans une même sensation de bonheur, des fous et des aveugles, et de leur faire oublier pendant quelques instans les deux plus déplorables infirmités

Sans chercher à tout expliquer, il est impossible de ne point saisir ici un lien entre ces causes et les effets produits : c'est que la chaleur excessive et la sécheresse de l'été, l'exposition continue des enfans à un snleil ardent, l'eocombrement des maisons, souvent une nourriture indigeste, durent amener une grande partie des troubles morbides qne nous fûmes appelés à considérer.

On soulera dans le poblic la questinn de la contagion, et beaucoup de personnes, les mères de famille entre autres, eurent des craintes très sérieuses à cet égard. Sans admettre en rien un virus contagieux dans cette maladie, je pense devoir dire qnelques mots sur la contagiou présumée en ces cas, et sur le mode de propagation dans beancoup de maladies épidémiqoes.

J'ai lu avec soin les questions de contagioo dans la fièvre jaune, le typbus, etc., et je n'admets pas plns cette coutaginn qne celle dn choléra-morbus, où chacun s'accorde à ne pas en voir ; aussi suis-je d'avis que ces lazarets, ces quarantaines, ne sont d'ancune utilité pour empêcher la transmission des fièvres pestilentielles : il faut tont autre chose que le contact pour déterminer le développement de ces affectinns. L'organisme a besoiu d'une modification profonde par une aotre voie que par le contact extérieur. Ainsi, quand j'ai vu, dans certaines maisnns, tous les enfans d'une famille payer le tribut à la maladie régnante, il m'a été facile, dans quelques cas, d'admettre un mode de propagation, et ce n'était nullement le contact. Dans certaines maisons, c'étaient les inquiétndes, les fatigues, la privation de sommeil, la viciation d'on air concentré dans des pièces eocombrées et disposées de manière à empêcher l'aérification ; enfin, une *certaine prédisposition épidémique*, sans laquelle plusieurs n'auraient point été atteints. En suivant les règles de l'hygiène, bien des épidémies seraient arrêtées on amoindries daus leurs résultats. J'ai noté en juin, deux mnis avant le développement de l'épidémie, un fait qui explique facilemcnt le mode de transmission ponr une maladie semblable, et qui l'expliqnerait d'autant mieux qn'oo y joindrait la prédisposition individuelle et épidémique.

Je traitais nne domestique, âgée de 23 ans, pour un embarras intestinal typhoïde, avec accablement, prostration, stupeur, céphalalgie, fièvre. Il y eut une angine légère et quelques épistaxis, de la diarrhée; au bout de quatre jours parurent des sueurs abondantes, fétides, qui amenèrent une miliaire assez aboodaote suivie de desquamation et de guérison, vers la fin du deuxième septenaire. Cette fille couchait dans une mansarde petite, éclairée par nue lucarne qui ne s'ouvrait point; la porte donnant sur le lit de la malade ne pouvait être maintenue ouverte. La sœur de cette fille, âgée de 28 ans, domestique dans nne antre maison, la garda sans désemparer trois jours et trois nuits ; elle ne se coucha ni ne changea d'effets peudant ce temps. Quelques jours après, au moment de ses règles, elle éprouve une angine, de la céphalalgie, de la fièvre et des signes d'embarras intestinal ; les règles coulent moitié moins qne d'ordinaire. Le troisième jour, elle épronve de la cuisson à la pean, et je vois sur la poitrine et les bras quelques taches érythémateuses, petites, pâlissant à la pressiou avec quelqucs vésicules rares. Comme les lavemens ne produisaient rien, je donne une bouteille d'eau de Sedlitz, n° 12, qui amène le dévoiement ; puis arrivent des sueurs et la guérison complète vers le douzième jour. L'éruptioo ne fot sensible que truis à quatre jours et disparut sans desquamation.

Il est impossible d'admettre ici nne infection par contact, mais hien une infection miasmatique, résultat de la non aérification de la pièce où restèrent les deux sœnrs, la fatigue de la gardienne et sans doute aussi le moment où elle se trouvait, c'est-à-dire l'époqne de la menstruation, époque où l'économie est plus impressionnable, et où j'ai vu fréquemment débnter chez les femmes nombre de maladies, snrtout les fièvres typhoïdes. Ainsi, nier la contagiou dans une épidémie de la nature de ce'le qne nous avions à traiter, et de tontes celles qui peuveot s'en rapprocber plns oo moins, n'est point contester les influences puissantes : 1° d'une constitutinn morhide régnante (épidémie) ; 2° dn moral sur le pbysique (les inquiétndes, les chagrins) ; 3° d'un air vicié ; 4° de la privatioo de sommeil, des fatigues, d'une nourriture malsaine, de vêtemens sales et humides.

Pendant que je traitais les enfans M. (obs. 1, 2, 3 et 4) dont six étaient couchés malades à la fois, tous renfermés dans une salle petite, basse, terrée et fort mal aérée, il m'arriva un soir d'y rester plus d'une heure sans sortir ; au moment de la digestion, je touchai plusieurs fois avec les doigts les amygdales et le fond de la boucbe de ces enfans. Qnand je sortis, je sentais une digestion pénible; la nuit j'ens qnelques coliques, de la diarbée et un mouvement fébrile. Le lendemain, ces légers accidcns avaient disparo; le contact des doigts n'était pour rien dans cette indisposition ; ce qui la détermina fnt l'air vicié de l'appartement respiré pendant une beure, et cet air était tellement infect que ni le vinaigre brûlé, ni l'eau de chaox chlorurée répandue sur le lit ou dans la pièce ne pouvaient qne pallier le méphitisme. Cet air inspiré suffisait bien à vicier le sang daos les poumons, tandis que le contact des corps n'amenait aucun résultat. Mais cette viciation de l'air n'avait rien de spécifique daus ce cas ; elle n'avait qne les propriétés méphitiques de tout air corrompu par des émanations putrides et animales. Il aurait falln faire cesser l'eocombrement, mais les voisins étaieot trop effrayés pour prendre chez eux quelques-uns de ces enfaos ; et cet encombrement qui persista jusqu'à la fin contribua beaucoup à aggraver la position de ces malheureux ; n'est-ce pas aussi la difficulté de renonveler l'air qui détermine la gravité du typhus des prisons beaucoup plus que le contact ? Une chose qui, dans les fièvres jaunes eodémiques on épidémiques, fait voir toute l'inoocuité du contact et toute l'infinence fâcheuse des causes extérieures et plus générales, c'est que les étrangers seuls sont atteints dans ces maladies ; les indigènes acclimatés à l'air, à la température, à la nourriture, eo sont excmpts pour l'ordinaire. Sans suivre pas à pas le départ et les progrès des maladies, il est des données de voisinage qui rendent compte du mode de propagation, et ce qne nous avoos dit démontre amplement que le contact ne peut rien dans nombre d'affections épidémiqnes ; aussi les soins bygiéoiqucs, toujours nécessaires, suffiraient pour garantir les individus noo fortement prédisposés qui se trouveraient dans des localités eo rapport avec les malades atteints d'affections graves pestilentielles, apportées de l'étranger, sans avoir hesoin des quarantaines, des lazarets, qui sont daus uos usages par l'effet de l'habitude plutôt que par le fruit de l'expérience et de la raison.

Dans cette petite épidémie de 1842, j'ai vu deox frères de 6 et 4 ans pris snccessivement avec la forme hénigne. L'aîné, atteint le premier, en est quitte pour une fièvre modérée, avec agitation la nuit, angine légère, inappétence et altération médiocre. Il a les ganglinns cervicaux tornéfiés durs et sensibles. La pean se couvre d'une éruption érythémateuse ct miliaire. Les lavemens amènent une diarrhée qui dure quelques jours, et la

---

de la nature humaine !

Le départ de Nicolas P... jeta un pen de pertnrbation dans la nouvelle école de chant. Le maître n'étant plus là, les élèves chantèrent avec moins de zèle et d'ensemble. Il fallait se hâter de le remplacer, sous peine de perdre les fruits des premières tentatives. M. Leuret jeta les yeux sur un autre mélancotique, dont l'état était encore aggravé par un peu d'embarras dans la parole, triste symptôme qui annonçait le début de la paralysie générale, cette comptication si fréquente et si fâcheuse de la folie. François C... était instituteur dans un village voisin de Paris. L'ivrognerie, ce vice honteux, qui suffirait à lui seul pour peupler nos maisons d'aliénés, l'avait jeté depuis longtemps dans un état bien voisin de la stupidité la plus complete, lorsque sa famille se décida à solliciter son entrée à Bicêtre. Là, sa maladie avait offert dès l'abord des caractères si graves, qu'on avait à peu près désespéré de le guérir et même d'obtenir un peu d'amélioration. Il vivait seul, et restait complètement étranger aux impressions du dehors. Il passait la plus grande partie de ses journées dans une immobilité presque absolue, faisant à peine quelques pas pour aller chercher sa nourriture. Tout n'était qu'isolement, faiblesse et ruine dans son intelligence. Un jour cependant il sembla se réveiller un peu de sa léthargie. Il avait entendu parler de l'école ; il demanda la permission d'y entrer, comme par réminiscence de son ancien état. Il se montra d'abord presqne aussi indolent que partout ailleurs ; mais peu à peu sa démarche devint plus assurée, ses mouvemens plus vifs. Il fut bientôt en état de rendre quelques services. L'amour-propre et l'émulation s'en mêlant, il se vanta de ponvoir mieux faire que le maître d'école nommé par l'administration, et en peu de temps il réussit au moins à l'égaler. Cet heureux changement fut soigneusement entretenn. On apprit qu'il savait un pen de musique, et, sans différer, on lui offrit la place de Nicolas P..., qui venait de partir. Il accepta et se livra avec ardeur à ses nouvelles attributions. Les soins de tous les instans que demandaient les malades qu'il était chargé de diriger, l'exercice et le travail continuels anxquels il se livrait, et sans doute aussi l'influence bienfaisante de la musique, tout contribua puissamment à améliorer son état. Plus lettré que son prédécesseur, meilleur musicien et doué d'une voix juste et agréable, il rendit de véritables services à cette institution naissante. M. Leuret profita de son zèle pour organiser des chants assez remarquables d'ensemble et de justesse. Il se trouva, parmi les malades, de belles voix qu'il ne fallut que cultiver et assouplir pour rendre agréables. On ne saurait croire tout le bien que de semblables exercices produisirent. particulièrement snr ceux qui y prirent part. Persuadé désormais de l'utilité et de l'importance de ses premiers essais, M. Leuret se fit aider par un de ses amis, M. Guerry, qui s'occupe depuis longtemps de recherches sur la statistique des aliénés. Sous sa direction, les malades parvinrent à apprendre quelques morceaux de cette belle musique religieuse, si bien faite pour donner de l'élévation et du calme à leurs idées, et préparer leur retour vers les sentimens affectifs. Deux mois plus tard, cinquante malades environ se rendirent à l'église de l'hospice dans un ordre parfait, et là, durant et après la messe, ils chantèrent quelques morceaux d'ensemble qui produisirent un effet auquel on aurait été loin de s'attendre, tant sur eux-mêmes que sur les assistans, malades comme eux, ou infirmes et indigens. C'était, en effet, une chose étrange et touchante à la fois, que d'entendre de pauvres aliénés chanter en chœur, et sans accompagnement, de belles strophes de Racine,

guérison a lieu à la fin du premier septenaire. (Délayans et diète pour tout traitement.)

Le plus jeune tombe malade de la même manière alors que l'aîné était encore au lit. Ces enfans vivaient ensemble, se touchant et s'embrassant par bravades et parce qu'on le leur défendait, mais ce contact n'a été pour rien dans le développement de la maladie du second; il a fallu une prédisposition que je ne puis expliquer, mais qui a été; car en même temps qu'eux vivaient dans le même appartement leurs trois petits cousins, de 4 à 8 ans, d'un tempérament et d'une constitution analogues, qui n'ont jamais voulu quitter leurs deux petits malades, ont joué autour d'eux, buvant les restes de leur tisane, et ces trois derniers n'ont rien eu. Il a donc fallu un mode d'influence plus large et plus profond que le contact pour déterminer l'invasion et le développement du mal chez le second enfant. Nous sommes donc en droit de conclure que dans cette épidémie il n'y eut rien de contagieux dans le mode de transmission de la maladie d'enfans à d'autres enfans.

PRONOSTIC ET TERMINAISON.

Toute épidémie a son pronostic: chaque malade dans une épidémie a le sien. Ainsi une épidémie a un cachet de malignité; une autre qui viendra avec des symptômes en apparence semblables sera, au contraire, d'un pronostic heureux. Une période même dans une épidémie pourra avoir un pronostic plus ou moins grave qu'une autre période de la même épidémie; tout médecin judicieux l'a remarqué.

L'épidémie que nous avons relatée offrit deux séries de malades: chez les uns le pronostic était toujours grave; chez les autres il était toujours favorable. Pour chaque malade en particulier, il fut toujours facile de reconnaître dès le principe à quelle série il allait appartenir. Toutes les fois que le sujet avait des symptômes prononcés d'ataxie, de stupeur, d'écoulement muco-purulent, naso-buccal, le pronostic était grave et promptement fâcheux. Mais les premiers symptômes passés, le premier septenaire écoulé, comme si la maladie eût perdu tout caractère de malignité, le pronostic cessait d'être fâcheux, et l'on pouvait toujours attendre un retour à la guérison.

Nous avons dit dans le principe comment la maladie se terminait; nous voulons ici citer deux exemples d'enfans qui, bien guéris de la miliaire épidémique, sont morts de maladies consécutives. Nous n'avons vu ces enfans que dans cette seconde maladie, nous ne décrirons point alors leur première affection.

FIÈVRE MILIAIRE GUÉRIE DANS LE DEUXIÈME SEPTENAIRE; OEDÈME CONSÉCUTIF A LA FACE ET AUX MEMBRES INFÉRIEURS; MORT EN QUATRE HEURES PAR UN OEDÈME DE LA GLOTTE.

Obs. XI. — Petite fille de 7 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution délicate, eut une fièvre miliaire qui n'offrit que peu de gravité, d'après ce que les parens m'ont répété. Au bout de dix jours l'enfant quitta le lit. Elle sortait depuis une semaine, malgré un œdème assez marqué à la face, aux paupières, aux jambes et aux pieds. L'appétit était bon, toutes les fonctions s'exécutaient bien. Le huitième jour de cette convalescence, elle reste dehors une partie de l'après-midi et par un temps pluvieux (fin août). A sept heures du soir, elle mange un quart de kilogramme d'un pain chaud, peu cuit, nommé gache dans le pays. Vers neuf heures du soir, elle se réveille en sursaut, se plaint d'altération et d'oppression vers le larynx et le haut de la poitrine; elle a la figure animée. L'altération continue, l'oppression augmente; l'enfant n'a ni vomissemens, ni selles, ni perte de connaissance. Je ne la vois qu'à une heure du matin, quatre heures après l'invasion de ces accidens: la petite est assise dans son lit, appuyée sur des oreillers, excessivement faible, mais avec toute son intelligence. La figure est très pâle, les paupières légèrement œdématiées, les yeux gros et égarés. Elle ne peut parler, mais fait signe qu'elle souffre au niveau du larynx, le long de la trachée artère et dans le haut de la poitrine. Elle porte souvent les mains au cou comme pour arracher ce qui l'étouffe et indique avec présence d'esprit ce qu'elle désire, comme boire, écarter ce qui l'oppresse, embrasser sa mère. La respiration est haletante, suffoquée, laryngo-trachéale. La petite fille ne peut tousser et semble chercher à rejeter quelque chose par l'expulsion. Elle boit encore assez facilement à petites gorgées. La peau est recouverte d'une sueur froide; le pouls est misérable. Comme elle est au dernier degré, je ne cherche pas à constater s'il y a de l'œdème au niveau de la glotte, et je prescris des sinapismes promenés sur le cou et la poitrine, un peu d'eau sucrée. Cette petite meurt une demi-heure après.

Il est très probable que l'enfant a succombé à un œdème de la glotte survenu brusquement; sans être liée intimement à la maladie qui a précédé, ne peut-on cependant admettre que la disposition épidémique aux angines et accidens bucco-pharyngés n'a pas été étrangère chez cette enfant à la production de l'œdème laryngé, comme l'éruption cutanée a pu aider au développement de l'œdème antérieur qui a été visible pendant plusieurs jours?

Voici le second exemple d'une maladie consécutive à la fièvre miliaire et qui a déterminé aussi la mort.

FIÈVRE MILIAIRE; GUÉRISON; HUIT JOURS APRÈS CROUP; MORT EN TROIS JOURS.

Obs. XII. — Petite M., âgée de 5 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, vivant sur le port et dans l'aisance, est prise d'une fièvre miliaire a la fin d'août et guérit en peu de temps. Depuis quatre à cinq jours, l'enfant toussait, mais elle avait conservé son appétit et toute sa gaîté quand le jour où l'on m'appelle elle éprouve une grande suffocation et un redoublement de toux.

La petite malade est assise dans son lit, appuyée sur des oreillers, la tête un peu renversée en arrière. Elle est très faible, pâle; les paupières légèrement œdématiées, les yeux égarés. L'intelligence est intacte, la voix éteinte et très couverte, la parole pénible. L'enfant se plaint de souffrir à la gorge et un peu dans le ventre. Elle a des crises très violentes de suffocation, où elle fait de larges efforts pour respirer; le larynx est en mouvement; la poitrine paraît vouloir se dilater et manquer d'air; la respiration est hâtée, bruyante; la toux est étouffée, couverte, sans expectoration. La peau est chaude, le pouls petit à 113, régulier. La langue blanchâtre, le fond de la bouche un peu rouge, ainsi que les amygdales qui paraissent légèrement tuméfiées; la déglutition est facile; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont engorgés, durs, sans sensibilité anormale.

(12 sangsues au niveau du larynx, 2 vésicatoires aux jambes, lavement laxatif, limonade.)

2e jour. Nuit mauvaise avec crises répétées où la suffocation habituelle devenait encore plus forte et faisait craindre de voir étouffer la malade. Après les crises, moment de calme, mais où la respiration est très gênée. Ce matin, la figure est pâle, la toux est rare, mais très couverte; la voix sourde, éteinte et difficile; la respiration haletante et bruyante; répugnance à boire, quoique la déglutition s'exécute bien. Le pouls petit, faible à 120. Deux évacuations alvines à la suite du lavement.

(5 centigrammes d'émétique dans 40 grammes de julep gommeux en trois fois, à un quart d'heure de distance entre chaque dose; vésicatoire au cou.)

L'enfant fait de violens efforts de vomissemens et rend à plusieurs reprises,

---

de Lamartine, ou de J.-B. Rousseau.

Ce résultat était bien fait pour engager M. Leuret à persister dans ses premières tentatives, et pour attirer l'attention sérieuse de l'administration. Plusieurs membres du conseil-général des hôpitaux allèrent à Bicêtre se convaincre par eux-mêmes de l'influence bienfaisante qu'en avaient ressentie les malades. Eclairé par eux, le conseil-général nomma un maître de musique, chargé de régulariser la nouvelle institution et d'en faire une véritable école de chant populaire. Il y a de cela trois ans environ. Depuis lors, l'école de Bicêtre n'a pas cessé de faire des progrès. Le personnel des chœurs s'est souvent renouvelé, et, grâce à l'activité de leur jeune professeur, élève distingué du Conservatoire, de nouveaux malades sont toujours venus remplacer ceux à qui l'état de leur santé permettait d'accorder leur sortie. Quelques-uns ont dû leur guérison uniquement à cette diversion salutaire donnée, souvent malgré eux, à leurs idées délirantes. Chez un plus grand nombre, la convalescence a été rendue plus courte, et surtout mise à l'abri de l'ennui, souvent si fâcheux, inséparable du séjour dans une maison d'aliénés. Enfin, pour tous, pour les incurables eux-mêmes, ces chants sont devenus la source de sensations agréables, qui, sans aucun doute, leur font oublier pendant quelques instans leurs douleurs, et les rendent aux douceurs de la vie sociale, perdues pour eux depuis si longtemps.

Disons encore quelques mots avant de finir de plusieurs améliorations moins importantes peut-être, mais très utiles pourtant, introduites par M. Leuret dans la manière de vivre habituelle de ses malades. Jusqu'à l'époque de sa nomination, les aliénés, toujours oisifs et désœuvrés, se couchaient à la nuit tombante, ce qui nuisait souvent à leur rétablissement; car ils avaient tout le temps pendant les longues nuits d'hiver de délirer à leur aise et de s'abandonner à leurs décevantes illusions. Aujourd'hui les heures de la veillée sont employées jusqu'à neuf heures du soir à des travaux utiles ou agréables, et c'est autant de gagné chaque jour sur la maladie. Le matin on se lève avec le jour en hiver et à six heures en été. Ceux des malades qui ne vont pas aux champs sont réunis immédiatement dans la cour de l'hospice et exercés à la marche, comme des soldats à l'exercice. « L'imitation, dit M. Leuret, est un levier si puissant, « même sur les hommes les plus paresseux et les plus obstinés, que j'en ai vu » plusieurs, parmi ces derniers, qui, se refusant d'abord à tout, ont cependant » consenti à marcher. C'est un commencement d'action méthodique, régulière, » raisonnable, et cette action conduit à d'autres. » Les marches et les évolutions qui se renouvellent plusieurs fois dans la journée, et auxquelles tous prennent part dans les intervalles du travail, sont commandées uniquement par des malades choisis parmi ceux qui font preuve d'intelligence et de bonne volonté. Ceux-ci sont l'objet de quelques faveurs destinées à encourager ceux de leurs camarades qui auraient quelque envie de les imiter. « A l'aide de » cette organisation quelque peu militaire, la visite des malades, qu'elle se fasse » dans les cours ou dans les salles, devient facile, et je puis chaque jour donner » au moins un coup d'œil aux aliénés incurables, réservant la plus grande par» tie de mon temps pour les aliénés soumis à un traitement actif. »

On s'était contenté jusqu'à ces dernières années de distribuer isolément à chaque aliéné la portion d'alimens qui lui était destinée, sans s'inquiéter aucunement de ce qu'il en faisait. Pour remédier à ce déplorable état de choses, M. Ferrus avait obtenu qu'on réunît les malades incurables à une table com-

dans la matinée, au milieu d'un mucus spumeux, des mucosités épaisses, blanchâtres, transparentes et très plastiques. Elle est plus calme après, moins oppressée, la voix moins éteinte et la figure moins décomposée. Le pouls reste à 120.

(10 sangsues sur les côtés du larynx, cataplasmes sinapisés aux pieds, lavement avec miel et mercuriale.)

Le soir, malgré les sangsues appliquées à midi et qui ont fourni largement du sang, l'oppression reparaît, les crises de suffocation sont plus fortes et plus répétées; je conseille encore l'émétique à la même dose, mais les parens négligent de le donner comme je l'ai prescrit, et l'enfant ne vomit point. La nuit est très mauvaise, et le matin l'enfant est à l'agonie, la respiration haletante et interrompue; elle s'éteint dans la journée.

Si j'ai rapporté aussi longuement cette observation, c'est que ne pouvant donner l'autopsie, j'ai dû relater les symptômes qui m'ont fait admettre un croup. Je ferai remarquer ici la succession de l'angine croupale à l'angine simple qui exista une dizaine de jours auparavant dans le moment de l'éruption miliaire. D'un autre côté, ce cas de croup fut entièrement isolé, et généralement le croup est endémique ou épidémique : or cet isolement disparaît du moment que l'on peut admettre un rapport de production commune entre ce cas et les cas d'angine gangréneuse que nous eûmes à traiter; et c'est ce qui me semble avoir eu lieu dans toutes ces observations; c'est une continuité d'influence maligne qui amène chez cette petite le croup, chez une autre la suppuration gangréneuse de l'arrière-bouche, chez le sujet de l'ob. 11 un simple œdème, toutes affections qui siégent au larynx ou dans des lieux voisins qui furent le siége des symptômes les plus constans dans le cours de l'épidémie, c'est-à-dire les angines et l'inflammation des ganglions lympathiques les plus rapprochés. Je n'insisterai point davantage, faute de preuves palpables sur la possibilité d'une cause commune dans la production de ces affections qui paraissent si différentes. Mais je terminerai en faisant au moins remarquer la coïncidence des angines simple, œdémateuse, pseudo-membraneuse et gangréneuse dans lesquelles on trouve un engorgement ganglionnaire commun, une affection cutanée commune, et cela surtout dans une épidémie non moins caractéristique par l'âge des sujets qui ont été frappés dans cette maladie régnante.

TRAITEMENT.

Chez les enfans atteints au plus haut degré de la maladie, toute médication fut inutile, et il en est ainsi trop souvent dans les épidémies où l'organisme paraît avoir ressenti une telle secousse dès le principe que rien ne saurait le rappeler à un état normal, soit que la maladie se développe avec trop de rapidité pour laisser le temps d'appliquer le remède et à celui-ci le temps d'agir, soit que la perturbation générale soit si grande que le principe de la vie est frappé de mort alors que l'organisme fonctionne encore, mais plus ou moins mal, sous les yeux du médecin.

ÉVACUATIONS SANGUINES. Chez quelques malades gravement compromis où la médication a eu le temps d'agir, nous voyons que les évacuations sanguines ont produit quelques bons résultats; mais l'âge des malades, l'extrême fréquence du pouls, sa petitesse et sa faiblesse indiquaient qu'il ne fallait y procéder qu'avec une grande parcimonie, d'autant plus que chez quelques-uns la perte du sang augmentait encore la prostration générale, la fréquence et la petitesse du pouls. Nous avons eu recours aux évacuations sanguines locales et d'ordinaire aux membres inférieurs, une, deux, rarement trois applications de sangsues, qui ont toujours fourni autant de sang que nous voulions en extraire; nous avons obtenu par ce moyen le double effet de dérivation et de spoliation; mais le premier nous était plus urgent, car il y avait un raptus très fort du sang vers les organes supérieurs du corps, les organes encéphaliques notamment. Quand la tête nous a paru trop congestionnée que les amygdales malades, la surdité et le travail de suppuration vers ces points, nous indiquaient de combattre directement ces symptômes, nous avons vu quelques bons résultats des sangsues en assez grand nombre aux apophyses mastoïdes ou sur le cou. En général, les piqûres ont fourni largement du sang, et c'est ce qui doit porter à recourir à ce moyen chez les enfans où l'organisation vasculaire est si riche, de préférence à la phlébotomie, d'autant plus qu'on est toujours libre d'arrêter l'écoulement quand on le juge convenable, tandis que par les saignées ordinaires la chose est impossible; car ce n'est souvent qu'à la fin de la saignée que les forces vitales se dépriment tout à fait; du reste, la dépression des forces vitales, l'extrême petitesse du pouls, et même la gravité spécifique de quelques symptômes (gangrène buccale, par exemple) nous firent rejeter de prime-abord les déplétions sanguines par la veine, et nous rendirent très réservés sur l'application des sangsues et quelquefois même nous en firent abstenir totalement.

VÉSICATOIRES. L'emploi des vésicatoires me paraît avoir eu un bon résultat; c'est surtout aux mollets que nous les appliquions dès l'abord; jamais je n'ai remarqué qu'ils aient produit une excitation fâcheuse pour le malade, et si on les applique successivement aux deux mollets on évite encore plus toute excitation consécutive. Ces vésicatoires agissent puissamment comme contre-stimulus dès que la peau rougit; puis les jours suivans, alors que la suppuration est établie, ils combattent efficacement une stimulation éloignée et l'empêchent surtout de se développer de nouveau dans le point primitivement malade ou de paraître dans un nouvel organe. Si le vésicatoire a échoué, c'était dans ces cas où la mort est arrivée rapidement, et alors tout autre moyen aurait échoué et a échoué malheureusement. Chez beaucoup d'autres malades, je me suis trouvé très bien de l'emploi prompt des vésicatoires, soit aux jambes, aux cuisses et même sur la nuque et la partie postérieure et inférieure du crâne. Du reste, je publierai dans quelques jours une suite d'observations où les vésicatoires ont produit des effets très remarquables.

PURGATIFS. Je dirai aussi que le calomel a réussi chez les six malades où je l'ai employé; chez tous, une ou deux fois seulement et à la dose de 3 à 8 décigrammes, suivant l'âge; je ne le donnerai point comme spécifique général dans cette affection puisque moi-même je n'y ai recouru, dans cette épidémie, que six fois; mais je saisis l'occasion de dire que chez tous les sujets et dans d'autres maladies et à d'autres époques où j'ai trouvé l'indication de m'en servir, j'en ai obtenu d'excellens résultats; c'est le purgatif dont j'use habituellement pour les enfans, notamment dans les affections encéphaliques, où il produit des résultats bien plus heureux que tout autre purgatif.

Je n'ai eu recours qu'une fois à l'émétique et encore il ne fit point vomir le malade (obs. 6) qui n'eut que quelques évacuations alvines; je ne dirai donc rien des vomitifs dans cette affection. Je ne fis rien en particulier pour obtenir des sueurs, parce que les crises favorables de la maladie ne paraissaient pas être de ce côté; d'ailleurs les autres voies de médication me paraissaient plus efficaces; ainsi les évacuations sanguines, les purgatifs et les vésicatoires. Je n'ai recouru aux opiacés et calmans

---

mune, où des infirmiers leur servaient leurs alimens dans des écuelles de bois. C'était déjà un progrès, mais c'était évidemment trop peu. M. Leuret, toujours secondé par le bon vouloir de l'administration, voulut de son côté établir un réfectoire pour les aliénés en traitement. Quatre-vingts de ces malades furent d'abord désignés pour y être admis. Ils furent divisés par séries de dix individus, parmi lesquels on choisit un chef chargé de réunir ses commensaux, de les conduire à la salle à manger, de veiller à ce que chacun en entrant se découvrît et se lavât les mains, de faire enfin les honneurs de la table commune. M. Leuret ne craignit de mettre entre leurs mains des couteaux, des fourchettes et des assiettes en faïence, en prenant toutefois ses précautions pour connaître immédiatement celui qui les emporterait au dehors. « Dès la première » fois tout s'est passé en ordre, et depuis lors c'est une faveur à accorder aux » aliénés que de les faire manger au réfectoire, et cette faveur tourne au profit » de leur guérison. Je n'ai admis à la table des aliénés aucun infirmier; je n'ai » pas voulu non plus que les portions fussent coupées à l'avance, parce que » j'ai tenu à ce que tout se fît sans autorité apparente, et en éloignant autant » que possible ce qui rappelle l'hôpital. Chaque chef de table doit savoir les » noms de ses commensaux, veiller à ce que chacun d'eux soit bien servi, et les » traiter comme s'il les eût invités à manger chez lui. » Le temps a permis de généraliser ce qui d'abord n'était qu'une exception; et déjà depuis plusieurs mois tous les malades valides du service de M. Leuret mangent en commun.

Telles sont les améliorations successives qu'à force de temps, de patience, de fermeté et d'énergie M. Leuret est parvenu à introduire à Bicêtre dans le service confié à ses soins. Pinel et Esquirol regardaient une bonne organisation intérieure des maisons d'aliénés comme l'adjuvant le plus précieux et le plus indispensable de tout traitement. Le médecin actuel de Bicêtre, vivement pénétré de l'importance de ces idées, a su les réaliser bien au-delà des espérances que ces hommes illustres osaient concevoir. Est-ce à dire pour cela qu'il ne reste plus rien à faire? Non, sans doute. Il n'y a rien de parfait sous le ciel, et c'est le propre de toutes les institutions humaines de marcher avec le temps de progrès en progrès. L'organisation matérielle de la maison exige encore de nombreuses réformes. Il reste surtout à améliorer le régime hygiénique des malades, à obtenir pour eux des vêtemens plus convenables, de meilleur linge et en quantité suffisante. Depuis quelques années, leur nombre s'est considérablement accru à Bicêtre et à la Salpêtrière, comme dans tous les lieux où on a élevé des asiles convenables. Il en sera ainsi longtemps encore, parce que les familles ne garderont plus leurs malades près d'elles, à mesure qu'elles acquerront la conviction qu'on ne les traite plus comme des criminels ou des animaux immondes. Ce mouvement, dû incontestablement aux nombreuses améliorations que nous avons essayé de faire connaître, s'est surtout fait sentir à Paris. Aussi les bâtimens destinés à recevoir les aliénés sont-ils tout à fait insuffisans. Dans beaucoup de salles ces malheureux sont entassés les uns sur les autres; l'air, le premier de tous les alimens et le plus indispensable à la vie, manque presque complètement à leurs poitrines, où ne leur arrive que vicié par des émanations malfaisantes.

Mais ce sont là des questions de temps et d'argent, dans lesquelles les médecins ne peuvent malheureusement pas grand'chose. En attendant qu'il plaise à l'administration des hôpitaux de faire droit à ses justes réclamations, M. Leuret a fait à Bicêtre tout ce qui était humainement possible pour adoucir le

que sur le sujet de l'obs. 1re. Ils ont eu un fort bon résultat; je ne trouvai point à les appliquer de nouveau.

J'ai eu de bons effets de l'application pendant vingt-quatre heures de suite de cataplasmes légèrement sinapisés sur les pieds et le bas des jambes; j'use aussi dans ces cas des cataplasmes émolliens de farine de lin changés toutes les six heures et appliqués sur le ventre. Je ne dirai rien des réfrigérans sur la tête; car je ne les ai employés qu'une fois et chez une petite malade (obs. 7) qui était dans un état désespéré. Pour le traitement des symptômes gangréneux, je ne pus que pallier la plupart de ceux-ci avec des gargarismes acidulés de quelques gouttes d'acide hydrochlorique avec l'eau de chaux chlorurée.

Enfin, je m'en suis tenu, dans les cas les moins fâcheux et qui étaient aussi les plus nombreux, aux délayans sous toutes les formes, limonade, eau sucrée, eau et lait, lavemeus avec eau de guimauve, avec eau et lait, avec ou sans miel et mercuriale, cataplasmes émolliens sur le ventre, sur le cou, quelques vésicatoires aux jambes, et chez plusieurs un simple régime diététique.

Avant de clore cet article, je dirai qu'il est difficile de se régler dans le traitement d'une épidémie sur le traitement suivi dans une épidémie semblable à une autre époque; car souvent il faut modifier et même changer totalement la médication suivie, et de plus il est très rare de trouver le vrai traitement spécifique d'une épidémie; c'est surtout à l'hygiène qu'il est nécessaire de recourir pour prévenir beaucoup de ces maladies, et quand on a à les traiter il faut le faire suivant les symptômes, et toujours suivant le cachet de spécialité du mal dans le moment; ainsi les calmans dans une épidémie, les sudorifiques et les purgatifs dans une autre; recourir dans l'une aux évacuations sanguines avec autant de largesse qu'il faut éviter avec soins ces évacuations dans une autre. Alors l'expérience médicale sert puissamment et le tact propre du médecin sert tout autant.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX MENSUELS ANGLAIS.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

II. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Le numéro de juillet comprend les travaux originaux suivans : 1° *Sur l'hydrocéphale qui arrive à une époque particulière de la vie;* par M. Kennedy. 2° *Résumé statistique de l'hôpital occidental pour les femmes en couches, dans les années 1841-1842;* par M. Churchill. 3° *Observations de morve aiguë chez l'homme;* par M. Hamerton. 4° *Sur la chute du rectum;* par M. H. Cormac. 5° *Sur le diagnostic de certaines maladies des valvules du cœur;* par M. O'Ferrall. 6° *Sur une maladie particulière de l'estomac, caractérisée par des régurgitations sans nausées;* par M. Heury Marsh. 7° *Observation d'anévrisme poplité guéri par la compression sur l'artère fémorale;* par M. Bellingham.

De l'hydrocéphale observée a une époque particulière de la vie; par le docteur Kennedy.

La maladie dont il est question dans ce travail paraît avoir été observée fréquemment par l'auteur (plus de 30 fois), de 12 à 25 ans, et serait, pour cette époque de la vie, ce qu'est l'hydrocéphale aiguë chez l'enfant, présentant une marche analogue, des phénomènes morbides semblables, et à peu près les mêmes lésions. Cependant, comme l'auteur se borne à donner une description générale de cette maladie, sans en citer même un seul cas, il nous serait difficile de nous prononcer sur ce rapprochement; aussi aimons-nous mieux reproduire les propositions suivantes, par lesquelles l'auteur termine cette description, que d'en donner une analyse nécessairement très imparfaite.

1° Cette maladie, qui offre les caractères de l'hydrocéphale aiguë, et qu'on observe assez fréquemment entre les âges de 12 ans à 25, est plus commune chez les femmes que chez les hommes, et dans la proportion de 2 à 1.

2° Dans le plus grand nombre des cas, elle débute par des accidens fébriles peu intenses qui continuent sans aucun changement pendant dix, douze et quatorze jours; dans quelques autres, au contraire, par une douleur de tête qui n'empêche pas le malade de continuer ses occupations.

3° Quand la fièvre vient dès le début de la maladie, c'est ordinairement le soir qu'elle commence, et il en est de même de tous les symptômes fâcheux.

4° Le pouls offre, pendant toute la durée de la maladie, les caractères de l'hydrocéphale, et à un degré très prononcé.

5° Divers troubles de la vue, et le strabisme surtout, sont parmi les premiers phénomènes qui caractérisent la maladie, et annoncent un état grave.

6° Les lésions occupent le plus souvent l'arachnoïde de la base du crâne, et sont compliquées d'un épanchement plus ou moins abondant dans les ventricules.

7° Plusieurs motifs portent à croire que l'inflammation est spécifique, et probablement se lie aux scrofules.

8° Le traitement est fort obscur, fort difficile, et les saignées locales, les mercuriaux et les vésicatoires sont les moyens qui paraissent le mieux indiqués.

Résumé statistique de l'hôpital occidental pour les femmes en couche, dans les années 1841-1842; par M. Churchill.

L'hôpital a reçu pendant ces dernières années 1506 femmes enceintes; mais l'auteur voulant ne faire porter son relevé que sur des faits très exactement observés, n'en porte ici en compte que 1206. Les deux tableaux suivans donnant une idée nette de la durée comparative de plusieurs des temps du travail, seront consultés avec intérêt.

On a noté dans 981 cas l'espace écoulé entre le commencement du travail jusqu'à la rupture des membranes. Ce temps a été :

---

sort des aliénés. De plus, encouragé dans ses idées de réforme par des succès nombreux et souvent inattendus, il a fondé pour les malades riches un établissement particulier considérable. On comprendra sans peine que, dégagé de toutes les entraves qu'il avait rencontrées à l'hospice des pauvres, secondé d'ailleurs par une position magnifique dans le voisinage du Champ-de-Mars, et par une étendue de terrain considérable, le médecin de Bicêtre a pu réunir dans cet établissement toutes les conditions de ce régime moral qui, à lui seul, est souvent tout le traitement. Les réformes nombreuses qui restent encore à faire à Bicêtre ont été d'ailleurs énergiquement signalées à l'autorité compétente par le rapport de la commission médicale. Espérons qu'ayant longtemps il sera fait droit à des réclamations aussi fondées, et que bientôt cet hospice sera cité, sous tous les rapports, comme un des meilleurs établissements publics que nous ayons à Paris et dans le reste de la France.

Chez 167	femmes d'environ	2 heures.
335	entre	2 et 6 heures.
165		6 10 —
113		10 14 —
71		14 18 —
33		18 22 —
46		22 26 —
23		26 30 —
8		30 38 —
9		38 40 —
4	d'environ	50 —
2		60 —
4		70 —
3		80 —
1		105 —

Dans 812 cas où l'on a tenu compte de l'espace de temps qui s'est passé entre la rupture des membranes et la naissance de l'enfant, ce temps a été :

Chez 396	femmes d'environ	1 heure.
142		2 —
120		4 —
50		6 —
34		8 —
17		10 —
26		15 —
11		20 —
9		28 —
4		35 —
1		40 —
1		50 —
1		120 —

On a eu recours à la version 6 fois, au forceps 8 fois, à l'usage du perforateur 8 fois,

Sur 1463 femmes, cinq sont mortes, c'est-à-dire 1 sur 292. Une maladie de foie, une affection du cœur, une hémorrhagie *inévitable* (sic !), une phlébite utérine et une rupture de l'utérus, telles ont été, dans ces 5 cas, les causes de la fatale terminaison.

OBSERVATIONS DE MORVE AIGUË CHEZ L'HOMME, TERMINÉE PAR LA MORT ; par le docteur HAMERTON.

Tous les pays fournissent successivement leur tribut à l'étude de la morve chez l'homme. Ici, c'est le tour de l'Irlande, et, malgré les différences qui résultent de la mauvaise nourriture, de la malpropreté et de la misère des pauvres Irlandais, dans les trois cas rapportés par le docteur Hamerton, et dont il fait un bien triste tableau, la morve présente les mêmes caractères, la même marche, les mêmes symptômes et aussi la même mortalité. Chez aucun des sujets de ces trois observations on n'a constaté de plaies ou déchirures sur les mains ou autres parties du corps, qui eussent pu transmettre à l'intérieur la matière de la contagion ; mais, suivant l'auteur, les paysans irlandais portent si souvent de profondes crevasses aux mains, et vivent dans une telle insouciance de tous les soins de propreté, qu'il est toujours facile de se rendre compte, chez eux, de la transmission de cette affection si funeste.

Les trois sujets étaient âgés de 43, 56 et 63 ans, et étaient tous chargés, non seulement de conduire, mais encore de panser des chevaux morveux ; la maladie ne dura que 13, 16 et 17 jours. Du liquide pris sur une pustule que présentait à la face l'un de ces malades ayant été inoculé sur la muqueuse nasale d'un âne, dès le lendemain de l'inoculation l'animal parut lourd, sa respiration devint fréquente et haletante, il perdit l'appétit. Le troisième jour, il y avait du gonflement aux ailes du nez et à la lèvre supérieure ; le quatrième jour, des phlyctènes apparaissaient sur la lèvre ; un écoulement abondant se faisait par les narines ; la tête était énormément tuméfiée, et la mort arrivait du quatrième au cinquième jour.

SUR LA CHUTE DU RECTUM ; par M. CORMAC.

M. Cormac avait à traiter un enfant d'un an, affecté de prolapsus du rectum. A chaque selle, l'intestin sortait, et la réduction ne s'en opérait pas toujours sans difficultés. Après avoir essayé infructueusement beaucoup de moyens, M. Cormac, réfléchissant à l'efficacité du procédé de Dupuytren, pensa que l'on arriverait au même résultat en faisant serrer le pourtour de l'anus avec les doigts chaque fois que l'enfant irait à la garderobe. La mère, qui comprit parfaitement cette manœuvre, l'appliqua dès le jour même. A la première selle, l'enfant éprouva quelque peine pour l'excrétion des fèces, mais cependant elles sortirent sans que l'intestin les accompagnât. La même précaution a toujours été fidèlement observée ; et depuis un mois qu'on y a recours, l'accident ne s'est pas reproduit.

C'est effectivement en vertu de son analogie avec le procédé par *excision des plis rayonnés*, que le moyen de M. Cormac a réussi. Seulement, moins actif que lui, il semble, *à fortiori*, passible des mêmes objections. Il resterait donc insuffisant dans une foule de cas, dans ceux notamment où le prolapsus serait constitué par une portion considérable de l'intestin.

DU DIAGNOSTIC DE CERTAINES MALADIES DES VALVULES DU CŒUR ; par le docteur O'FERRAL.

Pour faire comprendre complètement cette intéressante communication, il conviendrait peut-être d'analyser les quatre observations qu'elle contient et les réflexions dont l'auteur les a accompagnées ; mais nous préférons, pour abréger, rapporter d'abord les conclusions que l'auteur a tirées lui-même de ces observations, à l'appui desquelles nous résumerons les preuves fournies par ces dernières.

1° Les altérations de la valvule mitrale qui produisent le reflux du sang déterminent la production d'un murmure persistant qui s'entend avec le premier bruit.

2° La disparition de ce murmure n'en diminue en rien la valeur comme signe, et n'est point une preuve qu'il y ait eu erreur dans le diagnostic à l'époque où il a été porté.

3° Cette disparition coïncidant avec la permanence des symptômes généraux de la maladie du cœur est une preuve rationnelle que l'orifice s'est contracté à un degré proportionné au raccourcissement antérieur de la valvule.

4° Le rétrécissement de l'orifice sans complication ne détermine pas nécessairement la production d'un murmure.

5° La présence d'un murmure ne suffit pas, comme l'ont dit quelques auteurs, pour distinguer les symptômes généraux d'une maladie de la valvule mitrale de ceux d'un ramollissement.

6° Pour que le diagnostic soit fondé, il faut avoir constaté, par l'observation, qu'il y avait, à une époque antérieure, en même temps que les autres symptômes de la maladie, un bruit de souffle prononcé avec le premier bruit.

Voici maintenant les preuves et les explications apportées à l'appui de ces propositions.

La première repose sur la première observation, que nous résumerions ainsi : *Raccourcissement de la valvule mitrale, sans rétrécissement de l'orifice ; reflux du sang dans l'oreillette ; bruit de souffle ou murmure avec le premier bruit.* L'auteur rattache donc ici le souffle du premier temps au raccourcissement de la valvule, sans rétrécissement de l'orifice correspondant, ou, en d'autres termes, à l'insuffisance.

Dans les trois observations suivantes, la maladie avait fait plus de progrès ; car non seulement on trouva à l'autopsie le raccourcissement de la valvule mitrale, mais encore un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant. Or, les sujets de ces trois cas avaient été observés pendant longtemps et dans ce qu'on pourrait appeler la première période de la maladie ; on avait prétendu, comme chez le sujet de la première observation, un bruit de soufflet au premier bruit du cœur, avec les phénomènes généraux des maladies du cœur ; puis, dans la seconde période, on avait vu le bruit de soufflet ou de râpe diminuer graduellement et même disparaître complètement, tandis que les phénomènes généraux de la maladie s'aggravaient et avaient même fini par amener la mort, et, à l'autopsie, on trouvait dans les trois cas, non seulement la valvule mitrale altérée, raccourcie, mais l'orifice correspondant, rétréci, au point que l'insuffisance avait disparu. Ainsi, pendant que le bruit produit par l'insuffisance, ou plutôt par le reflux du sang, avait disparu avec cette insuffisance, le rétrécissement de l'orifice augmentait la gêne de la circulation, aggravait les symptômes généraux et amenait la mort à une époque plus ou moins éloignée.

Cette manière de voir, bien qu'opposée à certaines opinions généralement admises, nous semble mériter une sérieuse attention ; mais elle exige, pour être contrôlée d'une manière convenable, qu'on apporte plus d'attention qu'on ne le fait ordinairement dans l'examen des rapports de la valvule mitrale avec l'orifice correspondant, et que les malades soient suivis pendant les deux périodes que nous venons de tracer.

SUR UN ÉTAT MORBIDE DE L'ESTOMAC CARACTÉRISÉ PAR LE REJET, SANS NAUSÉES, DES MATIÈRES QU'IL CONTIENT ; par sir HENRI MARSH.

C'est du mérycisme qu'il est question dans ce travail, et qui, désigné sous le nom de rumination chez les animaux, où il est normal, se présente quelquefois chez l'homme, sans aucun autre trouble dans la santé ; mais

se lie sonvent à qnelque désnrdre fnnctionnel, aux lnngues inquiétudes, aux habitudes studieuses et sédentaires, à la manie d'avaler les alimens sans les avoir soumis à une mastication et à nne salivatinn suffisantes; enfin, à une fonle d'autres conditions où l'nn ne pourrait pas dire qu'il y a maladie, et où pourtant la santé n'est pas parfaite. L'auteur cite, dans ce mémoire, un certain nombre de cas de divers genres. et qui n'nffrent d'intérêt que par la variété des moyens employés pour les combattre et la diversité des canses auxquelles se liaient les accidens nbservés. Or, comme on ne peut tirer de ces faits aucune vue générale, ni aucun précepte particulier, nous ne pouvons que renvoyer à l'original le lecteur curieux de ces sortes de faits.

OBSERVATION D'ANÉVRISME POPLITÉ GUÉRI PAR LA COMPRESSION SUR L'ARTÈRE FÉMORALE; par M. BELLINGHAM.

L'opinion régnante an sujet dn traitement des anévrismes n'accorde à la compression sur un point du vaisseau malade que peu de valeur. On pent même dire qne la plupart des chirurgiens ne reconrent à ce moyen qn'en cas de refus de la part des malades de se sonmettre à la ligature. On allègue surtout contre son emploi la lnngueur el les snuffrances inévitables de son applicatinn, l'incertitude et le peu de solidité de la cure. Malgré les exemples nombreux qui appnient une pareille manière de voir, l'observation suivante pourrait bien contribner à faire remettre la qnestion en litige. Ce sera, du moins, nn exemple bien authentiqne de succès obtenn sans les lenteurs et les douleurs qui accompagnent ordinairement ce procédé : sous le rapport de la prnmptitude de la guérison, nnus n'en connaissons point qui puisse lui être comparés.

OBS. James Hayden, âgé de 32 ans, fnt reçu le 23 mars 1843, à l'hôp'tal de Saint-Vincent pour un anévrisme poplité droit. La tumeur, développée spontanément depuis trois mois, occupait tout le jarret. Son diamètre était de près de trois pouces. Pulsations fortes, cessant par la compression de la fémorale. Bruit de soufflet, perceptible avec le sthéloscope. Engourdissement vers le bas de la jambe; douleurs se manifestant dans les monvemens d'extension du membre. Santé généralement bonne.

Dans une consultation tenue entre MM. Cusack, Hutton et l'auteur, on résolut d'essayer la compression. On appliqua donc, le 3 avril, un tourniquet sur l'artère, au niveau de la branche du pubis. La vis étant serrée, les pulsations disparurent dans la tumeur, el les artères circonflexe iliaque et épigastrique parurent, sous le doigt, battre plus forlement. Cependant la douleur causée par cet appareil força de le relâcher le lendemain matin. D'ailleurs, la pelotte, trop mobile, ne permettait pas une compression permanente. Aussitôt après qu'il eut été ôté, les battemens revinrent.

Le 6 avril, à onze heures et demie, la rongeur et la tuméfaction du membre causées par ce premier essai étant dissipées, on réappliqua au même endroit l'instrument modifié. Comme la première fois, il détermina une coloration brune de la peau avec nn neu d'enflure. Le membre devint engourdi et froid; les veines superficielles dilatées. Les pulsations cessérent dans la poche anévrismale. Le malade resta couché sur le dos jusqu'à six heures du soir. Alors ne pouvant supporter plus longtemps la douleur de l'appareil, il se retourna et fut agréablement surpris de sentir que la tumeur ne battait plus, quoique la pelotte ne suspendît plus en totalité le cours du sang dans le vaisseau. Il garda cette attitude jusqu'à minuit, et en relâchant alors la vis, il s'aperçut que, malgré cela, les pulsations n'existaient plus au jarret. Il replaça cependant le tourniquet jusqu'à quatre heures du matin. Examinée à sept heures, la tumeur ne battait plus; le membre avait recouvré son état naturel. On fit rester le malade au lit, et on continua sur l'artère une compression modérée jusqu'au 11 avril. La tumeur, à cette époque, était devenue beaucoup plus petite, dure, solide; il n'existait plus ni donleurs, ni engourdissement du membre. Les battemens des artères du genou étaient sensibles à l'œil. Quant à la crurale, elle avait perdu les siens à partir du bord inférieur de l'ouverture du triceps.

Le 22 avril, même état; réduction progressive du volume de la tumeur. On ne peut découvrir de battement dans l'artère tibiale antérieure, sur le dos du pied.

On ne permit an malade de se lever qne vers le milieu de mai. Il sortit enfin le 15 juin de l'hôpital, où il avait été gardé jusque-là plutôt pour bien constater sa guérison que par nécessité.

Le malade, dans le cours de ce traitement, fut tenu à nn régime sévère. Il subit aussi nne saignée, et fnt mis à l'usage de la digitale et de la jusquiame.

Huit henres de compression environ nnt suffi dans ce cas pour suspendre définitivement les battemens de la tumeur !

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JANVIER.

ZOOLOGIE.

M. MILNE EDWARDS, au nom de MM. Duméril, Isidore-Geoffroy St-Hilaire et au sien, fait un rapport très étendn et extrêmement favorable sur une série de mémoires de M. Quatrefages, relatifs à l'organisation de divers animaux sans vertèbres des côtes de la Manche. Les commissaires proposent d'insérer les mémoires de M. Quatrefages dans le recueil des mémoires étrangers et d'adopter les mesnres nécessaires pour mettre ce savant à même de faire les mêmes recherches sur les côtes de la Méditerranée.

L'Académie adopte ces conclusions.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. CORNAY (de Rochefort) adresse à l'Académie deux mémoires, l'un sur l'hypertrophie de la rate dans la fièvre intermittente, l'antre sur la topographie médicale de Rochefort et de ses environs. Ce dernier mémoire a plus spécialement pour objet l'étude des sources des miasmes qui occasionent les typhus et les fièvres intermittentes à Rochefort.

Ces deux mémoires sont les mêmes que M. Cornay a adressés récemment à l'Académie de médecine. (Voir séance du 2 janvier.)

NOUVELLE CLASSIFICATION DES OISEAUX.

Le même, M. CORNAY, adresse en même temps un travail intitulé : APERÇU D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION DES OISEAUX, FONDÉE SUR DES CONSIDÉRATIONS TIRÉES DE L'OS PALATIN.

Suivant l'auteur, l'os palalin serait, plus que tont antre, propre à servir de base à une classification.

Les caractères tirés du bec et des pattes ne seraient que des caractères secondaires.

DE LA FORMATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION ET DU SANG DANS LES ANIMAUX VERTÉBRÉS, par MM. PRÉVOST et LEBERT.

MM. PRÉVOST et LEBERT, docteurs en médecine, adressent un mémoire sous le titre qui précède. Des observations qui y sont exposées, résultent les faits suivans :

1° La vésicule germinative se voit de bonne heure dans l'ovule de la grenouille; elle disparaît après la fécondation.

2° Les élémens qui constituent l'œuf non fructifié se forment de la manière suivante : l'ovule peu avancé contient des vésicules à noyaux; l'enveloppe et le contenu celluleux de ces vésicules se transforment en granules et en petits globules qui forment des agglomérations, soit entr'eux, soit autour des noyaux développés qui, à leur tour, se sont transformés en globules diaphanes. Ces agminations s'entourent pour la plupart de membranes d'enveloppe, et ainsi se forment les globules vitellins. L'œuf, parvenu à sa maturité, est donc composé de granules, de petits globules d'agminations grouppées en partie autour de vésicules diaphanes et de globules vitellins, contenant tous ces élémens qui entourent la vésicule germinative.

3° L'œuf fructifié contient les élémens suivans : *a* des granules de 0,0012 — 0,0025 millim.; *b* des globules primitifs aplatis, d'une forme oblongue de 0,0087 — 0,01 millim de longueur, sur 0,005 — 0,0062 de largeur; *c* des grands globules de 0,05 — 0,0875 et au-delà, formés de granules et de globules primitifs, groupés autour d'un noyau diaphane de 0,025 à 0,03; ce sont les globules du vitellus, correspondant aux globules du jaune de l'œuf de l'oiseau. Un certain nombre de ces globules n'ont point de membranes d'enveloppes. *d* des globules granuleux de 0,0125 — 0,025. *e* des globules 0,02 — 0,03 contenant des granules en mouvement moléculaire dans leur intérieur, des petits globules et un noyau diaphane de 0,0125 — 0,015. Ces globules que nous appelons organo-plastiques, constituent la base de la première formation du sang, de tous les tissus et de tous les organes.

4° La séparation des élémens de l'œuf en globules vitellins et en globules organo-plastiques, est un des premiers effets de la fécondation.

5° La membrane d'enveloppe de l'embryon est formée à sa partie interne de globules organo-plastiques aplatis par suite de l'expansion de l'œuf, qui est la conséquence du développement. Ces globules renferment de très bonne heure, des granules pigmentaires.

6° L'embryon de la grenouille offre sur toute la surface du corps des cils vibratils qui ne sont pas des appendices de cellules épithéliales. On les observe encore chez des embryons d'un centimètre de longueur.

7° Le pigment se forme dans des globules organo-plastiques. Dans la choroïde, dans laquelle il est d'un bleu noirâtre, les globules gardent leur forme à peu prés régulière; dans la peau les globules qui renferment le pigment prennent une forme irréguliére et aplatie avec des prolongemens latéraux qui, plus tard, offrent tout à fait un aspect étoilé et ensuite une disposition frangée; ils continuent à communiquer les uns avec les autres, au moyen de canaux, et ainsi se forment les réseaux pigmentaires.

8° Les muscles du mouvement volontaire se développent chez les batraciens avant celui des organes de la circulation. Ils tirent leur origine de globules organo-plastiques, qui s'allongent et se groupent par faisceaux; leur contenu granuleux et vésiculaire se transforme en fibres primitives.

9° La corde dorsale se forme de noyaux des globules organo-plastiques. Les vésicules diaphanes grandissent en absorbant les granules et les globules primitifs qui les entourent. Dans quelques reptiles, dans les larves de Triton entr'autres, il se forme des noyaux dans l'intérieur de ces grandes cellules. Le long de la corde dorsale, on voit un bord composé de petites vésicules diaphanes et de granules qui se prolongent entre les plaques vertébrales. Il paraît unir ces dernières à la corde elle-même et former ainsi peut-être un commencement de cartilage.

10° Les globules du sang constituent une transformation directe des globules organo-plastiques. Ces derniers se dépouillent d'abord d'une partie de leur contenu granuleux et vésiculaire ; ceux de ces élémens qui restent dans leur intérieur prennent une teinte jaunâtre, ensuite ces globules deviennent ellipsoïdes. Les petits globules en paillette disparaissent avant les grands, et à mesure que ces derniers diminuent, la teinte jaune devient rougeâtre et uniforme dans tout le globule.

11° Le cœur ne se forme dans les batraciens qu'après que les organes du mouvement volontaire ont acquis un certain degré de développement. Il est d'abord constitué par un canal renflé dans son milieu, placé à la jonction de la partie vitelline et organique avec la partie animale de l'embryon. Les premiers mouvemens ne sont que des oscillations faibles et des contractions comme péristaltiques. Bientôt se voit la séparation de l'oreillette et du ventricule ; plus tard, le bulbe de l'aorte devient distinct, et lorsque toutes les parties sont bien marquées la pointe du cœur prend la forme qu'elle doit garder. Les mouvemens sont devenus de plus en plus énergiques et réguliers ; le péricarde a entouré le cœur dès la première démarcation de l'oreillette et du ventricule.

12° La substance musculaire du cœur était d'abord formée par des globules organo-plastiques intacts ; ensuite leurs parois ont en partie disparu, leur contenu a constitué une substance intermédiaire granuleuse, leurs noyaux se sont alongés et ont passé par l'état de corpuscules fusiformes à deux ou cylindres arrondis, dans l'intérieur desquels se forment plus tard les fibres primitives dès que la substance du cœur a acquis quelque solidité. On y reconnaît des vaisseaux qui président à sa nutrition et à son accroissement.

13° Les branchies paraissent d'abord comme de simples bourrelets entre les fentes branchiales ; ensuite elles sont régulièrement trilobées, et après avoir pénétré les tégumens chaque lobe se subdivise en trois lobules alongés ; leur surface est garnie de cils vibratiles, leur substance est formée dans le principe de globules organo-plastiques qui, au moment de l'établissement de la première circulation, se groupent et s'écartent d'une manière très régulière.

14° Il est probable que les premiers vaisseaux se forment dans une membrane hémoplastique ou dans quelque chose d'analogue, se répandant depuis le cœur dans toutes les parties dans lesquelles la première circulation s'établit.

15° La circulation dans le crochet des larves de Triton, très simple, vu que l'artère se replie directement en une veine, cesse, ainsi que celle des branchies, par retrait et par disparition des vaisseaux, ce qui amène l'atrophie et la flétrissure de cet organe.

16° La première circulation fœtale complète dans les batraciens est, en peu de mots, la suivante : le sang veineux, passant de l'oreillette dans le ventricule, se répand par le bulbe de l'aorte dans les branchies, donnant cependant des vaisseaux aussi à d'autres parties qu'à ces organes respiratoires ; ce sang veineux devient artériel dans les branchies et retourne en bonne partie, après avoir donné aussi des branches à diverses parties ambiantes, de chaque côté dans un tronc qui aboutit à l'aorte ; de là le sang parcourt toutes les parties du corps et revient à l'oreillette par les gros troncs veineux.

17° Le cœur, pendant la contraction, diminue d'un tiers de son diamètre ; sa contraction est aussi visible dans le bulbe de l'aorte.

18° Les capillaires se forment toujours d'une manière centrifuge, et toujours sous l'influence de la circulation générale. Ce sont des arcs secondaires, tertiaires, et ainsi de suite, qui vont d'une artériole à une petite veine.

19° L'observation démontre l'existence de capillaires trop petits pour permettre le passage des globules sanguins ; dans d'autres, un peu plus grands, on voit tantôt passer du sang qui contient des globules, tantôt un liquide incolore qui n'en renferme point.

20° Les deux plus grands avantages des études embryologiques dans les batraciens consistent : 1° dans le grand diamètre de leurs globules organo-plastiques qui permet de saisir tous les détails de leur transformation ; et 2° dans le développement complet de la circulation branchiale, qui rend compte de l'état rudimentaire de ce genre de circulation dans l'embryon de l'oiseau et dans celui des mammifères ; elle est en même temps très instructive pour comprendre la formation et la structure des poumons de l'embryon et de l'adulte.

ERGOTISME.

M. Bonjean (de Chambéry) adresse une note relative à un cas d'ergotisme convulsif causé par l'usage du pain ergoté.

Dans sa précédente communication à l'Académie, M. Bonjean annonçait que des expériences faites sur des animaux l'autorisaient à conclure que l'ergot était moins dangereux en pain qu'en poudre, et que la chaleur jointe à la fermentation, loin d'augmenter les vertus toxiques de ce sclerotium, comme le prétendent tous les auteurs qui ont écrit jusqu'ici sur ce sujet, les atténuait au contraire d'une manière plus ou moins sensible. Il apporte aujourd'hui un nouveau fait à l'appui de cette opinion. Voici en quoi il se résume :

Une famille composée de 9 personnes mangea 18 livres de pain, dans lequel il entrait une proportion considérable de seigle ergoté. Chacun des membres de cette famille mangea, terme moyen, en trois jours, près de 4 onces 1/2 de seigle ergoté. Ils ont tous éprouvé des accidens convulsifs et d'autre nature, plus ou moins graves ; mais aucun d'eux n'a succombé. Il est impossible, d'après M. Bonjean, de ne pas admettre l'influence de la chaleur et de la fermentation panaire sur le principe toxique de l'ergot. Plus de quarante expériences faites sur divers animaux lui permettent d'avancer que la même quantité de seigle ergoté prise en nature n'aurait pas laissé vivant un seul des membres de cette famille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

LÉGISLATION SANITAIRE.

M. Boudin, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire du lazaret de Marseille, adresse la lettre suivante :

Dans la discussion qui s'est élevée récemment au sujet de la réforme de notre système sanitaire, plusieurs médecins ont semblé prendre parti pour ou contre cette mesure, selon leur opinion sur la durée de l'incubation de la peste. Mais l'opportunité de la réforme dont il s'agit est-elle réellement subordonnée à une question de durée d'incubation? Je ne le pense pas.

Et d'abord, la période d'incubation de la peste est-elle toujours moindre de neuf jours? Diemerbroeck était disposé à adopter cette opinion de son temps si l'expérience ne lui eût démontré le contraire : « *Nisi experientia me aliud docuisset.* » Voici un fait rapporté par cet observateur :

« Pendant la grande peste de Nimègue, un nommé Van Dans envoie deux de ses enfans à Gorcum. Après s'être parfaitement portés *pendant deux mois*, ces enfans sont à coup pris de peste à Gorcum (*in quâ tunc temporis nulla pestis erat*) et meurent au moment où leur frère et leur père, restés à Nimègue, succombaient à la même maladie ! »

Il ne serait pas impossible de citer d'autres exemples semblables à celui qui précède, et, si la réforme de notre système sanitaire dépendait de la réalité d'une incubation de la peste de 8 jours, *maximum*, il faudrait peut-être nous résigner à en faire notre deuil.

Heureusement les choses n'en sont pas là ; la véritable, l'unique question dont la solution soit appelée à juger l'opportunité d'une réforme de nos institutions sanitaires est celle-ci :

« Les *provenances*, hommes et choses, venant d'un pays atteint ou suspect » de peste, sont-elles susceptibles de transmettre la maladie en France? »

Or, c'est aux hommes qui se font les champions de l'immobilité d'un système qui n'a de *sanitaire* que le nom ; c'est à eux, dis-je, à démontrer l'existence de cette transmissibilité. A ceux qui seraient tentés d'attribuer aux lazarets, ainsi qu'aux quarantaines l'immunité dont jouit la France, je demanderai comment ils expliquent l'immunité habituelle de la Haute-Egypte, ainsi que l'absence de cas de peste à la citadelle du Caire, constatée dans les deux grandes épidémies de l'an IX et de 1835. Je leur demanderai si ce sont les lazarets ou des conditions géographiques qui préservent de la peste les habitans de la montagne Alem-Daghe, près de Constantinople, et ceux du fond de l'Asie Mineure.

Un fait, un seul fait pourtant suffirait à la démonstration de la transmissibilité de la peste ; mais, il faut l'avouer, ce fait authentique est encore à trouver, et pour mon compte je l'ai vainement cherché soit dans les auteurs, soit dans mon séjour de cinq années au lazaret de Marseille.

DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Cruveilhier sur les tumeurs fibreuses des mamelles. M. le président prévient, avant d'ouvrir cette discussion, que l'Académie devra se former en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de la section de pathologie interne sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section. La parole est à M. Blandin.

M. Blandin : M. Cruveilhier a émis, dans le mémoire sur les tumeurs fibreuses des mamelles qu'il a lu dans la dernière séance, plusieurs propositions qui demandent à être examinées ; il a dit que les mamelles étaient fréquemment le siége de tumeurs fibreuses que l'on prenait jusqu'ici le plus souvent à tort pour des cancers ; qu'il y avait des moyens de diagnostic positif de ces tumeurs ; que ces tumeurs n'étaient point susceptibles de dégénérer ni de repulluler après avoir été extraites ; enfin qu'il n'y avait pas nécessité de recourir à une opération. Je dois déclarer tout d'abord que je diffère grandement d'opinion avec M. Cruveilhier ; et qu'on ne pense pas, parce que je ne partage pas cette manière de voir, que je n'aie point observé ce genre de tumeurs ; c'est au contraire parce que j'en ai beaucoup vu ; et il n'est aucun chirurgien ici qui n'ait eu l'occasion d'en voir un grand nombre. Ainsi nous avons vu M. Cruveilhier et moi le même fait. Tout dépend entre nous de la manière de l'interpréter. C'est certainement une question très grave qui a été soulevée, car il s'agit de savoir si les tumeurs en question doivent être opérées ou non ; aussi l'Académie comprendra-t-elle aisément toute l'importance que nous y attacherons. J'examinerai donc d'abord si les tumeurs fibreuses sont aussi communes dans cette région que paraît le penser M. Cruveilhier. Non, je ne le crois pas. M. Cruveilhier s'est sans doute fait illusion. On voit souvent dans les mamelles des tumeurs squirreuses d'où partent des irradiations qui ont une grande ressemblance avec du tissu fibreux, mais qui en réalité participent de la nature squirreuse, si bien que si l'on ménageait ces sortes d'irradiations, lorsqu'on enlève la tumeur principale, on s'exposerait presque à coup sûr à voir la maladie se reproduire.

La glande mammaire, d'après M. Cruveilhier, serait formée d'une trame fibreuse. Je suis fâché de dire encore qu'au point de vue anatomique même, je ne partage point l'opinion de notre collègue. C'est là, du reste, un point qui ne me

paraît que d'une importance très secondaire dans la question dont il s'agit, car la glande mammaire fût-elle entièrement formée de tissu fibreux, ce ne serait pas une raison du tout qui pût expliquer la fréquence des tumeurs fibreuses dans ces organes. La matrice est là pour prouver que les tumeurs fibreuses se développent tout aussi fréquemment au moins sur des tissus non fibreux.

M. Cruveilhier a avancé que les tumeurs fibreuses du sein étaient en général isolées, qu'elles n'adhéraient aux parties voisines que par un tissu cellulaire très lâche; et il a signalé cette circonstance comme un des caractères propres aux tumeurs de ce genre. Nous connaissons beaucoup de tumeurs du sein qui ont ce caractère. Tous les cancers enkystés sont dans ce cas; les cancers encéphaloïdes eux-mêmes lorsqu'ils sont enveloppés dans une membrane fibreuse, n'adhèrent aux tissus sains que par un tissu cellulaire lâche. Il a donné encore comme un des caractères de ces tumeurs la circonstance du développement dans leur intérieur de kystes contenant un liquide dont il ne spécifie point la nature. Cette assertion vient encore à l'appui de mon opinion ; car on voit souvent de ces sortes de ramollissemens kystiques au centre des tumeurs squirreuses. J'ai donc tout lieu de croire que M. Cruveilhier a souvent pris des squirres pour des tumeurs fibreuses.

La preuve que ces tumeurs ne sont point des cancers, dit-il, c'est qu'elles ne repullulent pas. Ce n'est pas une preuve du tout. Il est reconnu, au contraire, que certains cancers, particulièrement les cancers enkystés, ne repullulent pas, du moins quand on n'attend pas trop longtemps pour les opérer.

Elles ne dégénèrent jamais, ajoute-t-il; je n'admets pas cela non plus. Ces tumeurs sont susceptibles de dégénérer dans la mamelle, comme en tout autre point de l'économie. Pourquoi ne dégénèreraient-elles pas? Il n'y a en théorie aucune raison pour qu'il n'en soit pas ainsi. Voyez ce qui se passe dans les tumeurs fibreuses des autres régions, et notamment dans celles de l'utérus. A défaut de faits directs, l'analogie serait tout à fait contraire à une pareille assertion.

Je passe maintenant à la seconde partie du mémoire, celle qui a trait aux caractères diagnostiques. Les caractères assignés par M. Cruveilhier comme des caractères diagnostiques ne sont pas diagnostiques. Il a présenté entre autres, comme tels, la manière dont se développent et se nourrissent ces tumeurs, leur marche lente et la propriété dont elles jouissent de ne pas dégénérer. Mais les caractères déduits du mode de nutrition et de développement sont des caractères en quelque sorte posthumes, qui ne peuvent nullement servir au diagnostic. Quant à la lenteur de leur marche, c'est un fait incontestable. Je n'en dirai pas autant de leur propriété de ne point dégénérer, que je ne puis admettre.

Arrivons au point plus particulièrement pratique de cette question. Doit-on, ou non, opérer? Messieurs, si l'on pouvait diagnostiquer à coup sûr, si l'on était certain, d'un autre côté, comme le prétend M. Cruveilhier, que ces tumeurs ne fussent point susceptibles de dégénération, la question serait résolue. Mais si je suis parvenu à prouver, d'une part, qu'il est presque impossible de diagnostiquer à coup sûr la nature de ces tumeurs, d'autre part, que ces tumeurs, alors même qu'elles sont bien réellement fibreuses, peuvent dégénérer, on conviendra que la question a complètement changé de face. La question est maintenant celle-ci : en présence d'une tumeur du sein qui s'offre sous l'apparence d'une glande dure, mobile, indolente, etc., et sur la nature de laquelle on conserve des doutes, faut-il opérer ou s'abstenir? Mon opinion est que, si l'on s'abstient, on renonce volontairement à un moyen thérapeutique qui seul peut offrir quelques chances de succès, si l'on se trouve avoir affaire à une maladie cancéreuse. C'est ici, en effet, une question de probabilité; or, les probabilités sont plutôt pour une maladie cancéreuse que pour une tumeur simplement fibreuse; encore même, dans ce cas, resterait-il la chance de voir survenir une dégénérescence.

Je signalerai enfin en terminant la gravité du conseil de M. Cruveilhier et la responsabilité qu'il assume sur lui en le donnant. Tout le monde sait que pour les cancers non enkystés, on arrive rarement à temps pour prévenir la récidive; il en est tout autrement pour les tumeurs cancéreuses enkystés, où au contraire on est presque toujours certain, en opérant, de prévenir la repullulation du mal. Or, d'après le conseil de M. Cruveilhier, on serait conduit à renoncer au bénéfice de cette opération, puisqu'il est posé en fait qu'on est à peu près dans l'impossibilité de distinguer les tumeurs fibreuses dont il veut parler d'avec les tumeurs cancéreuses enkystées.

En résumé, je crois, contrairement à M. Cruveilhier, que les tumeurs fibreuses du sein sont rares, non seulement par rapport à toutes les tumeurs du sein, de quelque nature qu'elles soient, mais même relativement aux tumeurs cancéreuses enkystées ; que le diagnostic comparatif et différentiel de ces tumeurs fibreuses avec les tumeurs cancéreuses enkystées est très difficile; et que, dans dans le doute enfin, il est plus prudent d'opérer que de s'abstenir.

M. Rochoux : La question fondamentale du diagnostic me paraît avoir été épuisée par M. Blandin; par conséquent, je n'y reviendrai pas. Je ne parlerai que d'un point d'anatomie pathologique que M. Cruveilhier me paraît avoir étudié d'une manière incomplète. Il n'a décrit dans l'organisation de ces tumeurs que ce qu'il est possible d'en voir à l'œil nu. Je regrette qu'il n'ait pas eu l'idée de l'étudier au microscope. Il y aurait vu probablement des particularités, qui lui ont nécessairement échappé et qui ne sont pas cependant sans intérêt. D'abord le tissu fibreux normal est fort difficile à distinguer au microscope du tissu cellulaire; on ne voit pas de différence essentielle entre le tendon d'un muscle et le tissu cellulaire pris dans les intestices des muscles. Mais le tissu fibreux de nouvelle formation présente une grande irrégularité, une sorte de confusion dans l'entrecroisement de ses fibres. Pour arriver à quelque chose de précis, il faut étudier ce qu'on pourrait appeler l'embryologie des tumeurs.

M. Castel : Je suis très éloigné de vouloir troubler les plaisirs de la paternité, mais la science commande, et je me vois à regret obligé de présenter quelques objections au mémoire de M. Cruveilhier. Notre honorable collègue a fondé ses caractères anatomiques d'après les distinctions établies par Bichat. Si je ne me trompe cependant, Bichat n'a pas signalé la présence du tissu fibreux dans la mamelle. Je dirai d'ailleurs à ce sujet que je n'admets pas une pareille distinction. Il n'y a de système dans l'économie que là où il y a centre et rapports. Or, ici il n'y a pas de centre, et les rapports manquent souvent. Que vois-je dans la maladie dont a parlé M. Cruveilhier? Un embryon, mais pas encore un être complet. Ce qu'il appelle une tumeur fibreuse, ce sera peut-être plus tard un cancer. Il y a peu de genres de maladie; ce que l'on considère souvent comme une maladie spéciale n'est souvent que le commencement ou une variété d'une autre maladie. Quelle est la tumeur dont on peut dire qu'elle ne dégénérera pas par la suite? Toutes les tumeurs dégénèrent; la seule condition est qu'elles vivent assez pour cela. M. Cruveilhier a considéré comme un des caractères de ces tumeurs fibreuses dont il veut faire une classe à part, l'absence des vaisseaux. Mais je ne comprends pas qu'on puisse appeler du nom de tumeur fibreuse une tumeur qui n'aurait pas de vaisseaux : sans vaisseaux, il n'y a pas de fibres.

En somme, je crois que M. Cruveilhier a pris pour une maladie spéciale ce qui n'est que le commencement ou un degré d'autres maladies connues. Quelle est la maladie qui n'a pas son commencement? Il n'y en a pas qui ait dès les premiers jours tous les caractères qu'elle devra avoir plus tard, et à laquelle on puisse assigner un nom dès son début.

— Plusieurs membres sont inscrits pour prendre la parole après M. Castel. Il est quatre heures. L'Académie se forme en comité secret. La suite de la discussion est ajournée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE; par Michel Lévy, médecin et professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement. — Premier volume.

De toutes les parties de la médecine, l'hygiène est, sans contredit, celle dont les attributions sont les plus importantes, parce que ses rapports sont les plus étendus, les plus variés, et pour ainsi dire les plus immédiats. Elle a surtout deux prérogatives qu'on ne saurait lui contester : la première est d'être utile à l'homme à toutes les époques de sa vie, dans toutes les conditions de son existence, et cela depuis le berceau jusqu'à la tombe, dans l'état sain comme dans l'état de maladie. Aussi l'hygiène, bien comprise, a-t-elle une immense puissance sur les êtres vivans, et notamment sur l'homme. Ce n'est pas qu'elle change l'organisme, l'homme sera toujours ce qu'il est essentiellement, une partie radicalement animale, et puise *divinæ particula auræ*; mais elle lui imprime de si profondes modifications, pour peu que la volonté soit persévérante et se transforme en habitudes, que les corps semblent tout autres qu'ils n'étaient dans l'origine. C'est assurément dans l'hygiène considérée sous ce rapport qu'on pourrait puiser les meilleures preuves de cet ingénieux système spiritualiste, qui pose en principe que l'*être ou l'esprit fait lui-même* SA FORME. La seconde prérogative de l'hygiène est qu'elle ne relève d'aucun système, d'aucune doctrine en particulier. Loin de là, elle s'assimile tout ce qui tient véritablement à la science de l'homme, tout ce qui peut influer sur son bien-être ; mais sans adopter ni théorie spéciale, ni dogmatisme étroit. Qu'on jette, en effet, les yeux sur l'histoire de la science, et l'on se convaincra de la vérité de cette assertion ; aussi, les grands principes émis par les anciens, par Hippocrate, Galien, Plutarque, Celse, Oribase et tant d'autres, sont-ils tout aussi vrais de notre temps qu'il y a vingt siècles; c'est ce qu'on peut appeler les *constantes* de la science, tant la juste et sagace observation de l'homme a une empreinte aussi durable que l'homme lui-même. Et cependant, chose admirable! l'hygiène ne néglige aucun des progrès de la science la plus moderne ; rien ne lui échappe, dans ce progrès bien constaté, pour assurer le bien-être de notre organisme. Que la physiologie, que la physique, que l'astronomie, la météorologie, la chimie, l'histoire naturelle, se lancent à la recherche de l'inconnu dans cette immense nature qui nous environne et nous pénètre de toutes parts, qui, par ses agens multipliés, nous donne la vie, la santé, la maladie ou la mort, l'hygiène s'empare aussitôt de leurs découvertes, pour en observer les effets, pour en évaluer l'utilité, pour les faire servir au salut de l'humanité. Ainsi, toujours ancienne, toujours nouvelle, toujours active et bienfaisante, l'hygiène recueille sans cesse, moissonne dans toutes les sciences, pour répandre et pour féconder sans fin.

Ces idées nous sont naturellement suggérées par la lecture du Traité d'hygiène de M. le docteur Michel Lévy. L'état présent des sciences physiologiques et physiques nécessitait un pareil ouvrage, et malgré les livres précédemment publiés sur cet objet, livres qui ne sont pas sans mérite, celui du docteur Lévy est tout à fait une œuvre d'actualité scientifique. L'auteur, choisissant avec discernement parmi les progrès les plus récens des sciences physiques et naturelles, et les réunissant aux bases les plus anciennement établies, a su les fondre dans un tout logique et

systématique, aussi remarquable par la méthode que par la lucidité des principes et le mérite du style. Cet ouvrage, autant que nous pouvons en juger par ce premier volume, se distingue donc par un vaste ensemble de faits et d'observations, par les conséquences qui en sont déduites et par un travail particulier d'élaboration. L'auteur, comme on le voit, sans négliger ce qui est moderne, n'a point oublié les anciens; car, où sont les vérités sans racines et sans germes dans le passé? C'est là ce qui rend ce traité aussi complet que possible, quoique restreint dans certaines limites. Les bons ouvrages, c'est-à-dire les ouvrages qui restent, sont, en effet, l'addition, le complément des livres déjà publiés sur le même objet, toutefois en y comprenant les découvertes nouvelles de la science. De cette manière, le progrès réel n'est qu'une évolution et non point une dissolution, un anéantissement des travaux antérieurs; tel est le vrai caractère de la nouveauté pour les livres de science, ce qui leur donne cette empreinte originale constituant l'individualité du talent.

Dans un TRAITÉ D'HYGIÈNE, le plan est une chose importante, mais difficile, tant à cause de l'immense variété des objets que par leur étroite alliance; on ne peut tout diviser, on ne peut tout réunir. M. Lévy a-t-il dû adopter la méthode ancienne, modifiée par Hallé, et nous l'en félicitons; elle est tout à la fois la plus simple, la plus claire et la plus synthétique. L'auteur, après des prolégomènes fort intéressans sur l'historique, la définition, l'utilité et le but de l'hygiène, établit trois bases principales, le sujet de l'hygiène ou l'homme, ce que M. Lévy appelle les données intrinsèques; puis les *matériaux* de l'hygiène, les agens modificateurs de l'économie, ou les données extrinsèques, enfin, les règles ou les applications déduites des principes. Ce plan est étendu, mais bien combiné; les objets y sont classés de manière qu'il est facile tout à la fois de les reconnaître par l'analyse, et d'en lier ensuite les rapports. On conçoit dès-lors combien les principes deviennent évidens, les conséquences palpables, les applications faciles, même les plus individuelles; car il faut toujours en venir là. « D'où il suit, dit l'auteur, que l'hygiène, stable en ses principes, variée dans ses applications; telle est aussi la médecine pratique, qui, en présence d'états morbides de filiation identique, doit approprier la médication à chaque cas en particulier. Nous sentons tellement la nécessité d'adapter à chaque individualité les prescriptions de l'hygiène, que nous l'appellerions volontiers la *clinique* de l'homme sain. » (P. 48.) Expression d'une parfaite justesse, parce qu'elle représente pour ainsi dire le but fondamental de l'hygiène, science nécessaire à l'homme dans l'état morbide comme dans celui de la santé. En effet, « la thérapeutique puise en elle plus de ressources que dans l'arsenal pharmaceutique. » Réflexion judicieuse de l'auteur, mais dont on ne sent la portée que quand on a fait un long et pénible exercice de l'art, quand on connaît bien l'insuffisance, l'inefficacité d'une foule de médicamens.

La première section de l'ouvrage dont il s'agit traite donc du sujet de l'hygiène, et par conséquent des différences individuelles. Le corps humain a en lui-même la loi continue et palingénésique de son développement; mais cette loi n'a pas la même énergie pour tous et dans tous les temps. C'est là ce qui constitue les variétés ou les états différentiels de l'économie, si importans à connaître. L'auteur les expose dans l'ordre suivant: les tempéramens, les idiosyncrasies, les âges, les sexes, l'hérédité, l'habitude, la constitution étudiée dans ses rapports multipliés, l'imminence morbide, enfin la convalescence. On doit remarquer ici, non seulement l'étendue de ce cadre, mais qu'il s'y trouve des différences organiques omises, malgré leur importance, dans beaucoup d'ouvrages d'hygiène, comme l'hérédité, l'imminence morbide et la convalescence. Tous les articles que nous venons d'énumérer sont traités avec soin, avec un rare esprit d'analyse. On suit l'auteur avec intérêt, avec plaisir, dans l'exposition des principes et des faits qui les appuient. Même en ne partageant pas toutes ses opinions, on ne peut que louer son savoir, sa bonne foi, le ton ferme et original des idées et du style.

M. Lévy admet avec certains auteurs trois tempéramens qu'on peut appeler radicaux: le *sanguin*, le *nerveux*, le *lymphatique*, puis des tempéramens mixtes ou composés, enfin des idiosyncrasies multipliées. Nous ne pensons pas, et nous croyons l'avoir démontré ailleurs, que le tempérament nerveux soit un type primordial de l'économie. Bien que certaines dispositions originelles puissent le rendre prédominant, il est toujours acquis, et la preuve, c'est qu'il se lie, qu'il se développe souvent dans des proportions extrêmes, avec toutes les formes de l'organisme. Il y a des sanguins éminemment nerveux, on trouve des gens à formes athlétiques d'une susceptibilité nerveuse très remarquable; enfin quoi de plus commun, surtout parmi les femmes, que le tempérament lymphatico-nerveux? Tout ce que dit l'auteur relativement aux âges, aux sexes, renferme une foule de considérations importantes, de remarques utiles; on le lit sans, on voit clairement que le sujet n'était nullement épuisé. La constitution particulière aux femmes, ce grand et solide argument opposé au système de Gall, y est surtout étudiée avec un soin tout particulier. C'est, en effet, dans les lois physiologiques de leur constitution qu'il faut rechercher les conditions de leur existence physique, morale et sociale. Ce sont là de ces vérités connues, si l'on veut, mais qu'il est bon de rappeler à notre époque, surtout quand la science y applique son cachet de logique et de sévère recherche. Etudiez, en effet, les femmes sous ce rapport, et vous trouverez que la sagacité qui les caractérise, la force de sentiment qui les anime et les fait vivre, l'exquise sensibilité dont la nature les a richement dotées, ont leurs racines dans l'état physiologique. Il faut avouer aussi que la finesse d'observation, l'instinct de ruse et de dissimulation dont elles font preuve, proviennent également de la même source; tel est aussi le principe de leur influence, j'ai presque dit de leur domination. Malgré la petitesse reconnue, dit on, de leur cerveau, malgré la légèreté de leur crâne, la vascularité plus grande du cerveau de l'homme, il est certain en définitive que les femmes règnent et gouvernent. Maintenant que veut-on dire quand on demande leur *émancipation?* Ne prouvent-elles pas chaque jour combien l'esprit l'emporte sur la force et la violence? Au fait, comme l'a dit un poète,

> Faiblesse et ruse est un bon lot,
> Qui vaut bien puissance et sottise.

L'auteur n'a rien négligé des diverses considérations relatives à la différence physiologique des sexes. Ces différences, dit-il, peuvent être ramenées à deux groupes: 1° Celles qui émanent de l'organisation de l'encéphale et de ses dépendances; 2° celles qui proviennent de la structure des organes génitaux et des actes importans dont ils sont chargés ou qui se rattachent à leur fonction.

Les chapitres de l'hérédité et de l'habitude, renferment des faits sinon tout à fait nouveaux, au moins examinés sous des points de vue entièrement négligés, notamment sur les habitudes morbides. Selon l'auteur: « Il est des maladies devenues habituelles et qui n'excluent pas un état de santé suffisant, il en est d'autres qui ont acquis droit de domicile dans l'économie et qu'il serait dangereux de guérir; nous les appelions *habitudes morbilles*, etc. » (P. 169.) Voilà des principes parfaitement posés et que tout praticien doit méditer s'il ne veut devenir empirique, c'est-à-dire un drogueur servile et inconsidéré. Ce que nous avons dit de l'hérédité et de l'habitude peut s'appliquer au chapitre de la constitution, point ordinairement si controversé parmi les physiologistes. L'auteur la définit ainsi: « L'idiosyncrasie exprime la mesure d'activité et de développement d'un organe, d'un viscère, d'un appareil; le tempérament, celle des trois systèmes généraux; la constitution est la formule générale de l'organisation particulière de l'individu. » Cette définition comparative nous paraît très juste; dès lors la constitution n'est plus cette subtilité paradoxale qu'on adoptait ou qu'on rejetait sans trop de conviction. La même méthode analytique est appliquée par l'auteur à ce qu'il dit sur l'imminence morbide ou *opportunité*, selon l'expression de Brown, et sur la convalescence, deux états de l'économie tout à fait opposés, intermédiaires à l'état morbide et à celui de la santé, mais qu'il faut d'autant moins négliger que leur étude approfondie et faite selon la mesure de la vérité, sert de guide au praticien.

Rien de plus important, de plus utile que l'étude des différences de l'organisme. En effet, ce n'est que par elle qu'il est possible d'apprécier l'action générale des agens modificateurs, car ces derniers n'agissent qu'en raison de la disposition de l'économie. C'est le champ préparé pour les germes que les circonstances de la vie pourront y jeter. Ces agens modificateurs sont au dehors ou au dedans de nous-mêmes, et leur influence est continuelle. Mais comment agissent-ils, comment peuvent-ils abaisser, élever, briser l'énergie de la fibre animale, donner la vie ou la soustraire, l'entretenir, la ranimer ou l'éteindre? Ce sont là des questions dont la solution est à jamais voilée pour nous? Qui sait pourtant? on n'est point encore arrivé aux dernières profondeurs de la science; le temps n'interrompt jamais son cours, l'humanité ne meurt pas, et chaque vérité a son heure. Cependant l'homme veut savoir, le doute fatigue, l'ignorance humilie, l'esprit a besoin de connaître, sa volupté c'est la science. D'ailleurs, l'intérêt de la santé, du bien-être et du bonheur a singulièrement contribué à alimenter cette insatiable curiosité. Aussi sans aller au fond des choses, on n'a pas tardé à s'apercevoir que la vérité croît dans le champ de l'expérience, et que si les faits primordiaux nous échappent, les faits dérivés souvent d'une incontestable utilité, rentrent dans le domaine de la science et s'accroissent perpétuellement. Aussi un des premiers principes obtenus a été celui-ci: que les agens modificateurs, quels que soient leur nombre, leur variété, leur nature, *nuisent* ou sont *utiles* en raison directe de la disposition organique et par conséquent de leur mode d'action. C'est là une de ces vérités fécondes que les anciens ont parfaitement connues, et voilà pourquoi l'hygiène avait acquis chez eux un degré de perfection auquel nous ne sommes point arrivés, au moins

sous certains rapports. J'ai cité autre part (1), d'après Athenée, l'ingénieuse inscription placée dans l'antiquité au frontispice d'un bâtiment destiné à des bains publics :

Balnea, vina, Venus, corrumpunt corpora sana,
Corpora sana dabunt, balnea, vina, Venus.

« Les bains, le vin et Vénus détruisent les corps les plus sains ; les bains, le vin et Vénus redonnent la santé aux corps. »

En effet, le temps, l'à-propos, la mesure, le degré, l'équilibre d'action entre les agens modificateurs et les forces organiques, la direction d'une volonté sage et providentielle, ou d'imprudens efforts pour la réalisation de ces désirs immenses qui agitent tout cœur d'homme, telles sont les bases qu'il ne faut jamais perdre de vue. C'est dans cet esprit que M. Michel Lévy a conçu l'action des agens modificateurs de l'économie, ou la matière de l'hygiène. Autant qu'on peut en juger par ce qu'il en a publié, cette partie, comme la première, sera riche de faits, d'observations, de recherches du plus grand intérêt. L'auteur n'a traité encore que les *circumfusa*, et cet objet embrasse la moitié du volume que nous avons sous les yeux. C'est beaucoup, si l'on s'en rapporte au premier coup-d'œil ; c'est, au contraire, se renfermer dans de justes limites, si l'on réfléchit à la variété, à la multiplicité, à l'étendue des objets que renferme cet article. Pour n'indiquer que les principaux, nous citerons l'air atmosphérique, considéré sous une multitude de rapports, les eaux, le sol, les climats et l'acclimatement, enfin les habitations. En lisant avec l'attention qu'il mérite cet article des *circumfusa*, on voit que l'auteur s'est attaché, avec un judicieux discernement, à ne rien omettre d'essentiel, à recueillir tout ce que la physique, la chimie modernes ont découvert et fécondé, et surtout à en faire des applications au bien-être de l'économie. Si les chiffres abondent dans cette partie, c'est que là ils sont indispensables, et comme preuves et comme bases des règles ; c'est à leur coin que se frappent la précision, la fixité convenables dans les idées et les inductions qu'on en tire ; les nombres sont, en effet, les principes constitutifs de la nature, le *substratum* de tout dogmatisme expérimental, le seul admis à notre époque.

On doit voir, par cette rapide analyse d'un ouvrage non encore terminé, que ce nouveau TRAITÉ D'HYGIÈNE mérite de fixer l'attention sérieuse du public et des médecins. En le publiant, M. le docteur Michel Lévy a servi la cause du progrès avec cet amour de la science, cette raison sévère et éclairée qu'on aime à retrouver dans les hommes graves et instruits. C'est un de ces esprits vigoureux qui n'effleurent jamais un sujet, mais qui le creusent dans tous les sens, ce qu'on reconnaît d'abord par l'ampleur des vues et la perspicacité des aperçus. Doué de ce rationalisme critique qui va droit au but et aux principes, il sait en outre leur donner un relief tout particulier, par la clarté et la correction, par la force et la vivacité du trait. Comme il est inadmissible que l'homme qui sait penser ne sache pas écrire, le style de l'auteur a toutes les qualités convenables du style philosophique ou scientifique ; élégant, nerveux et précis, sans recherche de phrases, sans pléthore de mots, il dit ce qui doit être dit, rien de plus, rien de moins. Et cependant, comme chez tous les hommes instruits, d'une intelligence active et féconde, on sent, dans l'auteur, une force de pensée contenue, sorte de spontanéité débordante d'idées et de principes qu'il tient en réserve. Mais il sait se renfermer dans le cadre tracé, et l'on doit lui en savoir gré ; son travail en acquiert plus de valeur, en raison même de cette heureuse et expressive concision. Aussi pouvons-nous dire, sans prévention, que cet ouvrage doit être compté, pour le fond et pour la forme, au nombre des bons livres de notre époque, et qu'on le croie bien, *rari nantes in* GURGITE VASTO !

R. P.

VARIÉTÉS.

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,

(Séance publique annuelle du samedi 23 décembre 1843.)

§ Ier. La Société avait proposé un prix de la valeur de 600 fr. sur la question suivante :

« Quelle est l'influence des systèmes pénitentiaires, et en particulier de l'isolement, sur la santé des prisonniers, tant sous le rapport physique que sous le rapport moral (1)? »

La Société a reçu sept mémoires.

Le n° 1 porte pour épigraphe ces mots :

L'art médical est le premier comme le plus beau de tous les arts.

Le n° 3 est sans épigraphe ; il commence par ces mots : *La progression croissante des crimes* ; il finit par ceux-ci : *Je livre cet aperçu et cette analogie à la réflexion de nos politiques et de nos économistes.*

Le n° 6 porte cette réflexion :

Il serait utile d'essayer tous les moyens qui sont propres à corriger les prisonniers et à conserver leur santé.

Nous réunissons ces trois mémoires dans une appréciation commune, parce que leurs auteurs ont les mêmes défauts. Ils confondent les différens systèmes ; ils entrent souvent dans des digressions qui peuvent passer pour des hors-d'œuvre ; ils marchent constamment sans s'appuyer sur les faits, peu soucieux d'administrer des preuves ; ils écrivent toujours sous l'inspiration d'un sentiment ou d'une idée prise *à priori* ; enfin, on ne trouve dans ces trois mémoires qu'une ébauche très imparfaite de la question proposée.

Le mémoire n° 2 se distingue par ces vers d'A. Lamartine :

Mais c'est Dieu qui te frappe, ô mon âme!
Bénis sa main sous la douleur.

L'auteur se sert des enseignemens d'une ardente philanthropie pour étudier la vie intime des prisonniers et pour connaître ce qui peut amener leur bien-être physique et leur amélioration morale. Ce mémoire est un plaidoyer tout en faveur du système de Philadelphie. En le lisant, on se sent entraîné moins par la solidité des preuves et par les efforts que l'auteur a faits pour en trouver, que par les attraits d'un raisonnement qui tire sa force dans les inspirations d'une charité éclairée, et les séductions d'un style simple avec dignité. Mais l'auteur n'étant pas médecin, ainsi qu'il nous l'apprend lui-même, ne s'est pas cru le droit ou plutôt la puissance d'aborder le point essentiel, celui sur lequel une société de médecine devait appeler les recherches des concurrens : l'influence des systèmes pénitentiaires sur la santé des prisonniers.

Le mémoire n° 4 a deux épigraphes :

La première :

Quæ ad sapientiam requiruntur, in medicinâ insunt omnia.

HIPP., *de dec. hab.*

La seconde :

S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens.

DESCARTES.

Il y règne une méthode et une clarté remarquables. Les faits et les raisonnemens sont liés par un sens logique qui fait croire souvent à une démonstration absolue. L'auteur emploie avec une rare habileté tout ce qui peut établir la prééminence du système pensylvanien. Il a semé son mémoire d'élans généreux, d'idées élevées auxquelles il donne une valeur plus grande par l'artifice d'un style qui joint souvent l'énergie à l'élégance et à la pureté.

Mais on peut lui reprocher de ne pas avoir discuté les faits qui ont été présentés par les adversaires du système cellulaire de Philadelphie. Tout ce qu'il a dit en faveur de ce système est même affaibli par une lacune qui existe dans son travail. Il n'a pas parlé de cent six ou au moins de quatre-vingt-dix observations d'aliénation mentale que l'on a recueillies à Chery-Hill (Philadelphie) dans l'espace de quelques années. Cet oubli est capital ; car c'est sur ce fait que devait se concentrer l'examen le plus sérieux, puisqu'il se rapportait d'une manière directe à l'intention qui a dicté la question mise au concours.

D'une autre part, l'auteur n'a pas parlé des préaux à établir dans les prisons cellulaires. Cette modification à la règle de Pensylvanie a été proposée et défendue par des hommes trop compétens pour qu'on puisse excuser l'auteur de ne pas s'être prononcé à cet égard.

Le mémoire n° 5 a pour devise cette réflexion de sir Michel Porter :

Il n'y a ni rang, ni condition, ni droiture du cœur, ni prudence, ni circonspection, qui puisse donner à qui que ce soit le droit de conclure qu'il est pour toujours désintéressé dans la question.

L'auteur a laissé, dans l'examen comparatif des différens systèmes pénitentiaires, un vague, une incertitude, qui feraient croire qu'il a craint de se décider pour les uns ou pour les autres. Cette préoccupation dont il était frappé n'est même pas étrangère peut-être à ce qui lui manque d'ordre et de clarté ; mais il dévoile les vices de tous les systèmes avec une justesse qui témoigne partout d'un esprit réfléchi, d'une raison très éclairée, autant que d'une âme généreuse.

Le n° 7 s'est inspiré de ce précepte :

(1) GUIDE PRATIQUE DES GOUTTEUX ET DES RHUMATISANS; deuxième édition, p. 195.

(1) Pour l'entente du programme, nous croyons devoir citer ici les principaux systèmes pénitentiaires : 1° la vie en commun, sans travail (ancien système) ; 2° la vie en commun, avec travail (maisons centrales) ; 3° la vie dans la cellule, sans travail et sans communication (système du *confinement solitary* des Anglais) ; 4° l'isolement la nuit, avec travail en commun le jour, sous l'imposition du silence absolu (système d'Auburn) ; 5° la vie dans la cellule, avec travail et communication avec des gens honnêtes (système de Philadelphie) ; 6° vie dans la cellule, avec travail, communication et promenade dans des préaux (système français).

Avide de faits, sobre de jugemens.

L'auteur est, à n'en pas douter, pour le système pensylvanien. Néanmoins, dès les premières pages comme aussi à la fin de son mémoire, il atténue de beaucoup tout ce qu'il a fait pour motiver son choix, en disant que le temps et l'expérience sont encore nécessaires pour changer en certitude ce qui n'est aujourd'hui que probable; c'est dire implicitement que la supériorité de ce système ne lui est pas complètement démontrée. Cependant il était difficile de rassembler de plus nombreux documens, de les soumettre à une analyse plus sévère que l'auteur ne l'a fait, pour déterminer sa préférence pour tel on tel système. Rien ne lui a échappé, il a poussé jusqu'au scrupule l'examen des faits que pouvait fournir la prison la moins importante. Il a parlé des cent six observations d'aliénation mentale qu'a fournies le pénitencier de Philadelphie, et dont l'auteur du nº 4 n'a pas parlé; mais ici la discussion qu'il a établie est bien loin d'être d'une clarté évidente et d'une démonstration absolue. De plus, en parlant de la prison de Bruchsal, dans le grand duché de Bade, dirigée d'après le même système, l'auteur semble accepter les paroles d'un médecin qui attribue au hasard la forte proportion d'aliénés qui s'y trouvent. On regrette que l'auteur ne se soit pas servi de la puissance d'analyse dont il a donné tant de preuves pour porter la lumière la plus vive sur ce point; tant qu'il y aura un peu d'obscurité l'opinion restera indécise, et le but que se proposait la société ne sera pas atteint.

Ce mémoire, ainsi qu'on a dû l'entrevoir déjà, est l'œuvre d'un esprit habitué à tourner les faits en tous sens pour saisir toute leur signification. Il n'y règne pas l'ordre et la clarté qui distinguent le nº 4; le style n'en a ni la force, ni l'entraînement. Mais l'auteur a été plus sévère dans le choix et le nombre des documens qui devaient établir son opinion.

La question n'ayant pas été résolue, il n'y a pas lien à décerner le prix en son entier à aucun des concurrens. Cependant la société, voulant récompenser des travaux utiles et de nobles efforts, accorde :

1º Une médaille d'or de la valeur de 150 fr. et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire nº 7, M. le docteur Varrentrapp, médecin à l'hôpital du Saint-Esprit, à Francfort-sur-Mein.

2º Une médaille d'or de la valeur de 150 fr. et le titre de membre correspondant à l'auteur du mémoire nº 4, M. Paul-Emile Chauffard, interne des hôpitaux de Paris.

3º Une première mention honorable à M. le docteur Gerbaud, médecin à Lyon, qui a déjà reçu le titre de membre correspondant de la société dans un autre concours.

4º Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant à madame Eugénie Niboyet, secrétaire-général du bureau de bienfaisance de la Société de la morale chrétienne, auteur de plusieurs ouvrages couronnés.

La Société de médecine dépose avec joie sur le front d'une femme cette palme académique. Si elle a des couronnes pour la science, elle en a aussi pour les nobles sentimens, pour cette vertu sublime qui vivifie l'esprit par le cœur. C'est en pratiquant la charité que madame Niboyet a trouvé des lumières et des forces pour descendre dans la lice; le succès qu'elle obtient aujourd'hui sera la récompense des bienfaits qu'elle répand chaque jour dans l'asile de la misère et de la douleur.

La Société retire la question du concours.

§ II. La Société avait proposé une médaille de la valeur de 500 fr. sur la question suivante :

« Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier celles de fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles ? »

La Société a reçu trois mémoires.

Les nº 1 et 2 portent la même épigraphe :

Experientia docet.

Tons deux ont manqué à la devise qu'ils avaient prise, car ils n'ont fait que de bien rares expériences. On trouve chez l'un et chez l'autre des conjectures et des assertions mises à la place des faits. Aussi ils n'ont apporté aucune nouvelle lumière sur cette question pharmaceutique.

L'auteur du mémoire nº 3 s'étant fait connaître, s'est placé dans l'exclusion que la justice aussi bien que la lettre du règlement prononcent en pareil cas. On doit le regretter, car il y a dans son travail des expériences curieuses et des théories qui ont une certaine valeur.

La Société retire la question du concours.

§ III. Nous rappellerons ici le texte de la question que la Société a posée l'année dernière pour 1844 :

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.»

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 600 fr.

§ IV. Les progrès de l'industrie dans lesquels tous les peuples s'agitent aujourd'hui amènent, à n'en pas douter, de grandes perturbations. Ils ont une puissante influence sur la constitution physiologique des populations, comme sur les maladies qu'elles éprouvent. La médecine est seule compétente pour apprécier cette double influence. Il est temps qu'elle s'en occupe, car ses études et ses avertissemens doivent tourner au profit de la morale et de l'hygiène publiques.

La Société de médecine, dans l'intention de provoquer les esprits sérieux à cette œuvre si importante, propose la question suivante :

« Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers? »

Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1845.

§ V. Quoique la science soit riche en travaux sur l'angine de poitrine, il reste néanmoins des doutes, des incertitudes sur la nature, le siége, le diagnostic, et le traitement de cette maladie. Cependant la gravité des accidens, que l'on confond sous un même nom, réveille trop souvent les vœux du médecin praticien. Il importe donc d'appeler de nouveau l'attention des observateurs sur ce sujet : dans ce but, la Société propose la question suivante dont le laconisme dira aux concurrens tout ce qu'elle exige d'eux :

De l'angine de poitrine.

Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 300 fr., sera décerné en 1844.

§ VI. Il existe quelquefois, dans les choses qui paraissent les plus simples, des difficultés que le travail, la science, et le temps ne parviennent pas toujours à surmonter; telle est, par exemple, la préparation de la magnésie. Les Anglais nous surpassent sur ce point, et nous sommes leurs tributaires. La pharmacie aurait un assez grand intérêt à s'affranchir de ce tribut. C'est pourquoi la Société a pensé que la question suivante méritait d'être soumise aux investigations du laboratoire :

« Chercher un procédé pour obtenir la magnésie, blanche, légère, et toujours très pure. Indiquer avec un soin scrupuleux tous les détails de l'opération.

La Société rétablit te prix tel qu'il a été fondé par M. Loze, membre honoraire. Il est de 300 fr. et sera décerné en 1844.

§ VII. Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitans de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ VIII. Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans et à récompenser leurs efforts.

La Société a reçu, cette année, un nombre remarquable de mémoires manuscrits. Plusieurs offrent de l'intérêt et décèlent du savoir et du zèle. Mais la Société a le regret de n'en distinguer aucun d'un mérite supérieur aux autres, et de se voir obligée de ne pas décerner, cette année, la médaille destinée à cet ordre de travaux.

§ IX. Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages et de prouver par des expériences exactes son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfans de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques, les plus complets, des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La Société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que des simples nomenclatures. Elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations, qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfans vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

La Société a reçu cette année des tableaux de vaccinations. Elle regrette de ne pouvoir cette année récompenser le zèle des concurrens.

§ X. Les mémoires écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais, ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, nº 67, avant le 15 juin de l'année où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidans de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrens des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondans. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 23 décembre 1843.

Chaumet, président.
Burguet, secrétaire-général.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4.] (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 27 JANVIER 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

TUMEURS FIBREUSES DU SEIN. — DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC. — LEUR DÉGÉNÉRESCENCE, LEURS CARACTÈRES TOPIQUES ET GÉNÉRAUX, LEUR THÉRAPEUTIQUE. — FORMATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION ET DU SANG DANS LES VERTÉBRÉS. — DU COEUR ET DES VAISSEAUX. — DU SYSTÈME CAPILLAIRE. — ÉTAT DU SANG DANS CE SYSTÈME. — CONSÉQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

La question des tumeurs fibreuses des mamelles, soulevée par le mémoire de M. Cruveilhier, dont nous avons déjà parlé, a été reprise et éclairée déja, on pent le dire, par tontes ses faces, dans deux séances consécutives de l'Académie de médecine. Plusieurs chirurgiens ont encore réclamé la parole pour fonrnir à la discussion leur contingent d'expérience et de recberches; mais, sans rien préjuger à l'égard de ce supplément d'enquête, nons avons quelqne raison de penser qu'il doit rester pen de choses à ajonter aux lnmières que l'état actnel de la chirurgie est en mesure de sggérer sur les tumeurs fibreuses des mamelles. Aussi clorons-nous pour notre part une discussion que nous sommes loin de regretter, mais qui nous paraît conlée à fond, en offrant en raccourci le tableau des notious acquises là-dessus. Et d'abord, existe-t-il des tumeurs véritablement fibreuses des mamelles? M. Cruveilhier a répondu à cette qnestion par la lecture de son mémoire, dans lequel il admet et constate la présence de tumenrs semblables. Les chirurgiens se sont rangés sur cet objet an sentiment de M. Cruveilbier; en sorte qn'il ne paraît plus possible de donter qu'il ne puisse se former an sein des mamelles des tumeurs donées de ce caractère. C'est déjà un point important de savoir qn'il faut ajouter à la liste déjà reconnue des engorgemens du tissn de ces organes un ordre à pen près nouvean de tumeurs, n'ayant avec les premières qne des rapports plus ou moins éloignés; mais cette donnée serait bien insuffisante si nons ne parvenions à les déterminer par ses caractères spéciaux. Ici commence la discordance entre les opinions de M. Cruveilhier et celles de ses confrères. Suivant M. Cruveilhier, les tumeurs fibreuses auraient généralement des traits si distincts, si constans, si remarquables, qu'il deviendrait presque impossible de les méconnaître. Ces traits essentiels et fondamentaux se tireraient à la fois et de l'appareil des tumeurs fibreuses et de leur dissection après extirpation. Nous avous indiqué précédemment, et l'on peut lire dans nos comptes-rendus des séances de l'Académie les détails des divers caractères sous lesquels les tumeurs en question s'offrent à M. Cruveilbier. Malhenreusement leur diagnostic ne semble pas aussi fixe, aussi positif que ce cbirurgien a voulu l'établir. M. Blandin surtout a fait ressortir, en opposition aux assertions de M. Cruveilhier, l'incertitude, le vague de ln détermination des tumeurs fibreuses, susceptibles de simuler sur le vivant, et même après l'extirpa-

Feuilleton.

LA MÉDECINE ET LES POÈTES LATINS.

(Suite. — Voir les numéros 40 et 41 de l'année 1843.

Un autre gronpe de maladies a fixé l'attention des poètes, scrutateurs nés de la morale publique et des révolutions qui s'opèrent dans l'esprit et les habitudes de la société à laquelle ils appartiennent. La corruption des mœurs qui avait précédé la chute de la République romaine se transforma en habitnde enracinée dès les premiers temps de l'empire. Ses effels devaient réagir sur la santé générale, et, dès le règne d'Auguste, les poètes semblaient déjà prédire une prochaine dégénération des enfans de Rome. Horace y fait de nombreuses allusions dans ses odes; les Romains à venir lui apparaissent avec tous les traits d'une constitntion appauvrie, suite inévitable des excès de leurs aïeux,

Ætas parentum, pejor avis, tulit
Nos nequiores, mox daturos
Progeniem vitiosiorem.

(Ode vi, lib. iii.)

Quelques années se sont à peine écoulées et déjà, sous les tableaux accusateurs de Perse et de Juvénal, le grand peuple, énervé par la servitude, le paraît davantage encore par les maladies que provoquent la débauche, le luxe, l'intempérance. Ces faux dieux, que l'homme encense dans sa jeunesse, pèseut douloureusement sur ses vieux jours et engendrent des maux inattendus. La muse de Perse exprime ce châtiment avec assez d'amertume, pour que la leçon puisse servir, et avec assez de précision pour que le médecin reconnaisse le résultat qu'il désigne:

Hic campo indulget: hunc alea decoquit: ille
In Venerem putret; sed quum *lapidosa chiragra*
Fregerit articulos, veteris ramalia fagi,
Tum crassos transisse dies lucemque palestrem,
Et sibi, jam seri, vitam ingemuere relictam.

(Sat. v.)

Les causes et les effets de la goutte sont clairement énoncés dans ces vers; l'épithète *lapidosa* surtout est caractéristique, et l'on ne pouvait guère exiger davantage du poète. Juvénal, sans mettre plus de précision, se montre toutefois plus fécond que Perse dans l'énumération des maux de la vieillesse:

Morborum omne genus. Quorum si nomina quæras:
. . . .
Ille humero, hic lumbis, hic coxâ debilis; ambos
Perdidit ille oculos et luscis invidet: hujus

tion, des tumeurs cancéreuses, au point de laisser les chirurgiens les plus exercés dans le doute le plus légitime. Telle a été en particulier la nature équivoque d'une tumeur enlevée tout récemment par M. Blandin, et qu'il a présentée à M. Cruveilhier lui-même. L'obscurité du diagnostic des tumeurs fibreuses ne tient pas seulement à leur similitude avec des tumeurs suspectes; elle provient, d'une autre part, de l'apparence fibreuse d'un assez grand nombre de squirrhes. Si donc on rencontre des tumeurs fibreuses plus ou moins semblables aux tumeurs cancéreuses, et s'il est assez ordinaire aussi de rencontrer des tumeurs réellement cancéreuses avec l'aspect extérieur des tumeurs fibreuses, que deviennent les affirmations absolues de M. Cruveilhier touchant le diagnostic positif de ces dernières?

La dissidence des chirurgiens sur les idées émises par M. Cruveilhier ne s'est pas bornée au diagnostic des tumeurs fibreuses. Elle s'est reproduite dans les questions de la marche de ces tumeurs, de leur innocuité, de leur thérapeutique. D'après M. Cruveilhier, les tumeurs fibreuses n'étaient pas en état de dégénérer, tandis que les tumeurs squirrheuses subissent presque constamment des dégénérations plus ou moins promptes. Eh bien! l'expérience des chirurgiens renverse entièrement ce système; car plusieurs ont établi que des tumeurs fibreuses peuvent éprouver des dégénérations réelles, tandis que des squirrhes véritables restent un nombre d'années dans un état stationnaire. Maintenant, que faire en présence d'une tumeur réputée fibreuse des mamelles? M. Cruveilhier veut qu'on la respecte. Mais l'exclusion de l'extirpation suppose qu'on ne se méprend pas sur la nature de la tumeur, ou, en d'autres termes, qu'on a acquis la certitude que sa dégénération n'est pas à craindre. Dans le cas contraire, il n'y a pas à hésiter : il faut se hâter de l'enlever avant que la dégénération redoutée se soit propagée au reste de l'économie. Or, le doute qui ne cesse de planer sur le diagnostic des tumeurs supposées fibreuses ne permet pas aux chirurgiens une temporisation si souvent funeste. Aussi, la plupart admettent, contrairement aux idées de M. Cruveilhier, la nécessité de l'ablation en présence de toute tumeur mammaire équivoque. Voici, en résumé, les résultats de cette discussion. Il existe des tumeurs fibreuses des mamelles. Ces tumeurs fibreuses ne se distinguent pas toujours très facilement des tumeurs suspectes du sein. Les cancers enkystés, par exemple, offrent, à peu de chose près, tous les caractères des tumeurs fibreuses. L'anatomie pathologique même ne permet pas toujours d'en saisir les différences; ces tumeurs fibreuses ne sont pas incapables de dégénérer, ou au moins on ne sait jamais au juste si les tumeurs du sein dégénérées étaient fibreuses ou non; dans tous les cas douteux, il est plus à propos de procéder à l'ablation que d'attendre une dégénération possible et les progrès d'une infection constamment fatale. Toutefois, M. Cruveilhier maintient la plupart de ses opinions, et il continue à professer que les tumeurs fibreuses du sein sont très fréquentes, qu'elles sont en général assez faciles à distinguer, et qu'elles ne sont pas susceptibles de dégénérer.

La discussion que nous venons de suivre et qui doit être reprise dans la prochaine séance ne laisse rien à désirer relativement aux circonstances physiques et locales des tumeurs du sein, et sous ces rapports on peut dire que c'est l'expression complète du résultat des connaissances actuelles touchant cette vaste question. Mais il y a encore un point de vue sous lequel, la question dont il s'agit mériterait bien, nous le pensons, de fixer l'attention des praticien. Nous voulons parler des signes généraux et rationnels des tumeurs du sein. Cette nouvelle source de caractères faciliterait certainement la détermination de leur nature et ne serait même pas sans avantage pour leur traitement. Ce nouveau genre de signe a rapport, comme on sait, aux influences de l'âge, du sexe, de l'hérédité, à l'appréciation des conditions de santé ou de maladie des sujets atteints de ces tumeurs, à l'analyse en un mot de l'ensemble des modifications présentées par les malades ou agissant sur eux. M. Cruveilhier a essayé de s'appuyer de quelques-unes de ces données pour assurer sa doctrine des tumeurs fibreuses. Ainsi il a cru remarquer que les tumeurs fibreuses semblaient constituer une sorte d'exclusion à l'égard des tumeurs cancéreuses; on sait d'un autre côté que les tumeurs cancéreuses se transmettent souvent par voie héréditaire, qu'elle surviennent de préférence aux personnes du sexe, qu'elles n'apparaissent qu'aux approches de l'âge critique ou après cette période, qu'elles impriment en général, surtout quand elles ne sont pas enkystées et qu'elles datent d'un peu loin, une teinte particulière à la peau, qu'elles s'accompagnent aussi d'un air de souffrance caractéristique et qu'elles rendent toujours les malades plus irritables. Ces signes ne suffiront jamais sans doute pour fonder un diagnostic légitime; mais il est permis de croire que la conviction du praticien qui doit se former, de même que celle des juges, de l'ensemble des renseignemens fournis par la maladie et par le malade dans leurs antécédens et dans leurs dispositions présentes, puisera dans ces circonstances plus d'un motif de diagnostique juste et de se décider pour ou contre l'opération.

Les études microscopiques appliquées aux observations d'organogénie tendent de plus en plus à dissiper les ténèbres de la première formation des organes. Ces études ont déjà soulevé un coin du voile qui enveloppe l'intéressante fonction de la fécondation; elles nous font pénétrer dans la structure intime des solides et des liquides; elles préparent peut-être enfin la matière d'une rénovation de la physiologie. Chaque semaine l'Académie des sciences reçoit les fruits de cet ordre de travaux sont enregistrés, a occasion de constater le zèle des micrographes par les résultats des investigations qui lui arrivent de tous côtés. Parmi ces travaux nous signalerons aujourd'hui d'excellentes observations des MM. Prévost et Lebert sur la formation des organes de la circulation et du sang dans les animaux vertébrés. Il n'est pas sans importance de déterminer en quelque sorte la généalogie des systèmes organiques, de savoir quand les appareils commencent, comment ils se produisent et dans quels rapports ils se lient. On a, en effet, tant imaginé de théories sur l'action et la réaction des systèmes d'organes, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, en attribuant le privilège de donner l'impulsion à tous les rouages de l'économie, ici au système nerveux, là au système circulatoire, ailleurs au tissu cellulaire, que c'est avec une sorte de bonheur que nous prenons acte des observations où l'on tâche de démontrer clairement l'ordre de succession et par conséquent les rapports de subordination des divers systèmes. Or telle est en partie l'idée des recherches de MM. Prévost et Lebert à l'égard des organes de la circulation et du sang chez les vertébrés. Les recherches dont nous parlons concernent les œufs des batraciens; elles les prennent d'abord dans leurs élémens primitifs avant toute fructification pour les suivre, suivant le plan des observateurs, à travers les modifications qu'ils éprouvent après la fécondation. Nous ne nous arrêterons pas sur l'anatomie déliée de l'œuf de ces animaux dans ces états si différens; mais nous insisterons sur les résultats qui ont pour objet la filiation des organes de la circulation.

Pallida labra cibum accipiunt digitis alienis.
. . . .
. . . . Sed omni
Membrorum damno major dementia. . . . . .
(Sat. x.)

Et le poète satirique a hève de dérouler le catalogue des infirmités qui attend l'homme au déclin de sa vie; leur dénombrement est peu instructif au point de vue technique, mais il prouve que le nombre et la nature de ces afflictions physiques étaient assez apparens pour frapper l'imagination et pour susciter la recherche de leur cause générale. On ne pouvait hésiter à l'attribuer à l'extension d'un luxe corrupteur, et cette origine même en rattachait l'énoncé aux leçons morales dont les poètes ont toujours accepté la mission.

Il est une catégorie spéciale de ces maladies, dont on retrouve une mention plus fréquente dans leurs écrits, ce sont les *affections cutanées*, qui prirent alors un développement insolite, et auxquelles nous devons un examen particulier. Ces affections, à peine mentionnées par les poètes grecs, sont au contraire souvent indiqués par les poètes latins. Il paraît, d'après les recherches de Vicq-d'Azyr, que les anciens habitans de la Grèce en étaient à peu près exempts. Homère n'en a point parlé dans son Odyssée, où il a rappelé cependant la plupart des maux auxquels sont exposés les gens qui vivent dans la misère. Hésiode n'en fait aucune mention; Hérodote, Thucydide, Diodore de Sicile les regardaient comme des fl aux réservés aux Barbares, comme des fruits impurs du luxe asiatique; M. Alibert fait remarquer qu'au temps d'Hippocrate même on les envisageait comme des phénomènes rares. Les seuls esclaves en étaient atteints dans l'ancienne Rome. Ce ne fut qu'au déclin de la République que la dépravation des mœurs entraînant celle de la santé, le corps se couvrit de stigmates honteux; et l'art de la cosmétique, contre lequel Galien s'est tant élevé, fut un nouveau mal ajouté à ceux qu'il prétendait guérir.

Il n'est donc pas étonnant que la fréquence de ces affections, dont les progrès coïncidèrent précisément avec la plus belle époque de la littérature romaine, ait été dévoilée par elle. Outre que leur siége extérieur en rendait l'observation plus facile, les formes hideuses, les tristes résultats de ces maladies se prêtaient souvent aux descriptions poétiques, et elles devaient reparaître dans l'histoire des dégradations de mœurs. Les affligeans stigmates que l'on découvrait sur les populations avaient trop d'évidence pour être oubliés : l'épigramme, si libre, si personnelle alors, semblait se complaire dans la révélation des signes indélébiles que la maladie imprime sur la face humaine; la satire trouvait dans leur description une leçon salutaire. Les poètes, qui n'ont pas reculé devant l'idée de remuer la boue qui souille trop souvent la passion qui devrait rester la plus noble, n'ont trouvé que trop d'occasions de révéler des vérités accusatrices. Les poètes didactiques ont fait naturellement intervenir, dans leurs œuvres sévères et relevées, le tableau de certaines affections que la nourriture, les influences des saisons, celles des localités font développer, et dont l'action se traduit par des caractères extérieurs. D'autres encore ont semé dans des écrits variés dans leur but ou leur forme des documens utiles à recueillir. Leur ensemble se rapporte à un groupe naturel de maladies dont Ovide est venu, pour ainsi dire, formuler

MM. Prévost et Lebert ont reconnu que chez les batraciens les muscles du mouvement volontaire précèdent dans leur développement les organes de la circulation. Le cœur lui-même ne se forme, chez cette classe d'animaux, qu'après que les organes du mouvement volontaire ont acquis un certain degré de perfection. Ce viscère consiste d'abord en un canal renflé dans son milieu, placé à la jonction de la partie vitelline et organique avec la partie animale de l'embryon. Ses premiers mouvemens ne sont que des oscillations faibles et des contractions comme péristaltiques. Bientôt se voit la séparation de l'oreillette et du ventricule; plus tard, le bulbe de l'aorte devient distinct, et lorsque toutes les parties sont bien marquées, la pointe du cœur prend la forme qu'elle doit garder. Les mouvemens sont devenus en même temps de plus en plus énergiques et réguliers; le péricarde enfin a entouré le cœur dès la première démarcation de l'oreillette et du ventricule. Dès que la substance du cœur a acquis quelque solidité, on y reconnaît des vaisseaux qui président à la nutrition et à son accroissement. Il est probable, suivant MM. Prévost et Lebert, que les premiers vaisseaux se forment dans une membrane hémoplastique ou dans quelque chose d'analogue, se répandant depuis le cœur dans toutes les parties dans lesquelles la première circulation s'établit.

La première circulation fœtale complète dans les batraciens est en peu de mots la suivante : le sang veineux passant de l'oreillette dans le ventricule se répand par le bulbe de l'aorte dans les branchies, donnant cependant des vaisseaux à d'autres parties qu'aux branchies; le sang veineux devient artériel dans les organes aériens et retourne en grande partie, après avoir alimenté d'autres points environnans, de chaque côté dans un tronc qui aboutit à l'aorte; de là le sang parcourt toutes les parties du corps et revient à l'oreillette par les gros troncs veineux.

Le cœur, pendant la contraction, diminue d'un tiers de son diamètre; sa contraction est aussi visible d'une manière active dans le bulbe de l'aorte, qui, sous tous les rapports, paraît être un renfort du centre de la circulation. Les capillaires se forment toujours d'une manière centrifuge et toujours sous l'influence de la circulation générale. Ce sont des arcs secondaires, tertiaires et ainsi de suite, qui vont d'une artériolle à une petite veine. Jamais MM. Prevost et Lebert n'ont observé dans l'embryon des animaux vertébrés des vaisseaux capillaires se formant indépendamment de la circulation générale et qui finissaient par y aboutir. MM. Prevost et Lebert ont reconnu aussi l'existence de capillaires trop petits pour permettre le passage des globules sanguins; dans d'autres capillaires un peu plus grands que ceux-ci, ils ont vu tantôt passer du sang qui contient des globules, tantôt un liquide incolore qui n'en renferme point. Les deux plus grands avantages des études embryologiques chez les batraciens consistent dans le plus grand diamètre de leurs globules organo-plastiques qui permet de saisir tous les détails de leur transformation et dans le développement complet de la circulation branchiale qui rend compte de l'état rudimentaire de ce genre de circulation dans l'embryon de l'oiseau et dans celui des mammifères.

Les résultats des observations de MM. Prevost et Lebert renversent une foule d'opinions admises en principe par la physiologie moderne. C'est d'abord un fait très singulier de voir que dans l'ordre de formation des systèmes organiques, les organes du mouvement volontaire dont l'animal paraîtrait n'avoir besoin qu'après sa sortie de l'œuf précèdent l'organe central de la circulation, à qui on avait fait jouer le premier rôle dans la vie végétative et qu'on croyait le point de départ de la série des originaux organiques, lorsqu'on ne l'attribuait pas au cerveau ou aux nerfs. Une autre observation non moins contraire aux idées actuelles, c'est l'indépendance des capillaires de la circulation générale, en sorte que cet ordre de vaisseaux parait toujours dériver du grand centre circulatoire, au lieu que, suivant le système adopté, les capillaires constitueraient un appareil à part et même indépendant des gros vaisseaux. Le dernier fait sur lequel nous arrêterons l'attention, parce qu'il tend à révéler le système des fonctions du système capillaire, c'est son imperméabilité partielle aux globules du sang et le remplacement de ces globules par un liquide incolore. Les observations de MM. Prevost et Lebert, si fécondes en inductions physiologiques, ne le sont pas moins en inductions pathologiques. La théorie des fluxions, si vague et si impénétrable jusqu'ici, tirera surtout un grand parti des rapports établis par ces observations entre les capillaires et la grande circulation, ainsi que de la substitution d'un liquide incolore aux globules rouges dans une partie des vaisseaux capillaires; les mouvemens fébriles et le travail inflammatoire n'auront pas moins à gagner lorsqu'on saura profiter de ces données. Nous aurions encore beaucoup de conséquences à déduire des faits articulés par MM. Prevost et Lebert; mais celles que nous venons d'indiquer suffisent à montrer, et nous n'avons pas pour le moment un autre objet, quelle mine inépuisable de connaissances intéressantes et curieuses se découvre à chaque pas dans les recherches microscopiques bien conduites.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'HYDROPISIE ET SURTOUT DE L'HYDROTHORAX ET DE L'ANASARQUE; par le docteur O'BEIRNE (1).

Dans l'état actuel de la science nos connaissances sur la nature de l'hydropisie sont non seulement fort imparfaites, mais souvent même erronées, et les nombreux insuccès de nos moyens de traitement ne viennent que trop à l'appui de cette assertion. Depuis quelques années, en effet, on s'est plutôt occupé de chercher de nouveaux diurétiques que d'établir sur des bases solides la meilleure manière d'employer ces moyens et les autres que nous avons à notre disposition. On doit donc recevoir avec indulgence tous les travaux, quelque faibles qu'ils paraissent, ayant pour but l'étude de ces principes et l'indication d'un traitement plus efficace. Ce qui m'autorise à tenter cet essai, c'est que, depuis bientôt vingt ans que je me suis formé une opinion particulière sur la nature de cette maladie, j'ai appliqué avec un grand succès à la pratique les indications qui en découlent. Exposer ici ma manière de voir et signaler les cas où elle sera d'une utile application, tel est l'objet de cette communication.

On croit généralement que le fluide épanché ou infiltré dans l'hydropisie est versé par les exhalans, vaisseaux extrêmement fins qui naissent du système capillaire et se terminent à la surface des membranes, dans les lamelles du tissu cellulaire cutané ou dans le tissu des organes. Mais telle est leur ténuité qu'il serait impossible, par les moyens ordinaires, de s'assurer s'ils appartiennent au système

(1) Extrait du JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE DUBLIN.

---

la thérapeutique populaire, en publiant un poème sous le titre de MEDICAMEN FACIEI, dans lequel il enseigne les moyens d'effacer les traces disgracieuses qui déparent le visage.

Mais, avant d'esquisser les principaux traits de ce genre d'affections, empruntons à Virgile quelques détails sur une lésion de nature différente, et qui ne trouve place ici qu'en raison de son siége extérieur.

La dénomination toute métaphorique d'*ignis sacer* a été appliquée à plusieurs maladies accompagnées d'une sensation brûlante et d'une origine mystérieuse. Il est du moins évident que les médecins de l'antiquité ont compris, sous ce nom, des maladies très distinctes, et qui n'avaient de commun que la sensation d'ardeurs qu'elles occasionaient. C'est ainsi, par exemple, qu'on a assimilé l'érysipèle à la pustule maligne, bien qu'il existe des différences fondamentales entre ces deux affections. Une remarquable description, faite par Virgile, peut contribuer à élucider le sens de ces mots, en faisant connaître, par des caractères bien tranchés, que l'*ignis sacer* se rapporte d'une manière non équivoque à la *pustule maligne*, affection qui, à son époque comme à la nôtre, était connue et redoutée des personnes que leur profession expose à manier les dépouilles des animaux. Le commentaire médical de l'épisode qui termine le troisième livre des GÉORGIQUES conduit presqu'inévitablement à cette croyance.

L'auteur des GÉORGIQUES, après avoir décrit en vers admirables une épizootie générale, qui moissonnait toute espèce d'animaux, s'exprime de la manière suivante :

Verum etiam, invisos si quis tentarat amictus,
Ardentes papulæ, atque immundus olentia sudor
Membra sequebatur; nec longo deindè moranti
Tempore, contactos artus *sacer ignis* edebat.

Les papules brûlantes et le *feu sacré* qui dévore les membres des imprudens poussés par la cupidité à tirer parti des dépouilles des animaux, nous rappellent à la fois les apparences physiques de la pustule maligne et son origine par contagion, qui est un des caractères les plus importans. Ces indications suffiraient au besoin pour écarter toute idée relative à l'érysipèle, puisque cette affection n'est point contagieuse et ne présente aucun relief prononcé au-dessus de la peau. Mais le doute est plus sûrement détruit quand on analyse la nature de la maladie observée par Virgile sur les animaux. Cette description, dans laquelle on a voulu voir une peste, et qu'on a comparée à celle de Lucrèce, est bien loin d'être aussi vague que le ferait croire l'oubli dans lequel les hommes de l'art paraissent avoir laissé ce précieux document. La véracité de l'observateur se fait jour à côté des belles fictions que le poète a semées dans sa description. Rien d'important n'est oublié. Virgile trace un portrait assez fidèle, assez précis, pour qu'on puisse dénommer sûrement la maladie, apprécier ses causes, ses symptômes et ses résultats.

L'étiologie de l'affection charbonneuse des animaux dont l'influence se fait ressentir sur l'homme, en provoquant, par contagion, le développement de la pustule maligne, se résume dans l'action prolongée d'une chaleur brûlante et dans la corruption des pâturages ou des eaux qui servent à désaltérer les troupeaux. C'est vers la fin de l'été ou au commencement de l'automne que ces per-

artériel ou veineux, si nous n'avions une autre route pour arriver à la vérité. Les artères, on le sait, ne sont pas très extensibles; lorsqu'elles ont été liées il est rare qu'elles laissent sortir quelque partie du fluide qu'elles contiennent et elles se déchargent du trop plein par la dilatation et l'anastomose de leurs petites branches latérales, et lorsque, sans être liées, elles sont cependant fortement distendues, leurs plus petits rameaux laissent quelquefois échapper soit du sang, soit de la lymphe coagulable, mais non de la sérosité; les veines, au contraire, peuvent être distendues à un point extrême, et lorsqu'elles ont été liées ou comprimées d'une manière quelconque, c'est rarement par la dilatation de leurs petites branches latérales qu'elles se déchargent, mais par l'extension de leurs parois, et, si cela ne suffit pas, par l'épanchement du sérum et non du sang. On peut donc conclure de ces faits qui sont admis et démontrés que les vaisseaux exhalans sont intimement unis avec les veines et non avec les artères, et conséquemment que les veines qui sont en rapport si direct avec la source d'où sortent les fluides épanchés dans l'hydropisie doivent jouer un rôle important dans la production de cette maladie. Pour arriver à la démonstration de cette conclusion, nous sommes obligé de prendre le système veineux pour base de toutes nos recherches.

On peut affirmer immédiatement que si les obstacles à la circulation veineuse sont la principale cause de l'épanchement de sérosité qui s'opère dans l'hydropisie, il en résulte que les causes de la maladie doivent être de nature à amener ces obstacles, et nous allons démontrer qu'il en est réellement ainsi. Ici pourtant nous trouvons une difficulté et qui tient au nombre considérable non seulement des causes, mais même des espèces et des variétés qu'offre cette maladie; mais nous éviterons les répétitions nombreuses auxquelles nous serions exposé, en prenant pour exemple l'hydrothorax qui, par l'influence qu'il exerce sur toutes les parties de l'économie, même les plus éloignées, et par ses rapports plus intimes avec le système veineux général qu'avec celui de l'abdomen ou de la veine-porte, fera mieux comprendre l'action des obstacles éprouvés par l'appareil veineux. Après avoir rappelé que les principales causes de l'hydrothorax sont les maladies des poumons et de la sérense qui les recouvre, les maladies du cœur, l'hypertrophie considérable du foie et de la rate, l'ascite à une époque très avancée, la pléthore veineuse, le froid et les difformités du thorax, nous allons considérer chacune de ces causes en particulier et ferons voir comment elles produisent un obstacle à la circulation veineuse.

1° Lorsqu'une partie de l'un des deux poumons ou de tous les deux est hépatisée ou occupée par des tubercules, des hydatides ou des abcès, cette partie n'est plus perméable et la capacité de ces organes à recevoir le sang de la circulation est diminuée d'autant, tandis que la quantité du sang veineux qui doit la traverser reste la même. De là, évidemment, un obstacle au cours du sang veineux égal à l'étendue de la partie du poumon devenue imperméable; de même encore dans la pleurésie, le sérum épanché dans la plèvre comprime le poumon, diminue sa capacité et retarde la circulation.

Dans les cas où les parois du ventricule gauche du cœur sont hypertrophiées ou atrophiées ou quand les valvules de ce ventricule ou celles de l'aorte sont altérées l'action du cœur, quoiqu'en apparence très forte, est réellement affaiblie, et cet organe ne peut plus pousser le sang avec autant de force et de vitesse qu'il le reçoit. L'effet naturel de ce changement, c'est que les veines pulmonaires se congestionnent et apportent une gêne à la circulation capillaire. Il est probable aussi que cette congestion produite par l'excès du sang artériel doit déterminer l'inflammation et l'hépatisation du poumon et diminuer encore la capacité de cet organe.

Lorsque le foie ou la rate est assez hypertrophié pour refouler le diaphragme vers la partie supérieure du thorax et comprimer le poumon correspondant, la circulation est nécessairement ralentie dans ce poumon. Le même effet est également produit, mais à un degré plus prononcé, par la pression qu'une quantité considérable de liquide séreux épanché dans le péritoine produit sur les deux poumons.

On a calculé que chez les personnes âgées le système veineux contient presque les deux tiers de tout le sang du corps, tandis qu'il n'y a aucune compensation dans la capacité des poumons qui permette à cette grande quantité de sang de les traverser dans le même temps donné. Or on comprend qu'une telle disproportion ne peut exister longtemps sans causer un obstacle à la circulation pulmonaire. On pourra regarder cette hypothèse comme une simple théorie et douter que l'hydrothorax soit jamais le résultat de la pléthore veineuse de la vieillesse, ou sans la coopération de quelqu'autre cause; c'est au moins l'objection qui a été souvent faite; mais nous avons rencontré beaucoup de cas où l'hydropisie ne dépendait que de cette cause. Les sujets étaient des personnes avancées en âge et remarquables par la bonne santé dont elles avaient joui jusqu'alors. La maladie s'était développée aussi souvent dans les temps chauds que pendant la saison froide, et ne pouvait être attribuée à aucune autre cause, à l'exception peut-être de la bonne chère et d'une existence inactive. Les symptômes étaient une dyspnée augmentant graduellement et la diminution graduelle aussi de la sécrétion urinaire; un léger œdème des paupières, des joues et des chevilles; quelques palpitations; un pouls plein, vif, irrégulier, quelquefois intermittent et compressible avec une légère diminution de la matité de la poitrine. Ces cas cèdent très promptement à des évacuations modérées, et souvent on méconnaît leur nature réelle, qui n'est autre que l'œdème des poumons.

L'un des effets les plus généralement admis de l'exposition continuelle à un froid intense est de repousser le sang veineux de la surface du corps vers les veines profondes, et de celles-là vers le cœur et les poumons. Cet afflux d'une aussi grande quantité de sang vers ces organes dont la capacité n'est pas augmentée doit nécessairement y déterminer une gêne considérable; aussi le froid est-il l'une des causes les plus fréquentes de l'hydropisie.

Lorsque c'est par l'effet d'une difformité congéniale, du rachitisme ou d'une déviation du rachis, que le thorax est déformé et diminué dans sa capacité, les poumons ne peuvent plus assez se distendre pour que le sang les traverse facilement, et le résultat est un obstacle à la circulation capillaire.

Il résulterait donc de ces faits que toutes les causes de l'hydropisie pourraient être réduites à deux classes: celles qui agissent en diminuant la capacité des poumons et celles qui déterminent l'augmentation de la quantité du sang envoyé à ces organes; mais il arrive assez souvent que plusieurs de ces causes agissent à la fois chez les mêmes personnes et produisent un effet encore plus prononcé.

Nous devons maintenant examiner les effets que produit l'obstruction des veines sur les poumons et sur le côté gauche du cœur, et nous faisons d'abord remarquer que les branches de l'artère pulmonaire étant réelle-

---

nicieuses influences s'exercent avec le plus d'énergie. Virgile n'a rien omis de ce tableau étiologique.

> Hic quondam morbo cœli miseranda coorta est
> Tempestas, totoque autumni incanduit æstu,
> Et genus omne neci pecudum dedit, genus ferarum,
> Corrupitque lacus, infecit pabula tabo.

Les symptômes ne sont pas tracés avec moins de précision. Ce sont d'abord des phénomènes généraux caractérisés par la prostration des forces et la stupeur, par un trouble profond de toutes les fonctions; les animaux chancellent, tombent, font de vains efforts pour réagir contre le mal; puis des sueurs visqueuses et partielles, des suffusions sanguines ou même des hémorragies spontanées se déclarent. Le poète latin reproduit non seulement tous ces caractères, mais il sait en rendre l'énoncé bien touchant et nous intéresser pour la victime du fléau qu'il dépeint. C'est le noble compagnon des travaux de l'homme, c'est le cheval qui devient le sujet de sa description, où brille une étonnante richesse d'harmonie imitative.

> Labitur infelix, studiorum atque immemor herbæ
> Victor equus, fontesque avertitur et pede terram
> Crebro ferit, demissæ aures; incertus ibidem
> Sudor.....................

S'agit-il d'exprimer la sécheresse et la rigidité particulière de la peau, le poète y réussit avec une perfection que les rhéteurs ont érigée en exemple:

> .... Aret
> Pellis et ad tactum tractanti dura resistit.

Faut-il dépeindre un paroxysme, c'est avec un bonheur complet d'expression et une nouvelle vérité dans les traits que Virgile s'énonce.

> Sin in processu cœpit crudescere morbus:
> Tum vero ardentes oculi, atque attractus ab alto
> Spiritus, interdum gemitu gravis; imaque longo
> Ilia singultu tendunt: it naribus ater
> Sanguis, et obsessas fauces premit aspera lingua.

Les symptômes généraux de l'affection charbonneuse des animaux précèdent l'affection locale, tandis que, dans la pustule maligne, la maladie est primitivement locale, et ce n'est que plus tard qu'elle se généralise en s'aggravant. Cette distinction si importante, qu'on n'est arrivé à formuler avec certitude que dans ces derniers temps, à l'aide d'une observation attentive, semble avoir été pressentie par Virgile. Si on avait médité tous les passages de son épisode, on aurait pu du moins y trouver un indice propre à guider dans ce genre de recherches, et la science n'aurait peut-être pas attendu si longtemps la solution

ment des veines, le premier effet doit être une distension excessive de ces vaisseaux, et le second un épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire du poumon affecté ou peut-être des deux poumons. Cet épanchement en diminuant encore la capacité des poumons en amène un nouveau, et ainsi l'épanchement succède à l'épanchement jusqu'à ce que tout le tissu cellulaire du poumon et la plèvre correspondante soient remplis de fluide séreux; en même temps les veines propres des poumons sont de plus en plus comprimées, et il en résulte des effets tout à faits différens. D'après un principe d'hydrodynamique connu, la compression de ces veines augmente beaucoup la rapidité du sang qui les traverse et une plus grande quantité de sang artériel que celle que peut recevoir l'oreillette et que le ventricule peut lancer est portée dans la cavité gauche du cœur; de là des battemens du cœur forts, fréquens et irréguliers, le reflux et la congestion des veines pulmonaires qui sont réellement des artères, la distension extrême et la rupture de quelques-unes de leurs plus petites branches, et enfin l'hémoptysie. Pendant que ces changemens s'opèrent du côté gauche du cœur, le droit éprouve les mêmes effets; car la systole du ventricule droit est empêchée ou au moins gênée par la capacité continuellement décroissante des poumons et de leurs vaisseaux, pendant que l'oreillette droite est forcée de résister à l'entrée des deux colonnes de sang qui sont continuellement croissantes et qui sont poussées *à tergo* par des forces de divers genres.

Examinons maintenant les effets que doit produire la distension des deux principaux troncs veineux sur les organes et les parties du corps d'où ils reçoivent le sang, et d'abord fixons l'attention sur deux circonstances qui accompagnent si constamment l'épanchement de la sérosité qu'on peut comme autant de lois qui semblent en régler la production.

1° Dans l'hydropisie le liquide épanché occupe presque toujours, soit les cellules du tissu cellulaire, soit les grandes ou les petites cavités séreuses. Dans quelques cas rares, il est quelquefois versé par les membranes muqueuses comme dans l'hydropisie de l'utérus, de l'estomac et des intestins, mais on ne le trouve jamais dans les tissus d'une texture plus dense ou très compliquée, tels que la plante des pieds et des orteils, la paume de la main et la face palmaire des doigts, les oreilles, le cuir chevelu, le foie, et peut-être encore quelques autres organes internes. La conclusion qui ressort de ces faits et qui par sa généralité représente une loi réelle, c'est que la simplicité de texture et conséquemment la simplicité des fonctions sont les conditions essentielles pour que l'épanchement puisse s'opérer, et conséquemment que ce dernier est le produit de l'exhalation et non d'une sécrétion.

2° Lorsqu'une veine est soumise à un obstacle l'épanchement se fait non pas sur le point où est l'obstacle, mais sur un certain nombre de points correspondant aux dernières ramifications de la veine obstruée; ainsi dans la grossesse la pression de l'utérus sur les gros troncs veineux de l'abdomen ne détermine pas d'épanchement dans cette cavité, mais aux pieds et à la cheville. Cette loi n'admet pas d'exception.

L'application de ces lois aux cas de compression de la veine-cave supérieure et des veines innominées va nous permettre de suivre les effets que produit leur distension sur les principales branches, et par celles-ci sur les organes et les différentes parties d'où elles sortent. Si, par exemple, nous supposons que l'obstacle porte sur la veine azygos, voici ce que nous observerons : Les veines bronchiques distendues verseront dans les vésicules pulmonaires une certaine quantité de sérosité qui excitera de la toux et se mêlant à la matière sécrétée par ces vésicules formera l'expectoration séro-muqueuse qui caractérise certains états morbides; en même temps ce fluide gênant l'action de l'air à la surface des vésicules nuira à l'hématose, et le côté gauche du cœur recevant un sang moins artérialisé en éprouvera une influence fâcheuse. Les veines du péricarde verseront un liquide semblable dans la cavité de cette séreuse et nuiront encore aux libres mouvemens de cet organe. Les gros et nombreux plexus veineux situés dans l'intérieur du canal spinal et qui portent leur contenu dans les veines azygos verseront aussi dans ce canal une quantité plus ou moins considérable de sérosité qui produira ou aidera à produire la paralysie qu'on observe quelquefois dans ces cas. Enfin, les veines intercostales seront la source de l'œdème qui apparaît sur le côté du thorax et peut être aussi d'une partie du liquide qui s'épanche dans les plèvres. La circulation des deux veines jugulaires internes et des deux vertébrales étant également gênée le liquide s'épanchera dans les deux ventricules, au-dessous de l'arachnoïde et même dans la gaîne que fournissent les méninges autour de la moelle épinière et causera, par la pression et suvant sa quantité, des accidens de paralysie ou d'apoplexie. Si l'obstacle s'étend aux deux sous-clavières l'œdème se manifeste d'abord au poignet, à la face dorsale de la main et des doigts et ensuite gagne l'avant-bras et le bras.

Parmi ces différentes veines, les deux jugulaires et les deux sous-clavières sont volumineuses, extensibles et dépourvues de valvules; elles peuvent donc supporter un reflux et une distension considérables et soulager ainsi leur tronc principal; la veine azygos aussi peut produire le même effet, car elle n'a pas de valvules, et quoique très étroite sa longueur et sa flexuosité la rendent très favorable au reflux et à la dilatation. Mais dans les premiers temps de la maladie, aussitôt qu'un nouvel épanchement se fait, le sang contenu dans le tronc peut pénétrer dans le cœur, ce qui diminue la congestion de ces branches et l'œdème des parties auxquelles elles se distribuent; cependant, comme chaque nouvel épanchement rend plus difficile le passage du sang à travers les poumons, il se fait bientôt une nouvelle distension de ces vaisseaux qui diminue de la même manière, mais toujours de moins en moins lorsque la cause première persiste, en sorte que ce n'est souvent qu'à une époque très éloignée du début de la maladie que surviennent les accidens graves produits par l'obstruction de la veine-cave supérieure et de ses branches tels que l'apoplexie et la paralysie.

Les veines jugulaires externes sont au contraire pourvues de valvules, dont deux sont placées, une de chaque côté, exactement au point où chacune pénètre dans la veine sous-clavière. Quand cette dernière est distendue, il est évident que l'effet immédiat de la pression du sang est de soulever ces valvules et de faire refluer le sang dans les vaisseaux auxquels elles appartiennent, et que cette obstruction continuera aussi longtemps que celle de la veine sous-clavière n'aura pas disparu ou au moins diminué. C'est alors que se produit naturellement cet œdème du tissu cellulaire sous-cutané de la paupière inférieure et des jours qu'on observe constamment au début de la plupart des affections de ce genre.

Pour compléter cette partie de nos recherches, nous devons tenir compte des effets de l'obstruction du système lymphatique qui ressemble sous tant de rapports à l'appareil veineux, et dont les troncs pénètrent et se terminent dans les veines sous-clavières par les canaux thoraciques. Chacun de ces derniers offre, à l'ouverture par laquelle il se termine dans la veine sous-clavière, une paire de valvules dont une est placée de cha-

---

de la difficulté que nous rappelons ici. Lorsque l'auteur des GÉORGIQUES fait remarquer que l'enchaînement des symptômes n'était pas uniforme :

Nec via mortis erat simplex,

ne dirait-on pas qu'il veut préalablement indiquer l'existence de plusieurs périodes dans la maladie? D'abord, la cause du mal s'exprime par une sensation brûlante qui parcourt le trajet des veines dans les membres :

Ignea venis
Omnibus acta sitis miseros adduxerat artus;

et plus tard, à cette fièvre succédait le poison d'une liqueur mordante qui dévorait les parties où elle était épanchée.

Rursus abundabat fluidus liquor omniaque in se
Ossa minutatim morbo collapsa trahebat.

En faisant la part du langage poétique, qui sans doute a placé ici le mot *ossa* par une de ces métonymies si fréquentes dans la langue latine, on y voit l'expression d'un fait bien important, qui confirme dans la pensée que Virgile possédait de véritables notions scientifiques, et qu'on gagne beaucoup à les chercher dans ses œuvres cachées sous le charme des vers. Il n'est pas jusqu'à l'altération du sang qui se produit dans l'affection charbonneuse qui n'ait trouvé place dans son épisode. L'anatomiste croit l'avoir découverte de nos jours avec le scalpel; Virgile l'avait déjà signalée sous le couteau du sacrificateur.

At vix suppositi tinguntur sanguine cultri
Summaque jejuna sanie infuscatur arena.

On voit donc, par les citations que nous venons de rapporter, que l'ensemble de ces caractères relatifs à l'affection charbonneuse des animaux éclaire sur la notion de la pustule maligne et sur la véritable valeur des mots *ignis sacer*. Il est possible qu'on les ait abusivement appliqués à l'érysipèle, à l'*herpès zoster* ou à quelques autres maladies; mais la corrélation des détails descriptifs énoncés par Virgile devient un fil conducteur dans le dédale synonymique des livres de médecine. Quand les traditions de la science, loin de simplifier la recherche de la vérité, l'ont, au contraire, embarrassée par l'adjonction d'opinions variées et fréquemment contradictoires, c'est en dehors d'elles qu'il faut chercher de nouveaux élémens de conviction; c'est quelquefois dans l'opinion populaire qu'il faut aller retremper ses croyances. Or, Virgile nous fournit des garanties suffisantes de vérité : ses récits peuvent être considérés non seulement comme l'expression des notions générales de son époque, mais encore comme le fruit d'une observation éclairée. Nous n'avons pas hésité à recevoir, d'une source si féconde, les motifs qui nous ont porté à fixer le sens d'une expression jusqu'ici mystérieuse, comme la nature de la cause à laquelle elle fait allusion.

F. BOUISSON,
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(La suite et fin au prochain numéro.)

que côté; en sorte que l'un des effets les plus immédiats de la distension de ces troncs veineux sera de soulever ces valvules et de les maintenir ouvertes tant que l'obstruction de la veine n'aura pas cessé ou diminué. Mais, avant qu'il en arrive ainsi, le liquide contenu dans ces canaux est repoussé de valvule en valvule, jusqu'à ce que la congestion parvienne jusqu'aux capillaires d'où partent presque tous les vaisseaux lymphatiques du corps. En outre, le petit nombre de ceux de ces vaisseaux qui ne se terminent pas dans l'un des canaux thoraciques pénètrent dans d'autres veines, les trouvent également distendues, ne peuvent y verser leur contenu. C'est ainsi qu'à une époque peu avancée de la maladie, et de temps en temps pendant sa durée, tout cet appareil est distendu et obstrué, et que l'absorption est suspendue par une cause toute physique, et non point par une lésion vitale.

L'étude des obstacles à la circulation de la veine-cave inférieure et de ses branches, et des effets qu'ils produisent dans les parties d'où elle tire le sang qu'elle transporte, nous fournira des résultats analogues. Lorsque la colonne du sang contenu dans la veine-cave inférieure, non seulement n'est pas reçue, mais est réellement repoussée de l'oreille droite du cœur, le premier effet est de reporter cette colonne en arrière, d'abaisser les valvules les plus rapprochées en ligne directe (celles qui sont à la partie inférieure de chacune des veines fémorales), ce qui ne permet pas au sang de s'avancer, dans ce mouvement rétrograde, plus loin que les veines iliaques externes; car il ne peut se frayer un passage dans les veines iliaques internes, ainsi que dans leurs plus petites branches, puisqu'elles sont toutes pourvues de valvules. Ainsi, les fémorales et les autres veines des extrémités inférieures éprouvent immédiatement une obstruction et une distension dont l'effet est l'œdème des chevilles et des pieds (à l'exception cependant de la plante), ce qui arrive constamment et dès le début de la maladie; par degrés, les jambes, puis les cuisses, ne tardent pas à participer à cet œdème, et les extrémités inférieures finissent par présenter une infiltration complète, avec décoloration de la peau. Longtemps avant pourtant que l'hydropisie soit arrivée à ce degré, elle a déjà envahi d'autres parties, et c'est ainsi que les deux veines pudiques ont été obstruées et distendues à leur tour, et ont produit les conséquences de cet état, savoir: le gonflement aqueux, avec pâleur et disparition des rides du scrotum, ainsi que le gonflement avec pâleur et allongement du prépuce sous forme de spirale.

Avant de décrire les effets de l'obstruction sur les autres branches de ce gros vaisseau, et les organes dont elles rapportent le sang, je dois jeter un coup-d'œil sur les moyens qui, dans l'état normal, élèvent, malgré son poids, la colonne de sang contenu dans cette veine considérable, ce dont aucun physiologiste n'a encore donné une explication suffisante.

La veine-cave inférieure est la plus longue, et, à peu d'exceptions près, la plus grosse veine du corps; c'est celle aussi dont le trajet se rapproche le plus de la ligne droite. Elle est entièrement dépourvue de valvules, et n'est pas, comme presque toutes les autres veines, en contact avec son artère correspondante, l'aorte abdominale. Et cependant elle transmet régulièrement au cœur sa lourde colonne de sang, malgré la force de gravité, et en apparence sans le secours d'aucun des moyens ordinaires de propulsion. Nous allons montrer que ce phénomène, qui n'a pas encore été expliqué d'une manière satisfaisante, tient à une merveilleuse disposition des parties, et d'où résulte une force de propulsion beaucoup plus considérable que toutes celles que l'on avait signalées jusqu'ici.

1° L'artère iliaque commune se dirigeant obliquement en dehors et en bas passe devant la veine-cave inférieure et en contact immédiat avec elle, et juste au point où les deux veines iliaques se réunissent pour former cette veine considérable. Or, il est évident qu'à chaque pulsation cette grosse artère frappe la veine sous-jacente, la comprime sur le corps de la quatrième vertèbre lombaire sur lequel elle repose, et communique ainsi à la colonne de sang contenue dans la veine-cave une impulsion directe, puissante et continuelle. Il est encore évident que cette impulsion n'est dirigée qu'en haut et non point en bas; car la paire de valvules placée à l'extrémité supérieure de chacune des veines fémorales ne permet pas au sang de refluer dans les veines inférieures.

2° En nous élevant successivement avec la veine-cave inférieure, nous reconnaissons qu'elle reçoit encore une impulsion directe de l'artère rénale droite qui passe au-devant d'elle et en contact immédiat avec elle.

3° Au même niveau elle reçoit des impulsions plus fortes encore, bien qu'indirectes, par l'intermédiaire des deux veines rénales qui s'y ouvrent à angle très obtus. et après avoir reçu la gauche de l'aorte et la droite de l'artère rénale droite, de fortes impulsions qu'elles transmettent immédiatement à la veine-cave et dans la direction du cœur où il y a moins de résistance, et non dans celle des reins, dont le tissu dense peut résister à une impulsion même très forte du sang en retour.

4° Toutes les artères lombaires du côté droit, en passant par derrière et en contact immédiat avec la veine-cave, lui impriment d'abord une impulsion directe, et, plus loin, une impulsion indirecte, au moyen des veines qui les accompagnent.

5° Toutes les artères lombaires du côté gauche communiquent, en agissant sur leurs veines correspondantes, une impulsion plus ou moins forte au liquide contenu dans la veine-cave.

Si, à l'action de ces quatre grosses artères, et de huit ou dix d'un moindre calibre, et dont toutes les pulsations sont dirigées en haut, on ajoute la pression uniforme maintenue par les mouvemens alternatifs du diaphragme et des muscles abdominaux, l'aspiration du cœur pendant la respiration et l'élasticité de la veine elle-même, on aura réuni un nombre de circonstances et de forces plus que suffisantes pour contrebalancer les désavantages du volume de cette veine, de sa disposition en ligne droite et l'effet de la pesanteur.

Après avoir étudié la veine-cave à l'état normal, il nous reste à l'examiner sous l'influence de la maladie dont il est question. Lorsque la circulation pulmonaire est si gênée que l'oreillette droite du cœur ne peut plus recevoir la même quantité de sang veineux qu'auparavant, lorsque, au contraire, cette oreillette repousse à chaque systole, en haut et en bas, le sang qui se présente, quand d'un autre côté les valvules des veines fémorales ne permettent pas que le sang reflue dans les extrémités inférieures, la colonne de sang contenue dans la veine-cave inférieure, comme emprisonnée et agitée dans toutes les directions par les forces nombreuses qui agissent sur elle, et dont l'intensité augmente en raison de la résistance qu'elles rencontrent, tend nécessairement à se faire jour par la moindre ouverture qui restera libre, dans quelque position défavorable qu'elle se trouve, pourvu toutefois qu'elle n'offre pas une résistance supérieure. Or, la seule issue qui reste libre est représentée par les veines-caves hépatiques qui, au nombre de trois ou quatre, pénètrent dans la veine-cave inférieure au moment où elle traverse la partie aponévrotique du diaphragme, et dont les ouvertures, dépourvues de valvules, sont si accessibles que l'eau ou la matière d'injection poussée dans leur calibre passe librement dans la veine-porte, et *vice versâ*. Puis, si nous tenons compte du peu d'activité des forces qui poussent le sang du système de la veine-porte, et de la facilité avec laquelle ce liquide y pénètre immédiatement, après avoir traversé le foie dans un organe doué d'une élasticité particulière, nous comprendrons comment la veine-cave inférieure distendue par le sang qui s'y accumule de toutes parts, et qui ne peut pénétrer dans l'oreille droite, se débarrasse de l'excès de sang qu'elle contient par l'ouverture des veines-caves hépatiques, d'où il passe dans la veine-porte, de là dans la veine splénique, et enfin dans les vastes cellules de la rate.

Dans cette hypothèse, les veines-caves hépatiques seraient donc des canaux de décharge et des diverticules, et la rate un large réservoir destiné à suppléer à l'insuffisance de la veine-cave inférieure. Au reste, il ne serait pas étonnant qu'un organe aussi essentiel à la vie, et placé dans des conditions si spéciales et si périlleuses, fût pourvu d'un moyen propre à prévenir sa rupture; car, sans cette disposition, sa paroi externe, bien que plus forte et plus élastique que celle d'aucune autre veine, n'offrirait qu'une faible résistance aux forces antagonistes, et la rupture arriverait fréquemment.

On pourra objecter, à cette manière de voir, que, chez les chiens et même chez les hommes sur lesquels on a enlevé la rate, chez ceux de ces derniers qui ont cet organe engorgé à un tel degré d'induration qu'il ne pourrait plus servir de réservoir, non seulement on ne voit jamais survenir la rupture de la veine-cave inférieure, mais que même ceux qui survivent à cette opération ou à l'engorgement de la rate ne paraissent éprouver aucune incommodité de la perte de cet organe ou de l'impossibilité où il serait de remplir la fonction que nous lui attribuons. On comprendra cependant le peu de valeur de ces objections quand on se rappellera que les hommes et les animaux sur lesquels l'extirpation de la rate a été opérée jouissaient à cette époque d'une santé parfaite, et que, chez eux comme chez les sujets atteints d'un engorgement de la rate, et qui souvent n'éprouvent d'autre incommodité de cet engorgement que le poids de l'organe, il n'y avait aucun obstacle au passage du sang de la veine-cave inférieure dans le cœur, et conséquemment aucune nécessité d'un réservoir. D'ailleurs, on ne doit point oublier que, même dans les cas dont il est question ici, la veine-porte, les veines spléniques et les veines mésentériques ou leurs grosses et nombreuses branches anastomotiques restent intactes et représentent déjà un réservoir considérable, et que ces dernières veines, lorsqu'elles sont fortement distendues, se déchargent en versant graduellement dans la cavité du péritoine la partie séreuse du sang qu'elles contiennent, produisant ainsi l'ascite, qui est l'une des conséquences les plus fréquentes de l'engorgement et de l'induration de ce viscère. Peut-être objectera-t-on encore, et avec raison, que les réponses aux premières objections reposent sur une présomption peu fondée, savoir: que la rate ne remplit aucune fonction importante dans l'état de santé, et que, dans les maladies, elle ne sert que de réservoir pour le trop

plein de la veine-cave inférieure, et aussi de l'estomac, du foie, du pancréas et des intestins. Il est bien certain que ce point de vue, qui paraît fort juste, pourrait être appuyé d'un certain nombre de faits, qui, sans le démontrer d'une manière évidente, paraissent cependant bien propres à décider la question si longtemps indécise des usages de ce viscère. Parmi ces faits, nous citerions surtout les expériences faites par M. Assolant, sous les yeux de Dupuytren, sur 40 chiens sur lesquels l'extirpation de la rate ne fut suivie, chez les 20 qui survécurent à l'opération, d'aucun trouble dans la digestion, l'absorption, la respiration, la circulation, ni dans aucune des autres fonctions; ce qui semblait bien prouver que la rate n'est chargée d'aucune fonction dans l'état normal. Si nous ajoutons que M. Assolant ayant remarqué qu'aucun des animaux qu'il avait opérés ne périt d'hémorragie, cessa d'appliquer une ligature sur les vaisseaux de la rate sans voir survenir de perte de sang, que de son côté M. Ribes, dans des expériences semblables, remarqua que si, après avoir mis la rate à nu sur des animaux vivans, il comprimait pendant quelques instans les veines de cet organe, le sang s'y accumulait en le distendant; mais qu'aussitôt que la compression cessait, cet organe se resserrant, chassait, comme d'un seul jet, le sang qu'il contenait, nous reconnaîtrons, dans la rate, qui reçoit si peu de sang qu'on peut l'enlever sans lier ses artères, une disposition élastique très prononcée qui peut permettre l'accumulation, dans son intérieur, d'une grande quantité de sang, et nous aurons le droit de conclure, de tous ces faits, qu'à l'état normal la rate est contractée et en repos; qu'elle ne contient, dans cet état, d'autre sang que celui que versent dans ses cellules les artères nourricières, après qu'il est devenu veineux et qu'elle n'a probablement pas d'autre fonction que de servir de réservoir pour le déversement du trop plein de la veine-cave inférieure et du système de la veine-porte.

Il est temps que nous quittions cette digression pour revenir à la rupture de la veine-cave inférieure, dont on s'est si peu occupé que l'on croirait volontiers qu'elle n'a pu être produite par les causes internes auxquelles je l'ai assignée, et qu'elle ne serait que le résultat des violences extérieures; mais on en trouve des cas assez nombreux dans la plupart des auteurs, et, ce qui est fort digne de remarque, c'est que le plus grand nombre a été produit, non seulement par des causes internes, mais même chez des personnes affectées de maladies organiques du cœur ou des vaisseaux, et dans les circonstances dans lesquelles une grande quantité de sang avait dû se porter vers le cœur et les poumons. Cependant il est facile de faire voir que ces ruptures ne sont qu'un effet naturel d'un obstacle longtemps continué à l'arrivée du sang au cœur. Aussi, à peine la veine-cave inférieure a-t-elle été soulagée par les moyens que nous avons indiqués plus haut qu'elle se distend de nouveau et déverse encore dans la rate une nouvelle quantité de sang. Ce travail se répète jusqu'à ce que la rate et tous les affluens de la veine-porte soient tellement gorgés de sang qu'ils ne puissent plus en recevoir de la veine-cave, dont les parois, soumises si longtemps à une aussi forte pression, s'amincissent par l'absorption, et cèdent même quelquefois aux forces qui agissent sur elles. On demandera probablement pourquoi, s'il en est ainsi, la rupture de cette veine n'est pas plus fréquente dans les cas d'hydropisie? Mais on conçoit que la mort, qui est souvent produite par d'autres causes, avant que la maladie soit arrivée à ce point ou l'action bienfaisante du traitement, doivent contribuer à rendre ces cas plus rares, bien qu'ils ne le soient cependant pas autant qu'on le suppose communément.

Nous devions entrer dans ces développemens sur les conditions dans lesquelles se trouve la veine-cave inférieure, avant d'étudier leurs effets sur les principales branches de ce vaisseau, et, en définitive, sur les organes d'où elle rapporte le sang, ce que nous allons faire ici. Ces organes sont les reins, l'utérus et la vessie. Il est évident que les deux veines rénales trouvant la veine-cave distendue, au lieu d'y verser leur contenu comme dans l'état normal, auront à supporter au contraire une partie plus ou moins considérable du poids de la colonne de sang que contient le tronc principal, que la circulation dans les reins sera notablement dérangée, et que ces organes ne fonctionneront que d'une manière plus ou moins imparfaite. Dans leur état de distension extrême, ces veines ne diminueront la pression qu'elles supportent que par l'effusion d'une petite quantité des liquides séreux contenus dans les bassinets des reins, tandis que le sang des plus petites artères ne pouvant plus pénétrer dans les radicules veineuses correspondantes sera aussi versé, au moins en petite quantité, dans les mêmes cavités; de là vient l'urine rare, fortement colorée et albumineuse de tant d'hydropiques. Mais quand la maladie continue, ce moyen de soulagement cesse avec la sécrétion elle-même, et il y a suppression complète d'urine. Cette explication d'un phénomène si fréquent dans l'hydropisie reçoit un nouvel appui de l'observation des faits pratiques. J'ai souvent remarqué que, dans les cas où il y avait une suppression complète d'urine, l'émission d'une faible quantité de sang du bras suffisait pour rétablir le cours des urines au bout de quelques heures, et sans l'aide d'aucun diurétique. D'ailleurs, qui ignore que certains diurétiques, qui ont échoué complètement avant l'emploi de la saignée, agissent souvent avec une grande énergie, après qu'on y a eu recours? Cependant, il est certain que la circulation et la sécrétion des reins ne peuvent être suspendues pendant longtemps sans qu'il en résulte une désorganisation dans leur texture; en sorte que, dans certains cas, la lésion des reins peut être l'effet et non la cause de l'hydropisie.

Si, des reins, nous passons à l'utérus, nous reconnaîtrons facilement que, quand la veine-cave inférieure est distendue par le sang, les veines utérines qui en sont gorgées aussi ne peuvent se décharger que par un épanchement de sérosité dans la cavité de cet organe, et déterminer, indépendamment de toute cause de grossesse, l'hydrométrie, dont on connaît quelques exemples bien certains. La même cause fait aussi que les veines de la vessie, qui sont si nombreuses, deviennent tellement distendues, qu'une partie de la sérosité du sang transsude nécessairement à l'intérieur de cet organe. On doutera peut-être de l'existence réelle de cette forme de la maladie dont nous nous occupons, sous le prétexte qu'elle n'a été décrite encore par aucun auteur, à l'exception de Portal, qui, dans ses observations sur la nature et le traitement de l'hydropisie, lui a consacré un court chapitre. Le seul exemple qu'il en cite est un cas de rétention d'urine causée par la paralysie de la vessie des suites d'une chute, faite vers le cinquième mois d'une grossesse. Il est admis qu'à l'état normal tous les liquides contenus dans la vessie, à l'exception d'une petite quantité de mucus, viennent des reins; mais il n'en résulte pas qu'il en soit de même dans les cas d'hydropisie. Or, la difficulté que l'on éprouve à distinguer, par l'odeur et la vue, l'urine mêlée avec un liquide aqueux de l'urine pure, a probablement empêché bien souvent de reconnaître la nature de ce mélange. Cependant la vessie se trouve dans les conditions les plus favorables pour la production de ces épanchemens, et qui sont, comme nous l'avons vu, une extrême ténuité de structure et une grande simplicité fonctionnelle. Sous ces deux points de vue même, la vessie, comparée aux reins et à l'utérus, se trouve dans des conditions plus favorables par l'extrême finesse et la structure moins compliquée de ses tuniques. Ces faits ne tendent-ils pas à faire penser que la plus grande partie de l'albumine qu'on trouve dans l'urine des hydropiques vient plutôt de la vessie que des reins. Cependant, et après avoir exposé franchement les deux côtés de la question, nous devons, dans l'absence de preuves positives et réellement pratiques, laisser la solution de ce problème à ceux qui seront engagés à s'en occuper par la nouveauté ou l'importance, au moins apparente, du sujet. Il est pourtant un point sur lequel j'insiste spécialement, et qu'il est plus facile de nier que de combattre, c'est que les veines de la vessie sont la principale source de l'albumine qu'on trouve dans l'urine.

Après avoir exposé le rôle que joue la grande circulation veineuse dans la production de l'hydropisie, et en avoir indiqué les principales phases, il nous reste à examiner la part que prend aux mêmes phénomènes morbides la veine-porte avec tous ses affluens, qui représentent, sous quelques rapports, un système distinct et en quelque sorte protecteur. Il est facile de concevoir qu'après que la distension de la veine-cave inférieure a été diminuée, comme nous venons de le voir, par des flux répétés à travers les veines-caves hépatiques, la circulation du foie suit une marche inverse à celle qui lui est naturelle, et que le sang qui circule dans cet organe est plutôt celui de la veine-cave que celui de la veine-porte, qui pourtant est destiné à la sécrétion biliaire, et qui, contenant les substances alimentaires absorbées par l'estomac et les intestins, doit différer essentiellement du sang des autres veines. N'est-ce pas par l'effet de ces causes combinées que, même dans les hydropisies qui ne se compliquent pas d'une affection organique du foie, les garderobes sont généralement grisâtres? On comprend encore que, quand toutes les branches de la veine-porte sont également distendues à la suite des nombreux reflux dont nous venons de parler, ces vaisseaux doivent verser leur contenu dans la cavité du péritoine, et produire une ascite, ou, ce qui arrive plus rarement, dans l'intérieur de l'estomac ou des intestins. La raison de la plus grande rareté de ce dernier mode de terminaison ne peut être attribuée qu'à la plus grande facilité avec laquelle s'opère l'épanchement de la sérosité à travers le tissu simple et cellulaire du péritoine, comparé à l'organisation de l'estomac et des intestins.

Il doit être bien entendu pourtant que les mêmes effets peuvent être produits par des causes qui n'auraient aucun rapport avec le système veineux général et qui ne dépendraient que de la lésion de quelqu'un des organes dont le sang entre dans le système de la veine-porte. Ainsi, que des tubercules, des masses d'adipocire, des hydatides, des abcès ou des collections de sang se forment dans le foie, toutes les branches dans lesquelles se divise la veine-porte dans le tissu de cet organe sont comprimées, et la circulation qui s'y fait est arrêtée. Si, au contraire, le foie perd de son volume et passe, par exemple, à l'état d'atrophie ou de cyrrhose,

les mêmes effets se produiront nécessairement. Quand le pancréas s'hypertrophie, il comprime immédiatement la veine splénique, et le résultat en est une notable congestion de l'estomac ou de la rate, quelquefois même de la veine-porte, quand cette hypertrophie est considérable.

Jusqu'ici, nous nous sommes borné à décrire et à expliquer l'hydropisie qui se fait dans différentes cavités grandes ou petites; il nous reste à parler de celle qui s'opère dans le tissu cellulaire, et qui n'est pas compliquée on ne l'est que légèrement d'infiltration des poumons ou des autres organes, c'est-à-dire de l'anasarque. La cause la plus ordinaire de cette maladie est le froid ou le froid humide. L'effet de cet agent est de repousser, comme nous l'avons déjà dit, une grande quantité de sang de la surface du corps vers les veines profondes. Les valvules dont sont pourvues toutes les petites veines empêchent le sang de revenir à la surface, tandis que, sous l'influence de la même cause, de nouveaux courans se précipitent continuellement vers le cœur et les poumons. Mais cette quantité est si peu en rapport avec la capacité de ces organes qu'elle ne peut y pénétrer sans produire une notable distension de leurs vaisseaux, et probablement un épanchement d'une plus ou moins grande quantité de sérosité dans leur tissu. Aussi, l'un des premiers symptômes de la maladie est-il un sentiment d'oppression, de gêne, de malaise dans la poitrine. Mais si le froid n'est pas très intense ou ne dure que peu de temps, cette sensation d'oppression disparaît bientôt, comme on le voit souvent, en quelques heures, en même temps qu'apparaît une infiltration générale du tissu cellulaire sous-cutané, par une telle quantité de sérosité que la masse du sang en circulation en est notablement diminuée, ce qui suffit souvent pour arrêter les progrès de la maladie, et permettre aux vaisseaux absorbans de reprendre la sérosité qui a pu s'infiltrer dans le tissu des poumons.

Ici se terminent les développemens dans lesquels nous avons cru indispensable d'entrer sur la nature de la maladie; nous allons, dans les paragraphes suivans, répondre à quelques-unes des objections qu'on ne manquera pas d'élever contre ma manière de voir. Ainsi, on dira peut-être que dans les cas de pleurésie, la capacité des poumons n'est pas diminuée avant que l'épanchement commence à s'opérer, que dès lors la circulation des petits vaisseaux n'a pu être gênée par un obstacle mécanique, et conséquemment que le système veineux n'a aucune influence sur la production de cet épanchement. La réponse à cette objection est simplement celle-ci: c'est que sur un nombre considérable de cas de ce genre que j'ai observés, je n'en ai pas trouvé un seul où les lésions morbides fussent bornées à la plèvre, et que, dans tous, la partie correspondante du tissu pulmonaire présentait à une plus ou moins grande profondeur, ou de l'hépatisation, ou de l'infiltration séreuse ou ces deux lésions à la fois. Tel est aussi, je pense, le résultat de l'expérience de tous ceux qui se sont livrés à des recherches exactes sur ce point. Bien plus même, j'ai observé que les cas de pleurésie qui se sont terminés par un épanchement séreux ne sont pas ceux où la douleur pleurétique était le plus aiguë, où le pouls était le plus fort et le plus dur, mais bien ceux qui étaient caractérisés par les symptômes mixtes de la pneumonie et de la pleurésie.

La principale objection cependant, celle qu'on ne manquera pas d'élever et à laquelle on tiendra le plus, c'est que toutes nos recherches reposent sur l'hypothèse que la maladie n'est pas de nature inflammatoire. Ici j'ai besoin que l'on ne se méprenne pas sur le sens de mes paroles et la portée de mes opinions. J'admets que le travail inflammatoire peut souvent, en altérant les tissus, en diminuant la capacité d'organes, tels que les poumons, le foie, la rate, être une cause éloignée d'hydropisie; mais je nie que quand celle-ci est entièrement formée, elle soit de nature inflammatoire, et voici les faits et les preuves sur lesquels j'appuie cette opinion tout à fait arrêtée dans mon esprit; d'abord, lorsque la maladie est le résultat d'une altération organique des poumons, du foie ou d'autres organes, il est bien certain qu'avant même que l'épanchement se fasse les parties qui en sont le siége ne sont plus sous l'influence d'une inflammation aiguë, mais sous celle d'une phlegmasie chronique. On ne peut nier qu'après que l'épanchement s'est opéré les parties malades, aussi bien que le reste de l'organe lésé, sont promptement réduites à un état purement passif; car on ne saurait méconnaître que l'épanchement d'une partie aussi importante de sang doit agir comme une saignée du bras; mais avec ce désavantage de plus que la sérosité versée dans les cavités du corps et y comprimant les organes adjaceus produit les résultats graves dont il a déjà été question. Un fait qui démontre que tel est réellement l'effet d'un épanchement séreux sur les tissus inflammés ou altérés, c'est que toutes les fois qu'un épanchement s'opère sur ces organes enflammés, son apparition est immédiatement suivie d'une rémission palpable de presque tous les symptômes inflammatoires qui existaient auparavant. Si, par exemple, il s'agit d'un cas de pleuro-pneumonie ou de pneumo-pleurite, le pouls pleurétique et la douleur sourde de la poitrine cessent instantanément; le pouls de rond, dur et vif devient promptement plein, mol et beaucoup moins fréquent; et si l'on emploie la saignée à plusieurs reprises le sang, qui, d'abord, était plus ou moins couenneux, n'offre plus on presque plus ce caractère après l'épanchement.

Si ces faits sont si tranchés dès le début de l'épanchement combien doivent avoir disparu complètement toutes les traces d'inflammation avant que la maladie ait fait, sous l'influence de cette succession rapide d'épanchemens débilitans, assez de progrès pour attirer l'attention. Mais pour nous les faits ne s'arrêtent pas là; la personne la mieux portante peut, en peu d'heures, après s'être exposée au froid, être frappée d'anasarque et ne se plaindre, soit avant, soit après l'attaque, d'aucun symptôme, tel que douleur ou fréquence du pouls, qui puisse être considérée comme l'indice d'un travail inflammatoire. Dans ces cas, aussi lorsqu'on a recours à la saignée, il est rare que le sang se couvre de couenne. On peut en dire autant de la maladie lorsqu'elle est due à la pléthore. Ces faits ne peuvent pas être mis en doute. Enfin, quoique l'état albumineux de l'urine dans cette maladie soit regardé généralement comme l'effet de l'inflammation, cette opinion ne peut être considérée comme fondée tant qu'il y a, comme je me suis efforcé de le prouver, des motifs de croire qu'une grande partie de cette albumine vient de la sérosité versée par les veines de la vessie. Que le lecteur veuille bien réfléchir à tous ces faits et à ces diverses preuves, qu'il se rappelle que tous les phénomènes de l'hydropisie peuvent être expliqués parfaitement par la théorie des obstacles à la circulation veineuse, et il lui sera difficile, je pense, de ne pas reconnaître avec moi que la maladie n'est pas de nature inflammatoire.

Nous terminerons cette discussion sur la nature de l'hydropisie par un point qui est d'une haute importance pour la pratique; nous avons fait voir que l'un des premiers effets du ralentissement de la circulation veineuse était la cessation de l'absorption lymphatique, d'où il résulte que la sérosité épanchée n'est pas absorbée de nouveau et ne rentre pas dans la circulation; ainsi chaque épanchement de ce genre peut être considéré comme l'équivalent d'une égale quantité de sang tiré du bras. On comprend dès lors que la maladie ne peut arriver à un degré assez prononcé sans qu'il en résulte une débilitation plus ou moins considérable dans la constitution des sujets.

Toute cette discussion pourrait, il nous semble, être résumée par les conclusions suivantes:

1° Tous les phénomènes de la maladie sont le résultat d'un obstacle au cours du sang veineux; et cet obstacle est toujours dû ou à une diminution de capacité des poumons ou à une augmentation de la masse du sang veineux en circulation ou à ces deux causes combinées.

2° La maladie n'est pas de nature inflammatoire.

3° La maladie détermine pendant tout son cours, à l'exception du moment de son invasion, une débilitation plus ou moins générale.

Ces résultats généraux vont maintenant nous éclairer sur les indications que l'on doit suivre dans le traitement de l'hydrothorax et de l'anasarque; car il ressort manifestement de la première des conclusions que pour faire disparaître la maladie il suffit de faire cesser la gêne causée par de l'obstruction veineuse, ce que l'on peut faire soit en augmentant la capacité des veines, soit en diminuant la masse du sang veineux en circulation.

Quant à ce qui regarde la première de ces deux indications entre lesquelles le praticien a le choix, il est utile de faire remarquer que la capacité des poumons dans l'hydropisie peut être normale ou diminuée. Quand elle est restée normale, comme dans les cas qui dépendent de la pléthore ou du froid, il serait absurde de songer à l'augmenter par un moyen quelconque, et quand elle est diminuée, comme dans ceux qui dépendent d'une hépatisation ou de toute autre cause, on ne peut l'augmenter sans faire disparaître ces causes, et conséquemment sans perdre beaucoup plus de temps qu'on ne peut en disposer. Nous sommes donc réduits à employer le second moyen qui consiste à diminuer la masse du sang veineux en circulation.

Il nous reste maintenant à établir la manière dont on doit remplir cette indication. Or puisqu'on a pour but principal de diminuer l'état d'obstruction du système veineux aussi promptement et aussi complètement qu'il est possible, il est évident que l'on doit préférer la saignée générale aux applications de ventouses qui agissent avec moins d'énergie et plus de lenteur. Mais quelle quantité de sang doit on tirer? La seconde conclusion nous apprend que ce n'est pas une maladie inflammatoire que nous avons à combattre, et conséquemment qu'on ne doit pas en tirer une trop grande quantité, tandis que la troisième conclusion nous avertit de n'en pas tirer trop ou plutôt d'en tirer très peu; par exemple: de 8 à 10 onces. Doit-on répéter la saignée? L'un des premiers effets de la saignée doit être de soulager l'appareil de l'absorption et de le mettre à même de rendre la sérosité à la masse du sang en circulation; car nous avons une preuve que ce changement s'opère réellement dans la rapidité avec la-

quelle on voit, au bout de quelques heures, diminuer à la suite de la saignée la tuméfaction et l'œdème des parties externes. On peut donc conclure de cette observation qu'il suffit de peu de temps pour rendre à la circulation veineuse autant de sérosité qu'il en faut pour compenser et même pour excéder la quantité du sang que l'on avait auparavant tiré du bras. Nous en trouvons la preuve dans un fait que nous avons observé bien des fois; c'est que quelques malades qui supportent très mal la première saignée ont recouvré une partie de leurs forces quelques heures après.

On ne craindra donc pas de revenir à la saignée si cela est nécessaire; mais combien de fois devra-on le faire, à quel intervalle et à quelle quantité? On doit y revenir lorsque l'absorption et la sécrétion de l'urine ne se font qu'avec lenteur, et il est bien rare qu'on soit obligé d'avoir recours à la saignée plus de trois ou quatre fois pendant la durée d'un traitement; on doit mettre deux, trois ou quatre jours entre chacune, afin de ne point trop affaiblir le sujet, et pour le même motif on diminuera chaque fois la quantité de sang tiré, passant, par exemple, de 10 onces à 6 ou de 6 à 4, cette dernière quantité étant la moindre que l'on puisse tirer avec avantage.

Si le malade est jeune, mais d'une faible constitution, ou encore s'il est vieux et faible et que la maladie ait déjà fait des progrès quelle marche devra suivre le praticien? Dans ce cas, on pratiquera la saignée par une petite ouverture, le malade étant, autant que possible, dans une position inclinée. Pendant que le sang coulera, on lui donnera un mélange d'eau et de genièvre, en assez grande quantité pour le soutenir; puis, après la saignée, on lui fera prendre fréquemment pendant la journée de bons bouillons et ceux des alimens très nourrissans qui lui plairont le plus. Ce mode de traitement paraîtra sans doute fort extraordinaire; cependant il repose sur les principes les plus rationnels, et je l'ai employé, dans beaucoup de cas, avec le plus grand succès. Le mélange de genièvre et d'eau que j'administre habituellement dans les cas analogues est préparé dans les proportions d'une partie du premier pour quatre de la seconde, et c'est le genièvre de Hollande que je prescris. Je n'ai pas besoin de dire que j'ai préféré ce spiritueux à cause de ses propriétés diurétiques bien connues. Si la maladie avait déjà fait tant de progrès que la cavité de la plèvre fût remplie on à peu près de sérosité et que la mort du malade fût imminente par l'extrême dyspnée seulement quels seraient les moyens auxquels on devrait avoir recours immédiatement pour soulager et gagner le temps de commencer le traitement? Je n'ai pas encore rencontré un seul cas de ce genre, mais c'est alors probablement qu'on devrait avoir recours à la paracentèse; et pendant que le fluide s'écoulerait on soutiendrait le malade par de l'eau chaude et du vin, ou quelqu'autre tonique diffusible. Sous cette influence, l'absorption du liquide épanché s'opère et permet, au bout de quelques heures, de trouver une veine d'où l'on tirera, par un petit orifice et le malade étant dans une position inclinée, une quantité de sang en rapport avec l'état de ses forces.

La seconde indication est évidemment de soutenir le malade par une alimentation animale et l'usage de l'eau et du genièvre, pour le mettre à même de supporter non seulement ces saignées répétées, mais encore l'influence débilitante de la maladie. La seule exception à cette règle serait le cas où, chez une personne forte et jeune, une inflammation du poumon se terminerait par un épanchement séreux; alors il sera convenable de suspendre pendant deux ou trois jours le régime fortifiant, mais on reconnaîtra bientôt, avant même que cet intervalle soit écoulé, que l'état du malade exige l'emploi de ces moyens.

Les autres indications sont: 1° d'évacuer les intestins s'il y a constipation avec la poudre composée de jalap, et au contraire avec le calomel et le *blue pill* s'il y a de la diarrhée; 2° d'aider l'action des reins par les diurétiques; 3° si l'origine de la maladie remonte à une hépatisation du poumon ou des poumon, d'administrer le *blue pill* associé à des poudres diurétiques; car cette combinaison, agissant à la fois sur la bouche et sur les reins, active beaucoup l'absorption de la lymphe coagulable déposée dans le tissu pulmonaire; 4° si après la guérison de l'hydropisie il restait un peu d'hépatisation on soumettrait le malade à un traitement mercuriel léger jusqu'à ce que toute matité eût disparu et que le bruit normal de la respiration s'entendît facilement dans la poitrine; 5° prescrire, après que tous les phénomènes morbides ont disparu, un bon régime, des toniques et le changement d'air s'il est possible.

Tel est le traitement que je recommande contre l'hydrothorax et contre l'anasarque, mais avec quelques modifications dans ce dernier cas.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Etudes sur le nerf accessoire de Willis*; par M. Morganti. 2° *Quelques observations sur l'efficacité de l'hydriodate ioduré de potasse contre les maladies syphilitiques*; par M. Taddei de Gravina. (Quatre faits probans en faveur de cette médication.) 3° *Sur le purpura hemorragica*; par MM. Antonini, Bruno et Sachero. 4° *Sur l'eau minérale de Santo-Omobono*; par M. Barbieri. 5° *Considérations sur l'action du colchique, sur la fonction des reins et sur la révulsion*; par M. Lossetti. (Premier article.) 6° *Réflexions sur un écrit de M. Cauziani, intitulé: « Quelques considérations d'hygiène publique sur l'hydrophobie »*; par M. Toffoli. 7° *Histoire de l'épidémie de dysenterie qui a régné en 1842 dans la commune de Castellaro*; par M. Acquarone.

ÉTUDES SUR LE NERF ACCESSOIRE DE WILLIS; par M. MORGANTI.

On est assez généralement d'accord aujourd'hui que, dans la huitième paire, le spinal représente la racine antérieure ou motrice d'un nerf rachidien. Quelque probable, néanmoins, que ce principe ait été rendu par l'étude du mode d'origine distinct des deux troncs et par l'expérimentation pratiquée sur leurs branches, il faut avouer qu'il est adopté plutôt à cause de la simplicité des explications qu'il permet que par suite d'une démonstration irréfragable de sa justesse. Il y a donc opportunité à recueillir toutes les preuves que des travaux ultérieurs, même purement confirmatifs, viendront ajouter à celles déjà données par MM. Bischoff, Longet, Arnold, Müller.

M. Morganti argue d'abord de l'anatomie comparée. Sur le chien, le chat, le cheval, le lapin, il a toujours vu le nerf spinal passer à côté du ganglion que le pneumo-gastrique présente à son passage à travers le trou déchiré, sans avoir avec lui la moindre connexion.

L'auteur a également cherché à prouver par la voie de la vivisection les propriétés motrices du spinal. Pour cela, il prit un agneau de deux mois, et mit à découvert la moelle, dans l'espace qui sépare l'occipital de la première vertèbre. La dure-mère incisée, il souleva le nerf spinal avec une pince et l'irrita. L'animal qui, pendant toute l'opération, avait donné des signes non douteux de souffrance, resta tranquille à ce dernier moment. Un aide, qui tenait les mains appliquées sur les régions des muscles sterno-mastoïdien et trapèze, sentait leur corps charnu agité de contractions prononcées chaque fois qu'on irritait le nerf.

Toutes les fois que cette expérience a été répétée on a obtenu les mêmes effets, mais jamais *aucune raucité, aucun changement dans la voix*. Il est vrai que les racines supérieures du nerf avaient seules été touchées, et que celles-là ne donnent naissance qu'à la branches externe, leur irritation ne pouvait avoir d'influence sur les fonctions du larynx. Il fallait donc agir directement sur le tronc du spinal dans le crâne. Or, rien n'est difficile, on le sait, comme de diviser le spinal en entier. M. Longet avoue n'y être parvenu qu'après huit tentatives infructueuses. Il est donc intéressant de connaître le procédé de M. Morganti, quoique le résultat de son expérimentation ne fasse que confirmer les principes déjà établis par d'autres observateurs.

Ayant mis à découvert les nerfs qui sortent du trou déchiré postérieur, dans l'espace compris entre la branche de la mâchoire et le condyle de l'occipital, il coupa en partie les muscles nés de la ligne âpre de l'occipital et ceux qui s'insèrent à l'apophyse styloïde. Un vide suffisant fut ainsi obtenu. Alors, avec de fortes pinces, avec un bistouri, il coupa, rompit, broya les os (l'animal était un très jeune chien); il cassa également la base du rocher. Les artères furent liées ou tordues, les sinus tamponnés. En suivant le bord postérieur de la branche maxillaire, il arriva facilement au trou déchiré, et découvrit les 9°, 10° et 11° paires à leur sortie. Il emporta, surtout à sa partie postérieure, l'arc osseux qui circonscrit cette ouverture; puis, ainsi parvenu dans le crâne, il aperçut le nerf spinal à travers la dure-mère. Il incisa cette membrane et s'assura du tronc nerveux. Mais avant d'aller plus loin, il voulut déterminer si la voix de l'animal était intacte. Il irrita donc la surface de la plaie; un cri s'échappa, fort et avec le timbre naturel. Alors il coupa le nerf; et à l'instant même la voix devint creuse et rauque. Quand on irritait le chien, il s'efforçait de crier, mais sa voix avait les caractères qu'elle prend après que le nerf

récurrent a été divisé. L'opération avait duré pendant trois heures. L'animal vécut encore quatorze heures. On s'assura, après sa mort, par la dissection, que le nerf spinal était entièrement divisé. Le bout périphérique s'était rétracté dans la gaîne.

Sur un deuxième chien, âgé de cinq jours, la même opération ayant été faite, le larynx fut mis à découvert, et on reconnut que la corde vocale droite, ainsi que le cartilage aryténoïde correspondant, restaient immobiles, tandis que les mêmes parties du côté gauche éprouvaient, durant les efforts pour crier, leurs mouvemens naturels de contraction et de relâchement. C'était le nerf spinal du côté droit qui avait été divisé.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Trois observations sur l'usage thérapeutique du valérianate de zinc*; par M. Cerulli. 2° *Préparation du valérianate de zinc*; par M. Muratori. 3° *Guérison au moyen de l'acupuncture d'un hoquet singulier existant depuis plusieurs années*; par M. Emiliani. (Les aiguilles furent implantées, huit fois en un mois, à la partie supérieure de l'épigastre. Au bout de ce temps la guérison était complète.) 4° *Ophthalmie douloureuse existant depuis douze ans, entretenue par une cause irritante*; par M. Barbieri. (Il s'agit d'un cas de distychyasis. L'avulsion des cils supplémentaires dissipa les symptômes). 5° *Souvenirs de la clinique médicale et chirurgicale de Parme pendant les mois de mars et avril* 1843; par M. Secondi. (Un seul cas d'anévrisme de l'inominé offre quelque intérêt. Nous le rapportons ci-dessous.) 6° *Nouvelle pince pour l'extraction des corps métalliques flexibles introduits dans la vessie*; par M. Bianchetti. 7° *Histoire d'un cas singulier d'apoplexie cérébrale*; par M. Freschi.

SUR LA PRÉPARATION DU VALÉRIANATE DE ZINC ET SUR SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE; par MM. MURATORI et CERULLI.

Le médicament nouveau dont il s'agit est assez généralement employé en Italie contre les maladies nerveuses. En tant que composé de deux substances jouissant chacune d'un effet sédatif bien connu, son efficacité pouvait aisément se prévoir. L'expérience n'a pas démenti l'espoir qu'on était autorisé à fonder sur lui. Depuis les belles recherches du prince Louis Bonaparte sur les préparations de l'acide valérianique, la thérapeutique des affections nerveuses a conquis dans ce sel un de ses agens les plus sûrs.

La formation du valérianate de zinc ne présente aucune difficulté, lorsqu'on a préalablement obtenu ses deux élémens à l'état de pureté. Pour faire le sel, il suffit d'introduire l'acide valérianique dans un matras, en ajoutant peu à peu le protoxide de zinc hydraté jusqu'à saturation. La chaleur favorise cette combinaison. On verse la solution saline dans une capsule de porcelaine, en y ajoutant une petite quantité de protoxide de zinc pour salifier tout l'acide valérianique. Puis l'évaporation concentre la dissolution. Une croûte blanche de valérianate de zinc se forme à la surface. On l'enlève à mesure qu'elle se dépose. On la dessèche et on la renferme dans un flacon.

M. Muratori a aussi obtenu le même sel, par la double décomposition du sulfate de zinc et du valérianate de chaux. En filtrant, on sépare le valérianate de zinc, soluble, du sulfate de chaux, qui est insoluble. Puis on concentre la liqueur, sans tenir compte de la petite portion de sel qui se dépose au fond du vase, et qui est presque en totalité du sulfate de chaux.

Le travail de M. Cerulli a trait aux applications pratiques de ce médicament. Dans trois cas de névralgies sus et sous orbitaires, il a guéri en donnant le sel à la dose d'un grain et demi par jour, divisé en deux pilules. On les fait prendre au moment même de l'accès. En continuant le remède, à la même quantité, la cure a été complète dans l'espace de trente jours chez un malade, de quarante chez l'autre, et de cinquante jours chez le dernier.

ANÉVRISME DE L'INOMINÉ TRAITÉ PAR LA LIGATURE SIMULTANÉE DE LA SOUS-CLAVIÈRE ET DE LA CAROTIDE PRIMITIVE DROITES; par M. ROSSI.

Ce cas est, avec celui de M. Liston, le seul à notre connaissance où les deux artères carotide et sous-clavière aient été liées dans la même séance pour un anévrisme du tronc inominé. Ici, la terminaison n'a pas été aussi heureuse que chez le malade du chirurgien anglais. Nous n'en donnons pas moins l'histoire de cette tentative, avec tous les détails que fournit le recueil scientifique auquel nous l'empruntons. Malgré sa regrettable concision, cette observation prouvera tout au moins que, même dans les circonstances les plus défavorables, la ligature simultanée des deux branches de l'inominé n'a pas les dangers graves et immédiats que certains auteurs lui avaient supposés *à priori*.

OBS. — Je ne tairai pas, dit le narrateur, un fait qui appartient à M. Rossi, et que ce médecin eût dû publier lui-même pour l'honneur de la chirurgie italienne. Je veux parler de la ligature de l'artère sous-clavière et de la carotide primitive faite pour un anévrisme de l'inominé. Il la pratiqua au-dessus de la clavicule, en dehors du muscle scalène, par la méthode de Brasdor. L'opéré ne vécut que six jours; mais l'autopsie prouva cependant l'opportunité du procédé et sa convenance dans d'autres cas; car les deux fils avaient été placés à la distance la plus convenable de l'inominé pour favoriser la formation d'un caillot suffisant. La cause de la mort était indépendante du chirurgien : on trouva la carotide gauche et la vertébrale droite oblitérées; de sorte que, durant les six jours que le malade vécut après la ligature, la circulation cérébrale n'avait eu pour s'entretenir que l'artère vertébrale du côté gauche.

NOUVELLE PINCE POUR L'EXTRACTION DES CORPS MÉTALLIQUES FLEXIBLES INTRODUITS DANS LA VESSIE; par M. BIANCHETTI.

Cet instrument est presqu'exclusivement applicable à la femme. Il se compose : 1° d'une canule d'acier longue de 5 pouces, de 3 lignes de diamètre, munie à une de ses extrémités d'un manche en bois; 2° d'une tige de fer, à vis, terminée par une pince dont chaque branche présente 5 dents, lesquelles laissent entr'elles, quand la pince est fermée, un sillon large de 2 lignes. Les deux branches sont mousses; et dans leur plus grand rapprochement, elles ne se touchent pas, afin de prévenir le pincement de la muqueuse vésicale. Elles débordent la canule de plus d'un pouce. L'autre extrémité de la tige est garnie d'un arrêt en laiton; 3° d'une vis femelle de forme quadrangulaire, longue d'un pouce, et de 2 lignes de grosseur. Elle tourne sur la tige à vis, de manière à opérer l'extraction du corps étranger quand il a été saisi par la pince.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de cet instrument. Par le seul exposé de sa construction, on doit comprendre son action. En retirant la pince dans l'intérieur de la canule dès que le corps étranger a été saisi, on fixe solidement celui-ci, quelle que soit sa forme. Car s'il est arrondi, le rapprochement des branches le fait glisser dans le sillon qui existe entre leurs dents; si au contraire le corps étranger est aplati, les dents pressent sur lui, ou même le traversent, et ne le laissent point échapper.

L'action de la vis est bien préférable pour l'extraction aux efforts que le chirurgien pourrait faire avec la main. D'un côté, cette force lente et continue évite le risque de toute lésion inattendue des parois vésicales; de l'autre, une puissance de cette espèce est la seule qui soit capable de ployer des corps métalliques d'une certaine résistance pour les entraîner à travers une canule rectiligne.

HISTOIRE D'UN CAS SINGULIER D'APOPLEXIE CÉRÉBRALE; par M. FRESCHI.

Le fait rapporté sous ce titre est un nouvel exemple d'hémiplégie occupant le même côté que l'épanchement sanguin. En voici les principaux détails : Une femme de 50 ans avait eu, quelques années auparavant une attaque de paralysie au membre supérieur *droit*, dont elle était bien guérie. Le 2 septembre 1842, à midi, elle cria au secours, disant qu'elle sentait mourir sa jambe et son bras *droits*. Puis, soudain elle tomba sans connaissance et mourut le soir du même jour, malgré les médications les plus actives. A l'autopsie, on trouva l'hémisphère cérébral *gauche* entièrement sain. Celui du côté *droit* était transformé en une énorme cavité, renfermant un caillot sanguin noirâtre et du sang fluide. Les autres parties de l'encéphale étaient intactes.

— Cette observation se présente avec des caractères assez tranchés, ce semble, pour détruire tous les soupçons, toutes les fins de non recevoir qu'on allègue en général contre les cas de ce genre. On pourrait cependant peut-être arguer pour la contester d'une omission assez grave. L'observateur, en effet, ne dit pas qu'il ait trouvé dans l'hémisphère *gauche* la lésion cause de la paralysie du bras *droit*, qui avait existé quelques années auparavant. Pourtant cette lésion devait être appréciable; et, si elle a été méconnue par l'auteur, ne serait-on pas jusqu'à un certain point autorisé à soupçonner sa compétence en fait d'observations de cette espèce, à supposer par conséquent qu'il a fort bien pu méconnaître aussi une altération plus récente du même côté, point de

départ des accidens qui ont amené la mort? Ne pourrait-on pas, d'un autre côté, répondre à cette objection que la paralysie ancienne, comme l'hémiplégie récente, avait été produite du même côté que la lésion cérébrale, et que l'hémisphère *gauche* devait par conséquent être comme il a effectivement été trouvé, tout à fait sain. Il est à regretter que M. Freschi n'ait pas songé à rechercher si l'entrecroisement des pyramides se faisait chez ce sujet comme à l'ordinaire.

On remarquera que, comme dans la grande majorité des faits de cette catégorie, rassemblés par M. Dechambre, c'est du côté *droit* qu'existait ici l'hémiplégie. Quoique cette remarque n'ait jusqu'ici que l'intérêt d'une circonstance bizarre et inexplicable, elle ne doit point être passée sous silence. L'avenir lui trouvera peut-être sa signification.

III. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Hypertrophie des deux ventricules du cœur avec dilatation du droit; hypérémie cardiaque aiguë, puis fièvre périodique; guérison de ces dernières affections*; par M. Sachero. 2° *Analyse diagnostique de quelques cas de maladies du cœur observés dans la clinique médicale de l'année 1842-43*; par M. Girola. 3° *Observations ultérieures prouvant l'efficacité de l'extrait hémostatique dans le traitement des métrorrhagies actives*; par M. Bertini. (Le médicament dont il est ici question est l'*ergotine*, préparée par M. Bonjean.) 4° *Essais de toxicologie et de chimie pharmaceutique sur la digitale*; par M. Bonjean. (D'après les expériences de l'auteur, la digitale, qui est un poison pour l'homme et le chien, ne produit aucun effet sur les gallinacés. Un poulet a pris impunément deux onces de cette plante pulvérisée, dans les 24 heures.) 5° *Considérations théorico-pratiques sur le rhumatisme, spécialement sur le rhumatisme articulaire, et sur l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement de cette maladie*; par M. Girola. (Explications, ne contenant rien de nouveau, sur le mode d'agir de ce médicament.) 6° *Histoire d'une affection cérébrale grave, guérie par l'application d'un séton à la nuque*; par M. Maffoni. (La maladie était une congestion cérébrale chronique avec exacerbations. Beaucoup d'autres moyens avaient été essayés antérieurement sans avantage.) 7° *Utilité de l'extrait de stramonium contre l'épilepsie*; par M. Bellingeri. (L'auteur rapporte un cas de guérison.) 8° *Deux cas d'empoisonnement par l'artichaut sauvage*, carduus sylvestris; par M. Carnevalle-Arella. (Deux paysans avaient mangé et avalé des racines crues de cette plante. L'un mourut en deux heures; le second fut sauvé par un vomitif.) 9° *Cas rares d'affections cérébrales*; par M. Berruti. (Nulle circonstance assez intéressante pour mériter une mention.) 10° *Histoire de deux cas singuliers de hernie incarcérée composée (entéro-épiploïque)*; par M. Ferraris. 11° *Observations pratiques sur l'efficacité de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes*; par M. Garbiglietti. 12° *Kélotomie ombilicale heureusement pratiquée chez une sexagénaire*; par M. Caire. 13° *Lettre médicale sur les maladies de la tête*; par M. Silvann. (Observations détachées dont chacune paraît empreinte d'un caractère de sagacité, de prudence, mais n'ayant d'autre intérêt que celui de faits isolés.)

DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. GARBIGLIETTI.

A l'exemple de M. Boudin, dont il suit presqu'à la lettre toutes les indications, le médecin italien administre l'acide arsénieux à doses extrêmement peu considérables. Un centième de grain donné quelques heures avant l'accès, dans une cuillerée d'eau distillée, lui suffit pour couper des fièvres simples; dans les cas de complication, il élève la quantité à 1/25 de grain. La même dose est ensuite continuée pendant quelques jours pour prévenir le retour des accès.

M. Garbiglietti a traité de cette manière sept cas de fièvres quotidiennes, cinq de tierces simples, deux de tierces doublées. Le résultat a été heureux; il n'a été témoin que d'une seule récidive. Malgré ces succès, cependant, il ne proscrit pas l'emploi du quinquina; mais il accorde à l'arsenic une valeur égale à celle des préparations de quinine, et pense que l'acide arsénieux est surtout indiqué dans les maladies rebelles, dans celles où l'écorce du Pérou a déjà été administrée longtemps et infructueusement.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de juillet et août 1843 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Sur la structure intime du squirrhe*; par M. Nicolucci. (Examinée au microscope, la substance squirrheuse a paru formée de cellules trois ou quatre fois plus grandes que les globules du sang. Chaque cellule se compose de 20 ou 30 globules, analogues pour le volume à ceux du sang, mais en différant toutefois par l'absence d'un noyau central. A l'état de ramollissement, on ne trouve plus ces globules qu'isolés et comme vacillans.) 2° *Sur l'ophthalmo-blennorrhée*; par M. Pl. Portal. (Histoire abrégée d'une épidémie de blennophthalmie qui sévit, de 1824 à 1826, parmi les troupes du roi des Deux-Siciles, en garnison à Palerme. La maladie fut communiquée, selon l'auteur, par des soldats anglais débarqués d'Alexandrie. Elle se montra susceptible d'être transmise par le contact. L'isolement des individus, les soins de propreté, la désinfection des salles, furent les meilleurs moyens prophylactiques.) 3° *Fragmens de nosologie spéciale*; par M. Zarlenga. 4° *Cas d'hydropéricarde avec lésion du cœur et de ses annexes*; par M. Coppola. (Hypertrophie considérable du cœur chez un homme de 60 ans : les quatre cavités participaient à l'altération. L'aorte, dans sa crosse, avait un volume sextuple de celui qu'elle offre à l'état normal.) 5° *Extirpation d'un lipôme extraordinaire*; par M. Augrisani. (Ablation heureusement faite par l'instrument tranchant d'une tumeur considérable développée sur la grande lèvre.) 6° *De l'influence des périodes célestes sur la nature et le cours des maladies de l'homme, selon les saisons et les climats, et notamment de l'influence de la nuit et du jour*; par M. Balestrieri. (Premier article.)

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur l'inutilité et l'inopportunité de la revaccination*; par M. Turchetti; *et réponse à ce travail*; par M. Tommasini. 2° *Sur les fièvres rhumatismales, gastriques, bilieuses et typhoïdes*; par M. Ottaviani. (Discussions de doctrines, sans intérêt.) 3° *Herniotomie, formation d'un anus anormal, guérison*; par M. Marini. (Le malade étant mort deux mois après, par suite d'écarts de régime, on reconnut que l'épiploon, devenu comme ligamenteux, comprimait toute la masse intestinale.) 4° *De l'impossibilité d'établir une ligne de démarcation entre la pathologie interne et l'externe*; par M. Santopadre. 5° *Corps étranger retenu dans le larynx pendant 20 mois*; par M. Reali. 6° *Diabète sucré guéri surtout au moyen de la diète animale*; par M. Olivi. 7° *Sur l'étiologie de la phlogose et de la fièvre continue*. 8° *Traduction de quelques chapitres des œuvres de Baglivi*; par M. Belli. 9° *Histoire d'une fièvre pernicieuse colique tierce, précédée de cinq accès de gastro-entéralgie sous le même type*; par M. Madruzza. 10° *Mémoires et réflexions sur les bains de Casciana, du docteur Chiari*; par M. Turchetti. 11° *Histoire de la maladie à laquelle a succombé M. Berlinzani*; par M. Cenni.

SUR L'INUTILITÉ ET L'INOPPORTUNITÉ DE LA REVACCINATION; par M. TURCHETTI; ET RÉPLIQUE, par M. TOMMASINI.

Ces deux travaux ne sont que l'énoncé d'opinions, toutes personnelles, et d'opinions déjà maintes fois exprimées. Nous les reproduisons cependant, parce que, émanées d'hommes aussi judicieux qu'expérimentés, elles ont une toute autre valeur que celle que leur forme dogmatique semblerait au premier aspect devoir leur faire attribuer.

M. Turchetti, qui nie l'utilité des revaccinations, prétend, à l'exemple des partisans de cette doctrine, que les sujets donnés comme ayant subi une seconde variole après avoir été vaccinés n'ont eu en réalité qu'une varioloïde, ou bien que, chez eux, la vaccine n'avait pas été régulière.

M. Tommasini émet un avis tout opposé. Il a vu des sujets bien vaccinés présenter plus tard tous les signes d'une variole véritable. De plus, dans le nombre immense de ses malades, il n'a jamais observé ces récidives chez ceux qui avaient été vaccinés cinq ans auparavant, mais seulement chez ceux qui l'étaient depuis dix, douze, quinze ou vingt ans. Cette observation l'a conduit à recommander la revaccination tous les dix ou douze ans. Cette opération lui paraît d'autant plus opportune qu'elle n'entraîne aucun danger : et nous pourrions ajouter qu'elle sera surtout innocente chez les sujets où elle devrait être inutile.

CORPS ÉTRANGER RETENU DANS LE LARYNX PENDANT VINGT MOIS; par M. REALI.

Les exemples ne sont pas rares de corps étrangers conservés beaucoup plus longtemps que celui-ci dans les voies aériennes. Ce n'est donc pas sous ce rapport que l'observation suivante se recommande principalement; c'est surtout à cause de la nature de l'agent qui, en définitive, a provoqué l'expulsion, qu'elle nous a semblé digne d'être citée.

OBS. — Une enfant de quatre ans, mangeant une tranche de melon d'eau, s'en laissa tomber une graine dans les voies respiratoires. Nul effort ne put parvenir à la chasser. Durant les trois premiers mois, des accès de suffocation revinrent à reprises multipliées et si subitement qu'ils ôtaient tout repos à la petite malade. Peu à peu cependant l'habitude rendit la muquense laryngienne moins susceptible. La dyspnée devint moins fréquente; la respiration conserva seulement un râle particulier. Jamais, du reste, l'enfant ne sentit le corps étranger remonter ni se déplacer à la suite des efforts de toux; ce qui confirma la pensée qu'il était fixé dans un des ventricules du larynx. La malade avait un peu maigri. Les vomitifs employés en premier lieu n'ayant produit aucun effet, on avait renoncé à toute médication, lorsqu'un remède bien simple amena la terminaison désirée. Ce fut une prise de tabac. Elle n'agit pourtant pas en provoquant l'éternuement. Elle amena seulement un peu de trouble du côté de l'estomac, une sorte de demi-délire, accompagnée de prostration des membres. Ce fut pendant cet état passager que l'enfant, après un léger accès de toux, ayant expectoré un peu de salive, y reconnut avec étonnement le corps étranger introduit vingt mois auparavant. La graine était ramollie, mais son enveloppe n'avait souffert aucune altération.

FIÈVRE PERNICIEUSE COLIQUE TIERCE, PRÉCÉDÉE DE CINQ ACCÈS DE GASTRO-ENTÉRALGIE SOUS LE MÊME TYPE; par M. MADRUZZA.

OBS. — Un homme, âgé de 30 ans, de bonne constitution, sentit le 22 octobre 1841 quelques coliques intestinales. Accoutumé à de pareilles incommodités dont un vomissement suffisait pour le débarrasser, il n'appela d'abord pas de médecin. Prévenu cependant au bout de deux heures, M. Madruzza trouva la face altérée par les souffrances. Le malade, en proie à une vive agitation, tantôt voulait se lancer, tantôt demandait à grands cris de l'eau, puis réclamait un prêtre. Le ventre, siége des douleurs, était souple et indolent à la pression. Langue sèche, peau couverte d'une sueur froide, pouls légèrement fébrile; vomissemens abondans. Le malade déclara que durant douze jours il avait déjà éprouvé tous les deux jours des accidens à peu près semblables, quoique moins violens. (Potion anti-émétique de Rivière; lavemens; une saignée.)

Les symptômes les plus alarmans ayant cessé sous l'influence de cette médication, l'auteur se crut autorisé à regarder cette affection comme une fièvre pernicieuse colique se présentant sous le type tierce. Il prescrivit en conséquence 22 grains de sulfate de quinine, en 8 pilules, à prendre d'heure en heure, dans une cuillerée d'une mixture sédative dont le sirop de morphine faisait la base. La guérison fut obtenue, sans nouvel accès.

Quoique le diagnostic de l'auteur semble assez rationnel, et que surtout il ait été justifié par l'événement, il importe de dire que le malade donna de son indisposition une toute autre explication. Il en attribuait l'origine à l'ingestion d'alimens réchauffés dans un vase de cuivre. Quant à l'intermittence, il faisait observer (et cette version paraît toute naturelle) que le lendemain de la première attaque, il avait observé par prudence une diète rigoureuse; mais que le jour suivant, vaincu par la faim, il se livra avec intempérance à son appétit, ce qui occasiona un nouvel accès. La même infraction hygiénique, périodiquement renouvelée à cinq reprises, rendait très bien compte, selon lui, de ces cinq récidives si régulièrement survenues à deux jours d'intervalle, et que le médecin regardait comme caractérisant une affection à type intermittent.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 JANVIER.

M. VELPEAU dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. François Micallef, médecin de l'hôpital de Malte, une note sur l'emploi du sesqui-iodure de mercure contre les ulcérations de la cornée, particulièrement chez les sujets de constitution scrofuleuse. (MM Velpeau et Serres sont priés d'examiner cette note et d'en faire, s'il y a lieu, un rapport à l'Académie.)

POISON VÉGÉTAL DES INDIENS.

M. PEDRONI, professeur de chimie à Bordeaux, communique une note concernant un poison végétal dont se servent les Indiens des environs de Caraccas, pour empoisonner leurs armes. Ce poison a fourni à l'analyse les principes suivans: Fécule, ligneux, strychnine (formant le sixième de la masse), brucine, fer (en assez forte proportion), sulfate de potasse, chlorure de potassium, résine, eau, chaux.

Ayant voulu s'assurer de l'énergie de ce poison, M. Pedroni a piqué, l'un après l'autre, deux chats avec une lame trempée dans la solution aqueuse de ce poison; il a vu périr le premier, dans un violent accès de tétanos, 12 minutes après l'expérience, le deuxième 11 minutes après.—Un phénomène qu'il a remarqué, c'est que lorsqu'un animal est empoisonné avec de la noix vomique ou de la strychnine, les attaques de tétanos sont intermittentes, tandis que dans les deux expériences ci-dessus le tétanos a duré jusqu'à la mort depuis l'instant où l'animal tomba.

SUR LES TROIS LUMIÈRES DE L'ŒIL.

M. le docteur MAGNE adresse une note relative aux trois images que la lumière d'une bougie reflète dans l'œil. Feu le professeur Sanson commença à observer, en 1836, et signala à sa clinique en 1837, que lorsqu'au devant de l'œil d'un amaurotique dont la pupille est dilatée, on présente une bougie, l'on distingue toujours trois images de la flamme se succédant d'avant en arrière. La première, l'antérieure, la plus vive, est droite; la seconde, ou moyenne, moins éclatante, est renversée, et la troisième, ou postérieure, beaucoup plus pâle que les deux autres, est droite comme la première. Sanson et ses élèves arrivèrent aux mêmes résultats; voici ce qu'ils constatèrent: l'image droite antérieure est produite par la cornée; la moyenne renversée est due au segment postérieur de la capsule cristalline; la droite postérieure provient du segment antérieur de cette même capsule. L'opacité de la cornée détruit les trois images. L'opacité de la capsule antérieure fait disparaître les deux images postérieures. L'opacité de la capsule postérieure empêche la production de l'image renversée. En d'autres termes, dans la cataracte capsulaire postérieure on ne voit pas la lumière moyenne ou renversée; dans la cataracte capsulaire antérieure, la lumière antérieure droite est seule visible, de même pour la cataracte capsulo-lenticulaire. Les expériences de M. Pasquet, jointes à celles-ci, confirmèrent cette conclusion qu'une cataracte, même commençante, peut toujours être distinguée de l'amaurose et du glaucôme. Dans le glaucôme et l'amaurose, en effet l'altération ne portant nullement sur l'appareil du cristallin, on rencontre toujours les trois images de la flamme.

CHANVRE INDIEN (HASCHISCHAH).

M. LIAUTAUD, ex-chirurgien-major de la corvette *La Danaïde*, soumet à l'Académie un travail sur l'histoire naturelle et les propriétés médicales du chanvre indien (*haschischah*). Cette espèce de chanvre, que beaucoup de botanistes regardent comme la même que notre chanvre commun (*cannabis satida*), acquiert sous l'influence combinée du climat chaud de l'Inde et du sol dans lequel on la cultive, des propriétés narcotiques très actives qui la rendent un médicament précieux contre la plupart des affections convulsives. Les propriétés enivrantes du chanvre sont connues des populations de l'Inde depuis un temps immémorial. Pendant un séjour de près de deux ans dans l'Indo-Chine, M. Liautaud a pu souvent observer les phénomènes physiologiques qui caractérisent l'ivresse du chanvre. Ces phénomènes lui ont offert des particularités dignes d'intérêt. Les diverses préparations dont le chanvre fait la base ne sont pas toutes douées de la même énergie; l'ivresse qu'elles déterminent se manifeste sous une foule de degrés différens. Elle est en général d'autant plus intense que la dose du principe actif résineux du chanvre se trouve en plus forte proportion. L'ivresse produite par le *gunjah* pris en boisson est caractérisée par un état d'extase tout particulier, sans phénomènes convulsifs. Ces boissons excitent le système nerveux d'une manière bien plus énergique que la même substance en poudre et destinée à être fumée. Cette excitation, toutefois, lui a paru bien moins intense que celle déterminée par l'opium, et les phénomènes physiologiques qui en résultent lui ont semblé différer sensiblement de ceux qui accompagnent l'ivresse des fumeurs chinois. Les suites de l'ivresse du chanvre sont loin d'être aussi funestes que celles de l'ivresse opiacée. La dégradation morale est la même dans les deux cas, et les affreuses conséquences qui en résultent offrent la plus exacte ressemblance. Les phénomènes de réaction qui suivent l'ivresse procurée par le chanvre sont loin d'offrir les mêmes caractères de gravité. A son réveil, le buveur de gunjah reprend le cours de ses occupations ordinaires, avec l'apathie et l'insouciance qui caractérisent les Indiens. Il est à peine un peu étourdi, ses mouvemens sont mal assurés, mais il conserve du moins toute son énergie morale.

Voici quelques-unes des expériences que M. Liautaud a faites sur les animaux avec cette substance.

EXP. I. — 10 grains de *churrus* du Népaul, dissous dans l'alcool, furent donnés à un chien de moyenne taille. Au bout d'une demi-heure, il tomba dans un assoupissement peu prononcé; lorsqu'on l'en retirait, il chancelait sur ses pattes, sa démarche incertaine paraissait tout à fait analogue à celle d'un homme ivre et qui ne peut se soutenir. On lui présenta quelques alimens qu'il dévora avec avidité, puis il retomba dans son état de torpeur et de stupidité. Les symptômes durèrent environ deux heures. En six heures, il était tout à fait revenu dans son état normal.

EXP. II. — Une drachme de *majoun* fut donnée à un chien de petite taille; il parut manger cette substance avec plaisir, et, au bout de vingt minutes, il présenta tous les signes de l'ivresse la mieux caractérisée. Dans l'espace de quatre heures, les symptômes furent complètement dissipés, et il était revenu à son état ordinaire.

EXP. III. IV et V. — On donna de l'extrait alcoolique de *gunjah* à trois chevreaux, à la dose de 10 grammes pour chacun. L'un d'eux n'en éprouva aucun

effet. Le deuxième manifesta de l'assoupissement, de la gêne dans les mouvemens, et le troisième un léger abattement. Mais ce fut tout.

Dans aucune des autres expériences tentées, il ne se manifesta le moindre signe de douleur, pas la plus légère convulsion.

En résumé, l'action enivrante du chanvre s'est manifestée invariablement par des signes non équivoques chez tous les animaux carnivores et les poissons. Les herbivores ont toujours paru ne pas s'en ressentir, à quelque dose qu'on l'ait administré.

La partie la plus importante du mémoire se rapporte aux divers essais thérapeutiques tentés dans les hôpitaux de Calcutta, avec la résine du chanvre. Ces essais constatent les bons effets que l'on peut retirer de l'emploi de cette substance dans le rhumatisme articulaire, le tétanos, la rage, le choléra asiatique, le delirium tremens et les convulsions des enfans.

ANATOMIE CHINOISE.

M. Liautaud adresse en même temps à l'Académie la copie d'une planche d'anatomie chinoise trouvée à Tching-Haë. Le dessin original dont M. Liautaud adresse la copie, représente la forme et la position des viscères, tels que les médecins chinois les conçoivent. Ces organes sont divisés en deux classes : les *tsang*, qui correspondent à nos viscères parenchymateux, et qui sont au nombre de cinq, savoir : les poumons, le cœur, le foie, la rate et les reins. Les *fou* ou viscères membraneux au nombre de six : le *gros* et le petit intestin, l'estomac, la vessie, la vésicule du fiel et les trois *tsiao*.

Le cerveau n'est pas compris parmi ces organes. Il est désigné dans la planche sous le nom de mère de la moelle, laquelle se prolonge jusqu'à l'os de la queue ou coccyx.

Parmi les singularités nombreuses que l'on trouve dans les divers détails propres à chacun de ces organes en particulier, on voit que le canal de l'air, arrivé à la partie supérieure du thorax, se divise en sept canaux secondaires, dont 4 à gauche se rendent aux lobes pulmonaires de ce côté, un au centre se rend au cœur, deux à droite se rendent aux lobes pulmonaires droits. Le cœur envoie trois canaux qui le mettent en communication avec les viscères de l'abdomen ; l'un se rend aux reins ; un second au foie ; un autre à la rate. Cette glande occupe le côté droit de l'abdomen, etc.

Leurs idées physiologiques n'ont pu être qu'incomplètement saisies dans l'exposé tronqué qui accompagne la planche. Le premier organe, celui qu'ils placent à la tête de tous les autres, en égard à l'importance de ses fonctions, c'est le cœur en qui réside le *pih* ou ame sensitive. Il tient en quelque sorte sous sa dépendance tous les autres viscères avec lesquels il communique, comme nous l'avons vu.

Après le cœur vient le foie, siége du *hivars* ou âme intelligente ; les modèles et le plan, dit le texte, émanent de lui. La vésicule du fiel est la source des déterminations hardies.

Le troisième organe essentiel est le centre de la poitrine *cheuchung* qui correspond aux poumons, et dans lequel siége l'âme vitale, le souffle *ke*, dont l'apparition à l'époque de la naissance signale l'arrivée de l'homme dans le monde extérieur.

CHIRURGIE DENTAIRE.

MM. Désirabode père et fils adressent un mémoire en réponse à celui adressé par M. Lefoulon sur les moyens de prévenir et de corriger les vices de la seconde dentition. Ce travail se termine ainsi :

Des observations que nous venons d'avoir l'honneur de soumettre à l'Académie, nous nous croyons en droit de conclure, contrairement à l'opinion du praticien qui les a provoquées :

1° Que l'arc alvéolaire, complètement immuable dans l'intervalle qui sépare les deux dentitions, ou, pour parler d'une manière plus explicite, dans l'intervalle qui sépare la fin de la première du commencement de la seconde, et ne se développant qu'au fur et à mesure de l'apparition des dents permanentes, il est rationnel d'admettre avec Fox, Bunon, Bourdet et M. Duval, que l'enlèvement, dans certains cas assez fréquens, des dents primitives, est un moyen auquel on est souvent forcé d'avoir recours pour favoriser l'arrangement régulier de celles qui doivent les remplacer. L'expérience de tous les jours prouve les dangers de la méthode contraire ;

2° Que si l'art possède des moyens de remédier à plusieurs cas de difformité de la denture, ces moyens ne sont en réalité que ce qu'ils étaient il y a longtemps, et que, si les praticiens anciens avaient moins souvent recours que nous à leur emploi, c'est qu'ils étaient mieux pénétrés des mécomptes qu'on éprouve à cet égard, et qu'ils avaient souvent vu que les tentatives devenaient infructueuses ou que les résultats n'étaient obtenus que par la perte consécutive des dents sur lesquelles on avait agi.

4° Que chercher à développer la voûte palatine par des ressorts ou tout autre agent mécanique, comme moyen de corriger les défectuosités de la denture, provenant de l'extrême étroitesse de cette voûte osseuse, est une idée complètement chimérique, l'expérience démontrant que tout ce qu'on pourrait obtenir à cet égard serait de faire obliquer certaines parties de cette denture, surtout si l'on prenait appui sur le bord libre des dents, et le raisonnement faisant pressentir qu'une puissance disposée pour concentrer son action sur les os qui forment la voûte palatine, les séparerait plutôt les uns des autres qu'elle ne les allongerait ou ne les évaserait dans leur corps même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. J. Guérin demande la parole sur la rédaction du procès-verbal. Dans la partie du procès-verbal concernant le comité secret qui a eu lieu dans la dernière séance, pour entendre le rapport de la section de pathologie médicale concernant la prochaine élection, il est dit : Le rapport est renvoyé à la section pour aviser. M. Guérin demande qu'il soit ajouté cette phrase : le rapporteur a protesté au nom de la section contre ce renvoi comme étant contraire au règlement.

M. Adelon fait remarquer qu'il ne doit pas être discuté en séance publique sur ce qui s'est passé en comité secret. Il demande que l'on retranche du procès-verbal tout ce qui concerne le comité secret dont il ne devra être rendu compte que dans la prochaine réunion en comité secret.

Le procès-verbal avec la suppression demandée est mis aux voix et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend, entre autres pièces, une communication de M. Paris, de Gray, sur le traitement de suette miliaire, et une lettre de M. Landouzy relative à un cas de morve developpé chez un vigneron à la suite d'une morsure faite par un cheval morveux.

MÉMOIRES.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses des mamelles. M. Cruveilhier occupe la tribune. La parole est à M. Gerdy.

M. Gerdy : Les tumeurs fibreuses décrites par M. Cruveilhier sont, sans doute, dans certains cas faciles à diagnostiquer, mais il est d'autres cas où ce diagnostic est tout à fait impossible. Dans les cas où le diagnostic est possible, les préceptes émis par M. Cruveilhier peuvent recevoir leur application, mais il n'en est pas de même dans les autres. Il existe des tumeurs indurées, mobiles, roulant sous la peau, d'une couleur grisâtre, d'une consistance fibro-cartilagineuse, criant sous le scalpel, divisées en lobes ou lobules, ressemblant, en un mot, de tous points à celles qu'a décrites M. Cruveilhier et qui sont les mêmes que Asll. Cooper a décrites sous le nom de tumeurs irritables des mamelles. Mais bien que ces tumeurs aient beaucoup d'analogie avec le tissu fibreux, elles en diffèrent cependant dans un grand nombre de cas. Il existe, en définitive, deux sortes de tumeurs ; celles qui doivent être opérées et celles qu'on ne doit point opérer, ou, en d'autres termes, malignes et des tumeurs bénignes ; ou pourrait faire une troisième espèce de celles dont la nature est douteuse et qui sont susceptibles de dégénérer. Les premières ont pour caractères, entr'autres, d'offrir une dépression de la peau à leur centre lorsqu'on comprime la tumeur entre les mains, d'être accompagnées de douleurs d'un caractère particulier. Il peut se manifester des douleurs autour des tumeurs de la seconde espèce, mais ces douleurs ne ressemblent pas à celles des tumeurs malignes ; celles-ci sont lancinantes et font éprouver aux malades la sensation de coups d'aiguilles ; indépendamment de ces douleurs lancinantes les malades éprouvent de la démangeaison ; ce phénomène se manifeste particulièrement dans les cancers ulcérés. Il suit de là qu'il y a des moyens de distinguer les tumeurs fibreuses des tumeurs indurées, dégénérables ; mais ces caractères sont loin d'être toujours faciles à apprécier. Il est des circonstances où la nature des tumeurs est douteuse ; ce n'est pas alors le cas de s'abstenir, mais tout au contraire d'agir. Ainsi il y a des cas où les tumeurs fibreuses ou indurées, quelles qu'elles soient, ne sont point susceptibles de dégénérer et où il n'y a point lieu d'opérer ; ce sont ceux où il n'y a ni les douleurs lancinantes, ni la rétraction de la peau dont je parlais tout à l'heure. Dans les cas où il y a incertitude, il faut opérer. A plus forte raison doit-on opérer quand on n'a aucun doute sur la nature maligne de la tumeur. On est d'autant plus autorisé à agir ainsi que ces opérations sont de toutes les plus simples, que les plaies qui résultent de l'excision de ces tumeurs n'offrent jamais de gravité, et que dans un grand nombre de circonstances les malades qui en sont affectées demandent avec instances à en être débarrassées.

M. Velpeau : Je ne connais malheureusement le mémoire de M. Cruveilhier que d'après les extraits qui en ont été publiés dans les journaux et d'après ce que j'en ai entendu dans cette discussion. Je prie donc M. Cruveilhier de rectifier les idées que j'aurai pu m'en faire si elles ne sont pas exactes. D'après ce que j'ai pu comprendre M. Cruveilhier pose en principe qu'il se développe dans les mamelles des tumeurs non dégénérées, ni dégénérables et qu'il ne serait par conséquent point nécessaire d'enlever par l'instrument tranchant. Je suis d'accord sur quelques points avec M. Cruveilhier : qu'il y ait des tumeurs non cancéreuses, non dégénérables, ça ne peut faire à mes yeux l'objet du moindre doute ; que ces tumeurs soient de nature fibreuse, je crois aussi qu'il en est ainsi ; mais je ne suis pas certain que les tumeurs décrites par M. Cruveilhier comme des tumeurs fibreuses soient bien réellement telles. Il existe une espèce particulière de tumeurs que j'ai appelées fibrineuses, tumeurs dues à l'organisation d'une plus ou moins grande quantité de fibrine du sang qui a été extravasé

dans la mamelle à la suite d'un coup, d'une contusion. Ces tumeurs me paraissent avoir été englobées par M. Cruveilhier dans l'ordre des tumeurs fibreuses qu'il veut établir. Ce qui me porte à le croire, c'est que les tumeurs dont je parle sont très fréquentes dans les mamelles et qu'elles diffèrent essentiellement par tous leurs caractères des tumeurs cancéreuses; mais ces tumeurs diffèrent aussi des tumeurs fibreuses, et c'est ce que M. Cruveilhier n'a point distingué. Il y avait cependant une distinction importante à faire, à mon avis, entre les tumeurs fibrineuses, d'une part, les tumeurs réellement fibreuses et les quatre sortes de tumeurs dégénérées admises par Laënnec, par Bayle, et par tous les anatomo-pathologistes depuis, savoir : les tumeurs encéphaloïdes, les squirrhes, les mélanoses et les tumeurs colloïdes. Toutes ces tumeurs offrent en effet des différences notables entre elles. Je ne dirai pas qu'elles aient des caractères tellement précis qu'on puisse toujours les distinguer facilement sur le vivant. Mais elles sont extrêmement faciles à distinguer par leurs caractères microscopiques. Les recherches micrographiques les plus récentes, et notamment celles de M. Mandl, ont beaucoup contribué à cet égard à éclairer l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Ces caractères peuvent se réduire à ceci : dans les tumeurs fibrineuses, on ne voit au microscope que des fibres et des fibrilles. Dans les quatre espèces de tumeurs dégénérées que j'ai signalées, on voit des cellules, des globules réunis de manière à former des alvéoles. Il y a donc des différences fondamentales entre ces différentes sortes de tumeurs, sous le rapport de leur texture intime, les unes étant uniquement constituées par des fibres et des fibrilles, sans qu'on y puisse apercevoir aucun globule, aucune alvéole, les autres toutes formées de globules, de cellules et d'alvéoles; les premières n'étant point susceptibles de dégénérer, les autres dégénérant toujours. Ainsi, sous ce rapport, je suis d'accord avec M. Cruveilhier. Mais maintenant peut-on dire que ces différences soient appréciables sur le vivant et que ces différentes espèces de tumeurs portent avec elles des caractères à l'aide desquels on puisse les diagnostiquer? Il est des cas où ce diagnostic est possible, d'autres où il ne l'est point, d'autres enfin où il est douteux. Si l'on met en regard des tumeurs fibrineuses et des tumeurs colloïdes bien tranchées, certainement il n'y aura point de confusion possible. Mais dans un grand nombre de circonstances, rien n'est plus difficile que de bien établir ces distinctions. M. Cruveilhier invoque comme un des caractères des tumeurs fibreuses l'isolement de ces tumeurs, leur mobilité, leur forme globuleuse, enfin leur apparence enkystée. Mais ainsi que l'a fait remarquer M. Blandin, certaines tumeurs cancéreuses, les tumeurs colloïdes particulièrement, offrent ces mêmes caractères. Il est des cas cependant où, malgré cette ressemblance, on peut être à peu près certain que l'on n'a affaire qu'à des tumeurs fibrineuses, c'est lorsque ces tumeurs sont portées par des personnes du sexe jeunes. Il est très commun, en effet, de rencontrer de ces tumeurs fibrineuses chez les jeunes femmes, tandis que les tumeurs cancéreuses ne se développent guère généralement, comme tout le monde le sait, qu'à un âge plus avancé.

J'ai entendu dire dans le cours de la discussion que ces tumeurs fibreuses pouvaient dégénérer en tumeurs de mauvaise nature. Je ne le crois pas, et si l'on a pu avancer une semblable assertion, c'est qu'on a été induit en erreur, qu'on a pris pour des tumeurs fibreuses de véritables cancers. On semble avoir oublié aujourd'hui les distinctions importantes que Laënnec et Bayle avaient établies entre les diverses espèces de tumeurs. Parce qu'on avait abusé peut-être de ces distinctions en divisant et subdivisant indéfiniment, on tend à tomber actuellement dans un excès opposé en confondant tout. Toutes les tumeurs ont des caractères particuliers; elles constituent des individualités distinctes qui ne sont point transformables les unes dans les autres. Elles n'ont pas les mêmes caractères, la même marche, la même terminaison. On a parlé de la dégénérescence cancéreuse des tumeurs fibreuses de l'utérus; je ne sache pas qu'il existe un exemple bien avéré, bien authentique, d'une transformation de ce genre. Ou les tumeurs que l'on dit avoir dégénéré n'étaient pas réellement des tumeurs fibreuses, ou bien les prétendues dégénérescences n'étaient point de véritables cancers. Quand on suit la marche si différente des unes et des autres, la lenteur extrême des premières, la marche rapide des autres, il n'est vraiment pas possible de les confondre. Je crois en définitive que les tumeurs dont il s'agit ici ne sont point susceptibles de dégénérer. Je ne prétends pas absolument que ce soit tout à fait impossible, parce qu'on ne saurait imposer des limites à l'organisme; mais au moins si ces dégénérescences ont pu avoir lieu quelquefois, sont-elles extrêmement rares et tout à fait exceptionnelles.

Je passe à une autre question, celle de savoir si le diagnostic étant une fois bien posé, il faut enlever ces tumeurs. Ici M. Cruveilhier ne me paraît pas avoir suffisamment mûri cette question. D'un autre côté, en condamnant l'opération, il n'a pas recherché s'il existait d'autres moyens de traitement. Il a rapporté à l'appui de sa manière de voir l'histoire d'une dame pour laquelle il avait conseillé de s'abstenir de toute opération, et qui succomba plus tard aux applications réitérées des sangsues et de divers moyens topiques qui la jetèrent dans le marasme. Or, je le demande, que fût-il arrivé de pis si l'on avait fait l'opération? Les cas de guérisons de ces tumeurs par tout autre moyen que l'opération, si même il en existe, sont extrêmement rares, je le sais; mais enfin, il eût été bon peut-être de chercher à s'éclairer là-dessus. Quant aux tumeurs cancéreuses, colloïdes, encéphaloïdes, squirrheuses, mélaniques, je ne crois pas qu'il en existe un seul exemple authentique et bien avéré de guérison dans la science. Je sais qu'on en rapporte d'assez nombreux exemples dans les auteurs; mais il n'est pas une seule de ces observations qui me paraisse irrécusable.

Il est une autre question qui divise particulièrement les médecins et les chirurgiens. Beaucoup de médecins professent l'opinion que les cancers véritables ne doivent pas être opérés. Cette opinion peut être soutenue; mais d'où vient ce partage? C'est que les uns, uniquement frappés par une série de récidives, ont pu mettre en doute l'utilité de l'opération, tandis que beaucoup de chirurgiens se font illusion, et, encouragés par une série de succès, semblent croire qu'ils sont toujours possibles. Eh bien! de part et d'autre il y a de l'exagération. On ne réussit pas toujours, sans doute; mais les cas de succès sont néanmoins assez nombreux pour autoriser à en courir les chances. Je citerai entr'autres le cas d'une malade qui me fut confiée par notre honorable collègue M. Villeneuve. C'était une dame qui portait depuis plusieurs années une énorme tumeur encéphaloïde du sein. J'en fis l'extirpation. Il y a aujourd'hui huit ans de cela; il n'y a pas eu le moindre indice de récidive depuis, et cette femme jouit d'une parfaite santé. N'eût-on que ce seul fait à faire valoir, encore suffirait-il pour démontrer qu'il n'y a pas toujours récidive.

Maintenant, quand faudra-t-il opérer pour avoir le plus de chances possible de non récidive? Je répondrai: le plus tôt possible; et il y a pour cela une quantité de motifs. D'une part, il est convenu que les cancers ne sont point curables, qu'ils tuent toujours. On sait, d'autre part, que les opérations sont quelquefois suivies de succès. Il n'y a donc pas à hésiter. Il faut opérer, et le plus tôt sera le mieux; il faut le faire avant que le cancer ait acquis un grand développement, avant surtout qu'il ait pu fournir des matériaux à la résorption et infecter l'économie. Dans la doctrine contraire, on veut que les tumeurs indolentes soient respectées. On aurait raison, sans doute, si l'on pouvait acquérir la certitude que ces tumeurs seront toujours innocentes. Mais qu'est-ce qui nous donne cette certitude? qu'est-ce qui nous assure que c'est une tumeur simple, et que cette tumeur, en apparence innocente, ne sera pas plus tard un cancer?

Je me résume et je conclus qu'effectivement il y a des tumeurs fibreuses qui ne compromettent point la vie des malades et qui ne sont point susceptibles de dégénérer; mais comme on est le plus souvent dans le doute sur la véritable nature de ces tumeurs, comme leur présence est une cause incessante d'inquiétudes et de tourmens pour les femmes qui les portent, comme l'opération à l'aide de laquelle on excise ces tumeurs est une opération innocente, je ne vois pas pourquoi on hésiterait à opérer.

M. Roux, inscrit pour prendre la parole après M. Velpeau, s'excuse de ce qu'une légère indisposition ne lui permet pas de profiter de son tour d'inscription. Il prie l'Académie de lui réserver la parole pour la séance prochaine.

La parole est à M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier : Je regrette que M. Roux n'ait point été à même de prendre la parole aujourd'hui. En attendant qu'il puisse nous faire connaître les résultats de son expérience sur cette question, je crois devoir répondre aux différentes objections qui m'ont été adressées. Je dois déclarer tout d'abord que je me félicite sincèrement d'avoir soulevé une question d'une aussi grande importance et d'en avoir provoqué un examen aussi approfondi que celui dont elle est l'objet en ce moment. Il est un fait qui me semble établi maintenant, après la discussion qui vient d'avoir lieu, c'est l'existence des tumeurs fibreuses de la mamelle, que personne ne conteste plus en ce moment. Aussi toutes les fois que l'on aura à diagnostiquer des tumeurs du sein, sera-t-on dans la nécessité, à l'avenir, de faire entrer ces tumeurs fibreuses en ligne de compte. Mais si nous sommes à peu près tous d'accord sur ce point, il s'en faut que nous le soyons sur une foule d'autres. Ainsi, je diffère déjà d'opinion avec plusieurs de mes collègues sur la fréquence de ces tumeurs. J'ai avancé qu'elles étaient très fréquentes, M. Blandin dit qu'elles sont au contraire très rares. J'ai dit qu'il était en général possible de les distinguer d'avec les autres tumeurs; on conteste cette proposition. Enfin, on a dit que j'assumais une grande responsabilité en conseillant de ne point opérer ces tumeurs. Il n'y a de différence réelle ici que dans le point de vue particulier où chacun de nous s'est placé. Il y a quelques années que je partageais les opinions qui ont été émises dans cette discussion; j'aurais dit comme M. Blandin que ces tumeurs pouvaient dégénérer, et qu'il était par conséquent nécessaire de les enlever. Mais après avoir étudié avec soin ces tumeurs pendant un grand nombre d'années, après en avoir suivi la marche sur plusieurs malades pendant 10, 15, 20 ans même, j'ai dû changer d'opinion et dire, comme je l'ai avancé dans ce travail, que les tumeurs fibreuses n'étaient point dégénérables, et partant qu'elles pouvaient être respectées sans inconvénient.

Il existe des divergences entre nous relativement aux caractères des corps fibreux. M. Blandin et moi nous n'attachons pas le même sens à cette dénomination. J'ai dit que les corps fibreux n'étaient point dégénérables; M. Blandin dit qu'ils dégénèrent quelquefois. On pourrait donc conclure de ce dissentiment même qu'il y a des tumeurs fibreuses qui dégénèrent, d'autres qui ne dégénèrent pas. Mais je répondrai à cela que celles qui dégénèrent sont des cancers durs, tandis que celles qui ne dégénèrent pas sont, seules, des tumeurs fibreuses. MM. Velpeau et Gerdy ont été plus près de la vérité en disant qu'il existe deux grandes classes de tumeurs, des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Mais il y a malheureusement une source de confusion dans ces expressions métaphoriques.

M. Castel, avec son esprit ingénieux ordinaire, a dit que ce que j'appelais des tumeurs fibreuses n'était que des cancers en germe. J'ai fait la médecine pendant huit ans à la Salpétrière, et j'ai vu des tumeurs fibreuses chez des femmes de 80 ans, qui les portaient pour la plupart depuis leur jeune âge. Il faut convenir que ce seraient là des germes bien vieux. Je ne me suis pas borné à étudier ces tumeurs au point de vue anatomo-pathologique; j'ai fait aussi des études des faits pathologiques, et j'ai cru reconnaître qu'il existait en pathologie des lois de coïncidence et des lois d'exclusion de certaines maladies. Cette exclusion a lieu précisément entre les tumeurs fibreuses et les cancers. Je n'ai jamais vu chez les vieilles femmes de la Salpétrière qui avaient des tumeurs fibreuses, soit des mamelles, de l'utérus ou de tout autre point, survenir des cancers. Cette loi m'a paru être si constante que j'ai pu dire en toute assurance à des personnes qui venaient me consulter pour des tumeurs fibreuses qui leur inspiraient de vives inquiétudes : vous n'aurez jamais de cancer.

M. Rochoux et M. Velpeau m'ont reproché de n'avoir point aidé mes recherches d'études microscopiques. Je ne puis qu'exprimer le regret, en effet, que mes loisirs ne m'aient pas permis de recourir à ce supplément de lumière. J'admets les idées émises par M. Velpeau sur la spécificité, sur l'individualité des

tumeurs. C'est à ce même titre que les tumeurs fibreuses doivent être considérées comme une espèce particulière. Je crois donc maintenant bien établi que les tumeurs fibreuses sont des tumeurs distinctes.

(M. Cruveilhier revient ici sur les caractères qu'il a assignés dans son mémoire aux tumeurs de ce genre et cherche à faire saillir les particularités qui les distinguent des tumeurs enkystées et de différentes autres tumeurs indurées avec lesquelles on a prétendu les confondre. Il ajoute :)

Quant aux difficultés du diagnostic, je ne prétends pas les nier. Il y aura toujours, quoi qu'on fasse, des cas douteux, comme l'ont dit MM. Gerdy et Velpeau. Eh bien ! dans ces cas, je crois avec eux qu'il convient d'opérer.

Que deviennent en définitive les tumeurs fibreuses? Elles ne guérissent point sans opération; M. Velpeau a raison. Mais quelle différence n'y a-t-il point entre ces tumeurs, qui peuvent être portées impunément toute la vie, et celles qui entraînent nécessairement la mort? Quant à ce qui a été dit des femmes qui demandent elles-mêmes à être débarrassées de tumeurs qui sont pour elles un objet continuel d'inquiétude, je suis d'avis certainement qu'on peut les opérer. Je n'ai rien à répondre relativement à ce qui a été dit de la curabilité des cancers, cette question ne rentrant point dans l'objet de mon travail.

(Plusieurs membres réclament la parole. Les uns demandent l'ajournement, d'autres la continuation de la discussion. Après un instant de bruit et de confusion, l'Académie décide que la discussion sera continuée. La parole est à M. Moreau.)

M. Moreau : Il résulte de cette discussion, et il restera désormais établi dans la science qu'il existe dans les mamelles d'autres tumeurs que des tumeurs cancéreuses. On a dit que quand on était dans le doute de savoir si l'on avait affaire à une tumeur fibreuse ou à une tumeur cancéreuse, il fallait opérer. Je suis d'un avis contraire; ou du moins je crois que dans ce cas on ne doit pas trop hâter la décision. Il est de ces tumeurs du sein, même cancéreuses, qui peuvent subsister très longtemps sans altérer la santé des femmes qui en sont affectées. Je pourrais rapporter des exemples analogues à ceux qu'a cités M. Cruveilhier. On a dit que l'opération de l'extirpation de ces tumeurs était toujours innocente. Je ne suis pas de cet avis. Les opérations les plus simples, le plus petit coup de bistouri, peuvent, tout le monde le sait, entraîner quelquefois les accidens les plus graves. Ainsi, je crois que pour la question dont il s'agit, il faut établir en principe que toutes les fois qu'on a affaire à une tumeur dure, mobile, indolente, une tumeur en un mot, qui n'offre aucun caractère de malignité, il faut s'abstenir d'opérer. On est toujours à temps à le faire plus tard, lorsque la tumeur se manifeste avec les caractères de malignité que tout le monde connaît.

PRÉSENTATIONS.

EXTRACTION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DE LA VOUTE PALATINE.

M. Blandin met sous les yeux de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui vient tout à propos, ainsi qu'il le fait remarquer, pour étayer l'opinion qu'il a émise dans la discussion. Il s'agit d'une tumeur qu'un malade de l'Hôtel-Dieu portait à la voute palatine et dont il vient de faire tout récemment l'extraction. M. Blandin, sans se prononcer sur la nature de cette tumeur, demande à M. Cruveilhier son avis. (M. Cruveilhier, après l'avoir examinée, dit que c'est une tumeur cancéreuse.) Eh bien! reprend M. Blandin, cette tumeur, que M. Cruveilhier reconnaît être de nature cancéreuse, offrait à l'exploration tous les caractères qu'il a assignés aux tumeurs fibreuses.

M. Bérard demande la parole au sujet de cette pièce, et manifeste le désir de rentrer dans la discussion générale. Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

CICATRICE VICIEUSE; SECTION DES BRIDES ET EXCISION DU TISSU DE LA CICATRICE; SUCCÈS.

M. Lisfranc présente un jeune homme sur lequel il a détruit une cicatrice vicieuse qui occasionnait de graves accidens. Quelques mois après sa naissance, le sujet tomba dans le feu; il en résulta une large brûlure qui fut suivie d'une vaste cicatrice; cette dernière s'étendit : 1° de la partie inférieure du bord antérieur de l'aisselle gauche à l'apophyse coracoïde du côté opposé; 2° de l'union du tiers inférieur du sternum avec son tiers moyen, au devant de l'oreille gauche; le menton était adhérent à la partie antérieure et supérieure de la poitrine; la lèvre inférieure, complètement renversée, se confondait pour ainsi dire avec la paroi de cette cavité; le tissu inodulaire qui siégeait d'ailleurs sur toute la longueur de la face antérieure du col était en grande partie constitué par des brides dont le diamètre antéro postérieur était d'un centimètre environ; le transversal en offrait neuf.

Par la bouche largement ouverte s'écoulait une grande quantité de salive qui, affaiblissant beaucoup le malade, occasionnait d'ailleurs une dégoûtante malpropreté. Déjà l'engourdissement se faisait éprouver sur les membres thoraciques; il devait être attribué à la gêne de la moelle épinière que comprimait la colonne vertébrale, dont l'allongement était empêché par l'adhérence du menton. La faiblesse extrême et les prodromes de paralysie inspiraient des craintes sérieuses pour la vie de l'enfant, âgé de huit ans, lorsque M. Lisfranc le vit pour la première fois.

Ce praticien n'osa qu'une opération pouvait être tentée, et le Conseil général des hôpitaux fit passer Naquart de l'hospice des Incurables (hommes), où il avait été admis, à l'hôpital de la Pitié.

M. Lisfranc opéra le malade dans le courant du mois de juin 1829. On trouva entière la lèvre inférieure dans l'épaisseur des parois thoraciques; les cicatrices furent divisées et les brides enlevées jusque sur la partie inférieure de la face; il n'était pas possible de faire de l'autoplastie, ni de rapprocher les bords la plaie; il coula beaucoup de sang; l'opération offrit de grandes difficultés; on parvint, mais lentement, au bout d'une huitaine de jours, à ramener la tête à sa rectitude ordinaire. La solution de continuité se cicatrisa, mais la lèvre inférieure se renversa de nouveau en grande partie et le menton s'abaissa encore; il demeura distant de trois centimètres des parois thoraciques.

Onze mois après, M. Lisfranc pratiqua une seconde opération moins difficile et beaucoup moins longue que la première. Cette fois, la tête conserva presque sa rectitude normale; mais la lèvre inférieure se renversa à demi; deux brides assez considérables se formèrent sur les parois antérieures et latérales du col; elles partaient de la région inférieure de la face.

M. Lisfranc a fait une troisième opération il y a vingt-trois mois; il a incisé les cicatrices; il a enlevé les brides; il a pratiqué l'ablation du tiers de la lèvre inférieure; il en a rattaché les deux autres tiers sur la joue; il a employé très souvent le nitrate d'argent fondu pour réprimer les chairs. D'ailleurs le malade n'a jamais éprouvé aucun accident grave.

Les résultats que présente aujourd'hui le sujet sont définitifs, puisqu'ils datent de vingt-trois mois. La tête a recouvré sa rectitude ordinaire; la lèvre inférieure, quoique légèrement tiraillée, a conservé sa position normale; il existe sur la partie antérieure et latérale gauche du col une très petite bride qui n'offre presque pas de saillie, et qui est un peu mieux dessinée lorsque l'opéré renverse fortement la tête en arrière. Cette bride n'a pas augmenté depuis six mois.

M. Lisfranc termine sa communication verbale en faisant observer à l'Académie qu'il lui a présenté Naquart, 1° pour prouver que les difficultés, la longueur de l'opération et l'étendue de la plaie ne doivent point arrêter le chirurgien en pareille occurrence; 2° pour démontrer que si l'autoplastie est impraticable, il est permis, suivant la méthode ancienne qu'on a tant blâmée, de faire la section de la cicatrice et d'enlever les brides; que cette méthode peut être suivie d'un succès presque complet, même dans les cas les plus graves.

LIGATURE DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

M. le docteur Lucien Boyer présente à l'Académie des instrumens destinés à la ligature des polypes de l'utérus, qu'il a déjà mis en usage avec succès, au commencement de l'année, sur une jeune femme épuisée par les hémorragies que déterminait un polype. La tumeur s'est détachée le neuvième jour, et la malade est aujourd'hui en convalescence.

L'appareil de M. Lucien Boyer se compose :

1° De deux porte-fils; simples tiges d'acier de 26 centimètres de longueur, percées à l'une de leurs extrémités d'un chas d'aiguille de 5 millimètres de long, et présentant à l'autre bout un anneau de 5 millimètres de diamètre.

2° D'une balle de plomb, de calibre de guerre à peu près, percée d'un trou, suivant son épaisseur.

3° D'une tige d'acier de même longueur que les précédentes, présentant à l'une de ses extrémités un anneau de 10 millimètres de diamètre, soudé avec elle, suivant un angle de 40 degrés; et, à l'autre extrémité, une plaque on anneau de même dimension, soudé à angle droit, du même côté de la tige. Cet instrument est un serre-nœud provisoire.

4° Un serre-nœud ordinaire de Desault.

Un fort cordonnet de soie étant enfilé dans le chas des deux porte-fils, l'opérateur en fixe un des chefs à l'anneau de celui qui doit être tenu de la main gauche, l'autre chef passe librement dans l'anneau du second porte-fil, et s'attache à la balle de plomb qui se trouve suspendue à son extrémité. Celle-ci, par son poids, maintient constamment le fil au degré de tension convenable quels que soient l'éloignement ou le rapprochement alternatifs des deux tiges, et sans qu'il soit nécessaire au chirurgien de s'en occuper lui-même ou de confier ce soin à un aide.

L'opérateur, après avoir porté le doigt indicateur de la main gauche sur le pédicule de la tumeur, conduit sur lui les deux porte-fils réunis, et lorsqu'ils sont arrivés au niveau de ce pédicule, il retient le premier immobile dans la main gauche, tandis que de la main droite il dirige l'autre autour de la tumeur. Lorsque le porte-fil a fait le tour de celle-ci, le fil est nécessairement enroulé autour de son pédicule, et exactement appliqué sur lui par la balle de plomb.

Alors l'opérateur, réunissant les deux tiges dans la main gauche, les tient appliquées l'une contre l'autre, détache les deux extrémités du fil, et dépose la balle de plomb dont l'office est achevé. Il introduit à la fois les deux chefs du fil et les tiges dans l'anneau du serre-nœud provisoire qu'il fait glisser sur eux jusqu'au col de la tumeur. Le fil étant alors retenu par cet anneau, il retire les tiges sans courir le risque de le déplacer. Pour terminer, il introduit les deux chefs dans l'anneau du serre-nœud de Desault, qui glisse sur le fil et vient s'appliquer exactement au pédicule du polype, en passant dans l'anneau du serre-nœud provisoire que l'on retire aussitôt. Le fil est ensuite fixé dans la fente du serre-nœud définitif à la manière ordinaire.

Cet appareil, d'une extrême simplicité, et dont aucune pièce ne présente le moindre mécanisme, offre des avantages faciles à apprécier.

Le fil passe dans des chas qui ne sont point susceptibles de s'ouvrir et de le laisser échapper mal à propos. Le serre-nœud provisoire, en assurant immédiatement la position du fil permet de repousser la ligature jusqu'à la partie supérieure du pédicule, lors même qu'il pénètre profondément dans la cavité de l'utérus; on peut, par son moyen, changer et replacer à son gré le serre-nœud, s'il se présente quelque indication de changer celui qui a été placé; enfin, la balle de plomb est une chose si simple, qu'il est surprenant que ce moyen n'ait pas encore été employé pour dispenser l'opérateur du soin minutieux de surveiller lui-même le fil pendant le temps le plus difficile de l'opération, celui où il doit contourner la tumeur, ou de la nécessité de s'en rapporter pour la tension du fil à la coopération d'un aide qui, quelque attention qu'il y apporte, ne peut jamais suivre aussi exactement les mouvemens du porte-fil, et dont le voisinage immédiat est une gêne pour l'opérateur.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE (dissertation inaugurale); par le docteur JACQUOT, chirurgien sous-aide major. — Montpellier, 1843. 120 pages in-4°.

Le sujet de cette thèse est l'un des plus difficiles à traiter; c'est même un véritable et dangereux écueil pour le jeune médecin qui le choisit comme sujet d'épreuve; car il faut, ou qu'il se traîne dans l'ornière que tant d'autres ont tracée avant lui, répétant ce qu'ont écrit nos maîtres, ou que ne tenant aucun compte des leçons si souvent contradictoires qu'il a entendues, et renonçant à une foule de croyances qui ne reposent que sur de futiles raisons, il se fasse pour ainsi dire une pathologie de toutes pièces. Il n'en est pas de la fièvre typhoïde comme de la plupart des autres maladies, dans l'étude desquelles il y a un certain nombre de points qu'on peut regarder comme déterminés et définitivement arrêtés, tandis que pour la fièvre typhoïde tout est encore à décider, à étudier même si l'on en excepte quelques recherches assez grossières d'anatomie pathologique. C'est ce qu'a parfaitement apprécié M. Jacquot qui n'a point eu la prétention de faire une monographie complète de cette maladie, et s'est borné à présenter modestement des *recherches pour servir à l'histoire de la fièvre typhoïde*. Nous devons cependant avertir que, sous ce titre simple en apparence, il a présenté plus de vues neuves, d'opinions originales, de considérations vigoureuses que la plupart des ouvrages publiés jusqu'ici, et dont presque tous les auteurs n'ont pu se débarrasser entièrement des préjugés de doctrines ou d'écoles. Ces opinions neuves et ces idées originales, il est vrai, n'appartiennent pas à l'auteur; mais il a su, tout en constatant leur origine, distinguer celles qui avaient une valeur réelle et les coordonner d'une manière souvent heureuse. D'après ce préambule, nous devrions peut-être faire une analyse complète du travail de M. Jacquot si déjà il n'avait été question si souvent dans ce journal de la fièvre typhoïde, et si nous n'y avions enregistré avec exactitude toutes les opinions plus ou moins vraisemblables qui ont été émises sur elle depuis quelques années. Nous nous bornerons donc à signaler quelques-uns des points de vue principaux sans nous livrer à une critique qui a été déjà faite ailleurs ou qui le sera plus tard.

L'expression de fièvre typhoïde a été l'objet de trop justes critiques pour qu'elle fût approuvée par l'auteur; cependant nous pensons que celle par laquelle il voudrait la remplacer (fièvre typhoïde mésentéro-dothiénentérique) offrirait encore beaucoup plus d'inconvénients, sans parler même de sa longueur et de sa nouveauté.

« Qu'est-ce que la fièvre typhoïde? » La définition qu'en donne l'auteur en réponse à cette question manque d'une des qualités que demandent les logiciens, elle est un peu longue; mais elle nous paraît résumer assez bien les opinions les plus récemment émises, sans négliger les faits acquis par l'observation, pour que nous la rapportions textuellement. « C'est, dit l'auteur, une maladie primitivement générale, aiguë et spéciale, dont la fièvre typhoïde sporadique, quelquefois seulement contagieuse, et le typhus des camps, le plus éminemment contagieux, ne sont que les deux manières d'être extrêmes; produite par un agent externe, qui modifie nos liquides d'une certaine manière inconnue dans sa nature, mais qui semble exercer sur nos centres nerveux une action stupéfiante peu en rapport avec les lésions des solides, et suscite un mouvement fébrile par et pendant lequel la nature médicatrice déploie un appareil d'élimination plus ou moins bien ordonné; parcourant un certain nombre de périodes nécessaires, chacune de nature et de tendances différentes, mais toujours semblables à elles-mêmes, et suivant un ordre de succession déterminé; dans laquelle cette élimination se fait surtout par l'iléon sous forme de lésions spéciales des follicules, qui, à leur tour, et en tant que maladie locale, peuvent donner lieu secondairement à diverses séries d'accidens, ou même devenir, ce qui est rare, le foyer d'où s'irradiera l'inflammation, affectant surtout un certain âge et n'attaquant qu'une fois le même individu. »

Cette explication de la fièvre typhoïde, dans laquelle, sans être bien sévère, on pourrait trouver une ou deux données un peu aventurées, énonce presque tous les points de vue importans qui doivent à l'avenir appeler surtout l'attention de ceux qui se livreront à son étude. Voici quelques-uns de ceux sur lesquels M. Jacquot a le plus insisté.

LA LÉSION INTESTINALE EST L'EFFET ET NON LA CAUSE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — C'est surtout contre un jeune professeur, qui, dans un travail récent sur le même sujet, a soutenu la proposition inverse, et avec un talent digne d'une meilleure cause, que s'élève ici l'auteur dans une discussion où il fait preuve à la fois d'une logique serrée, d'une forte instruction et de connaissances étendues en pathologie.

Dans sa dissertation, M. Jacquot a réuni, sur la contagion de la fièvre typhoïde, aux faits déjà signalés par les auteurs qui ont étudié cette question, avec l'intérêt qu'elle mérite, des faits d'une autre origine, ou empruntés à d'autres auteurs et qui ne laissent aucun doute sur la réalité de la contagion dans certaines conditions : la contagion constante et absolue est une absurdité qui n'a jamais pu être soutenue avec quelqu'apparence de raison.

Pour ceux qui admettent la contagion de la fièvre typhoïde, l'opinion de l'auteur sur l'étiologie ne devra pas offrir de difficulté; car il conclut de tous les faits qu'il a réunis sur cette question que la cause déterminante de la fièvre typhoïde existe hors de nous; que c'est un agent spécial ou spécifique qui modifie les humeurs et en intoxique l'économie.... Admettant avec l'école dont il paraît avoir été l'élève qu'autour de cet agent la nature médicatrice déploie immédiatement un appareil d'élimination plus ou moins bien ordonné.

Quant à la lésion locale elle-même dont M. Jacquot ne diminue point l'importance, il paraît disposé à adopter l'opinion émise d'abord par l'un d'entre nous, et depuis par plusieurs médecins étrangers, et d'après laquelle l'inflammation qui accompagne souvent les plaques elliptiques développées serait due à ce que celles-ci, vrais corps étrangers placés dans l'épaisseur des tuniques intestinales, agiraient sur la muqueuse comme les tubercules de la phthisie sur le parenchyme pulmonaire ambiant.

Les opinions que nous venons de faire connaître amènent nécessairement l'auteur à repousser le traitement antiphlogistique énergique comme meurtrier. La fièvre étant nécessaire, physiologique, le médecin ne doit point songer à la faire disparaître. Il ne signale aucune indication positive et constante pour la première période pendant laquelle diverses médications peuvent être employées suivant les cas. Quant aux périodes suivantes, le traitement aura pour but de favoriser le détachement des escarres, de prévenir ou de combattre les accidens inflammatoires qui surviennent souvent pendant ce travail et de favoriser la cicatrisation, tout en soutenant les forces du malade; les indications seront puisées dans la thérapeutique générale.

L'analyse rapide que nous venons de faire du travail de M. Jacquot suffira, nous pensons, pour donner quelque idée de la portée de ce mémoire et de la bonne direction que l'auteur a su donner à ses études.

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DES SCIENCES. — CHAIRE VACANTE.

Par sa lettre du 30 décembre dernier à M. le recteur de l'Académie, M. le ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université, déclare vacante la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier, et ordonne qu'elle soit incessamment remplie.

Aux termes des statuts et réglemens universitaires, la nomination à la chaire vacante doit être faite par le ministre de l'instruction publique entre quatre candidats au plus, dont deux doivent lui être présentés par la Faculté elle-même, et les deux autres par le conseil académique de Montpellier.

En conséquence, MM. les aspirans à la candidature sont invités à faire parvenir leurs titres, franc de port, au doyen de la Faculté des sciences, d'ici au 31 mars prochain inclusivement. Les pièces à fournir sont :

1° Un acte de naissance dûment légalisé, constatant que le postulant est Français et âgé de trente ans au moins, ou une dispense d'âge de M. le ministre;

2° Si l'aspirant réside hors du ressort de l'Académie de Montpellier, un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle il a son domicile de fait;

3° Le diplôme de docteur ès-sciences.

Indépendamment de ces pièces, qui sont de rigueur, MM. les aspirans auront soin de faire connaître :

1° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement;

2° Les ouvrages ou mémoires qu'ils peuvent avoir publiés et les découvertes qu'ils auront faites;

3° Les titres et couronnes académiques qu'ils peuvent avoir obtenus.

Le doyen de la Faculté des sciences délivrera à MM. les aspirans un récépissé de toutes ces pièces, qui leur seront exactement renvoyées après les présentations.

Montpellier, le 10 janvier 1844.

Vu par le recteur de l'Académie, J.-D. GERGONNE.

Le doyen de la Faculté des sciences, FÉLIX DUNAL.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOGÉNIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA CAUSE DE LA FRÉQUENCE DES CORPS ET POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS; par le docteur CAMBERNON.

Les auteurs ont de tout temps reconnu la fréquence des productions fibreuses dans la matrice, sans pouvoir donner aucune raison plausible de la multiplicité de ces affections. Il est cependant un fait très répété dans la vie de la femme qui suffit pour l'expliquer : c'est la sécrétion des ovules et le passage de ces corps dans des conduits où ils peuvent séjourner assez longtemps pour subir une transformation qui amène ce genre de maladie. Plusieurs raisons fondées sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie confirment cette manière de voir.

1° Il faut se rappeler que l'ovule, une fois formé dans l'ovaire, jouit d'une vie organique ou moléculaire qui peut persister un certain temps après sa descente dans les trompes ou la matrice. Si alors il se trouve déposé par un mécanisme que nous indiquerons plus loin au milieu du tissu utérin, il continue de vivre on de se développer en vertu de cette force organique d'évolution qu'il possède comme corps organisé et vivant.

Ce développement amène la formation d'un corps fibreux simple ou complexe dans sa composition. On a bien rencontré dans des ovaires de filles vierges des produits d'une organisation plus ou moins avancée qui ne pouvaient provenir que du développement organique et moléculaire d'un ovule; ainsi Baillie reconnut dans un ovaire des poils et des dents renfermés dans un kyste qu'il regarda comme un ovule développé sous l'influence de la force vitale propre à ce produit nouveau. De même l'ovule déposé et arrivé entre les fibres si vivantes de l'utérus n'est-il pas dans les circonstances les plus favorables à son évolution organique; qui a pour résultat la formation d'un corps fibreux? Il n'a besoin pour cela que de se développer, que de voir s'exagérer son organisation primitive. L'ovule, on le sait, est formé, entre autres parties, d'une membrane d'enveloppe et d'un liquide intérieur. Ce liquide est éminemment plastique, puisque la seule imprégnation séminale suffit pour en faire un nouvel être, remarquable par sa riche organisation. Cette élasticité est une forte prédisposition, pour qu'en l'absence de l'impulsion vitale de la semence une modification spontanée s'opère dans ce corps. La partie liquide s'épaissit, devient fibreuse, fibro-cartilagineuse, comme on voit la lymphe plastique des solutions de continuité, de liquide, devenir pulpeuse, puis fibreuse. Si l'ovule s'hypertrophie et s'indure en entier, il ne se forme qu'un corps fibreux; si, au contraire, une partie essentielle de son germe

Feuilleton.

LA MÉDECINE ET LES POÈTES LATINS.

(Suite et fin. —Voir les numéros 40 et 41 de 1843 et 4 de 1844.)

Passons à la description d'une nouvelle maladie, à laquelle nous conserverons son nom primitif de *scabies*. Nous savons que le lecteur français veut être respecté, et nous n'aurions jamais osé faire descendre ses regards sur cette petite misère de la vie humaine, si l'histoire des mœurs de Rome, tracée par les poètes, ne nous avait démontré, par le nombre des passages où il en est question, que la société de cette époque en était réellement affligée. On ne peut douter, par diverses considérations, que cette maladie ne fût très répandue. L'esprit mythologique, qui divinisait tout ce qui faisait impression sur l'ame ou sur le corps, avait consacré sa puissance, comme il avait reconnu celle de la fièvre : un culte et des autels témoignaient de la crainte et du respect qu'inspiraient ces deux maîtres. C'est du moins ce que nous enseigne Aurelius Prudentius, dans ses *Hamartigenia*.

Par furor illorum quos tradit fama dicatis
Consecrasse deas *febrem scabiemque* sacellis.

Horace nous démontre aussi, par divers fragmens de ses œuvres, que la *scabies* devait être une maladie fort commune. On trouve, dans son art poétique, la reproduction d'un proverbe qui infligeait le souhait de son développement à celui qui, dans une lutte, montrait le moins de mérite :

Ego mira poemata pango!
Occupet extremum *scabies* : mihi turpe relinqui est,
Et, quod non didici, sane nescire fateri.

Le langage vulgaire renouvelle quelquefois encore ce proverbe traditionnel, et nous pourrions nous appuyer de sa signification pour fixer le véritable sens de la *scabies* des Latins. Le docte Lorry pense que cette expression est indéterminée, et, après maints commentaires sur le texte des divers écrits médicaux qui s'y rapportent, il l'applique lui-même à toutes les affections prurigineuses de la peau. Il est certain que, si l'on s'en réfère exclusivement au texte de Celse, la difficulté paraît insoluble. Celse la range parmi les affections pustuleuses, et donne au mot pustule une acception très étendue; mais la généralité du sens de cette expression fait un contraste trop complet avec la signification restreinte qu'on lui donne aujourd'hui pour qu'on puisse y prendre des argumens favorables ou contraires à sa détermination. Celse confond plusieurs espèces morbides dans le même genre. Or, ce n'est pas le genre qui nous inté-

persiste, la force d'évolution organique amène la formation de poils, graisses et autres parties avec analogues dans l'économie; de cette manière, il est facile de se rendre compte des parties diverses que l'on trouve dans les tumeurs fibreuses, et dont la provenance restait jusqu'à ce jour sans explication possible, poils, graisses, ostéides, fibres, cartilages, et, avec le temps, vaisseaux, ossifications et dégénérescences variées. Ainsi, un ovule a été arrêté dans son excrétion, il a subi des modifications organiques et il est devenu corps ou polype fibreux. Le volume miliaire et la forme globulaire qu'ont ces corps dans le principe s'expliquent par cette origine. Quant au nombre souvent multiple de ces productions dans la même matrice, leur grosseur différente indique un dépôt successif d'ovules pendant un temps indéterminé, qui a pu être long, et il ne répugne en rien d'admettre une prédisposition individuelle et la répétition de causes occurrentes qui ont mis obstacle à l'excrétion des ovules.

2° La marche des ovules non fécondés est la même à travers les fibres de la matrice que celle des ovules fécondés dans les grossesses interstitielles. Un ovule fécondé peut pénétrer entre les tissus utérins, bien qu'il détermine autour de lui l'épanchement du liquide qui formera une caduque accidentelle dans ce point; cependant cet épanchement est un obstacle à un trajet étendu que l'ovule non fécondé ne rencontre point; aussi le passage de ce dernier est-il plus facile à admettre.

3° Le volume si exigu des ovules, à peine visible à l'œil nu (1/150 de pouce de diamètre), leur permet de passer entre les villosités et les crypies de la membrane interne utérine, qui sont encore exagérés dans leurs dimensions par les règles, les flueurs blanches, etc.; ils peuvent même rencontrer des conduits anormaux qui leur offrent une route toute tracée. Une considération importante pour appuyer cette opinion, c'est que les femmes en présentent plus d'exemples que les femelles des autres espèces animales, comme pour les grossesses extra-utérines ou interstitielles, assez fréquentes chez la femme, extrêmement rares chez les autres espèces. Ceci provient de ce qu'outre la fréquence de la production ovarique répétée tous les mois pendant une longue suite d'années chez la femme, celle-ci a des conduits vecteurs plus étroits, et susceptibles même d'obstruction ou d'oblitération dans mainte circonstance. Ainsi, la menstruation, certaines maladies ou même seulement certaines habitudes, peuvent diminuer la capacité déjà très minime des conduits vecteurs, et les oblitérer, comme le fait la grossesse, par exemple : l'examen de ces différentes causes démontre la prédisposition très grande de la femme à contracter cette maladie.

La menstruation s'accompagne d'un gonflement utérin qui persiste même quelques jours après la cessation de l'écoulement sanguin : les conduits vecteurs hypertrophiés dans leurs parois, et surtout dans leur membrane interne, offrent moins de facilité au passage de l'ovule. La surface muqueuse reste couverte d'une exsudation susceptible de retenir un corps aussi peu volumineux qu'un ovule, d'autant plus facilement que les cryptes, les villosités sont encore tuméfiés, et que le calibre des conduits se trouve diminué. L'ovule, d'abord arrêté, a plus de facilité pour glisser dans le tissu sous-muqueux, et plus tard dans le tissu musculaire.

La grossesse qui remplit des prolongemens de la caduque les trompes utérines dans une assez grande étendue empêche la sortie des ovules sécrétés et les arrête en contact avec des tissus modifiés puissamment par le travail utérin de la grossesse. Ainsi pendant et après la grossesse, les orifices vasculaires largement ouverts sur la muqueuse peuvent favoriser l'introduction d'ovules hors des voies normales destinées à leur trajet. Les recherches sur les ovaires des femelles dont la matrice contient le produit de la conception, les faits de superfétations dans l'espèce humaine, prouvent largement que la sécrétion ovulaire continue pendant tout le temps de la grossesse, et celle-ci de son côté détermine tous les élémens d'une organisation favorable à la déviation des germes sécrétés et non fécondés.

Certaines habitudes de la femme, notamment les rapports sexuels trop répétés, congestionnent la muqueuse utérine et rétrécissent les conduits vecteurs, tandis que l'effet de ces habitudes est de hâter le développement ultérieur des ovules arrêtés.

Certaines maladies épaississent la membrane muqueuse et développent les villosités, les cryptes, les bouches absorbantes et exhalantes des vaisseaux utérins, telles sont les flueurs blanches, les hémorragies, les ulcérations simples, l'hypertrophie, etc.; les trompes se trouvent même oblitérées momentanément ou d'une manière durable. Or si la sécrétion ovulaire continue, quelque facilité que les ovules arrêtés en un point de leur route aient d'être détruits par l'absorption interstitielle, il est admissible que sur le nombre considérable qu'en offre la femme, un ou plusieurs résisteront à cette absorption, et suivant le point où ils seront arrêtés et développés on aura des tumeurs ovariques, abdominales ou utérines, fibreuses simplement ou composées de tissus variés.

4° Il est à remarquer que les femmes, généralement les mieux réglées, qui ont eu le plus de grossesses, sont le plus fréquemment atteintes de ces productions morbides. Ainsi on trouve dans les leçons orales de Dupuytren que sur 62 femmes dont il a analysé les faits pour des polypes utérins :

41 avaient été bien réglées jusqu'au début de la maladie.
5 étaient mal réglées depuis quelques années avant l'apparition des premiers symptômes.
6 avaient été mal réglées de tout temps.
1 bien réglée, avait des pertes blanches abondantes.
9 furent sans renseignemens.

Total : 62

Si on ne peut arguer des dérangemens antérieurs de la menstruation comme cause des polypes, on peut tirer une toute autre conséquence du fait d'une menstruation régulière; c'est que les femmes les mieux réglées sont aussi celles qui, toutes choses égales d'ailleurs, doivent avoir une sécrétion plus abondante d'ovules, et par suite offrir plus de chances pour une maladie qui résulte d'un obstacle à la sortie de ces ovules.

L'examen des femmes mariées et mères et des vierges apporte une nouvelle preuve à l'appui de cette proposition. Sur 60 femmes affectées de polypes fibreux dont j'ai fait le relevé pour ma thèse où j'ai indiqué les rapports sociaux de chacune, je trouve :

53 femmes ayant eu des rapports sexuels avec ou sans enfans.
7 femmes paraissant avoir gardé leur virginité.

Total : 60

Sur les 53 premières, je constate :

---

resse, mais l'espèce elle-même. Que signifie le mot *scabies* ? Fait-il allusion à toutes les maladies cutanées accompagnées d'une sensation prurigineuse, ou désigne-t-il l'une d'elles en particulier ? Les documens fournis par les poètes résoudront pleinement la question, ainsi que nous le verrons bientôt en prouvant que c'est de la *gale* qu'il s'agit. Guy de Chauliac, célèbre médecin de Montpellier au quatorzième siècle, est le premier qui ait rassemblé tous ses caractères d'une manière bien précise; mais on lui a fautivement rapporté la véritable notion de son existence; M. Dezeimeris a démontré, par des recherches suivies et une érudition peu commune, qu'elle avait été nettement distinguée dans les livres hippocratiques, dans divers passages de Théophraste, de Galien, et plus tard, de Paul d'Ægine et même des médecins arabes. Seulement, l'exposition des faits qui s'y rapportent est morcelée, et chaque document isolé peut laisser quelques doutes. Leur réunion donne au fait médical une entière clarté, et cette synthèse forme sans doute le principal mérite de la description de Guy de Chauliac. Les poètes latins ont fourni, de leur côté, un contingent partiel, qui, réuni aux documens recueillis dans les écrits médicaux, achève de fixer sur la véritable nature de la maladie, et de démontrer qu'elle devait être répandue. Les indications tirées des sources littéraires, nous paraissent si démonstratives que, s'il fallait déterminer leur valeur comparée à celle des données consignées dans les livres de la médecine antique, nous n'hésiterions pas à leur accorder plus de confiance. On pourrait composer l'histoire de la maladie psorique, en ajustant avec méthode les divers passages qui s'y rapportent.

La propriété contagieuse forme son caractère le plus important, on peut même dire spécifique, puisqu'il sert à la distinguer des autres maladies qui lui ressemblent par la nature des symptômes, par la forme particulière des petites saillies cutanées qui en dévoilent l'existence aux yeux, et enfin par l'analogie des moyens de traitement. Or, cette propriété contagieuse est indiquée d'une manière parfaitement claire, soit qu'on la désigne directement, soit qu'on y fasse allusion par des comparaisons ou des métaphores qui l'établissent avec non moins d'évidence. Juvénal, dans sa 2e satire, voulant exprimer que le luxe s'était répandu par une imitation malheureuse, a comparé la propagation de ce vice de la société à une sorte de contagion morbide :

Dedit hanc contagio labem,
Et dabit in plures : sicut grex totus in agris
Unius *scabie* cadit et porrigine porci,
Uvaque conspectâ livorem ducit ab uvâ.

Horace est bien plus explicite. Il parle de l'homme et dit qu'il faut être bien fou pour ne pas éviter avec soin le contact de celui qui est en proie à une pareille maladie.

. . . mala quem scabies aut morbus regius urget,
Aut fanaticus error. . . . .
. . . . tetigisse timent fugiuntque. . . . .
Qui sapiunt. . . . .

L'auteur de l'art poétique aurait donné une précision plus complète à son opinion, s'il n'avait pas assimilé à la propriété contagieuse de la *scabies*, celle de la

42 femmes accouchées à terme, une ou plusieurs fois, ou ayant eu des avortemens.
11 femmes mariées, n'ayant eu ni enfans ni avortemens.

Total : 53

Ainsi les polypes fibreux sont beaucoup plus fréquens chez les femmes qui ont eu des grossesses et des rapports sexuels que chez celles qui sont restées vierges. Mais ces femmes sont aussi celles qui ont offert le plus sensiblement une obturation momentanée des conduits vecteurs, outre que les rapports sexuels, l'imprégnation séminale ont pu favoriser la sécrétion des ovules en activant cette fonction par un exercice approprié, et de plus hâter le travail morbide des ovules déviés de leur route en surexcitant la vie utérine. Et il reste prouvé que chez ces femmes les polypes fibreux sont plus communs, l'évolution ovarique plus nombreuse, et que les conduits vecteurs plus ou moins obturés ont dû présenter à la sortie des ovules un obstacle plus marqué pendant que les parois étaient modifiées dans leur tissu, de manière à faciliter le glissement interstitiel d'un ovule.

5° L'étude des âges où se développent les affections fibreuses utérines vient appuyer cette manière de voir. Sur 84 observations de polypes fibreux recueillies dans divers ouvrages, et dans la pratique je trouve, suivant les âges, cette répartition :

Entre 10 et	20 ans	1 cas
20	30 ans	9 —
30	40 ans	27 —
40	50 ans	31 —
50	60 ans	6 —
60	70 ans	7 —
70	80 ans	3 —
		84

Entre les âges de 20 et 50 ans, 67 cas de polypes (pour les corps fibreux on trouve des proportions analogues), tandis qu'il n'en existe que 17 entre 10 et 20 ans et de 50 à 80. On ne peut donc récuser un rapport de production et de coexistence entre la production normale des ovules et la production morbide des polypes ; et ce rapport est si intime, si logiquement attribuable à un rapport de cause à effet, que toutes les autres causes qui peuvent se présenter alors lui sont entièrement subordonnées, grossesses, rapports sexuels, menstruation, hypertrophie utérine, etc. ; il faut seulement dire que plusieurs de ces causes concourent à la production des ovules ou au développement anormal des ovules déjà déposés dans les parois utérines.

6° Les polypes fibreux ne paraissent pas avant l'époque où il a pu exister des ovules chez la femme ; je n'ai, du reste, trouvé, dans les auteurs, aucun exemple de production fibreuse utérine avant cette période de la vie. Le tableau précédent indique encore que le nombre de ces maladies est très restreint pour les âges qui viennent après l'époque critique. Nous ajouterons ici qu'il ne s'en forme même plus après cet âge, et que tous les cas de polypes et corps fibreux qui se découvrent alors étaient formés avant la cessation de la sécrétion ovulaire ; mais que restés plus ou moins longtemps indolens et inappréciables ils ont simplement subi une augmentation qui les a fait constater. Il suffit pour s'en convaincre d'étudier la marche de ces affections dans des cas bien observés. Des polypes ont existé longues années, quinze ou vingt ans, sans gêner en rien ou ne gênant que fort peu les femmes qui les portaient, depuis le moment où une circonstance donnée avait fait signaler leur présence. D'autres fois, par l'examen de la maladie, on est en droit de faire remonter leur apparition sur quelque symptôme grave à une époque rétrospective déjà éloignée ; et cependant les polypes se trouvent dans des conditions qui doivent hâter leur développement, baignés, comme ils le sont, par des liquides muqueux, sanguinolens, sanieux, plongés dans un air raréfié et humide, soumis à des pressions extérieures et intérieures. Malgré ces circonstances fâcheuses, on en voit persister au même degré de développement longues années, puis enfin prendre une marche plus rapidement fâcheuse. Pour les tumeurs fibreuses, soustraites à la plupart de ces causes, placées au milieu d'un tissu à peine modifié dans sa vitalité, elles restent bien plus fréquemment dans un état stationnaire et inoffensif pour la femme. Le auteurs fournissent des exemples nombreux de ces corps qui, parus avant l'âge critique et ayant même atteint un volume considérable, se sont arrêtés pour toujours ou n'ont repris un développement actif que dans un âge très avancé. L'autopsie dénonce d'autres fois ces tumeurs dont rien n'avait pu faire soupçonner l'existence. Cette marche tantôt aiguë, tantôt chronique, avec les momens d'arrêt dans un développement qui s'arrête pour un temps assez court ou aussi long que l'existence même de la femme, ne peut-elle nous porter à penser que dans maints cas de tumeurs fibreuses qui paraissent faire leur apparition après l'âge critique, l'on n'a affaire qu'à des tumeurs restées longues années indolentes et inaperçues, et qui ont pris, dans une seconde période de leur existence, une marche active, un développement plus considérable qui les ont fait constater ? Alors on dit les femmes affectées pour la première fois à 50, 60, 80 ans, tandis qu'elles portent une tumeur déjà ancienne qui n'a fait que subir une augmentation, mais plus ou moins grande. Notre conclusion est donc que ces productions fibreuses ne peuvent se former avant l'apparition des ovules ni après l'âge critique, et que leur genèse est liée à l'excrétion d'ovules non fécondés arrêtés dans le tissu utérin ; que dans ce parcours anormal, ces ovules ont continué de vivre, et de se développer avec des modifications plus ou moins notables ; enfin que ce développement a été immédiat ou médiat, et dans ce dernier cas il s'est effectué à intervalles plus ou moins éloignés du temps de la formation primitive.

Si des tumeurs du poids de 15 et 20 kilogrammes ont pu s'arrêter dans leur marche pendant 15, 20 et 50 ans et reprendre alors une marche aiguë, pourquoi ne pas admettre que des tumeurs petites, quelquefois même miliaires, restées inoffensives et inaperçues pendant plusieurs années, ont trouvé des circonstances favorables à un développement ultérieur qui a seul permis de les reconnaître. Il est même moins difficile de concevoir ce retard de développement secondaire et dans un âge avancé qu'une apparition ou formation primitive lorsque la matrice ne fonctionne plus par l'effet de l'âge et qu'elle est devenue un organe inutile. D'ailleurs ce développement ultérieur et tardif est bien plus rare que celui qui arrive pendant la période de la menstruation ou de la sécrétion des ovules ; car, outre l'inactivité dans laquelle tombe la matrice, il est arrivé dans beaucoup de cas que ces tumeurs médiocrement volumineuses sont passées à l'état cartilagineux et osseux, condition favorable pour un arrêt définitif ; tandis qu'avant l'époque de la cessation des règles, la sécrétion ovulaire est en pleine activité, la matrice douée d'une grande vitalité, les causes

---

jaunisse, qu'il désigne sous le nom de *morbus regius*. On ne peut guère comprendre l'origine de ce préjugé populaire, qui prescrivait de fuir les personnes atteintes de jaunisse, et ce bizarre précepte jetterait quelques doutes sur l'opportunité de celui qui concerne la *scabies*, si Horace n'y revenait à plusieurs reprises, et ne prouvait, en d'autres endroits, que sa conviction était faite à cet égard. Lorsqu'il s'adresse à Iccius, coupable d'avarice (Epist. XII, lib. I.), en dépit des leçons qu'il devrait prendre d'une sage philosophie, il lui reproche de ne point échapper à l'appât contagieux du gain, malgré sa science et l'élévation de ses idées.

> Cùm tu, inter scabiem tantam et contagia lucri
> Nil parvum sapias, et adhuc sublimia cures.

Au reste, l'idée de la contagion était tellement répandue, que l'expression même qui servait à désigner la maladie emportait avec elle le sens d'un vice communicable, et qu'on s'en servait pour exprimer qu'une substance avariée corrompait toutes celles qui la touchaient. Le blé gâté, dont le contact propageait l'altération au blé sain, recevait l'épithète de *scabiosus*, comme on peut le voir dans les vers suivans de la satire 5e de Perse :

> Libertate opus est : non hac, quam ut quisque Velinâ
> Publius emeruit, scabiosum tesserulâ far
> Possidet.

Les symptômes de cette maladie sont d'une évidence très prononcée, et provoquent les patiens à des mouvemens qui trahissent la nature de leur mal. Mais, quel que soit le mystère dont on s'efforce de l'environner, la sensation qu'elle détermine suscite des instincts dont l'accomplissement involontaire la dévoile. Cette lutte plaisante entre le besoin et la honte ne pouvait échapper à l'épigramme ; Martial se promet de ne pas y succomber. (Epig. 61, lib. V.)

> Nos hac à scabie tenemus ungues.

La sensation intime qui l'accompagne a été signalée avec beaucoup d'énergie par Macer Floridus. Nos livres de médecine n'offrent aucun tableau plus véridique. Quelles expressions françaises peuvent rendre le

> Pruritus mordax scabiesque cutis laceratrix ?

Le besoin impérieux de substituer à une sensation morbide une sensation artificielle moins pénible était si bien connu des Latins qu'ils l'appliquaient métaphoriquement à certains désirs purement moraux. Aurelius Prudentius lui compare le besoin de parler quand il convient de se taire.

> Quisquis tacendi intemperans
> Silenda prurit prodere,
> Vexatur et scalpit jecur
> Scabiemque cordis sustinet.

Le siége ordinaire de la maladie n'a point échappé à la sagacité des observateurs dont nous reproduisons le langage ; on sait que c'est autour des articula-

d'obstacles au libre parcours des canaux nombreuses; aussi les tumeurs et polypes fibreux sont-ils à cette époque et bien plus nombreux et plus promptement fâcheux.

7° Voici une observation d'une tumeur longtemps inaperçue, qui ne prend un développement marqué qu'à un âge avancé.

Obs. I. — Madame L., âgée de 63 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, me consulte en février 1841 pour un embarras intestinal. Cette dame porte, sans l'avoir jamais soupçonnée, une tumeur hypogastrique, arrondie, du volume du poing et qui dépasse de 3 à 4 centimètres les pubis derrière lesquels elle plonge dans le bassin en se continuant avec la matrice. Depuis longtemps elle se plaignait de douleurs lombaires, d'une pesanteur sur le siége, mais sans douleurs utérines, sans écoulement vaginal. Depuis plus de vingt ans, elle a fait la remarque qu'elle ne pouvait boire un peu copieusement sans éprouver aussitôt après un besoin impérieux d'uriner qui se renouvelait jusqu'à ce qu'elle eût rendu l'équivalent des boissons prises. Tous les soirs, elle se privait de boire à son souper parce qu'il lui aurait fallu uriner cinq à six fois dans les premières heures de la nuit. Le mari s'était même plaint de cette apparente infirmité. Bien réglée jusqu'à 48 ans, sans leucorrhée, l'âge critique n'amène aucun accident. Mariée à 40 ans, elle n'a point eu d'enfans. Aussitôt que cette femme s'aperçoit de cette tumeur, elle s'inquiète vivement, passe le temps à se palper l'abdomen et sa santé commence à décliner. Dans le courant de l'été, digestions fort dérangées, perte de l'embonpoint. La tumeur augmente de volume; les membres inférieurs s'œdématient. En août, la tumeur restée globulaire, dure, lisse et unie, a pris un volume considérable. Placée sur la ligne médiane, elle part du bassin où elle se continue manifestement avec la matrice et atteint supérieurement l'ombilic. Dans le décubitus latéral, elle incline un peu de ce côté. Elle devient le siége de quelques douleurs lancinantes. Les digestions se font très mal; des pertes vaginales rouges, abondantes, tenaces, sans odeur, paraissent. En septembre, péritonite sub-aiguë avec vomissemens, sensibilité abdominale, fièvre, élancemens plus fréquens dans la tumeur. (Antiphlogistiques, frictions mercurielles). Amélioration. Il survient une ascite; l'œdème des membres inférieurs devient considérable. En novembre, une diarrhée tenace, des pertes sanguinolentes continues et sans odeur affaiblissent de plus en plus la malade, dont le moral est complètement affaissé. Malgré l'hydropisie abdominale, la tumeur fait une saillie énorme sous les tégumens amincis; son volume dépasse celui d'une tête d'adulte, toujours arrondie, dure, peu dolente à la pression, elle peut être en partie déplacée avec les mains. Enfin, le hoquet, les vomissemens, la diarrhée et la fièvre hectique amènent le marasme, et la mort arrive à la fin de décembre de la même année. La tumeur jusqu'au dernier jour paraît fibreuse, sans trace de dégénérescence.

L'autopsie ne put être pratiquée; mais les symptômes bien tranchés de cette maladie firent admettre sans contestation une tumeur fibreuse utérine. La manière dont la maladie a marché est pour nous d'un grand intérêt. Elle débute vers l'âge de 43 ans, comme l'annonce l'incontinence d'urine que cette femme remarque alors sans avoir présenté aucun signe d'une maladie propre à la vessie. Ce besoin impérieux de rendre les urines paraît avoir dépendu d'une pression mécanique exercée sur la vessie par la matrice; et comme rien n'indique une maladie propre du tissu utérin, une chute, par exemple, ou une hypertrophie, que cette femme n'avait eu ni pertes blanches ni pertes rouges, il reste à supposer la formation lente et inaperçue d'un corps fibreux. Ensuite cette tumeur est stationnaire pendant une vingtaine d'années où la femme n'accuse que la persistance de l'incontinence des urines. Au bout de ce temps, nous constatons la présence d'un corps fibreux utérin, ce qui surprend la femme qui consultait pour un embarras intestinal. Ce dernier provenait sans doute du nouveau travail morbide qui se passait vers la matrice. Un examen superficiel des antécédens ferait classer cette affection parmi celles qui débutent après l'âge critique, tandis que l'on a en affaire, bien probablement, à une tumeur fibreuse venue vers l'âge de 43 ans chez une femme bien réglée. Cette tumeur reste latente et inactive pendant une vingtaine d'années; et à 63 ans on lui voit prendre une marche aiguë, un développement considérable, suivis d'accidens assez promptement funestes.

Obs. II. — Une dame de 60 ans nous consulte en janvier 1843, pour une tumeur abdominale utérine et de nature fibreuse. Cette maladie avait paru avant l'âge de 45 ans, et à une époque où la menstruation était régulière. La tumeur avait augmenté de volume à plusieurs reprises, et, après chaque augmentation accompagnée de symptômes hystéralgiques prononcés, tout rentrait dans un calme profond pendant plusieurs années. Un volume primitivement moins considérable, un état plus indolent de la matrice, auraient pu laisser inaperçue cette affection jusqu'après l'âge critique, et si son volume ou quelque autre symptôme l'eût alors fait constater on n'eût pas manqué de croire à sa production toute récente. Il n'y aurait eu cependant ici, comme dans beaucoup de circonstances de ce genre, qu'une simple recrudescence de symptômes, et non une formation primitive et récente.

L'observation suivante, intéressante par elle-même, l'est également sous le rapport de l'ignorance où restent souvent les femmes sur d'énormes tumeurs fibreuses qu'elles portent.

Obs. III. — Une femme de 42 ans, d'une bonne constitution, travaillant à des ouvrages pénibles, avait toujours joui d'une bonne santé. Elle n'avait jamais eu de leucorrhée, ni de métrorrhagie. Mariée à 41 ans, elle devint enceinte pour la première fois; la grossesse fut heureuse, et l'accouchement, qui s'annonçait bien, s'arrête; les médecins, appelés par la sage-femme vingt-quatre heures après le commencement du travail, constatent au toucher une position de la tête, et il leur semble sentir une seconde tête en avant et tout près de l'orifice utérin. La tête, déjà engagée dans le détroit, ne leur permet pas de pousser l'examen plus loin. Voyant la femme s'épuiser en douleurs inutiles, l'un d'eux appliqua le forceps et amena un enfant mort. L'arrière-faix est rendu peu après de lui-même; le toucher pratiqué alors ne put éclairer ces praticiens; la matrice était fortement inclinée en avant, l'orifice porté en arrière, au point que le doigt ne constatait qu'un corps arrondi, volumineux, pressant la paroi antérieure et simulant la tête d'un second enfant; la femme était très fatiguée, elle perdait une médiocre quantité de sang; on la laissa reposer; les lochies coulèrent peu; il survint dès le lendemain quelques symptômes de métrite qui se prononcèrent plus fortement les jours suivans; on ne pouvait plus toucher la malade. Le douzième jour, la femme était mieux, le ventre était resté volumineux et la matrice distendue; les suites de couche allaient bien; l'appétit était revenu. M. Brackmann, un de ses médecins, fut alors appelé précipitamment pour de nouvelles douleurs utérines; il touche et trouve à l'entrée du vagin une tumeur qu'il attire doucement et amène au dehors; à partir de ce moment, la femme marcha rapidement vers la guérison.

M. le docteur Brackmann, qui me rapporte ce fait, me montre la tumeur : elle est du poids de 500 et quelques grammes, ovoïde, lisse au dehors, mamelonnée en quelques points, et un de ces mamelons, plus volumineux, simule un pédicule; mais comme il n'offre nulle part de trace de ramollissement inflammatoire ou de solution de continuité, il en faut conclure que ce n'est point par ce côté que la tumeur adhérait à la matrice; le tissu intérieur est fibreux, produisant un léger craquement sous l'incision, et présente peu de vaisseaux et d'un petit calibre; on distingue

---

tions ou sur les tégumens de l'abdomen que ses manifestations ont lieu le plus ordinairement. Martial ne repousse pas l'occasion de l'indiquer dans ses vers :

Prurit tamen usque ad umbilicum;
O quantâ scabie miser laborat!

Les poètes avaient si bien analysé l'affection psorique, qu'ils avaient distingué ses divers degrés, et reconnu qu'elle avait une gravité d'autant plus prononcée, qu'elle était plus ancienne. Le même Martial ajoute que la vétusté de cette affection lui imprime un caractère de ténacité, qui donne aux besoins qui s'y rapportent plus d'empire qu'à la volonté. S'adressant à une certaine Paulla, il lui dit que c'est en vain qu'elle forme un projet, le caractère invétéré de sa maladie l'empêchera de l'accomplir. (Epig. 8, lib. VI.)

Prohibet scabies ingeniumque vetus.

Les autres influences qui en accroissent la gravité se retrouvent encore parfaitement indiquées dans des écrits poétiques. La misère, la malpropreté, l'usage d'une nourriture insuffisante et malsaine qui changent le caractère de l'affection psorique, qui activent sa dégénération et font tomber peu à peu l'économie dans une débilité profonde, sont indiqués avec beaucoup d'énergie et de vérité par Serenus Sammonicus :

Illotus sudor et inopia nobilis escae
Saepè gravi scabie correptos asperat artus.

Si l'on conservait quelques doutes sur l'identité de signification de la ψώρα des Grecs, de la *scabies* des Latins, et de l'affection dont nous venons de retracer les principaux caractères, on ne pourrait récuser les conséquences d'une nouvelle analogie, par laquelle nous terminerons ce commentaire déjà trop long : c'est l'analogie du traitement. Serenus ne fait qu'indiquer un seul moyen thérapenthique :

Ergo prodest lutum membris adhibere fricatis.

Mais Virgile en signale plusieurs avec son élégance et son exactitude accoutumées dans le 3e livre des Géorgiques. Nous ne saurions trop faire remarquer ce fragment de l'illustre poète : bien qu'il se rapporte à un mal qui ravage les troupeaux, les traits par lesquels il le caractérise sont trop précis, et les moyens de guérison dont il enseigne l'usage trop semblables à ceux que l'on emploie aujourd'hui pour dissiper la maladie psorique chez l'homme, pour qu'il soit possible de méconnaître leur identité. Les pratiques les plus modernes, les modifications qu'une des idées réputées nouvelles a introduites dans le traitement, tout est retracé dans Virgile avec une précision essentiellement médicale. Les bains, les frictions, l'usage des corps gras, du soufre, du goudron, rien ne manque à cette thérapeutique, aussi variée qu'efficace.

Morborum quoque te causas et signa docebo.
Turpis oves tentat scabies.............
....
Dulcibus idcirco fluviis pecus omne magistri

une membrane d'enveloppe, intacte dans toutes ses parties, richement arborisée de vaisseaux pen développés.

Nons avons pensé que cette tumeur était placée entre les fibres de l'utérus, près de la surface interne de cet nrgane; qu'elle est sortie par une véritable déchirure des tissus intérieurs sus-jacens qui se sont enflammés et ramollis dans les jours qui ont suivi l'acconchement, et où l'on ent à combattre nne métrite. Le diagnostic devait rester obscur jusqn'à la sortie de cette tumeur, qui paraissait développée dans la paroi antérieure de la matrice, et portait l'orifice ntérin assez en arrière pour ne point laisser pénétrer le doigt dans la cavité ntérine. Aussi le toucher par le vagin et an travers des parois ntérines laissa-t-il les praticiens dans le donte sur la nature de la complication qu'offrait cet acconchement. Comme seconde remarque intéressante dans ce fait, nous signalerons la sortie spontanée de cette tnmeur. Qnant à l'époqne de la formation de cette tumenr, il est probable qn'elle a précédé la grossesse; tonjonrs est-il que l'accouchement, qui amena sa sortie, en annonça anssi l'existence dont la femme n'avait jamais en ancun soupçon. Ce cas rentre dans cenx où la formation des corps fibreux s'effectue à une époque où il y a sécrétion d'ovules, et dans ceux qne les femmes peuvent porter longtemps sans s'en douter, et qui justifient cette manière de voir, que les tumeurs fibreuses qui paraissent venir après l'âge critique prennent alors seulement un accroissement plns rapide ou plus marqué.

7° Si nne objection pouvait être adressée à cette doctrine de la déviation ovulaire, ce serait de voir ces nvules descendre jusqn'an col ntérin pour y former les corps et polypes fibreux du col. Mais il faut faire attention que l'nvule pent suivre différentes voies pour atteindre ce point; ainsi il descend jusqu'an nivean du col par la route ordinaire des trompes et de la cavité ntérine, rencontre nne saillie nn nne cavité formée par des villosités plus développées, des cryptes plns dilatés, se dépose dans ces points et y trace sa route de parcours anormal. L'insertion viciense dn placenta an col indique évidemment que les nvules même fécondés, arrivés jusqn'à ce point sans avoir contracté d'adhérence, peuvent s'y attacher et s'y développer. Un ovule non fécondé pent donc s'y arrêter également. En second lieu, il peut se faire que l'ovule ait glissé jusqn'an col, après avoir pénétré dans les tissns sous-mnqueux et musculaire d'un point plus élevé, par des conduits anormaux, par des cryptes béans qui l'ont reçu et qni ont permis son passage. Quelques faits de grossesses interstitielles indiquent cette voie de parcours plus ou moins étendu; M. Coste rapporte (EMBRYOG. COMPAR.) qn'il reconnut, dans nn cas de grossesse interstitielle, nne communication entre la cavité où s'était logé l'œuf et celle des tubes de Fallope. Le canal étroit qui réunissait ces deux cavités était tapissé par la membrane mnqueuse des trompes: « ce qui pronve, ajoute M. Coste, que c'est bien dans un crypte dilaté qne, dans les cas de cette espèce, l'œuf se développe. » L'ovule non fécondé n'est-il pas dans des conditions plus favorables pour se trouver déposé par un mécanisme semblable an milien des tissns ntérins? Du reste, les affections fibreuses du col sont bien moins nombreuses que celle du corps de la matrice, et cela doit être, puisque les ovules arrivés au col sont plus facilement entraînés an dehors, et qu'ils n'arrivent même en ce point que privés de cette existence organique qui permet lenr développement ultérieur.

8° Il serait ntile de savoir si les femmes des pays très froids, où les règles sont plns rares et la multiplication de l'espèce moins nombrense que dans les pays tempérés et civilisés, sont souvent affectées de productions fibreuses ntérines. Quant aux pays chands, où la menstruation est plns abondante, la secrétion ovarique très active, il est prouvé par certaines relations médicales que ces maladies s'y présentent fréquemment.

9° Nous avons raisonné en parlant dn fait de l'identité des corps fibreux et des polypes fibreux, ces affections n'ayant entre elles ancune antre différence qne la place qu'elles occupent dans la matrice. L'anatomie pathologique démontre que les deux prodnctions sont fibreuses et analogues dans leur composition, et présentent une enveloppe de même nature; que les polypes en ont toujours une seconde, qui paraît une dépendance des tissus musculaire on mnqueux ntérins. Cette disposition expliqne leur mode de développement et leur position première. Corps fibrenx, ils se sont développés dans le tissu de la matrice, avec leur membrane propre; polypes fibreux, ils ont refoulé, en continuant de se développer, la portion des parois ntérines qui les séparait de la face libre correspondante, et cette portion de tissu utérin leur forme une seconde enveloppe simple on donble, c'est-à-dire mnqueuse on mnqnense et musculaire, si le polype fait saillie dans la cavité utéro-vaginale, musculaire et séreuse, s'il proémine du côté de l'abdomen.

CONCLUSIONS.

1° Les corps et polypes fibreux utérins sont le produit d'ovules arrêtés bors des voies de leur parcours normal.

2° Leur dépôt dans ces points est suivi de transformations plus on moins notables dans leur composition bors de l'inflnence de l'imprégnation séminale et en vertu de la force d'évolution qu'ils possèdent comme corps organisés et vivans. Les poils, ostéides et antres produits avec analogues dans le corps bnmain qu'on y rencontre, sont nn indice certain qn'ils ont appartenn à un corps destiné à nne organisation complète, et l'ovule de la femme pent seul en offrir les germes de formation.

3° L'espèce de préférence que les affections fibreuses paraissent avoir ponr le tissu ntérin, qui en est plus fréqnemment atteint que toute autre partie de l'organisme, se tronve expliqnée par cette origine.

4° Tontes ces affections ont dû présenter leur point de départ pendant la période de la vie, où les nvules se tronvent élaborés et excrétés, c'est-à-dire depuis l'époque de l'établissement des menstrues jusqu'à l'âge critique. Chez les femmes où la maladie paraît avoir débuté dans un âge plns avancé, il fant, par analogie avec beancoup de cas observés, admettre un état primitif et latent dans l'existence de cette prodnction morbide, puis un état patent, actif, où la tumeur a fait des progrès et se manifeste à l'observation.

5° Cette affection a plns de facilité à s'établir chez les femmes très menstrnées, qni doivent émettre un plus grand nombre d'ovules; et, par une conséqnence babituelle dans la vie de ces femmes, nne obstruction on oblitération des conduits vecteurs arrivant par le fait des babitudes des fonctions ntérines, de certains états pathologiqnes des organes génitaux, les ovules se tronvent plus fréquemment arrêtés et de là déviés; anssi les femmes bien réglées, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, les femmes mariées, celles qui ont des grossesses, nne bypertrophie utérine et antres affections chroniques de la matrice, sont les plus exposées à contracter cette maladie. Secondairement, ces causes, stimulant la vie ntérine, l'ovule placé en rapport avec un organe plus ou moins surexcité trouve plus d'élémens de développement, et il subit plus

---

Perfundunt............
Ant tunsum tristi contingunt corpus amurcâ.
Et spumas miscent argenti ac sulfura vira,
Idæasque pices, et pingues unguine ceras
Scillamque, elleborosque graves, nigrumque bitumen.

Il nous serait facile de grossir ces citations en poursuivant le dénombrement des maladies cutanées. C'est un des sujets sur lesquels la poésie latine s'est jetée avec une étrange prédilection. Les plus repoussantes infirmités humaines ont passé sous la plume des poètes. Martial surtout s'est complu dans la description de certaines d'entre elles, avec un coupable abandon. Nous nous garderons bien de reproduire ici la narration des turpitudes fort à la mode dans son siècle corrompu; quelques lumières nouvelles qui pussent surgir de l'interprétation de ses vers et de ceux du licencieux Catulle, pour prouver les rapports des symptômes qu'ils indiquaient avec ceux dont la description a immortalisé Fracastor, nous n'irons pas exhumer ces immorales inspirations du tombeau où la pudeur et le bon goût les ont ensevelies. En dehors d'elles, la poésie latine nous fournira encore quelques exemples de la malheureuse diversité que les affections de la peau avaient revêtue chez les Romains.

L'*éléphantiasis*, ou la lèpre, cette maladie qui, selon l'énergique expression de de Pons, en veut moins à l'existence qu'à ses formes, et fait plutôt consister son triomphe à dégrader qu'à détruire, resta longtemps inconnu en Italie. Au temps de Lucrèce, il paraissait encore relégué en Egypte, sa patrie primitive, comme l'attestent les deux vers suivans de ce poète:

Est elephas morbus qui præter flumina Nili
Gignitur Egypto in medio nec præterea unquam.

Mais son apparition ne tarda pas à se faire chez les Romains. Emilius Macer lui consacre plusieurs détails dans le poème que nous avons déjà cité. L'aspect de l'éléphantiasis dégrade tellement les organes affectés, qu'ils deviennent méconnaissables. Cet horrible changement fit naître l'idée d'une cause spéciale dont la gravité devait être plus puissante que celle des causes ordinaires des maladies, puisqu'elle produisait la perte complète de la forme humaine. C'est, sans doute, ce qu'a voulu exprimer Emilius Macer, lorsqu'il a donné l'étymologie du nom par lequel on désigne cette espèce de *lèpre*, dont les exemples sont assez rares de nos jours.

Est lepræ species elephantiasisque vocatur,
Quæ cunctis morbis major sic esse videtur
Ut major cunctis elephas animalibus extat.

On retrouve encore, dans l'œuvre d'un poète latin, l'indication d'une maladie affreuse qui a fait le tourment de plusieurs personnages célèbres de l'antiquité et des temps modernes. C'est le *morbus pedicularis*, affection physique dont le nom seul inspire de la répugnance et de la terreur. Cette maladie était connue des Romains, bien que Celse n'en ait pas fait mention; mais Plutarque a signalé dans la vie de Sylla, et cite plusieurs hommes illustres qui en sont morts. Voici en quels termes Serenus Sammonicus s'exprime à ce sujet, en rappelant le sort malheureux du tragédien Phérecyde et de Sylla;

rapidement les transformations qui en font un corps ou un polype fibreux, tantôt simple, tantôt compliqué dans sa structure intime.

MATIÈRE MÉDICALE.

NOTE SUR LES EAUX MINÉRALES IODURÉES DE HEILBRUNN, EN BAVIÈRE, DITES SOURCE D'ADÉLAÏDE; par le docteur FELDMANN (1).

Le village de Heilbrunn, ainsi appelé de la source d'eau minérale de ce nom qui s'y trouve, est situé à huit milles de Munich, et à une demi-lieue du couvent autrefois si fameux de Benedictbenern, dont il était une dépendance. Vers l'an 955, les Hongrois détruisirent cette source en même temps que le couvent. Cent ans plus tard environ, les moines ordonnèrent des fouilles à l'endroit où la tradition disait qu'elle avait existé, et on la découvrit effectivement à une profondeur de quatre toises : elle s'enflamma aussitôt, et il n'en fallut pas davantage pour faire dire qu'elle avait été créée par un miracle. On ne sait rien d'authentique sur l'historique de ces eaux pendant plusieurs siècles. Cependant il est certain qu'elles étaient déjà alors en grande réputation ; car Adélaïde, épouse de l'électeur Ferdinand, étant restée sans enfans pendant les huit premières années de son mariage, ses médecins lui en conseillèrent l'usage en 1659. Elles furent, disent les chroniques, d'une efficacité telle qu'un an après l'électrice donna le jour à une fille, et qu'elle eut encore plusieurs autres enfans dans la suite. Cette cure contribua certainement à donner à la source une plus grande célébrité. Mais les visites fréquentes des baigneurs déplurent vraisemblablement aux moines, qui laissèrent peu à peu les bains tomber entièrement en ruines.

M. Vogel, professeur de chimie et membre de l'Académie des sciences de Munich, analysa en 1825 l'eau minérale de Heilbrunn, et trouva qu'elle contenait de l'iode. Cette découverte fixa de nouveau l'attention sur cette eau, et dès lors plusieurs médecins distingués de Munich en prescrivirent l'usage.

En 1834, M. Maurice Debler devint propriétaire de la source, et la fit curer.

Plus tard, le professeur Fuchs, conseiller royal des mines, se chargea de faire une nouvelle analyse ; 16 onces d'eau donnèrent :

Iodure de sodium	0,912 grains.
Bromure de sodium	0,300
Chlorure de sodium	36,809
Carbonate de soude	4,257
Carbonate de chaux	0,504
Carbonate de magnésie	0,230
Silice	0,122

Avec une petite quantité d'extrait bitumineux et de humus, et quelques traces d'oxide de fer et d'alumine. En outre, 100 pouces cubes d'eau donnèrent 4,00 pouces cubes de gaz hydrogène carboné.

M. Baruel, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine de Paris, soumit ces eaux à une analyse dont voici le résultat. Un litre contient:

Iodure de sodium	1,828 grains.
Bromure de sodium	0,604
Chlorure de sodium	73,800
Carbonate de soude	9,503
Sulfate de soude	0,950
Carbonate de chaux	1,002
Carbonate de magoésie	0,464
Silice	0,260
Peroxyde de fer (représentant proto-carbonate de fer)	0,115
Matière organique analogue à l'acide chromique de Berzelius	des traces.

100 pouces cubes d'eau ont fourni :

Gaz hydrogène carboné	2,50 ponc. c.
Gaz acide carbonique	0,50

Si l'on veut réduire le litre français en onces, on trouvera que les deux analyses diffèrent très peu entre elles, et que la différence se restreint à la petite quantité de sulfate de soude que M. Barnel a trouvée.

Ajoutons encore l'analyse faite par M. G. Baner à Berlin (Vetter, ANNALEN DER AUVESCHEN BRUNNEN-ANSTALTEN, I Jahrg, 1841, p. 151) qui trouva dans 16 onces d'eau :

Iodure de sodium	0,200000 grains.
Bromure de sodium	0,409000
Chlorure de sodium	37,947702
Chlorure de polassium	0,246000
Sulfate de potasse	0,008773
Acélate de polasse	des traces.
Carbonate de soude	6,992450
— d'ammoniaque	0,120313
— de baryte	0,003233
— de strontiane	0,051713
— de chaux	0,627046
— de magnésie	0,397386
Proto-carbonate de fer	0,016200
— de manganèse	0,001612
Glaise	0,022146
Silice	0,256214
	47,299788

Dans les analyses des eaux minérales destinées à être artificiellement reproduites aux instituts de M. Arnve, il n'est point question des matières organiques, parce qu'il n'y a pas moyen de les faire entrer dans la combinaison des eaux artificielles.

Déjà M. Fuchs avait prédit que par une analyse plus précise on arriverait à trouver dans l'eau de Heilbrunn la quantité du brôme augmentée et celle de l'iode un peu diminuée, ce qui est constaté, en effet, par l'analyse de M. Bauer. On doit donc désirer avec l'auteur, M. Wetzler,

(1) Extrait de l'ouvrage intitulé : DIE IOD UND BROM-HALTIGE ADELHEIDS-QUELLE ZU HEILBRUNN, par M. J.-E. WETZLER, conseiller royal. Augsbourg, 1843.

Si quis non paveat Pherecydis fata tragœdi,
Qui nimio sudore fluens animalia tetra
Eduxit, turpi miserum qui morte tulerunt.
Sylla quoque infelix fati langore peresus
Corruit et fœdo vidit sese agmine vinci.

Le même auteur se livre à l'énumération d'une foule d'autres maladies cutanées, pour lesquelles nous ne pouvons que renvoyer à son œuvre, précieuse à plus d'un titre pour la médecine.

Il est évident que les indications que nous devons aux poètes latins sur diverses maladies représentent une face de la vie des Romains, et produisent quelquefois de curieux documens biographiques. Toutes ces révélations composent des élémens pour une histoire intime; elles sont le complément des détails de mœurs que les historiens nous ont transmis. Ces derniers se sont bornés à constater les vices physiques enracinés dans la société, sans les désigner individuellement. Mais la poésie, prenant la forme de la satire ou de l'épigramme, n'avait rien à ménager. Etrangère à ce sentiment répulsif qui nous porte aujourd'hui à jeter un voile sur des maux dont la publicité double les afflictions de celui qui en est dévoré, la satire ne déguisait rien. Les personnalités les plus outrageantes y étaient prodiguées, la vérité y était désignée par son nom, et comme si la laideur physique constituait toujours devant elle un symptôme de la laideur morale, les défauts du visage étaient invectivés comme les vices du cœur ou les travers de l'esprit. Aux yeux des impitoyables censeurs des vices, ceux du corps et de l'ame étaient groupés dans un système commun ; un même ulcère rongeait les deux élémens de l'homme. Cette conviction a valu aux moralistes d'utiles documens et aux médecins des matériaux intéressans : une rapide indication de ces données complètera cette série sommaire sur le sujet qui nous a occupé.

Il n'est pas de petit défaut dans les formes, il n'est pas de disgrace naturelle que la satire, l'épigramme ou la comédie n'aient osé reprocher ouvertement. La mordante leçon de Juvénal tombe sur Ficinus, et lui recommande de s'adresser à Archigène, pour délivrer son visage des excroissances qui le déparent.

Ocus Archigenem quære atque eme quod Mithridates
Composuit, si vis aliam decerpere ficum,
Atque alias tractare rosas.

(Sat. XIV, v. 252.)

Il est à présumer que l'auteur latin veut désigner ces saillies disgracieuses que l'on observe quelquefois sur le visage des individus affectés de couperose, et dont les joues et le nez, d'une teinte pourprée, s'enlaidissent par un développement démesuré du dernier organe. M. Alibert attribue aux résultats de cette maladie la plaisanterie d'un poete sur le nez de Pompilius :

Pompilio est nasus cubitos tres longus et unum.

L'invective personnelle poursuit ses attaques inciviles : Perse parle *de Gente hircosâ centurionum*. Martial, voulant réprimer l'indiscret empressement des

que M. Fuchs veuille bien reprendre cette analyse pour décider enfin la question de la proportion de brôme et d'iode qui entre dans la composition de ces eaux. Quoi qu'il en soit, la quantité d'iode de la source de Heilbrunn l'emporte de beaucoup sur celle de la source d'Elise de Kreuznach, aussi bien que sur celle des eaux de Hall; et la quantité de l'iode et du brôme réunis l'emporte de moitié sur celle des eaux de Wildegg. Les eaux de Heilbrunn contiennent encore une quantité assez considérable de carbonate de soude, élément de la plus haute importance, qui manque tout à fait aux eaux de Kreuznach, Hall et Wildegg. C'est le carbonate de soude qui forme un des élémens principaux des eaux de Franzensbad, Marienbad et Karlsbad, et qui constitue la partie capitale des eaux de Bilin, Weilbach, Selters, Geinau, Fachingen, Ems, etc.

Il est facile de voir par le résultat des analyses que la source Adélaïde se distingue éminemment et par sa propriété chimique, et par la combinaison avantageuse des différentes parties qui la composent. Le chlorure de sodium, le carbonate de soude, l'iode, le brôme et le gaz hydrogène carboné y entrent dans de grandes proportions.

Quant à ses caractères physiques, l'eau est limpide, claire et sans couleur; versée dans un verre, elle pétille et forme quantité de petites bulles gazeuzes. Le goût en est presque semblable à celui du bouillon faiblement salé; cependant avec une odeur et un arrière-goût de brôme, qui sont quelque peu désagréables.

L'auteur considère longuement dans son ouvrage les propriétés médicales de l'iode, l'une des parties constituantes des eaux de Heilbrunn; il met encore en parallèle les effets du brôme. Nous ne croyons pas nécessaire de les énumérer ici : chaque médecin les connaît. Disons seulement des eaux iodurées de Heilbrunn, qu'elles excitent l'appétit, augmentent la sécrétion des urines et produisent des selles, lorsqu'elles sont prises en plus grande quantité; qu'elles sont extrêmement bien tolérées, même par les enfans, et qu'on peut les continuer pendant assez longtemps sans en éprouver d'accidens, ce qui les rend si applicables à une foule de maladies chroniques. A côté des avantages tirés de l'iode et du brôme, les eaux de Heilbrunn partagent encore les effets éminens des eaux alcalines.

Quant à l'emploi de cette eau, qui est envoyée par le propriétaire actuel de la source, M. Debler, de Munich, dans des bouteilles contenant 27 onces, M. Wetzler nous apprend d'abord qu'elle se conserve des années entières; et si l'on y remarque quelque odeur désagréable, c'est celle du brôme ou du gaz hydrogène carboné. Les fibres ou les flocons qu'on y remarque quand on agite les bouteilles proviennent de la réunion d'animaux infusoires. M. le docteur Horn, de l'université de Würzbourg, les détermina d'après les tables de Ehrenberg. On pourrait citer ici à bon droit pour les eaux de Heilbrunn ce qui fut dit par M. le docteur Fontan, de Paris, à l'occasion de ses recherches sur les eaux de Kreuznach. « Alors même que la présence des animalcules et des conferves dans ces eaux, dit-il, ne nous permettraient même que de rapprocher celles-ci des eaux puissantes des Pyrénées, ces recherches contribueraient beaucoup à relever encore leur valeur. »

Mais revenons à ce qui concerne l'emploi et les moyens de conservation de ces eaux. Les bouteilles doivent être couchées sur des planches, dans une cave; dès qu'on en aura ouvert une, on fera bien de la fermer avec un bouchon neuf. On peut boire l'eau dans toutes les saisons de l'année, même pendant l'hiver. D'abord on la prend à jeun, ou, si cela ne convient pas, après le déjeûner. On évitera de la prendre trop fraîche et sortant de la cave. L'âge, le sexe, la constitution du malade, la nature, la durée, le degré de son mal, déterminent la quantité à prendre journellement. Les adultes commencent d'ordinaire par un tiers de bouteille, en augmentant de manière qu'au huitième jour ils en puissent prendre une demi-bouteille, et plus tard une bouteille entière. C'est au médecin à juger si l'état du malade exige qu'il en soit bu davantage, ou qu'on reste à une dose moyenne, afin de pouvoir en continuer l'usage plus longtemps. Quant aux enfans, il est bien de leur en donner d'abord un verre, et d'augmenter ensuite progressivement la dose jusqu'à deux et même trois verres. Aux très jeunes enfans, on ne la donne que par cuillerées à café et plusieurs fois par jour; pour en améliorer le goût, on y mêle du lait chaud, du bouillon, du sucre, etc. Quelquefois, il sera à propos de boire l'eau un peu chauffée, par exemple, dans les cas de crampes d'estomac, de dysurie, d'indurations du foie, de la matrice, etc.; parce qu'alors elle a une vertu bien plus pénétrante. A cet effet, on met pendant quelques minutes la bouteille bouchée ou le verre qui la contient dans de l'eau chaude. Dans les maladies des poumons, on peut couper l'eau avec un quart de lait chaud.

Il est impossible de déterminer à l'avance la durée de chaque cure; ce sont la nature, le degré, la durée du mal qui en décident. Ainsi, par exemple, des goîtres simples, qui ne sont point encore endurcis, se guérissent promptement, tandis que les goîtres invétérés et endurcis ont naturellement une guérison plus tardive. Les maladies scrofuleuses entraînent toujours une cure assez longue. Les embarras dans les urines peuvent disparaître dans l'espace de quelques semaines, lorsqu'ils ne sont pas le produit de quelque vice organique ou d'un grand calcul rénal ou vésical. La cure sera longue aussi pour les indurations considérables du foie, de la rate, du pancréas, des bourses, de la prostate, de la matrice, des glandes mammaires, pour l'hydropisie, etc. Contre les tumeurs scrofuleuses, ainsi que contre les ulcères de même nature, ou syphilitiques, on peut, en même temps qu'on boit l'eau Adélaïde, l'employer aussi extérieurement sous forme topique.

Les règles trop abondantes, la grossesse et la disposition aux hémorragies, principalement des poumons et de la matrice, ne permettent point l'usage de cette eau.

L'usage de la source d'Adélaïde exige, comme celui de toutes les eaux minérales, une certaine diète, c'est-à-dire l'abstinence de tous les mets fortement assaisonnés, gras, aigres, durs, visqueux, flatueux, difficiles à digérer, que ce soient des mets composés de viande, de poisson, de farine, ou d'œufs, de légumes, de vieux fromage piquant, de pain fra's, de café fort, de vins aigrelets ou échauffans, de liqueurs, etc.; la bière brune, bien houblonnée, doit même être prise avec modération. Les scrofuleux ont particulièrement besoin d'une nourriture légère, mais nutritive (des mets préparés au lait, aux œufs, à la viande). Quant aux personnes qui ont les voies urinaires malades, elles s'abstiendront des asperges, du céleri, du persil. Une diète convenable sera nécessaire pour ceux qui sont affligés de la goutte ou de la pierre néphrétique, et, en général, la diète doit aussi être observée pendant quelque temps après la cure pour prévenir les rechutes.

Rien de ce qu'on peut dire au profit d'une chose bonne ne prouve mieux en sa faveur que des faits. Nous pourrions rapporter ici une foule de cas extrêmement curieux dont l'auteur nous donne les esquisses. Con-

---

faux amis qui venaient l'embrasser, rappelle amèrement à l'un d'eux que son visage dégoûtant n'aurait pas dû lui laisser oublier les maux qui le souillent.

> Ulcus acre, pustulæve lucentes
> Et triste mentum sordidique lichenes.
> (Epigr. 99, lib. XI.)

Horace ne se gêne guère moins, et, dans sa 2e satire, où il cherche à prouver qu'il y a certains défauts de l'esprit qu'on ne peut dissimuler, il soutient la même thèse pour les vices du corps; témoins Rufillus et Gorgonius :

> Pastillos Rufillus olet, Gorgonius hircum.

Ailleurs il rappelle à Crispinus qu'il a mal aux yeux :

> Ne me Crispini scrinia *lippi*
> Compilasse putes.

Et lui-même parle de sa *lippitudo* en plusieurs endroits de ses ouvrages. Plaute, qui veut mettre en relief tous les ridicules, ne se borne pas à peindre sur la scène tous les travers de caractère, son but est de faire rire aux dépens des défauts des hommes, quels qu'ils soient. Il est peu d'auteurs qui aient mis à profit autant que lui les maux de notre pauvre espèce, pour les offrir en risée aux spectateurs : on dirait qu'il en a fait une étude particulière, comme médecin, afin de mieux s'en moquer comme auteur comique. Voyez comment il trace en quelques lignes tous les résultats d'une violente colère, à la suite de laquelle la peau prend une couleur jaune-verdâtre. (Dans les CAPTIFS, act. III, sc. 4) :

> Ardent oculi. Fune opus est, Hægio
> Viden tu illi maculari corpus totum maculis luridis
> Atrabilis agitat hominem.

Il indique le même effet dans les MENECHMES. (Act. V, sc. 2.)

> Viden tu illi oculos virere? Ut viridis exoritur colos
> Ex temporibus atque fronte!

Ailleurs, ce sont différentes formes d'aliénation mentale qu'il rappelle avec assez d'ironie; d'autres fois ce sont des difformités. Les louches, les boiteux (*vari et valgi*), les individus atteints de glaucôme ou d'ægilops paraissent à leur tour sur la scène, et doivent, aux yeux de Plaute, éveiller l'hilarité. Nous ne ferons pas subir au lecteur l'ennui de ces citations, auxquelles nous ne trouvons pas tout le comique que leur attribuait sans doute l'auteur latin, et qui d'ailleurs s'écartent du genre descriptif où se trouve le véritable intérêt médical. Nous pouvons renvoyer les curieux aux œuvres mêmes de Plaute, ou aux écrits de Zacchias, qui en a extrait la plupart des fragmens qui se rattachent plus ou moins directement à la médecine.

Quelque imparfait que soit l'assemblage que nous venons de présenter, il doit suffire cependant pour établir que l'union mythologique que les anciens supposaient entre la médecine et la poésie s'exprimait chez eux par une alliance

tentons-nous cependant de quelques-uns, comme, par exemple, de celui communiqué à l'auteur par M. le professeur de Bresslau.

« Une femme affectée d'un tel degré d'obésité, qu'elle ne pouvait plus faire quelques pas sans éprouver les plus graves accidens du côté de la respiration, alla à Heilbrunn pour faire usage des eaux, et intérieurement et en bain. A son retour, la circonférence de son corps avait diminué d'une demi-aune, et elle a joui depuis d'une bonne santé. »

Telle est encore l'observation du même professeur, de concert avec M. de Walther.

Une fille âgée de 13 ans fut affectée de l'induration des glandes mésaraiques; elle vomit beaucoup, de sorte qu'on pouvait même supposer une induration et un rétrécissement du pylore. Son ventre fut tellement gonflé, que si elle avait été dans un âge plus avancé, on aurait pu penser à une grossesse. Les deux médecins renommés que je viens de citer conseillèrent les eaux de Heilbrunn, et après six semaines de son emploi la fille retourna guérie. Dès lors son développement se fit d'une manière normale.

Nous pourrions aussi rappeler des faits cités par les docteurs Œttinger, Caron du Val, Kolb, Schweiger, Schwarzenberg, Wimmer, etc., et par l'auteur même. M. Schlagintweit, de Munich, préconise dans le rapport de 1842 de sa clinique oculaire les eaux de Heilbrunn dans les ophthalmies scrofuleuses des enfans, comme cure consécutive et spécifique; et nous-même, lorsque nous étions chef de clinique à l'institut de Reiner, nous avons tiré les plus grands avantages de ces eaux dans les ophthalmies scrofuleuses et les maladies scrofuleuses en général.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur les caractères et les particularités de structure appartenant à un groupe de produits qui comprend toutes les affections cancéreuses*; par M. Hodgkin. (Recherches microscopiques d'un faible intérêt au point de vue clinique.) 2° *Sur la nature de l'ossification des tumeurs enkystées*; par M. Dalrymple. 3° *De la présence des animalcules spermatiques dans le liquide de l'hydrocèle*; par M. Lloyd. 4° *Péritonite chronique tuberculeuse, terminée par la perforation de l'intestin*; par M. Bellingham. 5° *Sur l'influence lunaire*; par M. Laycock. 6° *Squirrhe de la langue; résultat extraordinaire de la ligature*; par M. Bellingham. (La circonstance que l'auteur signale est que les parties ayant été soumises à la striction d'un fil métallique se réunissaient derrière lui à mesure qu'il les coupait. Mais ce phénomène n'a rien d'extraordinaire. Les Leçons orales de Dupuytren contiennent la relation d'un fait entièrement semblable.) 7° *Observations sur quelques affections de l'ongle du gros orteil*; par M. Colles. 8° *De l'influence du rachitisme sur le développement du crâne*; par M. Shaw. (Le rachitisme arrête ce développement, et par conséquent la tête des rachitiques adultes a de l'analogie, pour la forme, avec celle d'un enfant.) 9° *Recherches sur les causes locales de la surdité, fondées sur 120 autopsies*; par M. Toynbee. 10° *Inflammation diffuse du tissu cellulaire et angio-leucite*; par M. Dundass. 11° *Quelques cas d'affections douloureuses de la cinquième paire*; par M. Hamilton. (Névrôme, dans un cas; dans d'autres, ulcères sur le trajet des rameaux du nerf. Ici l'extirpation, là une simple incision, ont fait justice des douleurs entretenues par ces lésions.) 12° *Dégénération pulpeuse de la synoviale du genou, examinée dans sa première période, le malade étant mort d'une affection étrangère*; par M. Bellingham. (Sur les condyles du fémur « on vit un beau réseau de vaisseaux couvrant plus de la moitié des cartilages articulaires. » Quelque brève que soit cette description, l'auteur y trouve la preuve que la synoviale, à l'état normal, s'étend sur les cartilages articulaires.) 13° *Cas de morve chez l'homme*; par M. Wade. 14° *Du peroxide de fer comme antidote de l'arsenic*; par M. Popham. 14° *Observations de commotion de la moelle et du cerveau*; par M. Bellingham. 15° *Deux cas de lésion grave où l'introduction dans le rectum du tube d'O'Beirne a été suivie d'avantages*; par M. French. (Le tube, soit introduit seul, soit ayant servi à pousser dans l'intestin une infusion de tabac, a donné issue à des vents et à des liquides.) 16° *Fait propre à éclairer sur les moyens que la nature emploie pour arrêter l'hémorragie après la déchirure des grosses artères*; par M. Houston. 17° *Deux cas d'aménorrhée où l'iode fut avantageusement substitué à l'emploi exclusif des toniques*; par M. Challier. 18° *Plaie de tête chez un aliéné épileptique, suivie du retour de l'intelligence et de la cessation des accès*; par M. Heise. 19° *Observations de maladie de la peau*; par M. Bellingham. 20° *Trismus à la suite de l'extraction d'une dent molaire*; par M. Purefoy. (Une forte saignée, puis les opiacés, et enfin le mercure et le tabac parvinrent à triompher de cet état spasmodique.)

OBSERVATION DE PÉRICARDITE SUIVIE DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par M. le docteur BELLINGHAM.

Aujourd'hui, il n'est pas de médecin qui ignore combien sont fréquens les cas où la péricardite vient compliquer le rhumatisme articulaire, et bien qu'on ait exagéré cette fréquence et surtout qu'on n'ait pas encore déterminé exactement les conditions qui favorisent cette complication, on doit la regarder désormais comme un fait acquis à la science. Dans quelques cas très rares, c'est le rhumatisme qui vient compliquer la péricardite, comme pour donner une preuve des sympathies qui existent entre les séreuses des surfaces articulaires et celle du cœur. Cependant, ces cas sont en petit nombre. Aussi croyons-nous devoir analyser le suivant, qui est un exemple remarquable de cette complication peu commune.

Obs. — Begg, âgé de 12 ans, se présente le 2 février 1843, à l'hôpital Saint-Vincent. Il se penche en avant et ne peut rester droit. Sa respiration est précipitée et courte, et il ne peut faire une grande inspiration; le pouls est fréquent mais régulier. La région cardiaque est plus saillante qu'à l'ordinaire, et le côté gauche du sternum offre une saillie assez considérable, que les parens assurent être de conformation naturelle. A la percussion, on entend un bruit mat sur une grande partie de la région cardiaque et jusqu'au-dessous de l'extrémité inférieure du sternum; bien que faite avec beaucoup de ménagemens, elle détermine cependant une vive douleur. Les bruits du cœur sont à l'auscultation très

réelle; le même dieu protégeait la lyre et la coupe remplie du breuvage salutaire. Aussi, les poètes comme pour ne pas rompre ce lien primitif, puisaient-ils; dans la médecine, des connaissances propres à soutenir leurs inspirations. Nous n'avons cherché à démontrer ce fait que par des traits relatifs à l'histoire même des maladies, c'est-à-dire à la partie la plus intrinsèque de l'art de guérir; mais il est évident qu'en dehors de la médecine proprement dite, et en ne considérant que les sciences qui lui apportent leur tribut, telles que l'hygiène, la physiologie, l'histoire naturelle, nous aurions pu rassembler encore de nombreux documens. Ovide, Virgile et surtout Lucrèce, nous auraient fourni des matériaux sans nombre. La science de l'homme n'est point rebelle à la traduction artistique, ni dans sa partie abstraite, ni même dans certains de ses détails techniques. Un écrivain d'un mérite supérieur, M. le professeur Lordat, a prouvé, avec son érudition accoutumée, que la peinture avait pu rendre des services à la médecine, en reproduisant, par des traits véridiques ou par des emblèmes, tantôt le caractère général, tantôt les faits particuliers de cette science. La poésie peut bien avoir, sous ce rapport, le pouvoir de la peinture; elle possède même des ressources plus variées et des moyens plus directs pour exposer les principes d'une science en traits brillans et hardis qui les gravent profondément dans l'esprit. Quelques formules du sentencieux Ovide sont citées avec respect par les médecins. La poésie ne doit pas même renoncer à sa puissance d'imitation, lorsqu'il s'agit de rendre sensibles, par l'art descriptif, certains caractères d'une maladie; plusieurs des citations latines qui précèdent le prouvent suffisamment. Si divers essais de ce genre ont été infructueux dans notre langue, c'est peut-être la faute de celle-ci, c'est plus probablement encore la faute des auteurs; mais assurément ce n'est pas celle du sujet. Le génie lui-même ne s'éteint pas en s'attaquant à pareille matière. Pourquoi la poésie perdrait-elle son charme et son intérêt, lorsqu'elle consent à retracer des faits que l'opinion commune, se parant des prétextes du goût, ne repousse peut-être que parce qu'ils réveillent de tristes souvenirs?

F. Bouisson,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le tribunal correctionnel de Lille vient de rendre un jugement qui intéresse vivement la médecine et la pharmacie. Il s'agit de l'annonce et de la vente de plusieurs préparations particulières, qualifiées par le tribunal de cosmétiques, de drogues simples, de remèdes secrets. Plusieurs de ces préparations avaient été précédemment l'objet de décisions judiciaires contradictoires.

Ont été considérés comme remèdes secrets, d'abord : 1° *la pâte pectorale de Regnauld*; 2° *les pastilles de lactate de fer de Gélis et Conté*; 3° *le sirop de digitale de Labélonye*; 4° *les papiers épispastiques d'Albespeyre*; 5° *les taffetas épispastiques de Leperdriel*;

Comme composition vulgaire et drogue simple: *le taffetas rafraîchissant de Leperdriel*;

Comme cosmétique : *la poudre péruvienne de Poisson*.

On annonce qu'il y aura appel de ce jugement.

faibles et très rapides, mais sans murmure valvulaire; on distingue seulement un bruit de frottement sûr tous les points où la percussion est mate et à la partie inférieure du sternum; ce bruit ressemble à celui qu'on produit en passant un ongle sur un os sec. Plus haut, vers la base du cœur, ce bruit se rapproche davantage de celui du craquement. Ces bruits paraissent superficiels et légers, et se font entendre également pendant la systole et la diastole des ventricules.

Quinze jours avant, étant tombé sur la glace, plusieurs de ses petits camarades qui s'amusaient à glisser avec lui tombèrent sur lui, et sans qu'il ressentît aucune douleur vive dans l'instant. Le lendemain, il sentit de la raideur dans les membres, puis une douleur dans la région du cœur, avec gêne de la respiration. On lui avait prescrit l'application d'un vésicatoire et quelques pilules de calomel et d'opium, et comme il n'y avait pas de lit vacant, on lui dit de repasser au bout de deux jours.

Le 4 février, le malade est admis; l'expression de sa physionomie est bien plus anxieuse; les joues et les lèvres ont une couleur foncée; la surface du corps et surtout celle des extrémités inférieures est froide; il y a une faiblesse considérable; le malade se penche fortement en avant lorsqu'il est debout, et au lit il ne peut rester que sur le côté droit; la dyspnée était considérable; il n'y avait pas de toux; le pouls était à 120, très faible, mais sans aucune irrégularité, la respiration très précipitée, l'inspiration très courte, l'anxiété considérable. Dans quelque position que se place le malade, la percussion sur la région du cœur est très douloureuse et fournit un son mat très prononcé; l'impulsion de cet organe est à peine appréciable; les bruits de frottement ont entièrement disparu. (Bouteille d'eau chaude autour des extrémités; potion stimulante composée de sous-carbonate d'ammoniaque dans une mixture d'eau camphrée à prendre toutes les deux heures; on continuera les pilules d'opium et de calomel et on appliquera un nouveau vésicatoire sur la région du cœur.)

Le 6, physionomie moins anxieuse; le malade peut se coucher sur le dos; 130 pulsations plus fortes; le malade se plaint, dans les mouvemens, d'éprouver de la douleur dans les deux coudes; l'auscultation fournit les mêmes résultats.

Le 7, le malade est tout à fait couché sur le dos; la douleur des coudes a augmenté et s'est étendue à l'épaule droite. Le moindre mouvement l'augmente beaucoup. Les articulations malades offrent un léger gonflement, mais sans rougeur externe; le pouls est à 120; la langue moins sale; la percussion dans la région du cœur est moins douloureuse, mais reste toujours mate; l'impulsion du cœur est à peine sentie; bien que l'inspiration se prolonge plus longtemps. A la fin de la respiration, on entend un râle crépitant fin à la partie inférieure des régions postérieure et latérale du côté gauche de la poitrine. (On ajoutera à chaque pilule un quart de grain de tartre émétique.)

Le 8, les douleurs des articulations sont toujours très vives; la respiration est moins gênée, le pouls plus lent; il y a eu une transpiration abondante pendant la nuit; le mercure commence à agir sur la bouche; la matité et la sensibilité de la région cardiaque vont en diminuant, le râle crépitant a disparu; le malade accuse de l'appétit.

Le 9, la douleur articulaire a disparu; le malade peut faire une grande inspiration sans douleur. (Un vésicatoire est appliqué sur le côté gauche.)

Le 13, la bouche est très souffrante; le malade ne se plaint d'aucune douleur, sinon dans le dos, et qu'il attribue à la fatigue du lit (un purgatif salin est administré et on discontinue les pilules; un gargarisme astringent sera employé plusieurs fois chaque jour.)

Le 16, l'impulsion du cœur dans la région du cœur est normale; tous les bruits ont repris leur caractère naturel; l'appétit est bon.

Le malade sort parfaitement rétabli le 19.

L'auteur anglais entre dans d'assez longs développemens sur le traitement en général de la péricardite, tel qu'il est employé en France et en Angleterre, reprochant à nos médecins d'insister trop exclusivement sur l'emploi des évacuations sanguines et de négliger complètement celui du mercure, auquel les médecins anglais attribuent, et nous croyons avec quelque raison, une action spécifique sur les phlegmasies et spécialement sur les séreuses. Il termine cette comparaison, qui n'est pas en faveur des médecins du continent, par le passage suivant: « Le succès relatif est le meilleur moyen de juger du mérite des deux modes de traitement. M. Bouilland dit qu'il a guéri le plus grand nombre des cas de péricardite qu'il a traités depuis quelques années; le docteur Hope avoue que depuis dix ans il n'a pas perdu un seul des cas de péricardite aiguë qu'il a eu à traiter. »

SUR LE RETOUR DES ALIMENS DE L'ESTOMAC DANS LA BOUCHE; par le docteur sir HENRY MARSH.

Peut-être trouvera-t on que cette communication sur un phénomène peu connu, bien qu'assez fréquent, laisse à regretter, sous le point de vue de l'étude du point de départ et du siége des phénomènes morbides; mais on reconnaîtra que ce défaut, si toutefois il existe, est grandement racheté par l'importance des considérations pratiques que présente ici le Nestor de la médecine irlandaise.

De tous les cas où l'on emploie avec succès les vomitifs, il n'en est pas de plus urgens que ceux où l'on est appelé à évacuer l'estomac des gaz qui s'y accumulent quelquefois en grande quantité. Quand l'estomac est surchargé, surtout à la suite de l'ingestion de végétaux crus, la digestion se ralentit quelquefois, une quantité prodigieuse de gaz est produite, et si on ne l'enlève pas par la regurgitation, il en résulte une angine très pénible, et quelquefois des douleurs extrêmement vives. On sait que le développement surtout de gaz dans le canal intestinal est quelquefois funeste aux animaux herbivores. « Il y a longtemps, dit l'auteur, que, revenant d'une partie de pêche, mouillé, affamé, fatigué et désappointé, je me jetai sur quelques pommes, que j'avalai en les arrosant d'un verre de porter; aussitôt je pâlis, me sentis défaillant et fus couvert d'une sueur froide; puis je tombai sans connaissance et ne revins à moi qu'après avoir rendu par la bouche une quantité considérable de gaz. » Chez les sujets goutteux, les gaz sont quelquefois sécrétés en grande quantité, et la pneumatose goutteuse est un accident très pénible pour ceux chez lesquels le dégagement des gaz ne s'opère qu'avec difficulté. On peut en dire autant des femmes qui sont sujettes à la pneumatose hystérique, et chez lesquelles les gaz se développent avec une telle rapidité et en si grande quantité, qu'elles semblent quelquefois menacées d'une suffocation imminente. Dans ces cas, les gaz sont sécrétés par les vaisseaux de la muqueuse de l'estomac, lors même souvent qu'il est vide d'alimens, effet qui se lie évidemment à un trouble de l'action nerveuse, et est souvent produit par une simple émotion morale. Il est à remarquer que la production et la régurgitation des gaz passe peu à peu en habitude, et se transforme même, chez quelques personnes, en une source de plaisir et d'agrément. L'auteur a observé, chez quelques vieillards, des cas de ce genre fort remarquables; il cite surtout un vieillard et sa femme qui passaient chaque jour plusieurs heures à se renvoyer mutuellement et alternativement des éructations. Ces deux vieillards, qui ne quittaient plus le lit depuis plusieurs années, et qui couchaient dans la même chambre, paraissaient n'avoir plus d'autre plaisir que le renvoi de ces éructations sonores.

Chez certaines personnes disposées aux accidens hystériques, il suffit d'appuyer sur l'épigastre, ou, chez d'autres, sur le côté ou toute autre partie du corps, pour déterminer immédiatement une éructation gazeuse.

La régurgitation s'opère, non seulement sur les gaz, mais encore sur les fluides et sur les solides. C'est un moyen qu'emploie souvent la nature pour faire cesser les attaques de pyrosis, qui consistent, comme on sait, en une sécrétion liquide qui exerce une action si irritante sur la muqueuse gastrique. La régurgitation procure souvent l'issue de ce liquide par la bouche, et produit, pour un temps au moins, un soulagement complet, bien que le liquide n'offre souvent, dans sa composition, aucun élément irritant, et paraisse doux au goût.

La régurgitation s'opère également sur les matières solides; c'est ce qu'on appelle la rumination chez les animaux et le mericisme chez l'homme. Le plus souvent ce mode de régurgitation ne se lie à rien de morbide, et constitue une fonction qui devient normale chez les individus, et est pour eux la source d'une jouissance. M. Marsh cite plusieurs cas de ce genre, mais qui n'offrent rien de nouveau, puis passe aux cas où, bien que le retour des alimens se fasse sans nausées, il se lie cependant à un trouble de l'estomac, souvent même à quelque affection grave de cet organe, et résiste fréquemment aux moyens les mieux ordonnés. Les cas de ce genre, qui n'ont pas encore été décrits d'une manière spéciale, sont souvent confondus avec les cas de vomissemens. M. Marsh a surtout observé ces accidens comme l'une des innombrables variétés sous lesquelles se présente l'hystérie. Dans ce cas, les accidens sont compliqués de sensibilité assez vive à la pression, des deux côtés de l'épine; quelquefois ils sont seuls, d'autres fois ils existent simultanément avec d'autres symptômes hystériques et nerveux. Alors, la présence des alimens détermine un sentiment de distension et d'oppression qui précède la régurgitation et disparaît complètement aussitôt qu'elle a eu lieu. C'est ordinairement la partie solide des alimens qui est rejetée, et seulement la quantité nécessaire pour faire disparaître l'oppression. C'est surtout chez les jeunes femmes qu'on observe ces accidens, et, bien qu'ils n'offrent aucun danger et sont évidemment de nature nerveuse, ils résistent quelquefois à toute espèce de médication. Ils sont souvent précédés de quelques autres troubles du système nerveux, tels qu'une violente céphalalgie, des palpitations fortes et de longue durée, une toux spasmodique, opiniâtre, ou une diarrhée nerveuse, dont ils prennent la place. Dans ces cas, le traitement qui a paru le plus efficace à l'auteur, c'est l'application simultanée, sur l'épine et au creux de l'estomac, de petits vésicatoires. Quelquefois les accidens disparaissent complètement et pour tout à fait; le plus souvent ils ne cèdent que pour quelque temps. On a réussi quelquefois aussi par l'application de quelques ventouses sur les deux mêmes points, ou par l'administration de petites doses, mais fréquemment répétées, d'acide prussique, de belladone, de morphine et d'autres narcotiques. Les toniques, tels que le fer et le quinquina, ont été aussi utiles dans quelques cas; mais, de tous les moyens, le plus efficace a toujours été un changement complet des habitudes, le changement d'air surtout et le voyage. Dans un cas, l'électricité a fait disparaître radicalement les accidens, tandis que, dans d'autres, elle a complètement échoué. Dans un autre cas, une émotion morale subite et très forte a fait cesser immédia-

tement et pour toujours les accidens. Dans la plupart des cas, l'auteur s'est bien trouvé de conseiller au malade de rester couché horizontalement pendant une heure ou plus après chaque repas, de manger lentement, de bien mâcher les alimens, de manger moins que l'appétit ne demande, d'user avec beaucoup de discrétion des boissons, afin de ne pas distendre l'estomac.

Dans quelques cas de grossesse, M. Marsh a vu les mêmes effets se reproduire, et les alimens pris le matin être rejetés, non par le vomissement, mais par régurgitation et sans nausées. Il les a observés aussi chez quelques sujets tuberculeux, et surtout chez des individus atteints de quelque altération grave de l'estomac. Dans ce dernier cas, les alimens rendus par régurgitation sont déjà en partie, mais imparfaitement digérés, laissant dans la bouche un goût âcre, amer ou fortement acide, et on observe en même temps tous les signes constitutionnels d'une assimilation insuffisante, tels que l'affaiblissement et l'amaigrissement, la pâleur, le découragement, la perte de l'appétit, des sensations très douloureuses à l'épigastre, l'absence de sommeil. Dans ces cas, on rattache ordinairement cet état à quelques causes graves, telles que de graves préoccupations morales, le défaut de distractions ou d'exercice, les mauvaises habitudes, les excès en tout genre. Alors le devoir du médecin est de remonter à la cause du mal, qui lui indiquera la nature des moyens à lui opposer.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'IODURE D'ARGENT EN THÉRAPEUTIQUE; par le docteur PATERSON.

Dans un travail antérieur (V. GAZ. MÉD., n° 18, année 1843), l'auteur a proposé de substituer dans la thérapeutique l'iodure d'argent au nitrate du même métal, parce que l'iodure, bien que longtemps exposé au soleil, n'est point coloré en noir, ni les matières organiques avec lesquelles il peut être combiné, et parce qu'aucun des agens chimiques qui se trouvent dans l'économie ne peut agir sur lui de manière à le transformer en de nouvelles combinaisons qui auraient pu elles-mêmes être colorées en noir par la lumière solaire, et conséquemment parce qu'il n'y a aucun danger que la peau prenne, à la suite de son administration à l'intérieur, la couleur bleuâtre que lui donne le nitrate. En même temps aussi, il avait rapporté quelques faits qui semblaient prouver que, sous le point de vue des propriétés thérapeutiques, l'iodure d'argent ne le cède en rien au nitrate. Ce dernier point cependant ne paraissant pas aussi démontré à l'auteur que le premier, il a dû s'appliquer à recueillir de nouveaux faits. La lettre suivante, du docteur Kingley, auquel il avait adressé de l'iodure pour en faire l'essai, fait connaître les résultats obtenus par ce dernier praticien. « J'ai employé l'iodure que j'ai reçu de vous dans des cas anciens et opiniâtres d'affections gastriques, de gastrodynies, d'entéralgie, dans lesquels auparavant je prescrivais le nitrate d'argent, et je me suis assuré que l'iodure n'agit pas avec moins d'efficacité que le nitrate sur lequel même il offre cet avantage qu'il ne purge pas comme ce dernier le fait. Je traite en ce moment un cas de chorée par le même moyen; et, bien que la jeune personne qui est en traitement n'ait encore pris que 18 pilules d'iodure, déjà son agitation a presque complètement cessé. »

L'auteur avait indiqué dans sa première communication quelques cas de coqueluche où il avait employé avec beaucoup de succès l'iodure d'argent. Le fait suivant lui semble digne d'être livré à la publicité.

OBS. — Un prêtre de Rothkeal avait huit enfans, presque tous attaqués simultanément de coqueluche, et dont l'âge variait de 1 à 10 ans. Chez aucun d'eux la maladie n'était compliquée de bronchite prononcée; mais les accès de toux revenaient continuellement et à de très courts intervalles. Aussitôt que l'un d'eux commençait à tousser, tous les autres se prenaient à en faire autant; et comme ils étaient très nombreux, les paroxysmes étaient si fréquens que les enfans étaient dans un état déplorable. Chez quelques-uns, les accès de toux étaient accompagnés ou suivis d'accès d'éternuement très fatigans; chez d'autres, c'étaient de fréquentes attaques d'épistaxis, de vomissemens, et, chez deux, les spasmes étaient si violens, qu'il s'était épanché, entre la conjonctive des deux yeux, une certaine quantité de sang.

La maladie durait depuis quinze jours, sans aucune diminution, lorsque, ayant choisi les quatre enfans chez lesquels elle était le plus grave, je les soumis au traitement par l'iodure, qui fut donné en pilules à trois par jour, et dont chacune contenait un huitième de grain pour les petits, et un quart pour les grands. En même temps, voulant établir une comparaison qui pût nous éclairer réellement sur les effets de ce traitement, je prescrivis, pour les quatre autres dont la maladie était moins grave, une combinaison de vins d'ipécacuanha et d'antimoine. Au bout de quatre jours, *tous* les enfans avaient éprouvé une notable amélioration. Les paroxysmes étaient beaucoup moins fréquens et moins intenses; mais j'appris alors que le père, auquel j'avais confié une quantité de pilules suffisante pour les quatre malades pendant huit jours, voyant l'amélioration qui était survenue presque subitement chez ceux de ses enfans qui avaient pris les pilules, tandis qu'il ne voyait aucun amendement chez les autres, au bout de deux jours avait aussi donné de lui-même des pilules à ces derniers. L'iodure d'argent fut alors continué pour tous les enfans, pendant dix jours, au bout desquels la coqueluche, avec tous ses symptômes et ses effets, avait entièrement disparu, laissant seulement pendant quelques jours une petite toux catarrhale qui s'éteignit d'elle-même.

L'auteur dit avoir continué d'employer le même moyen avec beaucoup de succès dans les maladies dont il a parlé dans son premier travail. Cependant il a été moins heureux contre l'épilepsie. Dans un cas de cette affection, où il donna l'iodure d'argent à la dose de deux grains trois fois par jour, l'intervalle des accès se prolongea de une semaine à trois. Mais, au bout de deux mois, ayant remplacé cette médication par l'oxide de zinc, les paroxismes reprirent leur apparition hebdomadaire. Il assure en avoir retiré de très heureux effets dans deux cas de leucorrhée ancienne, en le combinant en lotion avec l'alun; dans un cas de névralgie susorbitaire rémittente, chez un jeune garçon âgé d'environ 16 ans; dans une colique périodique, affection à laquelle les paysans irlandais sont très sujets, et dans plusieurs cas d'affections hystériques douloureuses. Il donne en ce moment des soins à une jeune fille qui souffre depuis trois ans d'une menstruation douloureuse et très peu abondante. Immédiatement avant et pendant les deux premiers jours de la menstruation, elle éprouvait des douleurs extrêmement aiguës, et qui avaient résisté à tous les moyens employés ordinairement. Il y a trois mois qu'elle a commencé à faire usage de l'iodure d'argent, et à chacune des trois époques qui ont eu lieu depuis, la quantité de sang a été en augmentant et la douleur, au contraire, en diminuant, au point que la dernière fois elle s'est plainte à peine de quelques légères douleurs. Elle prend l'iodure d'argent en pilule de demi-grain à quatre par jour pendant les dix ou douze jours qui précèdent l'époque, et aussitôt qu'elle la voit apparaître, elle en prend trois doses par jour, et continue jusqu'à la cessation de l'écoulement, puis cesse tout à fait d'en prendre pendant une quinzaine.

Toutefois M. Paterson ne vante pas l'iodure d'argent comme réunissant dans tous les cas. Ainsi, il cite l'histoire d'un homme qui souffrait beaucoup d'une violente douleur de l'estomac, accompagnée de vomissemens d'un fluide très acide, et qui n'a pu être encore soulagé que par de la chaux préparée, qui, prise pendant quelques jours, le débarrasse de ses douleurs pour quelque temps. Plusieurs fois, après avoir pris la chaux, il l'a vomie immédiatement; effet du développement subit du gaz, comme le prouve l'effervescence de la matière vomie.

A la fin de son travail, M. Paterson désapprouve les tentatives qui ont été faites par M. Lane pour substituer l'oxide d'argent au nitrate, non pas qu'il nie l'efficacité du nitrate d'argent, mais parce que cette base offre le même danger de coloration de la peau que le nitrate.

EFFICACITÉ DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS UN CAS DE RÉTENTION D'URINE; par le docteur KINSLEY.

Nous reproduisons le fait suivant, sans oser espérer qu'il se reproduira dans des cas analogues; mais parce que nous n'avons aucun motif de douter de son authenticité.

OBS. — Le capitaine B., âgé de 69 ans, éprouvait depuis quelque temps de la difficulté à uriner, difficulté qui avait augmenté surtout depuis trois mois, quand elle se changea en une rétention complète, nécessitant l'emploi du catheter plusieurs fois par jour. Des sangsues furent appliquées autour de l'anus et sur le périnée; des bains chauds, trois traitemens mercuriels et une foule d'autres moyens employés dans les cas analogues (engorgement de la prostate, constaté par le toucher), n'avaient amené aucune amélioration au bout de deux mois; car chaque jour il fallait vider la vessie deux fois avec le cathéter, ce qui ne laissait pas que de lui causer souvent beaucoup de douleur. Ayant épuisé toutes les ressources ordinaires, je me demandai si le seigle ergoté, qui agit si puissamment sur les fibres musculaires de l'utérus ne produirait pas un effet analogue sur la paroi musculaire de la vessie, et j'ordonnai au malade de prendre trois fois par jour dix grains d'ergot en poudre, mis en infusion dans deux cuillerées d'eau bouillante. Au bout de six heures, le capitaine B. commença de rendre un peu d'urine pendant le jour; il n'eut plus besoin d'être sondé qu'une fois par jour, et après quelques jours, tous les deux jours; enfin, au bout de dix jours on laissa entièrement la sonde de côté, la vessie ayant recouvré le pouvoir de se vider par ses propres forces. Le besoin d'uriner se fait sentir plus fréquemment qu'à l'état normal, et doit être satisfait immédiatement, sans quoi l'urine coule d'elle-même, et malgré tous les efforts pour l'arrêter.

DE LA PRÉSENCE DES ANIMALCULES SPERMATIQUES DANS LE LIQUIDE DE L'HYDROCÈLE; par M. LLOYD.

Dans deux cas d'hydrocèle, M. Lloyd a reconnu la présence d'animalcules spermatiques au sein du liquide extrait, lequel liquide n'offrait d'ailleurs dans sa composition aucune apparence extraordinaire. Placée sous le microscope, une goutte de liquide a été trouvée contenir 40 de ces petits animaux. Quelques-uns conservaient encore au bout de trois heures la faculté de se mouvoir.

— N'est-il pas à présumer peut-être que le trocart avait involontaire-

ment piqué le testicule et qu'un peu de liqueur séminale a pu ainsi se mêler au liquide avant son évacuation? Un fait confirmerait cette présomption; c'est que, depuis cette découverte, M. Lloyd n'a retrouvé les animalcules spermatiques dans aucun des liquides provenant d'hydrocèle qu'il a eu occasion d'examiner.

DE QUELQUES AFFECTIONS DE L'ONGLE DU GROS ORTEIL; par M. COLLES.

Les observations que ce sujet a suggérées à l'auteur portent sur presque toutes les affections de l'ongle ou de la matrice. Voici celle qui nous a paru offrir, par son originalité, le plus d'intérêt.

Il est, dit M. Colles, une maladie qui occupe ordinairement les bords antérieur et interne de l'ongle du gros orteil, et qui cause une douleur considérable, surtout à la pression. On la prend souvent pour une attaque de goutte, surtout chez les personnes qui y sont sujettes ou prédisposées. Il n'y a ni rougeur, ni enflure, mais seulement une souffrance vive lorsqu'on presse sur les deux bords désignés. En examinant le siége du mal, on trouve que l'ongle, dans ce point, repose sur une masse blanche et dure, d'épiderme corné, en lamelles, que le doigt détache aisément sous formes d'écailles furfuracées. Au-dessous, existe une cavité en godet, sans altération ni autre lésion. La portion d'ongle correspondante paraît épaisse et bulbeuse, et la douleur est le résultat de la pression qu'elle exerce contre la masse épidermique. La cure est simple. Il suffit de détacher par lamelle l'épiderme durci, et d'exciser la portion bulbeuse de l'ongle; puis on interpose un petit linge. Il faut, pendant quelque temps, surveiller, pour le couper à mesure, le développement d'une nouvelle couche d'épiderme épaisse. On peut encore noter que (du moins à la connaissance de M. Colles) cette affection n'occupe jamais le bord externe de l'ongle.

RECHERCHES SUR LES CAUSES LOCALES DE LA SURDITÉ, FONDÉES SUR 120 AUTOPSIES; par M. TOYNBEE.

Nous donnons, sous forme de propositions générales, le résultat de ces dissections. En les consultant, le lecteur devra donc se rappeler que chacune d'elles est le fruit d'observations faites sur la nature, et que les mots, si souvent mensongers ailleurs, *quelquefois*, *rarement*, *le plus fréquemment*, correspondent ici à des chiffres positifs dont ils ne sont que la traduction abrégée.

La surdité dite *nerveuse* est, dans la très grande majorité des cas, l'effet de l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité tympanique.

Les caractères anatomiques, les traces de cette inflammation se rapportent à trois degrés ou à trois périodes.

Au premier degré, la membrane conserve sa texture et sa délicatesse normales; seulement ses vaisseaux sont distendus, ou une effusion sanguine a lieu à sa surface adhérente.

Le second degré comprend l'un des trois états suivans:

1° La membrane est très épaissie.

2° Avec cet épaississement coïncide la déposition de concrétions de diverse nature ayant la consistance caséeuse ou tuberculeuse; d'autres fois elles sont fibro-calcaires et extrêmement dures. (Cette dernière sécrétion rappelle très naturellement, malgré la différence du siége, l'*otoconie*, dont l'existence chez les mammifères n'a été reconnue par M. Breschet.)

3° Mais la lésion de beaucoup plus fréquente à ce second degré est la formation de bandes membraneuses entre les différens points de la surface interne du tambour. Elles sont parfois si nombreuses qu'elles occupent presque la cavité tout entière: elles unissent l'étrier avec l'enclume, la membrane du tympan avec quelque partie de la surface interne du tambour, le marteau avec le promontoire, etc. Parfois l'enclume, la paroi interne du tambour et la gaîne du muscle tenseur du tympan sont ainsi réunis. Mais le siége le plus fréquent de ces adhérences (24 fois sur 120) est entre les branches de l'étrier et la partie adjacente de la surface interne de la cavité tympanique. Les bandes, dit M. Toynbee, contiennent parfois du sang et de la matière scrofuleuse.

Au troisième degré, il y a ulcération; la membrane du tympan est détruite et son muscle atrophié. Les osselets se nécrosent, et l'affection peut, par l'intermédiaire des parois osseuses du tambour, se propager au cerveau.

La membrane interne de la cavité tympanique est généralement considérée comme muqueuse ou fibro-muqueuse. Les observations de M. Toynbee, qui montrent la fréquence des adhérences ou fausses membranes à sa surface, ne seraient-elles pas de nature à ébranler cette opinion? Le fait est que la formation de pseudo-membranes indiquerait plutôt les propriétés et partant la texture d'une séreuse.

QUATRE OBSERVATIONS DE MORVE CHEZ L'HOMME TERMINÉES TOUTES LES QUATRE PAR LA MORT; par le docteur WADE.

Sur tous les points où l'attention est appelée sur la morve, les cas de cette affection se multiplient de plus en plus, et tandis qu'il y a quelques années on doutait encore de la réalité de la transmission de la morve du cheval à l'homme, et que, il y a quelques mois encore, on comptait le petit nombre de cas où cette transmission était démontrée, aujourd'hui, non seulement il n'est plus nécessaire, mais il serait même impossible de les compter tant ils deviennent chaque jour de plus en plus fréquens. Nous ne voulons pas reproduire ici les quatre observations rapportées par le médecin irlandais, et dont la plus ancienne remonte à l'année 1832. Nous signalerons seulement quelques-unes des circonstances qui peuvent offrir de l'intérêt et jeter, par exemple, quelque jour sur les causes et le mode de développement de cette affection.

Des quatre cas dont M. Wade a recueilli l'histoire, il en est trois qui ont été observés chez des hommes et un sur une femme, âgée de 40 ans, mariée à un fermier, et qui n'a pu fournir aucun renseignement sur la manière dont elle gagna cette maladie, ne s'étant trouvée en contact avec des chevaux que pendant un séjour de plusieurs jours qu'elle avait fait chez un parent, chez lequel elle avait beaucoup caressé un poulain dont la mère était malade, sans qu'elle eût su quelle était la nature de la maladie. Cette absence de renseignemens sur la cause déterminant des doutes mêmes sur la nature de la maladie dont cette femme était atteinte, l'inoculation fut tentée sur un âne et détermina en peu de jours les accidens de la morve la plus prononcée.

Les autres sujets étaient âgés, l'un de 23 ans, un autre de 44, et le troisième de 50 ans. L'un d'eux s'était fait une plaie au pouce en écorchant un cheval qui était mort de la morve. Chez lui la maladie a offert cette circonstance particulière que la plaie qu'il avait au pouce, et par laquelle l'inoculation s'est certainement faite, après avoir offert quelques accidens assez graves guérit cependant, et qu'il vécut encore plus de deux mois après l'inoculation.

SUR LES MOYENS QUE LA NATURE EMPLOIE POUR ARRÊTER L'HÉMORRAGIE APRÈS LA DÉCHIRURE DES GROSSES ARTÈRES; par M. HOUSTON.

Tous les traités sont d'accord sur le mécanisme par lequel l'hémorragie est prévenue après l'arrachement des membres; et pour qui s'en rapporte à l'unanimité des auteurs classiques, il n'est pas de théorie mieux établie que celle-ci. Toutefois, en y regardant de plus près, on peut s'apercevoir que le raisonnement et les vivisections ont fait jusqu'ici les principaux frais de la démonstration. L'observation suivante contient la preuve indispensable, l'examen détaillé et approfondi d'une artère qui avait été coupée sur l'homme vivant dans ces mêmes conditions.

OBS. — Un homme de 33 ans fut apporté à l'hôpital de la Cité. Son bras avait été arraché du corps au niveau de l'insertion du deltoïde. Le moignon offrait à sa surface quelques caillots sanguins, mais aucune hémorragie ne s'effectuait actuellement. M. Houston voulut cependant lier la brachiale pour prévenir toute perte de sang jusqu'au moment de l'amputation. Il sépara dans ce but l'artère de sa gaîne, avec laquelle elle n'avait d'ailleurs que de faibles adhérences. L'extrémité du vaisseau était renflée, d'un rouge foncé. En le pressant entre le pouce et l'index, on sentait à son intérieur une substance demi-solide. Le bout était agité par des pulsations isochrones à celles du cœur; mais il ne s'échappait pas la moindre goutte de sang. On plaça néanmoins une ligature au-dessus.

La désarticulation de l'épaule ayant été pratiquée, M. Houston put examiner plus attentivement l'état de cette artère. A l'extrémité libre, la tunique externe était tirée sur la bouche des tuniques moyenne et interne, de manière à fermer leur ouverture, comme une bourse est fermée par ses cordons. Les tuniques internes étaient remontées au dedans de l'externe, dans l'étendue d'un demi-pouce pour le moins. Le tube artériel, réduit de capicité et sillonné de rides transversales, n'offrait pas d'autre déchirure que celle qui l'avait divisé à son extrémité. En dehors, un caillot sanguin adhérait au tissu cellulaire et opposait encore une barrière à l'hémorragie. Une matière granuleuse était infiltrée entre les tuniques de l'artère, ce qui contribuait encore à diminuer son calibre, et partant, à modérer l'afflux du sang.

Le malade guérit parfaitement.

Ces détails ne sont, il est vrai, que confirmatifs de ce qu'on savait déjà; mais leur valeur n'en est pas moindre pour cela. Ils montrent aussi que c'est bien à la compression faite par la tunique externe que la suspension ou même l'absence de tout écoulement sanguin doit être attribuée. En effet, dans ce cas, on voit que l'artère, séparée à dessein par le chirurgien de sa gaîne et des parties environnantes, n'a pas donné issue

à la moindre goutte de sang. Ce n'est donc ni l'action des muscles, ni la rétraction de la gaîne qui s'opposaient à l'hémorragie; l'orifice de la tunique externe suffit donc seul dans ces cas, et une artère, même tout à fait isolée, pourrait sans danger être abandonnée à elle-même après l'arrachement des membres.

PLAIE DE TÊTE CHEZ UN ALIÉNÉ ÉPILEPTIQUE, SUIVIE DU RETOUR DE L'INTELLIGENCE ET DE LA CESSATION DES ACCÈS; par M. HEISE.

On se transmet, comme une histoire plus curieuse qu'authentique, l'observation de cet idot, qui, après avoir éprouvé une commotion cérébrale, recouvra l'intelligence plus déliée qu'il ne l'avait jamais possédée. Le fait suivant n'est pas moins extraordinaire et paraît beaucoup mieux confirmé.

OBS.—Un homme de 36 ans, était atteint depuis 4 ans de manie furieuse et d'accès épileptiques, revenant assez régulièrement tous les 3 jours. Un jour, il fut assailli par un autre aliéné, qui lui porta plusieurs coups de pierre sur le côté droit de la tête. De là, fracture étendue du pariétal avec enfoncement de l'os et quelques esquilles dans la substance cérébrale; issue à l'extérieur d'une grande quantité de cerveau, hémorragie considérable. Malgré la gravité de cette lésion compliquée, le malade se rétablit par degrés, mais il demeura paralysé des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum. On remarqua avec surprise que son esprit devenait plus raisonnable, son intelligence plus pénétrante. Quant aux accès épileptiques, ils se manifestèrent d'abord plus rarement, puis cessèrent entièrement.

Le malade, malgré cette amélioration, n'en continua pas moins à séjourner à l'hôpital, où il mourut neuf ans après cet accident d'une maladie inflammatoire. A l'autopsie, on constata que la dure-mère, très épaissie, adhérait fortement aux os du crâne. L'hémisphère droit était atrophié, et le gauche ainsi que le cervelet très petit.

Qui a déterminé cette amélioration, la commotion, la perte d'une partie du cerveau ou l'hémorragie abondante qui suivit le coup?..... Peut-être même ne devrait-elle être attribuée qu'au changement des habitudes du sujet, qui, de turbulentes et emportées, devinrent forcément, par le fait de la paraplégie, calmes et sédentaires.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JANVIER.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE PLOMB, SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ABSORPTION ET LA LOCALISATION DES POISONS; par MM. DANGER et FLANDIN.

M. FLANDIN lit un mémoire sous ce titre, fait en collaboration avec M. Danger. Dans leur dernier mémoire, MM. Danger et Flandin avaient été conduits accessoirement à s'occuper de l'étude toxicologique du plomb et des autres métaux fixes, et ils étaient parvenus par leur procédé particulier à déceler le plomb mêlé aux matières animales dans la proportion d'un cent millième. Une circonstance récente, une affaire d'empoisonnement par des sels de plomb, les a mis à même de reprendre leurs recherches sur ce sujet et de chercher à les compléter. Ce sont les résultats de ce travail qu'ils soumettent à l'Académie, en y ajoutant quelques considérations sur l'absorption et la localisation des poisons, déduites de l'ensemble des expériences qu'ils ont faites jusqu'à ce jour.

En rapprochant les données de ce travail avec la partie de leur précédent mémoire qui se rapporte à l'étude toxicologique du plomb, MM. Danger et Flandin pensent pouvoir soumettre à l'Académie les conclusions suivantes:

1° Il n'existe point de plomb dans le corps humain à l'état normal;

2° Les symptômes et surtout les lésions cadavériques que produit l'empoisonnement par le plomb ont un cachet tout spécial;

3° Si la mort a été l'effet immédiat de l'ingestion du poison, on retrouve le plomb dans le cadavre tout aussi sûrement qu'on y retrouve l'arsenic, l'antimoine et le cuivre. On doit particulièrement rechercher le métal dans le tube digestif, le foie, la rate, l'appareil rénal et les poumons. On ne le découvre pas dans le sang, dans le cœur, le cerveau, les muscles, pas plus que dans les os. La proportion à laquelle on peut atteindre étant dans l'ordre des cent millièmes, il suffit d'opérer sur 38 à 60 grammes de foie pour y déceler les traces manifestes du composé toxique;

4° Le procédé qui nous a conduits le plus sûrement à de tels résultats est, avec une très légère modification, celui que nous avons proposé pour la recherche de l'arsenic, de l'antimoine et du cuivre. Il consiste à carboniser les matières animales par l'acide sulfurique, à porter le charbon jusqu'à la température rouge, à le reprendre par l'acide chlorhydrique, puis par l'eau, pour opérer sur le liquide les réactions propres à caractériser le plomb;

5° Contrairement au cuivre, le plomb absorbé est éliminé par la sécrétion rénale;

6° L'absorption des poisons s'opère particulièrement par la veine-porte; ce qui explique pourquoi on les retrouve en si grande quantité, et pour quelques-uns presque exclusivement dans le foie;

7° Alors que l'empoisonnement a été produit par la peau, l'absorption ou le transport de l'élément toxique se fait principalement par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques superficiels sous-cutanés et sous-muqueux. Exhalé en particulier dans le tube digestif par une sorte de perspiration insensible, le poison est rejeté par les vomissemens et par les selles, ou bien il est repris par le système de la veine-porte, absolument comme s'il avait été introduit primitivement dans l'estomac.

La marche que suit le poison dans les voies d'absorption, après qu'il a été appliqué sous la peau, est peut-être une indication à saisir pour prescrire aux ouvriers qui travaillent le plomb et le cuivre des moyens prophylactiques d'un ordre particulier, les lotions et des bains acides, savonneux ou sulfureux;

8° Dans le cas d'expertise médico-légale, il faut opérer exclusivement sur certains organes et non indifféremment sur toutes les parties d'un cadavre. Le foie doit être choisi de préférence. Dans les cas ordinaires, la dixième partie de cet organe (environ 500 grammes) est un maximum suffisant. On ménage ainsi à la justice les moyens de faire contrôler une première expertise, ou de la faire répéter un aussi grand nombre de fois qu'il sera jugé nécessaire dans l'intérêt de la cause soumise au jury.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE LA TAILLE.

M. GONIER lit un mémoire sur le traitement mécanique et gymnastique des déviations de la taille, fait en commun par lui et M. Chailly.

TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES CONGÉNIALES.

M. LAFARGUE (de St-Emilion), fait connaître à l'Académie un moyen qu'il dit avoir découvert, et qui serait très efficace pour débarrasser les enfans des tumeurs érectiles congéniales qu'on désigne sous les noms d'*envies*, *nævi materni*. Ce moyen consiste à pratiquer sur la propre surface et tout à l'entour de la petite tumeur érectile cinq à six piqûres avec une lancette, dont la pointe aura été trempée dans une goutte d'huile de croton tiglium. Pour bien réussir, il faut absolument s'y prendre comme quand on inocule la vaccine dans le but de préserver de la variole.

Chacune des petites piqûres donne sur le champ une grosse papule, qui se transforme trente-six heures après en une belle pustule ressemblant en tout point au *clou* ou petit furoncle. Du rapprochement des pustules résulte une tumeur rouge à sa base, blanche par plaques à son sommet, chaude, douloureuse, rénitente, qui a envahi et désorganisé le tissu érectyle, et qui offre beaucoup de ressemblance avec l'anthrax bénin de petite dimension. Deux jours après, arrive la période du décroissement inflammatoire; la plaie se déterge, et à la place de l'*envie* s'observe une ulcération qu'on dirige et qu'on traite selon les règles ordinaires. Il serait dangereux de pratiquer plus de six inoculations, surtout chez les très jeunes enfans; car, au lieu d'une fièvre modérée qui s'observe presque toujours à la suite de l'opération pratiquée dans les bornes indiquées, on verrait éclater une violente réaction dont il serait peut-être difficile d'entraver la marche.

Il serait permis de s'affranchir de la prudence conseillée, si, au lieu de l'huile de croton tiglium, on inoculait autour et au-dessus de la tumeur érectile une solution concentrée de *tartre stibié*. Cette méthode est absolument identique à celle qui consiste à inoculer avec du *virus-vaccin* ces mêmes tumeurs chez les enfans qui n'ont pas encore été vaccinés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Mondière, de Loudun, son correspondant. Il annonce que, par suite du décès de MM. Dulong, Capelle et de Gérando, associés libres de l'Académie, il y a lieu de procéder à la nomination de nouveaux membres associés, pour remplir les places vacantes.

CORRESPONDANCE.

M. LONDE donne lecture d'une lettre de M. Aubert-Roche sur les quarantaines. Dans cette lettre, M. Aubert-Roche met au défi M. Dubois (d'Amiens) d'articuler et de préciser nettement ce qu'il voudrait infirmer des faits avoués par lui au sujet du *Léonidas*. Les dépêches officielles transmises par lui à l'Académie prouvent que le premier mort était tombé malade le huitième jour après le départ de Smyrne, et non le treizième, comme on aurait désiré le faire croire. A l'opinion de M. Dubois, qui veut que cet individu n'ait pas eu la peste, il oppose l'opinion de M. Chassinat lui-même, qui regarde le cas comme douteux, et celle des médecins de la santé de Marseille, qui le regardent comme un cas de peste. Quant au second mort, que M. Dubois dit n'être tombé malade qu'après le ne-

vième jour, M. Aubert prouve par des documens officiels que c'est réellement le huitième jour après le départ de Smyrne que cet individu a commencé à être malade. Enfin, M. Aubert termine sa lettre en engageant l'Académie à s'occuper sérieusement de la question des quarantaines, comme l'ont fait l'Autriche et l'Angleterre, qui, par les mesures que ces deux états ont prises, ont occasionné à notre pays, en 1843, un déficit de 2,200,000 fr.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses des mamelles.

Le président prévient que la discussion ne pourra être prolongée au-delà de quatre heures, heure à laquelle l'Académie devra se former en comité secret pour entendre le second rapport de la section de pathologie médicale.

M. Roux : Je crois devoir exprimer mon opinion sur le mémoire de M. Cruveilhier, avec d'autant plus de franchise, que l'autorité de sa parole est plus grande et la confiance qu'il inspire plus générale et plus légitime.

Soit que M. Cruveilhier n'ait pas été à même de faire des observations assez suivies, soit par le fait d'une illusion dont je ne saurais me rendre compte, les faits sur lesquels repose son travail sont en désaccord formel avec l'expérience la plus large. Si les principes que professe M. Cruveilhier étaient jamais adoptés, je crois qu'ils pourraient avoir des conséquences funestes ; un grand nombre de femmes pourraient en devenir les victimes. Avant d'aborder le fond de la question soulevée par ce mémoire, je ferai quelques remarques sur ce qu'a dit M. Cruveilhier touchant les tumeurs fibreuses en général.

Je crains que notre savant collègue n'ait pris pour type de ce qu'il a appelé des tumeurs fibreuses des mamelles, les corps fibreux de l'utérus, et qu'en voulant prendre pour base les idées de Bichat, il n'ait confondu des tumeurs qui sont essentiellement différentes. En effet, les corps fibreux des autres organes ne ressemblent que de nom aux corps fibreux de l'utérus. Il semblerait, d'après les idées émises par M. Cruveilhier, que la grande fréquence des corps fibreux dans l'utérus dût impliquer la nature fibreuse de cet organe. Or, tout le monde sait que le tissu de la matrice n'est point un tissu fibreux. Les corps fibreux de la matrice ne sont pas d'ailleurs implantés sur cet organe, ils en sont indépendans ; ils se développent entre les mailles de son tissu, où ils sont en quelque sorte comme enchâtonnés ; c'est même là ce qui les distingue des tumeurs fibreuses qui siègent dans d'autres régions. Les corps fibreux de l'utérus passent souvent à l'état cartilagineux ; ils sont même susceptibles quelquefois de s'ossifier, ce qui n'arrive jamais dans les tumeurs du sein. Je crois donc que M. Cruveilhier s'en est laissé quelque peu imposer par de fausses apparences et par des idées *à priori*.

J'arrive à l'objet principal du travail de notre collègue. Les assertions qu'il a émises me paraissent pouvoir être réduites à ceci : 1° Il se forme des tumeurs fibreuses dans les mamelles ; 2° l'existence de ces tumeurs dans cet organe est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a paru croire jusqu'à présent ; 3° elles ont été fréquemment l'objet de méprises de la part des chirurgiens ; 4° elles ont des caractères anatomiques et des signes diagnostiques très tranchés ; 5° elles ne sont point susceptibles de dégénération cancéreuse ; 6° enfin, il n'est jamais nécessaire d'en faire l'extraction ; l'opération dans ce cas est toute facultative. En pénétrant un peu dans le fond des choses, ces propositions me semblent devoir perdre considérablement de leur valeur et même disparaître les unes après les autres. Je vais essayer de les examiner successivement.

Que M. Cruveilhier veuille donner le nom de tumeurs fibreuses aux tumeurs indolentes du sein ; d'accord ; encore cette dénomination me paraîtrait-elle avoir l'inconvénient de manquer d'exactitude et d'entraîner une confusion avec les tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais M. Cruveilhier croirait-il en établissant les caractères distinctifs de cet ordre de tumeurs avoir introduit un fait nouveau dans la science ? Je ne pense pas qu'il ait eu cette prétention. S'il en était ainsi, je lui répondrais que les chirurgiens sont beaucoup plus avancés sur ce point qu'il ne paraît le croire. Ast. Cooper, Travers et bien d'autres depuis ont distingué les tumeurs du sein en tumeurs bénignes et tumeurs malignes. Tout le monde sait aujourd'hui qu'il y a des tumeurs strumeuses, des tumeurs scrofuleuses, des tumeurs solides, indolentes, non dégénérables, des tumeurs enkystées : je m'arrête sur ce mot. M. Cruveilhier a dit que les tumeurs qu'il désigne sous le nom de tumeurs fibreuses sont quelquefois enkystées ; c'est enchâtonnées qu'il aurait fallu dire et non enkystées. Il n'y a de kyste que là où il y a un liquide contenu dans une enveloppe. Je reprends : j'ai plusieurs fois enlevé de petites tumeurs douloureuses, qui avaient la plus grande analogie avec ce que l'on désigne sous le nom de névrômes, que M. Cruveilhier a peut-être confondues avec les tumeurs fibreuses. Il y a enfin une autre espèce de tumeurs depuis longtemps signalées par Abernety et Ast. Cooper, et qu'ils ont désignées sous le nom de tumeurs mastoïdes, mammaires, ces tumeurs se présentant en effet sous l'apparence d'une masse nettement limitée, circonscrite, mamelonnée, sans kyste, mais enchâtonnées dans le tissu même de la mamelle avec lequel elles se confondent. Peut-être sont-ce là les tumeurs que M. Cruveilhier a eues plus particulièrement en vue dans la description. Mais, comme on le voit, ce ne serait point une description nouvelle. En admettant qu'il en soit ainsi, je reconnais bien avec notre collègue l'existence des tumeurs qu'il a décrites. On trouve en effet dans les mamelles des tumeurs qui ont des embranchemens, des racines fibreuses ; mais faites abstraction de ces embranchemens, enlevez les enveloppes fibreuses et vous verrez que les tumeurs réellement fibreuses, comparables aux corps fibreux de l'utérus, à ceux du périoste, sont beaucoup moins fréquentes qu'il le prétend. Si elles étaient si communes, est-il probable qu'elles eussent échappé à l'attention des chirurgiens beaucoup plus à même que M. Cruveilhier de les observer ?

Les chirurgiens avaient été habitués jusqu'à présent à s'entendre adresser le reproche d'opérer des tumeurs sujettes à récidive ; voici maintenant qu'on leur en adresse un tout opposé. On leur reproche d'opérer des tumeurs qui ne sont sujettes ni à la récidive, ni à la dégénération.

J'arrive à une autre proposition beaucoup plus sérieuse et à une objection plus grave. On dit que les tumeurs fibreuses peuvent être facilement distinguées pendant la vie d'avec toutes les autres tumeurs de la mamelle, qu'elles ne sont point susceptibles de dégénérer, et que l'on commet journellement des méprises très graves en enlevant de semblables tumeurs, croyant enlever des cancers. Je suis loin de contester les lumières et la sagacité de notre collègue, et cependant je le mets au défi de dire avec certitude, en examinant une tumeur du sein, que cette tumeur devra ou ne devra pas dégénérer. Je ne dis pas que dans quelques cas où l'on a affaire à une tumeur très superficielle, mobile, roulant sous la peau, indolente, chez un sujet jeune, bien portant, il n'y ait de grandes présomptions que cette tumeur ne dégénérera pas ; mais qu'on puisse l'affirmer avec certitude, je le conteste entièrement, car tous ces caractères se retrouvent quelquefois dans des tumeurs qui dégénèrent. Il est impossible, à mon sens, d'arriver à cet égard à aucune certitude. Il est très commun, au contraire, de prendre des tumeurs bénignes pour des tumeurs dégénérables et *vice versâ*. Il n'est pas de chirurgiens à qui de pareilles méprises ne soient arrivées. Pour ma part, je le confesserai avec franchise, il m'est arrivé plusieurs fois de commettre des erreurs de ce genre. J'ai pris une fois une tumeur hydatique du sein pour une tumeur cancéreuse ; elle en avait en effet toutes les apparences ; elle était dure dans certains points, molle dans d'autres, son accroissement avait été rapide et accompagné de douleurs ; en un mot, tout dans les apparences avait concouru à rendre l'erreur presque inévitable. On trouve dans Warren (de Boston) qui a publié un excellent traité sur ces tumeurs, un grand nombre d'exemples de ce genre de méprises. Rien que pour les tumeurs enkystées, il semblerait qu'il dût être facile de les distinguer d'avec toute autre sorte de tumeurs ; eh bien ! il n'est pas de chirurgien à qui il ne soit arrivé d'enlever de ces kystes pour des cancers ; j'en pourrais dire autant des tumeurs scrofuleuses, des tubercules. Enfin ne m'est-il pas arrivé à moi-même d'enlever un abcès chronique du sein, croyant enlever un cancer ? Je le répète, c'est une chose extrêmement commune parmi les praticiens que de pareils désappointemens.

M. Cruveilhier a tiré un grand parti, pour le diagnostic de ces tumeurs, de la circonstance de leur pluralité, soit dans un seul sein, soit dans les deux seins. Je veux bien que cette circonstance implique jusqu'à un certain point la nature de ces tumeurs. Je ferai observer que, quoiqu'il soit très rare en effet de voir exister des cancers simultanément ou même successivement sur les deux mamelles ou sur tous autres organes doubles, cependant j'ai vu encore plus souvent l'existence simultanée de cancers dans les deux seins, que la coïncidence des tumeurs d'autre nature sur ces mêmes organes. Je ne voudrais donc pas que M. Cruveilhier s'autorisât trop de cette circonstance pour appuyer sa thèse.

Je dirai, relativement à la dégénération, que M. Cruveilhier s'est prononcé d'une manière beaucoup trop absolue. Il a dit que les tumeurs fibreuses du sein n'étaient point susceptibles de dégénérer. Il est vrai qu'elles peuvent rester stationnaires, qu'elles peuvent même rétrograder, se résoudre partiellement ou même en totalité. Mais dire, comme l'a avancé M. Cruveilhier, qu'il y a incompatibilité entre la nature de ces tumeurs et la dégénération, je crois que c'est aller trop loin. Les opinions sont divergentes sur ce point. Je déclare, pour mon compte, n'avoir aucune certitude à cet égard. Je ne partage pas l'opinion de M. Cruveilhier, mais je ne soutiendrais pas non plus une opinion contraire ; je reste dans le doute. Je me rappelle, entre autres faits, celui d'une personne à laquelle j'avais enlevé, par excision, une tumeur fibreuse de l'utérus. Il se développa, par la suite un cancer dans le point même où avait existé auparavant ce corps fibreux ; je ne prétends pas absolument que ce cancer ait été le résultat de la dégénération du corps fibreux qui aurait repullulé ; il est possible, à la rigueur, que le cancer existât déjà en germe, indépendamment des corps fibreux ; mais enfin il y a là, à mes yeux, au moins un motif de doute. Je pourrais citer encore d'autres faits analogues, tels, par exemple, que des cas de dégénération de tumeurs fibreuses du périoste ; mais, je le répète, je reste à cet égard dans le doute ; cependant, j'avoue que je serais plus disposé à croire que les tumeurs fibreuses ne dégénèrent point d'une manière spontanée peut-être ; mais que, sous l'influence de certaines circonstances, cette dégénération est possible.

M. le Président interrompt ici M. Roux pour lui observer qu'il est l'heure du comité secret ; il lui demande s'il aimerait mieux se résumer en quelques mots, ou remettre la suite de son argumentation à la séance prochaine.

M. Roux, ayant encore à entrer dans de grands développemens sur la question, désire que la parole lui soit réservée pour le commencement de la prochaine séance.

MM. Amussat et Blandin demandent la parole pour des présentations de pièces anatomo-pathologiques relatives à la discussion.

Plusieurs personnes font observer que ce serait rentrer dans la discussion, et qu'il ne conviendrait pas d'accorder la parole à de nouveaux membres, après l'avoir retirée à M. Roux.

L'Académie, consultée, décide que les présentations auront lieu à la fin de la séance. On se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

OBSERVATIONS SUR LES PRINCIPALES INSTITUTIONS MÉDICALES ET SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EN FRANCE, EN ITALIE ET EN ALLEMAGNE, AVEC QUELQUES NOTES SUR LES UNIVERSITÉS ET LES CLIMATS, ET DES OBSERVATIONS A L'APPUI; par EDWIN LEE. — Seconde édition, revue et considérablement augmentée; suivie d'un tableau comparé de la médecine et de la chirurgie en Angleterre et à l'étranger. 269 pages in-8°. Londres, 1843. (En anglais.)

LE MAGNÉTISME ANIMAL ET L'HOMÉOPATHIE, AVEC DES NOTES SUR L'INFLUENCE DE L'ESPRIT SUR LE CORPS; par le même. — Troisième édition, considérablement augmentée. 130 pages in-8°. Londres, 1843. (En anglais.)

RAPPORT SUR LES PHÉNOMÈNES DE CLAIRVOYANCE ET DE SOMNAMBULISME LUCIDE, (D'APRÈS DES OBSERVATIONS PERSONNELLES), AVEC DES REMARQUES COMPLÉMENTAIRES; par le même. — 50 pages in-8°. Londres, 1843. (En anglais.)

Nous réunissons ici dans un même article ces trois compositions, bien qu'ayant rapport à des sujets si différens; d'abord, parce qu'étant du même auteur nous pensons qu'elles doivent présenter une communauté d'idées qui permettra de porter sur chacune d'elles un jugement plus éclairé, et ensuite parce que deux d'entre elles étant arrivées à leur seconde et troisième édition et ayant déjà fait l'objet d'un travail spécial dans les articles de bibliographie de cette feuille, nous n'aurons que peu de chose à en dire.

L'auteur de ces trois ouvrages déjà connus de la plupart de nos lecteurs par les nombreuses publications dont il a enrichi la science et dont il a été question à diverses reprises dans cette feuille, est du nombre de ces touristes anglais qui chaque année visitent quelques parties du continent, y effleurent toutes les questions de leur goût, recueillent çà et là quelques documens plus ou moins authentiques, et à peine de retour au milieu de leurs compatriotes leur communiquent les observations plus ou moins véridiques, plus ou moins exactes qu'ils ont faites dans les auberges des pays traversés avec une rapidité proverbiale ou recueillies dans les publications de leurs prédécesseurs. Il y a pourtant parmi les touristes anglais un certain nombre d'hommes auxquels ces reproches ne pourraient s'adresser, et, en première ligne de ces exceptions, nous placerons M. Edwin Lee. Son instruction profonde et à la fois variée, ses fréquens voyages dans différentes parties du continent et les longs séjours qu'il y a faits donnent à la plupart des jugemens qu'il a portés sur nos institutions, sur nos établissemens publics, nos écoles, nos hôpitaux, une juste mesure et une teinte de vérité que l'on rencontre rarement chez ses compatriotes placés dans les mêmes circonstances. Sans répéter les critiques mordantes et exagérées que contiennent de temps en temps les journaux anglais sur la pratique et le savoir des médecins français, il ne leur accorde cependant pas cette supériorité en tous points dont la plupart d'entre nous ne doutent pas et blâme dans des termes qui n'ont rien d'offensant le dédain avec lequel nous avons pendant si longtemps traité tous les travaux qui se faisaient à l'étranger et à l'époque même où nous étions presque tous entraînés par un système qui devait être si nuisible à la science. On lira surtout avec un grand intérêt la partie de l'ouvrage où l'auteur établit une comparaison entre la médecine et la chirurgie en pays étranger et en Angleterre et qui n'occupe pas moins de quarante pages. Dans ses jugemens, il s'appuie spécialement sur les faits et les résults généralement connus, mais ne néglige pas non plus l'opinion de quelques auteurs qui se sont occupés du même sujet, et cite sur les différences qui existent entre les écoles d'Allemagne, d'Angleterre et de France des passages de plusieurs touristes médicaux de l'Allemagne, tels que le professeur Marx de Gottingue et les docteurs Mühry et Wunderlich qui ajoutent encore à l'intérêt de son propre travail.

Nous devons dire pourtant que cette comparaison entre la médecine et la chirurgie des diverses contrées de l'Europe est précédée d'un exposé très complet de toutes les institutions médicales des trois nations qui se distinguent le plus sous ce point de vue avec des notes sur les hommes les plus remarquables qui appartiennent à la profession, sur les professeurs, sur les cours, sur les différentes méthodes d'instruction adoptées et sur les différentes médications qui ont cours dans les différens pays; des observations détaillées sont même rapportées en assez grand nombre à l'appui des assertions de l'auteur.

L'ouvrage de M. Edwin Lee sur le magnétisme a aussi pris dans cette troisième édition un développement assez considérable; mais le changement le plus notable que nous y signalerons est celui qui s'est opéré dans l'esprit et les convictions de l'auteur. Dans les deux premières éditions en effet il ne parlait du magnétisme qu'avec ce sentiment de doute et même de défiance qu'inspirent à tout homme doué de quelque clairvoyance les milles précautions dont les magnétiseurs protègent l'exercice de leur art; mais dans cette nouvelle édition M. Lee est devenu un croyant et même d'une certaine ferveur. En Angleterre, où depuis quelques années le magnétisme a fait de nombreux partisans dans les classes peu éclairées de la société, on compte encore bien peu d'hommes distingués qui en aient adopté les dogmes; le docteur Elliotson est même le seul médecin de renom que les partisans du magnétisme comptent dans leur nombre. Cependant il y existe déjà plusieurs journaux consacrés à propager la doctrine ou plutôt la croyance de l'art de Mesmer qui, en ce moment même, vient de fournir une découverte, d'éprouver une révolution dont les partisans les plus enthousiastes n'ont pu encore calculer tous les résultats; nous voulons parler de l'adjonction ou plutôt de la réunion du magnétisme à la phrénologie, et que l'on désigne sous le nom de *phréno-magnétisme*.

Le promoteur principal de la nouvelle science est un nommé Spencer-Hall, ancien compositeur d'imprimerie, qui a quitté les casses pour la propagande de cette merveilleuse découverte, et parcourt maintenant les villes d'Angleterre où il fait de nombreux prosélytes. Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Lee des documens pleins d'intérêt sur ce nouvel art et des scènes que nous ne pouvons reproduire ici, mais que nous laissons à nos confrères du feuilleton le soin de raconter eux-mêmes. En attendant, nous devons dire en quelques mots en quoi consiste cet art mystérieux qui n'a pas encore eu de retentissement en France où pourtant les merveilles de tout genre sont ordinairement reçues avec tant de faveur.

Spencer-Hall a fait, nous avons dit, de nombreux prosélytes, et le docteur Elliotson surtout n'a pas été l'un des derniers. Or, voici les résultats auxquels il est arrivé. Lorsque la personne sur laquelle il doit pratiquer le phréno-magnétisme est plongée dans le sommeil magnétique, il applique successivement l'index de la main droite sur les divers organes phrénologiques, et aussitôt on voit apparaître une série de phénomènes vraiment extraordinaires; par exemple, pendant que le doigt est appliqué sur l'organe de la vénération, le somnambule répond à toutes les questions qui lui sont adressées, avec un ton de soumission et une expression d'humilité dans tous les traits si naturels, que le plus habile comédien aurait peine à l'imiter. Mais, ce qui est encore plus admirable, c'est que si le doigt du magnétiseur est porté vis-à-vis de l'organe de l'amour de soi-même, cette humilité fait immédiatement place à la fierté la plus dédaigneuse, à la physionomie la plus arrogante. Le somnambule lève aussitôt la tête, jette avec force ses épaules en arrière, se lève de son siége lentement et d'une manière vraiment majestueuse; il semble commander au magnétiseur, tant que celui-ci tient le doigt sur le même organe; mais s'il le reporte sur l'organe de la vénération, le somnambule se trouve aussitôt dans la position du mendiant le plus humble.

Dans le phréno mesmérisme, le doigt du magnétiseur agit donc sur l'organe vis à-vis duquel il se trouve appliqué, à la manière d'un excitant violent, et détermine dans ce dernier une telle excitation que l'organe entre en action spontanément, et que des effets réellement merveilleux et auxquels l'art est tout à fait étranger sont immédiatement produits. Ce que nous avons dit de deux organes s'opère aussi sur tous les autres, et avec des effets toujours correspondans à la nature propre de chaque organe. Nous pourrions passer en revue les organes de la philogéniture, de l'affection conjugale, de la mémoire, de la musique, etc., etc., mais nous en avons assez dit sur ce nouveau progrès de deux sciences qui ont déjà produit tant de merveilles; nous ne voulons même pas reproduire ici les commentaires que présente le docteur Elliotson sur ces faits avec un ton de conviction que nous devons croire réelle. Nous prendrons congé de M. Edwin Lee, en le remerciant de nous avoir fait connaître cette nouvelle extension du magnétisme et de la phrénologie, mais à laquelle, nous devons le dire, il n'ajoute qu'une foi très problématique; car il termine le récit de ces expériences en disant qu'elles ont besoin d'être de nouveau confirmées avant d'être adoptées définitivement.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

(ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE LE DIMANCHE 28 JANVIER 1844, DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE LA FACULTÉ, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.)

COMPTE-RENDU par M. GIBERT, secrétaire-général.

Messieurs,

Il y a dix ans qu'ayant à vous rendre compte de nos travaux et de nos efforts, dans une solennité semblable à celle-ci, je vous soumettais ces réflexions empreintes de quelque tristesse :

« .... Si l'Association des médecins de Paris n'a pas encore réalisé tout » le bien qu'on peut attendre de cette institution philanthropique, c'est que » comme toutes les choses de ce monde, elle est soumise aux lenteurs, aux ob- » stacles, aux difficultés *du commencement*..... Et, d'ailleurs, il faut bien le » reconnaître : les temps ne sont pas très propices à la propagation d'une œuvre » de bienfaisance et de confraternité... Jamais peut-être les liens du corps » médical n'ont été si relâchés... Jamais peut-être, à aucune époque, l'égoïsme, » l'intrigue, le charlatanisme, n'ont été si florissans... Mais pourtant, si le » salut de notre profession est possible, c'est dans les principes sur lesquels » notre association repose et s'appuie qu'il doit se trouver... N'offrira-t-elle » pas, en effet, le moyen d'opposer un jour une digue à la multitude d'abus » dont nous avons à gémir? Ne présente-t-elle pas déjà quelque encouragement » à ceux de nos confrères qui préfèrent encore l'honneur *au succès* et à la for- » tune? Ne tend-elle pas à ramener à des idées d'ordre, d'économie, d'avenir, » ceux qu'un peu de faiblesse, de légèreté ou de découragement pourrait en » écarter? Ne pourrait-on pas y découvrir le meilleur mode d'enseignement de » ces convenances sociales observées jadis si scrupuleusement parmi les méde- » cins, et aujourd'hui si souvent et si outrageusement violées? »

N'en doutez pas, Messieurs, toutes ces améliorations, tous ces progrès, tous ces *desiderata*, existent en germes dans une institution qui rapproche les médecins, les réunit, leur rappelle ce qu'ils se doivent entre eux; qui élève la voix en faveur des travailleurs obscurs trop souvent opprimés par l'indifférence et l'égoïsme de notre société moderne; dans une association qui vient au secours de ceux que le malheur a frappés, soit dans son sein, soit même hors de ses rangs, et qui enfin exige impérieusement, pour ses membres, certaines garanties de moralité, d'instruction et de bonne conduite.

Si, aujourd'hui encore, après onze ans écoulés, notre Association n'a réalisé qu'une petite partie des biens que nous en attendions, nous pouvons cependant nous rendre ce témoignage que nos efforts ne sont pas demeurés stériles, et que dans le double but professionnel et charitable que nous nous étions proposé, nous avons obtenu des résultats qui promettent de s'améliorer de plus en plus.

Et d'abord, malgré des sacrifices nombreux et récens que de tristes circonstances nous ont imposés, notre situation financière est demeurée prospère, grâce à la sagesse de notre règlement qui a voulu assurer à notre œuvre de l'avenir et de la durée.

Notre capital social peut être évalué à environ 62,000 francs, au taux actuel, produisant en rentes sur l'état, 5 pour 100, 2,585 francs de revenu annuel.

Le tableau suivant, dressé par les soins de M. le docteur Vosseur, expose les résultats de notre gestion financière dans le cours de l'année dernière.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1843.

RECETTES.	F. C.	DÉPENSES. EMPLOI.	F. C.	BALANCE.	F. C.
Le 1er janvier 1843, en caisse	218 00	Secours sur le sixième des cotisat. et sommes allouées à six sociétaires	4,215 00	Recettes	9,665 50
Cotisations	5,388 00	Dépenses de gestion, listes, convocations, réimpression du règlement, affaire du docteur Mallet relative aux déclarations des naissances, et frais divers	858 64	Dépenses et emploi	9,583 50
Dons et admissions	1,597 00	Achat de 185 f. de rentes	4,509 86	RESTE	82 00
Rentes : deux semestres	2,462 50			Le 1er janv. 1844 il reste en caisse	82 00
TOTAL	9,665 50	TOTAL	9,583 00		

— Vous remarquerez que chaque année nos secours deviennent plus abondans; plusieurs de nos sociétaires se sont trouvés malheureusement dans la nécessité d'y recourir; cette année déjà, depuis la rédaction du tableau précédent, une somme nouvelle de mille francs a dû être accordée à un de nos sociétaires atteint d'une maladie grave et qui a épuisé toutes ses ressources. Un autre membre devenu vieux et infirme devra bientôt, nous l'espérons, à notre sollicitude, une retraite honorable et assurée. Un troisième enfin qu'une redoutable affection a arraché du sein de sa famille a été pensionné par nous dans l'établissement où l'on a dû le recueillir... Ajoutons que plusieurs veuves de sociétaires sont aujourd'hui secourues par l'Association, et nous aurons, ce me semble, suffisamment répondu à l'indécente critique de quelques orgueilleux qui nous reprochent *de faire l'aumône*...., comme si ce n'était pas là notre devoir le plus sacré et le plus doux à remplir!

Vingt-huit membres nouveaux ont été admis dans le cours de l'année; ce sont MM. les docteurs d'Héré, Lemaire, Lembert, Josat, Bazin, Becquerel, Thomas, Tardieu, Poterin-Dumontel, Guénean de Mussy (Noël), Alph. Rendu, Gillette, Berthier, Devilliers fils, Rampon, Nicot, Manget, Chatowski, Laurand, Gosselin, Raciborski, Gandinot, Boussenard, Charrier, Gonthier-St-Martin, Faivre, Cannet fils et Tesserean.

Nous n'avons eu qu'un seul démissionnaire, qui a quitté Paris; mais nous avons perdu quatre sociétaires : M. le docteur Chesneau, qui a succombé à une longue et douloureuse maladie; M. Combette, qui a été enlevé à sa famille et à la science, au moment où il commençait à recueillir le fruit de ses travaux; M. le docteur Peturet; et enfin M. Boffinton, confrère aussi instruit que modeste et bon, qui a été accompagné à sa dernière demeure par une députation du 10e arrondissement.

Vous savez, Messieurs, qu'à notre imitation, des tentatives, qui se sont réalisées dans plusieurs villes, ont été faites pour créer, sur divers points du royaume, des associations analogues à la nôtre; nous avons reçu cette année, du Mans et de Lille, les témoignages de confraternité de ces associations.

Un de nos membres, M. le docteur Ménière, nous a adressé le compte-rendu annuel de la Société du 12e arrondissement, contenant les éloges funèbres de deux de nos sociétaires décédés.

M. le docteur Delasiauve (de Paris) a fait hommage à notre Association de deux exemplaires de son important ouvrage SUR L'ORGANISATION MÉDICALE EN FRANCE, en nous priant de joindre nos efforts aux siens pour cette œuvre utile et qui nous intéresse tous à un haut degré.

Nous avons entretenu des relations officielles, par l'intervention zélée de notre président, avec l'autorité judiciaire et administrative. M. le préfet de la Seine a bien voulu nous consulter sur les dispositions à prendre pour arriver à une constatation plus exacte de la cause des décès dans la ville de Paris.

L'Association n'a pas craint de soutenir de son crédit, de ses conseils et de ses deniers l'affaire du docteur Mallet (de la Rochelle), qui avait sollicité notre appui.

Grâce aux savans efforts de notre conseil judiciaire, M. A. Boullanger, qui a obtenu gratuitement l'imposante adhésion de MM. Ph. Dupin, Marie, Chaix-d'Est-Ange, Duvergier, Paillard de Villeneuve, Thureau, Durand de St-Amand; grâce à la défense remarquable et désintéressée de M. Ledru-Rollin, les médecins ont acquis un jugement qui les dispense, dans la déclaration des naissances, d'une déposition nominale que l'on voulait leur imposer, et qui devait, dans plus d'un cas, répugner à leur délicatesse.

Enfin, notre président a vu accueillir avec intérêt, par M. Vitet, rapporteur à la Chambre des députés, la pétition de l'Association contre *la patente* : il y a lieu d'espérer que nos efforts, réunis à ceux des médecins des autres villes importantes du royaume (en particulier de Nantes, Bordeaux et Toulouse, dont les pétitions ont été adressées à l'Association des médecins de Paris), ne resteront pas cette fois impuissans.

Quoi de plus injuste, en effet, que de soumettre à de nouvelles conditions fiscales l'exercice d'une profession savante et charitable, dans laquelle le diplôme universitaire, qui doit évidemment conférer seul le droit d'exercice, ne s'obtient qu'après de nombreux sacrifices de temps et d'argent?

Quoi de plus injuste, surtout, que d'assimiler une profession libérale aux professions industrielles et mercantiles? Le médecin, comme on l'a dit avec raison, *ne vend ni n'achète*, il ne tient pas *de boutique ouverte*; son ministère est, plus souvent encore que celui de l'avocat, un ministère de dévoûment et de charité.....

Il s'est pourtant trouvé un médecin savant et lettré pour faire l'apologie de cette étrange assimilation, pour la déclarer presque un progrès.....

Mais, malgré toute l'éloquence de l'orateur, ce paradoxe a échoué contre le simple langage de la raison et du bon sens.

Il est un autre point qui mérite de fixer toute notre attention, et qui ne me paraît pas encore aussi complètement résolu que nous aurions pu le souhaiter.

Je ne saurais m'empêcher de vous témoigner encore cette année le regret que j'éprouve de cesser mes fonctions de secrétaire avant d'avoir vu se réaliser dans toute sa plénitude le plus ardent de mes vœux, savoir : l'autorisation de notre Association par ordonnance royale.

Nous avons, il est vrai, obtenu enfin cette année, grâce à la sollicitude de notre président, une décision ministérielle qui légalise notre existence en nous plaçant au rang des sociétés particulières que doit autoriser la préfecture de police, sociétés qui vivent ainsi sous le régime municipal. C'est là incontestablement un progrès; c'est un avantage dont nous devons nous montrer reconnaissans; c'est une décision qui régularise et consolide notre Association.

Mais, ne peut-on se demander encore si, après onze années d'existence, nous devons nous contenter de l'autorisation administrative, et nous regarder à tout jamais comme pleinement satisfaits sous la protection légale de M. le préfet de police? Nous serait-il donc défendu de prétendre à une organisation plus complète, plus décisive et plus *indépendante?*

On redoute trop, à notre époque, cet esprit d'indépendance qu'il ne faudrait point cependant confondre avec l'esprit d'insubordination.

Je ne craindrai pas de le dire, au risque de parodier un mot célèbre : Si cette noble qualité, l'*indépendance*, était bannie du reste du monde, elle devrait se retrouver dans notre généreuse profession.

Dussions-nous donc échouer encore une fois devant le Conseil-d'Etat, il nous sera permis, je le crois, de tenter un peu plus tard de nouvelles démarches et de nouveaux efforts.

Dans l'état actuel des choses, nous avons encore à subir des formes administratives assujétissantes, nous ne pouvons recevoir de legs, nous ne pouvons rien acquérir, rien placer, rien posséder en notre propre nom....

Toujours obligés de recourir en toute occasion au zèle et à la bienveillance de notre président, nous ne saurions atteindre à cette autorité légale et morale qui pourrait seule, selon moi, relever la dignité de notre profession.

Platon compare l'or et la vertu à deux poids qu'on met dans une balance, et dont l'un ne peut monter sans que l'autre baisse..... Hélas! ce qui était vrai du temps de Platon ne saurait être déclaré faux aujourd'hui....

Et combien ne pourrais-je pas citer parmi vous, Messieurs, de praticiens modestes et désintéressés qui ont volontairement préféré une vie laborieuse, consciencieuse et indépendante, aux voies tortueuses de la bassesse et de l'intrigue, ou aux voies honteuses et coupables du charlatanisme!

Si donc nous renonçons à l'or, qu'on nous accorde au moins l'indépendance! à nous surtout qui ne devons en faire usage que dans un but d'ordre, de charité et de moralisation.

Je devrais encore cette année, Messieurs, vous parler du zèle et du dévoûment que n'ont cessé de montrer la plupart des membres de votre commission, votre honorable trésorier, votre président...; mais je ne pourrais que répéter ce que j'ai dit à ce sujet dans les années précédentes. Permettez-moi seulement de signaler d'une manière particulière les travaux de M. le docteur Perdrix, qui, déjà, dans une solennité publique, avait, au nom de notre Association, prononcé de dignes et nobles paroles : il a bien voulu cette année me seconder dans mes fonctions habituelles, en remplissant avec un zèle qui ne s'est pas un seul instant démenti le rôle de secrétaire-annuel dans les séances de la commission générale.

Il me resterait enfin à vous remercier moi-même de la bienveillance avec laquelle, depuis onze ans, vous avez tant de fois accueilli mes efforts. Si je me démets aujourd'hui des fonctions dans lesquelles une confiance honorable et dont je ne saurais trop me montrer reconnaissant m'a maintenu jusqu'ici, ce n'est pas, croyez-le bien, par lassitude ou par indifférence; c'est uniquement dans la crainte de ne pouvoir plus, comme par le passé, consacrer un temps suffisant à l'accomplissement de travaux que j'ai toujours mis au rang de mes premiers devoirs.

Si j'osais en cette occasion ajouter quelques mots encore, je me bornerais à livrer à vos méditations les dernières paroles d'un saint vieillard, paroles qui pourraient servir de devise à notre Association, et dont la touchante simplicité recèle pourtant un sens profond :

« Jean l'évangéliste vécut jusqu'à une extrême vieillesse et ne pouvant plus « faire de longs discours, il ne disait aux fidèles que ces paroles :

» — *Mes enfans, aimez-vous les uns les autres.*

» Les disciples ennuyés d'entendre toujours la même chose lui en parlèrent, et » il leur répondit :

» — *C'est le précepte du Seigneur, et si on le garde, il* » *suffit pour être sauvé.* » (1)

— Nous reproduisons, d'après un journal, et sans le garantir, le fait qui suit, sur lequel l'administration des hôpitaux donnera sans doute quelques explications :

« Depuis quinze jours environ, la viande fraîche et de bonne qualité qui servait à l'alimentation des malades, et qu'on préparait dans l'établissement même, a été supprimée, et on y a substitué le *résidu* de la coction des bouillons hollandais.

» Nous n'avons pas besoin de faire remarquer la différence immense qui existe entre une viande fraîche, de bonne qualité, cuite à point, servie chaude aux malades, et une viande comme celle de la Compagnie hollandaise, qui arrive chaque matin à l'hôpital, froide, sans saveur, et dépourvue, par une coction prolongée, de tout principe nutritif. »

(1) Dans cette séance, M. ORFILA a été réélu président ; M. FOUQUIER, vice-président; M. ADELON a été élu vice-président; M. PERDRIX, secrétaire-général, en remplacement de M. Gibert, démissionnaire.—L'assemblée a donné à M. GIBERT le titre de secrétaire-général honoraire.

La *commission générale* est composée, pour l'année 1844, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er ARRONDISSEMENT. — MM. Nicolas, Letalenet, Montmahou et Caffe.
2e ARROND. — MM. Mathieu, Mège, Cabanellas et Charrier.
3e ARROND. — MM. Meurdefroi, Braive, Grollet et Perronaux.
4e ARROND. — MM. Dop, Lecler, Favrot et Godart.
5e ARROND. — MM. Poulletier, Pertus, Serré et Puche.
6e ARROND. — MM. Thillaye, Nicod, Lozes et M.
7e ARROND. — MM. Hoffmann, Marx, Trèves et Szokaski.
8e ARROND. — MM. Berton, Maurue, Géry et Maubec.
9e ARROND. — MM. Chailly, Thierry, Deville et Dubois.
10e ARROND. — MM. Barthélemy, Paulin, Piedagnel et Velpeau.
11e ARROND. — MM. Adelon, Gasnault, Colombe et Adornede Tscharner.
12e ARROND. — MM. De Wulf, Devilliers père, Martin de Gimard et Roussean.

— On écrit de Leeuwarden, en Frise, sous la date du 27 décembre 1843 :

« Il vous est sans doute connu que notre gouvernement a présenté aux chambres des projets de loi sur la réforme de nos prisons, dont l'*emprisonnement individuel* est la base. Le ministre de la justice ayant consulté la commission administrative des prisons de cette ville sur ces projets, la commission a été unanimement d'avis que le seul système répondant à tous les besoins est l'*emprisonnement individuel*. L'avis de la commission de Leeuwarden a été imprimé aux frais du gouvernement et distribué aux chambres.

» Au congrès scientifique tenu à Florence, en 1841, la question pénitentiaire a été discutée incidemment, mais non résolue; seulement on a remarqué une certaine tendance à réputer dangereuse l'application du système de la séparation continue de jour et de nuit.

» Au congrès de Padoue, tenu en 1842, la discussion ayant été reprise, un vote s'en suivit favorable à ce système. Et comme on n'avait pas eu le temps d'examiner un système *mixte* qui s'était produit, et qui participait à la fois du système d'Auburn et du système de Philadelphie, une commission permanente fut instituée à Milan, dans le but de soumettre à un nouvel examen les trois systèmes en question, et de rendre compte des résultats de cet examen au prochain congrès de Lucques.

» Au congrès de Lucques, tenu au mois de septembre 1843, la commission de Milan conclut, à la majorité de cinq contre deux, contre le système mixte et contre le système d'Auburn, et se prononça, à la même majorité, en faveur du système de Philadelphie, non seulement sous le rapport hygiénique, mais encore sous le rapport moral, pénal et économique.

» Ces conclusions, et les considérations longuement et savamment développées dans le rapport de la commission sous tous les points de vue de la question pénitentiaire, donnèrent lieu à une discussion fort animée entre les adversaires et les partisans des trois systèmes en présence, discussion qui n'amena, du reste, aucun vote pour ou contre, l'assemblée ayant reconnu, à l'unanimité, que les congrès sont institués pour discuter académiquement, non pour décider. Ainsi fut close la discussion, sans autre délibération sur le rapport de la commission milanaise.

» C'est ainsi que, sur la proposition de M. Moreau-Christophe, se termina la même discussion au congrès scientifique tenu à Lyon en 1841. Sur ces sortes de questions, les académies et les corps savans ne peuvent qu'opiner et discuter; les chambres législatives seules peuvent juger et voter. »

— Un document statistique authentique et curieux classe le département des Basses-Pyrénées au nombre de ceux où la longévité ordinaire est la plus considérable, et il le place au premier rang pour la moyenne annuelle des décès de l'âge de 100 ans et au-dessus.

En jetant les yeux sur le tableau du mouvement de la population pendant l'année 1842, nous allons trouver, dans les chiffres officiels, la confirmation la plus complète de ces données statistiques.

Dans le cours de l'année 1842, le nombre des décès de l'âge de 85 à 90 ans a été de 218 pour le département des Basses-Pyrénées; de 101 pour l'âge de 90 à 95 ans; de 27 pour l'âge de 95 à 100 ans.

Il est à remarquer que les femmes veuves sont celles qui en obtenu, à beaucoup près, la plus grande longévité.

Le département des Basses-Pyrénées a vu mourir, dans le cours de l'année 1842, 11 centenaires, et sur ce nombre de personnes, qui ont vécu de 100 à 105 ans, il s'est trouvé 7 veuves.

— La source jaillissante de Vichy, récemment découverte par M. Brosson, a été tubée dans toute sa profondeur, et ce volume d'eau considérable, dont le premier jet s'était élevé d'abord à dix mètres d'élévation, s'échappe à cette heure par un tuyau recourbé vers le sol d'un mètre et demi environ de hauteur, avec un frémissement qui s'entend du jardin de l'établissement. — Il est faux que le volume des eaux des autres fontaines, et notamment du puits Carré, ait subi aucune diminution, ainsi que le bruit s'en était répandu ces jours derniers. On écrit, au contraire, de Cusset, que le jaugeage des sources démontre que toute crainte doit disparaître à ce sujet.

L'inventeur prend du reste toutes les dispositions nécessaires pour tirer promptement parti de sa découverte; déjà des matériaux sont conduits sur place, et vont bientôt servir probablement à construire un bassin convenable pour la fontaine et peut-être même à des travaux d'édification d'une autre nature.

(ECHO DE L'ALLIER.)

— DE LA PUBERTÉ ET DE L'AGE CRITIQUE CHEZ LA FEMME, AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE, HYGIÉNIQUE ET MÉDICAL, ET DE LA PONTE PÉRIODIQUE CHEZ LA FEMME ET LES MAMMIFÈRES; d'après un ouvrage couronné à l'Académie royale de médecine; par M. A. RACIBORSKI, docteur en médecine, ex-chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. — Grand in-18. Prix : 6 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

DE L'HUMORISME MODERNE.

La médecine clinique s'est engagée depuis quelques années dans une voie de recherches fécondes sans doute en résultats utiles; mais d'où elle espère à tort, selon nous, rapporter un corps de principes positifs capables de résoudre les plus grandes difficultés de la théorie et de la pratique. Nous voulons parler de ses travaux sur le sang, le liquide le plus précieux de notre système humoral. Si les prétentions annoncées par la nouvelle école humoriste ne nous paraissent pas assez largement constituées pour occuper l'attente de leurs propagateurs; elles rendront au moins dans leurs efforts de réalisation des services éminens; ne serait-ce qu'en ouvrant une nouvelle carrière d'investigation et en protestant par ces efforts mêmes contre la tendance du premier tiers de ce siècle à ne voir dans les maladies et dans leur traitement que l'action exclusive des solides. Ce n'est pas sans raison que nous avons qualifié d'humorisme la doctrine en question. En effet l'école dont il s'agit se donne à elle-même ce nom, et de plus elle se flatte de renouer par ses principes la chaîne des idées traditionnelles transmises là-dessus à travers Hippocrate et Galien. Cependant nous ne croyons pas que le nouvel humorisme soit le fils naturel et légitime de l'antique doctrine grecque et romaine; nous croyons plutôt que la nouvelle école continue à son insu les erremens de l'anatomie pathologique, qu'elle ne conserve réellement avec l'humorisme primitif que des liens factices et qu'elle n'est à vrai dire, nous le répétons, qu'un aspect spécial de l'anatomisme contemporain. Un mot avant de passer outre sur l'antique humorisme d'Hippocrate et des Galénistes, afin de mieux éclairer les titres généalogiques de l'humorisme actuel.

Hippocrate et tous les anciens après lui pensaient que les liquides de l'économie participaient comme les solides au genre d'activité dont sont donés tous les corps vivans. Ils avaient en partage la sensibilité, la motilité, ainsi que la faculté de se reproduire, et cela par leur constitution propre, par cela seul qu'ils étaient vivans. L'admission de ce principe formait la base de la physiologie antique d'après laquelle toutes les molécules du corps fournissaient leur contingent à l'action et à la réaction si remarquables dans les jeux fonctionnels. Ces médecins ne s'enquéraient pas encore si la vitalité des solides était le point de départ de celle des liquides, si les liquides l'engendraient dans les solides. Satisfaits des résultats immédiats de l'observation, ils proclamaient par leur doctrine, l'activité intime, essentielle des solides comme des liquides, ne soupçonnant même pas qu'on pût jamais mettre en doute si un point quelconque de l'économie vivante était déshérité de la vie de l'ensemble. La pathologie recevait nécessairement l'empreinte de ces considérations physiologiques; aussi les anciens professaient que les humeurs des corps vivans étaient susceptibles d'altérations particulières, qu'elles pouvaient

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XV.

CHERVIN (NICOLAS).

Opum contemptor, recti pervicax, constans adversus metus.

(Tac., hist. iv, 5.)

« Quiconque exagère n'a rien dit, et celui que l'on ne croit pas n'a point loué. » (Chamfort.) Ces paroles d'un écrivain célèbre du dernier siècle doivent, surtout être méditées par celui qui veut honorer la mémoire du médecin, objet de cette esquisse. En effet, raconter simplement ses travaux, sa constance, ses privations, ses souffrances et sa fin, ce serait en faire l'éloge le plus vrai et le plus complet. Essayons donc de suivre cette voie, tracée par le bon sens et la vérité. D'ailleurs un pareil exemple de dévouement à la science, de désintéressement dans la conduite, et sans doute aussi les souvenirs d'une longue amitié, pourront peut-être suppléer à ce qui manque au peintre pour tracer comme ils devraient l'être un caractère si beau, une vie si pure et si bien employée.

Chervin naquit à Saint-Laurent d'Oins, arrondissement de Villefranche, département du Rhône, le 6 octobre 1783. Ses parens, agriculteurs aisés, le firent étudier au collége de Villefranche, puis à Lyon. Cependant, l'époque vint où il dut se décider pour une profession quelconque. Du consentement de ses parens, il choisit la carrière du commerce. Dans cette intention, il arriva à Lyon, avec une lettre de recommandation que lui avait donnée M. Fournas, beau-père du célèbre artiste Ellevion. Comme il allait présenter cette lettre à M.···, auquel elle s'adressait, il rencontra un de ses condisciples, nommé Petit, qui l'engagea à venir un instant avec lui à une leçon d'anatomie faite par M. Montain aîné. Dans cette leçon, il s'agissait de décrire le *sphénoïde*. Cet os bizarre, très compliqué dans sa forme, est, comme on sait, la clé de voûte des os du crâne. Mais le professeur en fit une description si claire, si méthodique, si élégante même, que Chervin resta frappé d'admiration. Il fut quelques jours pensif et absorbé; puis, pour me servir de l'expression d'une secte religieuse, il sentit en lui *l'impulsion de l'esprit* médical, et se voua corps et âme à l'étude de notre art. Comme il était de ces hommes de nature énergique, qui font leur voie et qui la suivent, dès le lendemain il se fit inscrire au nombre des élèves de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et il assista avec exactitude aux cours de ce grand établissement. Peu de temps après, il vint à Paris; puis les années légales d'études étant strictement écoulées, il se fit recevoir docteur en médecine : c'était en 1812. La *polygamie*, tel fut le sujet de sa thèse, qu'il dédia à un magistrat déjà célèbre et son ami, feu M. de Marchangy. Dans cette thèse remarquable, Chervin accumule

être lésées dans leurs facultés sensitives et motrices, qu'elles pouvaient souffrir également des altérations de composition. Ils allaient même plus loin, car ils admettaient des altérations humorales indépendantes des solides, persuadés que si les liquides recèlent une vie propre, ils doivent être exposés aussi à des pertubations essentielles. Quelques écoles ne s'en tinrent pas àces termes. Mais forçant outre mesure des opinion sages et rationnelles, ils en vinrent à contester aux solides les attributs précieux qu'ils concédaient si libéralement aux liquides, et à établir en principe que toute vie émanait de ceux-ci, tandis que les solides n'en possédaient pas d'autres, si même ils en possédaient que celle qui leur était répartie par les liquides. C'était, comme on voit, la contre-partie de nos derniers solidistes qui voulaient eux que les liquides fussent absolument inertes et que l'activité dont ils pouvaient offrir des témoignages leur fût fournie par les solides.

Nous n'avons résumé jusqu'ici qu'une des face de l'humorisme antique; c'est le côté fondé sur l'activité de l'économie, le côté purement physiologique. Or il en existait une autre consacré spécialement aux vices de composition des humeurs, c'est en quelque sorte la partie anatomique ou matérielle de nos liquides. En effet, suivant les anciens, les liquides étaient accessibles à des dégénérations moléculaires, indépendamment des lésions de leurs facultés actives : ils se changeaient quelquefois les uns dans les autres, de là l'hypérémie ou pléthore sanguine, lorsque le sang primait les autres liquides, la diathèse bilieuse, muqueuse, séreuse, lorsque c'était plutôt la bile, la sérosité ou la lymphe ; ensuite ces liquides s'altéraient dans leur composition ou dans leur mixtion, de manière à contracter des qualités étrangères et même délétères ; c'est ainsi que dans le catarrhe, la sérosité perd ses qualités douces pour prendre une âcreté ulcéreuse ou corrosive ; enfin les liquides recevaient du dehors ou par voie héréditaire des germes de détériorations particulières, tantôt un vice scrofuleux, tantôt un vice goutteux ou arthritique, tantôt un vice cancéreux. Tels étaient les principes généraux de l'humorisme des anciens, principes qui se sont altérés, modifiés, étendus et développés en passant par diverses écoles et en s'associant aux progrès des sciences chimiques et physiques. Mais le fond de cette doctrine n'a pas sensiblement varié. Le voici, nous le croyons, dans son expression la plus abrégée. Les liquides du corps vivant sont pourvus des forces ou facultés dont l'organisme lui-même est doué. Ces liquides jouissent d'une composition ou d'une structure spéciale qui permet de les distinguer et de les classer : les principaux, les plus naturels sont le sang, la bile, la lymphe ou matière muqueuse, la sérosité ou matière séreuse. Voilà l'humorisme sous le rapport physiologique. Considéré sous le rapport pathologique, les principes de cet humorisme se réduisent à ceux-ci. Les liquides sont susceptibles de s'altérer de deux manières, tantôt dans leurs facultés sensitives ou motrices ; tantôt dans leur constitution matérielle ou organique. Ils subissent relativement aux lésions de la première classe les mêmes affections que l'ensemble de l'économie ; en outre ils sont passibles dans leur composition moléculaire d'altérations plus ou moins profondes et provenant de diverses sources, qui en dénaturent les conditions originelles ou qui en pervertissent les qualités. Ce ne sont pas là, à beaucoup près, les principes de l'humorisme moderne. Voyons en quoi ils consistent pour en apprécier la différence et les similitudes.

L'humorisme actuel ne s'occupe guère que du sang ; il se propose d'abord de reconnaître quelles sont dans le sang de quelques espèces d'animaux à l'état de santé ou de maladie, les proportions diverses de la fibrine, des globules, des matériaux solides, du sérum et de l'eau. Les conséquences de ces recherches établissent que les chiffres qui représentent dans le sang des animaux l'état normal de la fibrine et des autres principes indiqués diffèrent sensiblement d'une espèce à l'autre. Ainsi la fibrine a donné sept moyennes différentes comprises entre les chiffres 2,1 et 4,6. Ces recherches ont été pratiquées sur des porcs, sur des chevaux, sur des chiens et sur des bêtes à cornes. L'homme à qui ces résultats sont rapportés tient à peu près le milieu entre les animaux qui possèdent beaucoup de fibrine dans le sang et ceux qui en ont peu ; chez ces animaux on trouve pour l'état physiologique des maxima et des minima de fibrine qui chez l'homme ne se rencontrent que dans l'état de maladie. Ainsi la santé du cheval est compatible avec un sang qui contient 5 en fibrine, et celle d'un chien l'est avec un sang qui ne fournit plus que 1,6 de ce principe. On ne saurait juger de la quantité des globules contenus dans le sang d'un animal par celle de la fibrine qu'il possède. Ces deux élémens restent quant à leur quantité dans une complète indépendance. En effet, les animaux qui ont le plus de fibrine ne sont pas ceux qui ont le plus de globules et *vice versâ*. Il n'y a du reste que le chien qui contienne plus de globules que l'homme, comme les autres animaux désignés précédemment lui sont inférieurs sous ce rapport. La force de la constitution entraîne chez les différens individus d'une même espèce une augmentation très appréciable du chiffre des globules. En améliorant les races par le croisement, on fait augmenter ce chiffre. La moyenne des matériaux solides a varié chez les différentes espèces de 75 à 92, et celle de l'eau de 774 à 813.

Ces considérations anatomiques sur le sang servent de marchepied à quelques considérations pathologiques. L'analyse du sang de divers animaux atteints de phlegmasies aiguës très variées a fourni constamment une augmentation de fibrine. Dans la cachexie aqueuse connue sous le nom de pourriture chez les moutons, le sang s'est trouvé modifié de la manière suivante. Sa fibrine normale était augmentée, ses globules, au contraire, avaient subi une telle diminution qu'ils étaient tombés jusqu'aux chiffres 30, 25, 14. Les matériaux solides du sérum, et par conséquent l'albumine qui en fait la plus grande partie, avaient également diminué notablement, L'eau, de son côté, s'était considérablement accrue. On en a trouvé 930 sur 100. La cachexie aqueuse chez les moutons, et l'albuminurie chez l'homme, sont les deux seuls cas pathologiques dans lesquels on voit s'abaisser d'une manière aussi frappante le chiffre de l'albumine du sérum ; cependant, les moutons atteints de pourriture ne présentent pas d'albumine dans l'urine. Mais ils ont des milliers de douves dans le foie et des hydatides dans les poumons. Du reste, l'existence de cette maladie, même à un haut degré, n'exclut pas les phlegmasies aiguës très caractérisées. Alors les chiffres des globules du sang restent à l'état inférieur, mais la quantité de fibrine augmente, nonobstant la faiblesse générale et l'extrême appauvrissement du sang. Il paraîtrait que l'augmentation de la fibrine se lie ainsi à l'intervention des maladies aiguës, chez les sujets très affaiblis, bien que le chiffre des globules sanguins se soit abaissé considérablement. Nous avons un peu insisté sur les détails de ces recherches, parce qu'elles résument, par des faits sensibles, le caractère et les tendances de la doctrine humorale de notre époque. Il faut remarquer que cet ensemble de travaux exécutés en commun par MM. Andral, Gavarret et Delafond, que nous citons comme un sommaire de la nouvelle doctrine, est loin de conte-

---

une foule de preuves pour démontrer que cette institution convient aux climats où elle existe depuis nombre de siècles.

Cependant, à cette époque, la France était sous la menace d'une invasion, l'empire napoléonien fléchissait de toutes parts. Non seulement nos soldats périssaient écrasés par le nombre des armées ennemies, mais un fléau redoutable, le *typhus nosoçomial*, en faisait succomber une grande partie dans les hôpitaux. Le gouvernement envoya plusieurs jeunes médecins pour étudier la maladie, et Chervin fut du nombre de la commission destinée pour Mayence, où le typhus sévissait avec une violence extrême. Ce fut dans cette campagne que, par un malentendu assez bizarre, il pensa être pris par l'ennemi, dont il reconnut fort à propos les vedettes et l'uniforme.

En 1815, les événemens politiques ayant ramené l'ennemi en France, Chervin prit parti parmi les *guérillas* ou corps de partisans qui s'organisèrent à cette époque. Mais voulant être utile de toute manière à son pays, il partit avec sa trousse et son fusil ; bien pourvu de cartouches et de charpie, il fit le coup de feu, puis il fit des pansemens, la guerre et la chirurgie selon le temps, l'occasion et l'urgence. Toujours prêt à secourir ses compagnons soit en exposant sa propre vie, soit en tâchant de conserver celle des autres. Déjà l'on voyait poindre cette foi du martyre, ce dévouement aux intérêts suprêmes de l'humanité qui l'ont depuis si noblement distingué. Son austère jeunesse et sa précoce maturité développèrent ensuite rapidement ces sentimens innés chez lui ; car il ne se souciait guère surtout alors de faire du bruit, de soulever un peu de cette poussière que, dans son orgueil, l'homme appelle de la gloire.

La paix faite, Chervin se hâta de revenir à Paris. Son intention était d'étudier les maladies un an ou deux dans les hôpitaux, puis d'aller exercer la médecine à Lyon ou à Villefranche. Une circonstance bien minime en décida autrement. Étant à déjeûner avec quelques médecins, ses amis, on parla de la fièvre jaune ; plusieurs soutinrent qu'elle était contagieuse. Chervin dit que ce qu'il avait *lu* à cet égard ne l'avait point convaincu qu'elle eût ce caractère. Qu'en savez-vous ? dit un des assistans. Je pourrais, répondit Chervin, en trouver quelques preuves. A coup sûr, répliqua son adversaire, ce ne sera pas aux bords de la Seine. Eh bien ! ce dernier trait, enfoncé jusqu'au vif de l'amour-propre, décida des opinions de Chervin, de sa fortune, de son temps, de ses travaux, de sa vie entière. En effet, dès le lendemain, il écrivit pour qu'on eût à vendre une partie de son patrimoine et avoir quelques fonds. Peu de temps après, obéissant à cette loi éternelle, qu'on ne fait rien de grand sans de grands efforts, muni de peu d'argent, mais d'un grand fond de courage, de patience et d'énergie, il partit pour l'Amérique ; il courut non pas à la conquête de la *toison d'or*, mais à la recherche d'une maladie dangereuse, horrible, l'effroi des Européens, le fléau des pays où elle règne.

Personne n'ignore les travaux, les fatigues, les dangers de cet illustre médecin, nous pouvons lui donner ce titre, car quiconque est utile à l'humanité agrandit la science et honore sa profession, mérite à coup sûr ce nom d'illustre. Chervin, dirigé par les élancemens d'une vocation ardente, visita tous les endroits où la fièvre jaune avait régné à différentes époques. Il se rendit d'abord aux Antilles ; il y exerça même la médecine, notamment à Saint-Domingue, à la Guadeloupe et à la Martinique. Il parcourut les États-Unis, la Louisiane, et séjourna assez longtemps à la Nouvelle-Orléans. Il s'embarqua pour Cayenne,

nir tous les résultats obtenus d'après ses principes. M. Magendie s'efforce, de son côté, dans des expériences très ingénieuses, de découvrir le mécanisme des inflammations, en se fondant, comme dans les recherches précédentes, sur les altérations physiques et anatomiques du fluide rouge. Ces expériences, qu'il ne cesse de poursuivre avec un zèle si louable, l'ont conduit, chose digne de remarque, aux conséquences déjà formulées dans les livres des médecins mécaniciens. Il y a néanmoins cette différence importante, entre les résultats des expériences modernes et ceux établis par les mécaniciens du dix-septième siècle et du commencement du dix-huitième, que les premiers résultats n'avaient d'autres bases que des aperçus théoriques, tandis que les seconds se fondent, et sur l'observation directe, et sur l'expérimentation. Quoi qu'il en soit, dans les deux écoles, les principes sont exactement semblables, à l'égard du mécanisme des phlegmasies : en effet, elles établissent l'une et l'autre que les inflammations proviennent par l'empêchement des globules rouges à traverser les capillaires, ou par un arrêt de la circulation capillaire sur les points affectés. Beaucoup d'autres médecins sont entrés dans la même voie d'investigation : les uns étudiant l'origine des globules rouges, les autres recherchant l'influence de la position sur la circulation générale; ceux-ci s'attachant à fixer le degré de la température dans divers points du trajet de l'arbre circulatoire, ceux-là se bornant à caractériser les altérations appréciables de ce fluide sous telle ou telle condition physiologique ou anormale ; tous employant à l'appui de leurs déterminations et de leurs recherches le concours de l'observation directe, des expériences sur les animaux et des applications du microscope.

Ce n'est pas tout encore. Ces travaux dispersés éclairent, si l'on veut, les questions particulières dont ils s'occupent; mais, dans leur état d'isolement, ils ne se rattachent que partiellement aux sciences physiologiques et pathologiques. Eh bien! un travail spécial de M. Andral a pour but de coordonner les connaissances acquises par toutes ces observations, et d'instituer sur ces données un système général de pathologie. Analysons cette importante phase de l'humorisme actuel. Elle nous donnera la véritable clé de ses principes et de sa méthode. Dans son hématologie pathologique, M. Andral se propose de déterminer la nature et le traitement des maladies d'après la détermination des caractères appréciables du sang. Des conditions préliminaires devaient préparer la solution de ce problème. La première, de multiplier assez le genre d'observations pour se prémunir contre les illusions; la seconde, de commencer par se faire, à l'aide de ce nombre suffisant d'observations, une idée aussi exacte que possible de la nature du sang à l'état normal. Or, l'examen du sang, tel qu'il est donné de le soumettre à nos explorations, ne saurait s'appliquer que sur les trois points suivans. On peut étudier ses qualités physiques, sa couleur, sa chaleur, sa densité; sa constitution chimique, et enfin pénétrer, à la faveur du microscope, jusque dans son intimité moléculaire. M. Andral a tâché de satisfaire à cette triple condition. Ses principes d'hématologie pathologique résultent en effet de ses recherches laborieuses dans ces trois directions. En conséquence de ces notions, M. Andral rapporte à trois sources toutes les altérations de ce fluide : 1° la disproportion entre les élémens constitutifs du sang ; 2° les altérations chimiques ou physiques imputables à ces élémens ; 3° l'intervention des principes hétérogènes parmi les matériaux propres du sang. Nous prendrons acte que la partie de l'hématologie pathologique publiée jusqu'ici ne traite encore que de la première catégorie d'altérations, et qu'elle ne s'occupe même, dans cette ligne, que de la disproportion anormale entre les globules, la fibrine, les matériaux solides (albumine et sels) du sérum et l'eau du sang humain.

L'essai d'hématologie pathologique rattache les altérations du sang à la pléthore, à l'anémie, aux pyrexies, aux phlegmasies, aux hydropisies, aux névroses et à plusieurs maladies organiques : c'est à peu près, comme un voit, la grande majorité de nos principes morbides. Au début de toute maladie, le sang peut se présenter, sous le rapport de ses globules, dans deux états contraires, savoir la pléthore et l'anémie. Les symptômes observés dépendent simplement du nombre proportionnel des globules. M. Andral reconnaît aussi qu'il est plus facile de priver le sang de ses globules que de les y reproduire. Une pyrexie peut naître avec toutes ses variétés de forme et de gravité, quelle que soit la proportion des globules, la fibrine n'augmentant jamais. Sous ce rapport, les pyrexies se distinguent des phlegmasies dans lesquelles on rencontre toujours une augmentation de la fibrine. L'anémie est caractérisée par une grande diminution des globules rouges. Beaucoup de lésions organiques, par exemple la phthisie tuberculeuse, le cancer, s'accompagnent toujours, à leur début au moins, de l'état du sang particulier à l'anémie. Dans les névroses, enfin, les globules sont souvent moins nombreux que dans la condition normale. Toutefois, M. Andral admet des névroses qui ne se trahissent par aucun état sensible du sang.

D'innombrables conséquences découlent de ces prémisses, relativement au diagnostic et à la thérapeutique de toutes ces maladies. Par exemple, si, au début des maladies, il n'y a souvent que des doutes à l'égard de l'état hypérémique ou anémique, on conçoit avec quelle circonspection il faut procéder, avant de prendre parti pour ou contre les émissions sanguines. La circonspection, commandée à cette époque où il serait pourtant si nécessaire de se décider, s'évanouit bientôt dès que la quantité relative des globules vient à se dessiner. Dès-lors, procédez hardiment par les affaiblissans et par les saignées, si le nombre des globules excède considérablement le chiffre régulier ; ou bien, au contraire, gardez-vous des débilitans et remplacez-les résolument par les toniques et les excitans, si la masse de cet élément reste bien au-dessous de la masse requise. Dans tous les cas néanmoins, une réserve extrême dans l'administration des débilitans doit nous être imposée, puisque les globules rouges deviennent si difficiles à remplacer. Quant aux pyrexies, la proportion des globules ne paraît rien indiquer, puisqu'elle peut varier à tous les degrés, sous toutes les formes et par toutes les mesures d'intensité du mouvement fébrile. Il en est autrement des phlegmasies. La surabondance des globules rouges ne manque jamais de dénoter le besoin des débilitans et des saignées. Les névroses placent fort souvent le sang dans un état d'anémie qui doit interdire cet ordre de moyens thérapeutiques, et leur faire préférer les moyens propres à rétablir la crase du fluide rouge. Ces aperçus suffisent à justifier de la fécondité des principes de l'hématologie de M. Andral. Maintenant, quelle est la valeur de ces principes, et quels sont leurs rapports avec l'ancien humorisme?

Le trait caractéristique de l'ancienne doctrine, c'est la proclamation de la vitalité des humeurs, non-seulement du sang, mais de tous les liquides. Elle admettait que les liquides étaient animés du même genre d'activité que les solides, et qu'ils étaient à ce titre impressionnables comme eux, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie. Dans ce système, les liquides participaient en vertu de cette activité aux mouvemens réguliers

---

dont le climat est des plus dangereux ; il voyagea ensuite dans une partie de l'Amérique du sud, passa dans l'île de Cuba, et il resta quelque temps à la Havane. Quand il apprenait que la fièvre jaune régnait dans un pays, tout aussitôt il y courait avec le plus grand empressement : c'était pour lui le pays d'*Eldorado* qu'il chantait. A peine arrivé, il prenait les informations les plus minutieuses, notait tout, examinait tout, les lieux, le climat, la saison, les habitudes, le régime; il interrogeait les médecins, les magistrats, les habitans de toutes les classes, jusqu'aux nègres et aux esclaves ; il se faisait délivrer des certificats soigneusement légalisés de tout ce qu'il pouvait apprendre. C'était l'ardeur, l'analyse minutieuse, la scrupuleuse rigueur d'un homme qui veut connaître la vérité, la dire et la montrer dans tout son jour. S'il avait le bonheur qu'on lui confiât quelques malades atteints de fièvre jaune, il ne les quittait pas ; il les étudiait et les observait jour et nuit. Bien des fois il a goûté de ces funestes déjections ou vomissemens noirs, *vomito prieto*, selon l'expression espagnole, qui épuisaient les malades jusqu'au dernier moment. Bien plus, Chervin, voulant s'assurer des désordres organiques, ouvrit furtivement des cadavres sous le soleil des tropiques et dans une température de quarante degrés. Rien ne pouvait ni l'arrêter, ni le lasser, ni l'effrayer. Il luttait avec cette ferme et haute volonté, partage de ces hommes irrévocablement dévoués à une idée, qui veulent toucher le fond d'une question et connaître la chose en elle-même, s'il est possible, dans toute sa réalité, *ipsissima res*, comme dit Bacon.

Malgré ses fatigues et ses dangers, Chervin, plus heureux que le docteur Valli, ne fut en aucun temps malade de la fièvre jaune. Il avait même à cet égard la superstition de croire qu'il était dans son étoile de ne jamais en être atteint, cette maladie le connaissait trop bien pour oser l'attaquer.

Son immense récolte de faits terminée, Chervin partit pour l'Europe : mais à peine a-t-il touché le rivage, apprenant que la fièvre jaune régnait en Espagne, il y courut en toute hâte. Là, continuant ses recherches dans le midi de la péninsule, il vint à Cadix, où il se trouva bloqué par l'armée de la flotte sous le commandement du duc d'Angoulême. Deux bombes françaises tombèrent sur la maison qu'il habitait. De Cadix, il se rendit à Barcelonne, où précédemment une commission de médecins français s'était exposée si courageusement aux atteintes de la maladie ; il y augmenta son répertoire de documens, de renseignemens authentiques, donnant à sa fameuse devise, *factis non verbis*, une valeur toute nouvelle ; enfin, il revint en France, chargé de trésors scientifiques amassés peu à peu, à grands frais et par d'incroyables fatigues. Son opinion était formée, et désormais formée d'une manière inébranlable. La voici le plus substantiellement possible :

Que la fièvre jaune avait une origine paludéenne ; que son degré de violence et de gravité provenait des circonstances d'un climat excessif ; qu'elle n'était point contagieuse ; enfin, que les lazarets et les quarantaines devaient être considérées comme onéreux au gouvernement, et essentiellement nuisibles au commerce.

Le but de Chervin était non seulement de faire prévaloir cette opinion, alors peu en faveur, mais de publier les documens qui l'appuyaient ; c'était, selon lui, le seul moyen de forcer l'erreur dans son dernier retranchement. Il vint donc à Paris, en 1824, et s'établit dans une chambre de la plus chétive apparence ; il ne voulait, disait-il, y rester que six mois tout au plus, et il l'habita près de *dix-*

des fonctions, et pouvaient être primitivement le sujet des causes de leurs perturbations, de même qu'ils agissaient directement dans les efforts de l'organisme pour rétablir l'équilibre. Peu occupée de leurs qualités physiques, ses notions en ce genre se réduisaient à une appréciation confuse de leur aspect, sans s'inquiéter de leur constitution intime. L'humorisme moderne renverse précisément l'ordre d'investigation de la doctrine ancienne. Il ne tient aucun compte de l'activité inhérente aux liquides de l'économie; mais il creuse avec une ardeur infatigable toutes leurs circonstances physiques et chimiques. Nous retrouvons entre les deux doctrine les différences si souvent remarquées entre les tendances médicales des deux époques : chez les anciens, l'observation des phénomènes généraux de l'économie et des grandes manifestations de la vitalité; chez les modernes, une étude profonde des faits individuels et des phénomènes de détail, avec une attention fort superficielle aux caractères généraux. On voit dès lors quelle distance sépare l'humorisme ancien de la nouvelle doctrine, ou plutôt qu'il n'existe entre les deux doctrines aucun point de contact direct. La doctrine ancienne roulait exclusivement sur les considérations de l'activité vitale des liquides; la doctrine moderne ne s'occupe exclusivement que de la structure matérielle des humeurs, de leurs formes et de leur constitution organique. La première se rapporte au rôle confié aux liquides dans les fonctions et les affections de l'économie, la seconde n'est relative qu'aux modifications physiques et chimiques de la matière des liquides. L'ancienne doctrine enfin ressort presque exclusivement de la physiologie et de la pathologie, tandis que la nouvelle rentre tout entière dans l'anatomie normale ou morbide et dans les sciences physiques ou chimiques.

Un fait certain cependant c'est que les liquides du corps vivant ne se comportent pas, à beaucoup près, qu'on les prenne à l'état pathologique ou dans leur état normal, comme se comportent les liqueurs qui roulent dans les machines de notre fabrique. Ils partagent d'une manière sensible les facultés particulières que nous sommes contraints d'admettre dans les corps vivans. Ce qui est vrai, non seulement pour le sang, mais encore pour tous les liquides depuis le fluide spermatique qui donne directement l'impulsion qui crée même, de toute pièce sous des conditions prescrites, l'être vivant, jusqu'à la matière des excrétions, qui recèlent, comme on sait, le germe de beaucoup de maladies, on qui, reprises par les organes, même aux dernières limites de leurs conduits, vont servir en partie à la nutrition et à l'assimilation. Leur rôle dans l'économie est dû principalement à cette empreinte mystérieuse, à ce cachet spécial qu'elles tiennent de leur constitution propre; et la preuve, c'est qu'une fois séparées du milieu dans lequel elles jouissaient en quelque sorte de la plénitude de leurs facultés, elle ne sont plus qu'une matière brute, analogue, par rapport au système dont on vient de les séparer, aux autres corps étrangers, et absolument incapables, avec quelque précaution qu'on les replace au sein de l'économie, d'y recommencer ou d'y continuer leurs premiers offices. Quelque idée qu'on se forme enfin de leurs attributions dans les actions et les affections des corps vivans, il restera toujours hors de doute qu'ils en exerçent de très actives, que leurs seules qualités physiques et chimiques ne justifient pas suffisamment. Là gît précisément la lacune de l'humorisme moderne; il passe à pieds joints sur les fonctions des liquides comme partie intégrante du système vivant et il se laisse entièrement absorber par des considérations d'un caractère différent.

Un autre fait certain est le suivant. Si les liquides de l'économie ont des fonctions distinctes de leurs qualités physiques ou chimiques, on ne saurait nier néanmoins qu'il n'existe un lien quelconque entre ces fonctions et ces qualités. Tout le monde sait que ces qualités subissent à travers les nombreuses chances de la vie une foule de modifications en relation presque invariable avec les conditions de la santé et de la maladie. Par exemple, les humeurs n'offrent ni la même coloration, ni la même densité, ni les mêmes proportions dans leurs principes, chez les individus qui diffèrent par leur âge, par leur sexe, par leur genre de vie, par leur tempérament; le même individu éprouve sans sortir de l'état de santé des vicissitudes journalières de ce genre qui correspondent aux fluctuations incessantes de sa manière d'être et de vivre. La langue du peuple a consacré même les plus frappantes, ce qu'il exprime en disant que le sang s'épaissit, se glace, s'échauffe. Or, tous ces changemens, toutes ces vicissitudes de la masse des humeurs ou d'une fraction de cette masse traduisent, répètent sous des formes physiques appréciables les vicissitudes et les changemens ressentis dans leurs facultés spéciales. L'état de maladie met surtout en relief les rapports intimes entre les caractères généraux des humeurs et leurs caractères particuliers comme matière vivante. Qui ne connaît la densité et la coloration du sang dans une maladie inflammatoire? qui ne sait combien ce sang ressemble peu à celui des sujets cachectiques, affectés de chlorose ou d'hydropisie? qui n'a vu la fonte générale, l'espèce de résolution aqueuse qui accompagne assez souvent les lésions organiques comme les cancers, les scrofules? Qui se méprendra jamais aux différences du système humoral dans le scorbut, dans l'infection mercurielle, dans l'infection purulente? Il y a donc, on ne peut le révoquer en doute, une correspondance étroite, profonde, complète entre les impressions normales ou pathologiques des humeurs et leurs modifications ou altérations physiques. Or, c'est justement ce que la doctrine humorale des anciens n'a pas assez compris, c'est là que gît son côté faible : elle a démêlé avec une merveilleuse sagacité les circonstances physiologiques et pathologiques des humeurs dans leurs rapports avec leurs impressions et les affections; mais elle a négligé, elle n'a pas creusé les circonstances de ces impressions ou de ces affections qui peuvent se réfléchir dans l'aspect et la structure de la matière humorale. Cette négligence s'explique par l'imperfection des connaissances accessoires de la médecine, par l'absence des moyens d'explorations empruntées à la physique et à la chimie.

Aujourd'hui l'avancement des sciences ne laisse guère à désirer. Les systèmes d'expérimentation nous mettent en mesure d'interroger la nature comme il nous plaît et quand il nous plaît; l'art micrographique nous permet de sonder jusqu'aux derniers replis de la constitution des solides et des liquides; l'observation de l'état matériel du corps vivant nous promet en un mot et réalise chaque jour les plus grands progrès. Voilà nos avantages et notre gloire; mais ce n'est pas assez. Ces solides, ces humeurs roulent et fonctionnent sous des influences, au milieu de circonstances et d'après des lois qu'il n'importe pas moins de comprendre et d'apprécier. Les anciens, peu distraits par les détails, se sont livrés tout entiers à cet ordre de recherches, et ils l'ont fait, on doit le dire, avec succès : c'est là leur mérite et leurs droits à notre reconnaissance. La médecine humorale actuelle a besoin de marier ses tendances, sa méthode, avec les tendances et la méthode pratiquées par l'antiquité. Si elle se renferme dans la direction qu'elle affecte, elle ne développera, elle ne perfectionnera que l'aspect matériel et anatomique de l'humorisme; quant à

---

neuf ans, sauf un dernier changement de peu de temps, et son excursion à Gibraltar, où il fut envoyé en 1828 pour y étudier une épidémie de fièvre jaune, avec M. le docteur Louis et le professeur Trousseau. Chervin n'ignorait pas que les opinions contraires à la sienne étaient encore puissantes, pour plusieurs motifs; mais il n'hésita pas à les attaquer hautement et directement, à déclarer la fièvre jaune non contagieuse, et par conséquent l'inutilité des lazarets et des quarantaines. Ce fut là son vœu, son but unique, le mobile de ses efforts, le principe de ses écrits, son affaire principale, son *delenda Carthago*. La différence des caractères se justifie sans doute par la différence des organisations et de l'éducation, mais aussi par les influences si sérieuses, si décisives des circonstances et des événemens; Chervin en est le témoignage le plus manifeste. Dans ses voyages, il avait fait preuve de courage et de force; il fit voir les mêmes qualités, mais sous une autre forme. Pas un instant il ne douta de la victoire, car il faisait l'honneur aux hommes de croire que ce qui est réellement utile ne pouvait être ni longtemps, ni efficacement combattu. Son énergie passionnée, sa ténacité contentieuse, son argumentation pressante, incisive, libre, franche et nette, fut d'abord remarquée; il attaquait sans relâche ses adversaires, il les étreignait, les pressait, les harcelait, les accablait par une masse de faits, de preuves, de documens, d'autorités, de citations difficiles à réfuter. Jamais, peut-être, le ceste de la polémique scientifique ne fut manié avec plus de force, plus d'habileté et de persévérance; c'était l'éloquence grave et mesurée de la science et de la raison élevée à ce point qui saisit l'esprit, qui captive l'intérêt et dompte les préventions. Lorsqu'un nouvel adversaire se présentait dans la lice, *osant* avancer la contagion de la fièvre jaune, tout aussitôt notre athlète infatigable se présentait pour l'attaquer, le sommant au nom de la science, de l'humanité, de déduire ses faits et ses preuves, qu'il réduisait bientôt à la nullité, à l'absurde, bien qu'il n'ait jamais eu recours à cette polémique insultante et calomnieuse, triste ressource des cœurs méchans et des petits esprits. Du reste, Chervin, un de ces hommes rares qui possèdent une plume et une pensée libres, foulant aux pieds toutes les grandeurs d'opinion, ne tenait aucun compte de la position de ses adversaires; je sais, disait-il, honorer tout ce qui est honorable; mais aussi, dans l'occasion, « je sais mépriser Monseigneur et l'antichambre. » La vérité avant tout, la vérité par dessus tout, voilà le but qu'il voulait atteindre et frapper. Sa diction rendait parfaitement la physionomie de sa pensée; simple, austère, ferme et de bon goût, il préférait cent fois à ce brocart de style éclatant et affecté, si commun aujourd'hui, l'exposition des faits, l'argumentation substantielle, vive et pénétrante, qui toujours marche droit, démasque le sophisme, sonde et découvre en tout sens le vide et le creux.

Avec une opinion si hautement prononcée, avec une dialectique si vigoureuse, Chervin dut trouver des adversaires, des embarras, des entraves, des tracasseries, des déboires, des inimitiés, sourdes et patentes, rien ne lui manqua sous ce rapport; on le regarda comme un brouillon, un novateur, presque comme un anarchiste; on traita sa manière libre et hardie d'énoncer son opinion, de franchise hors de propos, d'intempérance de sincérité dignes de blâme; mais il s'attendait aux difficultés, aux dénégations plus ou moins hostiles; aussi n'en fut-il point étonné. Je suis assez fort, disait-il, pour braver l'injustice, l'ingratitude, la malveillance et même la misère, cet implacable ennemi de l'homme social; eh bien! je saurai tout supporter; et il a tenu parole. D'ailleurs, sa vie austère,

la doctrine humorale, elle échappera infailliblement à ses conceptions étroites, car l'humorisme, comme la médecine elle-même, doit s'appuyer tout à la fois et sur les notions de l'état matériel des organes, et sur les notions de leur activité ou de leur dynamisme.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur BOUCHUT, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté, médecin adjoint du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris, membre de la Société anatomique.

Parmi les diverses affections épidémiques qui sévissent chaque année dans la capitale, il en est une qui a déjà fort souvent attiré l'attention des médecins, c'est la fièvre épidémique des femmes en couches. Son action paraît concentrée sur les maisons d'accouchement, et déjà le bruit s'en est répandu au loin. Les infortunées que la misère ou la honte pousse dans ces asiles n'ignorent pas le péril qui les menace, mais elles combattent contre la nécessité qui les oblige à braver les hasards de l'épidémie. Dans ce dernier effort de courage, elles sacrifient à la fois leur instinct de conservation et les sentimens si ardens de l'amour maternel.

Déjà de nombreux travaux, entrepris dans le but de remédier à tant de misères, ont fait connaître les caractères de ces épidémies qui se reproduisent tous les ans, dont la forme varie sans cesse et dont l'instabilité déconcerte en même temps les spéculations de la prophylaxie et les ressources de la thérapeutique. Il n'existe qu'un caractère qui puisse les rapprocher entre elles, c'est l'obscurité qui environne leur apparition et qui accompagne leur développement.

Les premiers historiens de la fièvre puerpérale, oublieux de la cause principale des accidens, l'avaient considérée comme une péritonite, et cela sans doute parce que tel en était le caractère anatomique principal; bientôt l'on décrivit une métro-péritonite, puis une phlébite, puis une lymphangite puerpérale, altérations variables, engendrées et modifiées par la même cause. Cette cause inconnue dans son essence, mais trop évidente dans ses effets pour n'être pas admise aussitôt, devait désormais dominer cette partie de la pathologie; et les prétentions que l'on avait eues de rapporter la fièvre puerpérale à l'affection d'un seul organe furent abandonnées. Une fois dans cette direction l'on apporta autant d'empressement à généraliser ces connaissances nouvelles qu'on avait mis de lenteur à les accepter. Il n'y a pas lieu de s'en plaindre. Aujourd'hui la presque totalité des médecins regardent la fièvre puerpérale comme une condition spéciale individuelle, ou un état particulier de l'organisme des femmes en couches dans lequel la plus minime des impressions détermine des désordres multipliés, frappant plusieurs organes à la fois, passant rapidement à la période de suppuration et entraînant la mort avec une promptitude effrayante. Telles sont les opinions émises dans les leçons de Desormeaux, des professeurs Moreau, Dubois, et adoptées dans les travaux récens de MM. Tounelé, Vuillemier, Tardieu, etc. Telles sont celles que je partage avec mon maître M. le professeur Trousseau. Elles sont le résultat des nombreuses observations dont nous allons entreprendre l'analyse.

L'épidémie de fièvre puerpérale qui sévissait l'année dernière sur la maison d'accouchement et décimait les femmes en couches portait aussi ses ravages dans la ville et atteignait d'une manière plus éloignée l'hôpital des Cliniques. Elle fut d'une violence extrême. Quelques femmes succombèrent quelques minutes après la couche au moment même de la délivrance; un plus grand nombre survécurent deux ou trois heures; déjà il y avait du pus de formé dans les vaisseaux. Celles dont la vie se prolongea plus longtemps présentaient avec ces affections vasculaires des désorganisations profondes des viscères et des suppurations des séreuses. Beaucoup offrirent une variété de phlegmon suppuré, fort bizarre, borné au tissu cellulaire placé autour des articulations sans altération des membranes synoviales. Un grand nombre aussi avait des abcès dans les muscles.

Toutes ces altérations développées quelques jours après la couche constituent les accidens primitifs de la fièvre puerpérale. Ils se développent pendant le séjour des femmes à l'hôpital. Mais il arrive fréquemment que ces malheureuses sortent au huitième ou au neuvième jour de l'accouchement, emportant avec elles les germes de la maladie qui ne peut tarder à paraître. Elles viennent alors réclamer des soins dans les hôpitaux ordinaires présentant des phénomènes fort différens de ceux qu'on observe aux jours les plus rapprochés de l'accouchement. Ainsi les symptômes typhoïdes sont plus rares, la maladie est plus bénigne et paraît s'être localisée dans un organe, dans les ovaires, les ligamens larges, les veines des membres, etc. Ce sont des accidens secondaires qui pour être moins graves que les précédens ne méritent pas moins d'être étudiés puisqu'ils se rattachent à l'influence puerpérale et que d'ailleurs ils n'ont pas été mentionnés dans les descriptions qu'on a faites des dernières épidémies.

Persuadé de l'utilité et de l'intérêt qui se rattachent à l'étude de la fièvre puerpérale, j'ai voulu compléter le tableau des altérations de cette maladie en traçant la relation de l'épidémie observée à Necker, dans le service de M. le professeur Trousseau, où sont reçues un grand nombre de nouvelles accouchées et de nourrices venant de la Maternité ou de toutes les parties de la ville.

Pour que l'on puisse facilement apprécier tout ce qui se rattache à cette épidémie, j'en tracerai d'abord une esquisse à grands traits, afin de ne pas laisser d'équivoque dans la narration. Puis, analysant les faits qui lui servent de base, je développerai rapidement, à l'aide de la statistique, l'ensemble varié des altérations offertes par les malades, et je viendrai ensuite à décrire ces complications avec plus de détails, laissant dans l'ombre celles que le petit nombre de matériaux nous a empêché d'étudier, et mettant en relief au contraire celles qui sont plus souvent offertes à notre observation. Après cet exposé pathologique, j'établirai ce que l'on doit entendre par fièvre puerpérale, en la considérant comme un élément immatériel, subversif des lois pathologiques ordinaires, déterminant au même moment, chez les nouvelles accouchées, une foule de désordres viscéraux ou organiques, variables suivant la diversité des causes et les résistances individuelles. J'entrerai alors dans l'étude des symptômes, des causes, et je terminerai par l'exposé des divers moyens thérapeutiques employés dans cette épidémie.

---

la simplicité de ses goûts, garantissaient l'indépendance de son caractère. Il fit face à tout; les brochures, les mémoires, les rapports, les lettres publiques et particulières, les dissertations, les articles de journaux, les pétitions à la Chambre, etc., coulèrent de sa plume avec une abondance, avec une verve intarissables. Plus la controverse devenait vive, épineuse, plus Chervin déployait de moyens, de ressources, plus il développait de ferme et saine raison, pour donner à ses idées sur la fièvre jaune cette force de sens, cet éclat de démonstration qui les fit passer de l'état d'opinion à celui de principe et de vérité scientifique reconnue. Toutefois, malgré les entraves qu'on lui opposait, et ses embarras multipliés, il obtint de belles compensations. Ayant soumis l'examen de ses documens à une commission de dix-huit membres de l'Académie de médecine, cette commission déclara presqu'à l'unanimité que ces documens, d'une grande valeur, devaient être considérés comme des preuves de la non contagion de la fièvre jaune, et cette conclusion fut admise par l'Académie, après une discussion aussi longue qu'animée. Peu d'années ensuite, et d'après un excellent rapport de M. Magendie, Chervin reçut, de l'Académie des sciences, un prix de dix mille francs, de la fondation Montyon. En 1832, il fut nommé, à une grande majorité, membre de l'Académie royale de médecine, où il comptait de nombreux amis; des journalistes, gens de cœur et d'esprit (1), lui ouvrirent largement les recueils qu'ils dirigeaient. Déjà, à son retour de Gibraltar, il avait obtenu la décoration de la Légion-d'Honneur.

(1) MM. Raige-Delorme, Fabre, Miquel et J. Guérin.

Bien plus, le gouvernement, abandonnant les erremens d'une routine ombrageuse, peu en rapport avec les connaissances actuelles, accueillit en partie les idées de Chervin. Des ordonnances, en date du 4 avril, du 11 juin 1835 et 13 novembre 1839, modifièrent les réglemens sanitaires relatifs aux quarantaines, en les réduisant considérablement. Mais, ce qui flattait surtout notre célèbre confrère, ce qu'il plaçait au-dessus de toute récompense, c'était de voir que l'opinion de la non contagion gagnant de plus en plus dans l'esprit public, il serait possible de briser tout à fait le joug *quarantenaire*, si pesant, si onéreux au commerce. Aussi, malgré ses succès, Chervin n'était pas homme à abandonner son entreprise; il connaissait trop bien le grand principe qu'il n'y a rien de fait tant qu'il reste encore à faire. C'était même là un des plus beaux côtés de son caractère, si remarquable sous tant de rapports.

Ce serait certainement dérober à Chervin une partie de sa gloire de passer sous silence toute la grandeur morale de ce philosophe-médecin. Un sage de l'antiquité a dit: *Celui qui s'est fait un caractère sait tout ce qui lui arrivera*, et ces prophétiques paroles sont en tout applicables à Chervin; dans les diverses les circonstances de sa vie, il en a éprouvé les bons ou les dangereux effets. Or, le trait le plus distinct, le mieux prononcé de son caractère, était la fermeté, c'est-à-dire une énergie à l'épreuve de tous les labeurs, de toutes les fatigues, de toutes les injustices. Juste, honnête, bienveillant, Chervin montrait, dans les actes ordinaires de la vie, cette tranquillité, cette sérénité stoïque qui annoncent une probité pour ainsi dire innée et la longue habitude de vivre en paix avec ce démon familier qui s'appelle *la conscience*. Il n'est peut-être pas d'homme qui ait plus scrupuleusement réglé ses actions d'après ses principes,

Cependant, j'ai voulu décrire à part une de ses complications les plus rares, la *phlegmatia alba dolens*, afin d'éclairer la nature, si obscure encore, de cette maladie. On trouvera, à la suite de ces travaux, les observations sur lesquelles ils s'appuient. Ces pièces justificatives, qu'il ne sera pas inutile de consulter, renferment encore des détails intéressans par eux-mêmes, ne se rapportant pas assez à notre sujet pour avoir été compris dans notre description.

TABLEAU GÉNÉRAL DE L'ÉPIDÉMIE.

Le fléau frappait des coups vigoureux et terribles sur la maison d'accouchement. Une multitude de victimes entassées témoignait de sa fureur. Un grand nombre succombèrent et beaucoup ne purent trouver place à l'infirmerie, devenue trop petite pour les contenir. On les dirigea sur d'autres hôpitaux. Quelques-unes, obligées de cacher une faute, déjà mourantes, trouvaient, à ce moment suprême, dans les considérations d'honneur assez d'énergie pour se faire entraîner loin de l'asile où la mort, pour cette fois indiscrète, eût révélé ce qu'elles voulaient ensevelir avec elles. Beaucoup, effrayées du péril, fuyaient aussitôt leur accouchement, malgré les dangers de cette précipitation. D'autres enfin, plus favorisées, sortirent au terme naturel des relevailles, les unes définitivement sauvées, les autre devant être encore atteintes par la maladie.

Les ravages furent moins grands dans la ville; mais là les faits sont disséminés. Le grand nombre de ceux qu'on ignore enlève beaucoup de valeur au petit nombre de ceux qu'on rencontre. Nous avons cependant reçu un assez grand nombre de malades accouchées chez elles. Ces faits doivent être opposés aux hypothèses faites sur les conditions de localité que l'on a regardées comme indispensables au développement de la fièvre puerpérale.

L'on a reçu, à l'hôpital Necker, 54 femmes atteintes par la fièvre puerpérale, 25 ont succombé.

36 étaient accouchées à la Maternité....		19 morts.
16	— à leur domicile..........	6
2	— à l'hôpital des Cliniques.	0
54		25

L'épidémie s'est présentée, à Necker comme à la Maternité, plus forte et plus intense dans les mois de l'année où la température est basse et humide. Elle se montra très véhémente dans les mois de janvier, février, mars et avril; puis elle cessa et reparut au mois d'août, pour continuer jusqu'à la fin de décembre.

La plupart de nos malades avaient déjà eu des enfans, 24 seulement étaient primipares.

L'épidémie que nous avons à décrire ressemble peu à celles qui ont été décrites. Quelques malades, atteintes chez elles ou à la Maternité peu de jours après la couche, ont offert les symptômes généralement observés dans la fièvre puerpérale. Un plus grand nombre, au contraire, frappées plus longtemps après la couche, n'ont présenté que les symptômes des complications dont elles étaient affectées. Cela vient, comme nous le démontrerons plus loin, de ce que si la fièvre puerpérale règne épidémiquement les accidens immédiats sont toujours plus graves que les accidens éloignés. Aussi, avons-nous dû tenir compte de cette différence. Nous avons mentionné avec soin les symptômes offerts par les malades soumises à notre observation, en les opposant à ceux qui ont été constatés chez des malades placées sous l'influence de conditions et de localités différentes. Notre collègue, M. Ducrest, interne à la Maternité, nous a rendu la tâche plus facile, en mettant à notre disposition une note détaillée sur l'épidémie de la maison d'accouchemens. Nous aurons souvent l'occasion de puiser à cette source.

Quelques-unes de nos malades se sont présentées avec les symptômes typhoïdes et ataxiques qui caractérisent si bien la fièvre puerpérale. Elles ont rapidement succombé; l'une sans aucune altération organique; les autres avec des suppurations en plusieurs points de l'économie. Comme sur les malades de la Maternité, ces suppurations avaient lieu de préférence dans les séreuses qui revêtent les organes ou qui tapissent l'intérieur des vaisseaux.

D'autres, en plus grand nombre, ayant offert des symptômes inflammatoires mieux dessinés, présentaient les altérations qui caractérisent les phlegmasies des parenchymes. Nous avons pu constater alors l'immense variété des lésions dont nous tracerons plus loin le tableau. Les inflammations des annexes de l'utérus ont été de beaucoup les plus fréquentes; mais nous avons aussi constaté les phlegmasies des muscles, du tissu cellulaire des membres, de celui qui environne les articulations, du poumon, du cerveau, etc.; chez la plupart des malades, il existait plusieurs de ces complications à la fois. Enfin, nous avons pu suivre quelquefois le développement de ces diverses complications, sans observer de réaction fébrile intense. C'est ce qui a eu lieu pour la péritonite, la pleurésie, et pour la *phlegmatia alba dolens*.

Ce court exposé retrace d'une manière infidèle, sans doute, le tableau d'une épidémie dont les atteintes sont multipliées et répandues sur tant d'organes à la fois. Il suffit pour en donner une idée générale autour de laquelle vont se grouper naturellement les faits que nous allons rapporter, en commençant par les altérations anatomiques.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.

Si l'on jette un coup-d'œil sur le tableau des complications observées dans le cours de cette épidémie, on y trouvera la série la plus complète qui se puisse voir des altérations de tous les organes et de tous les tissus. Toutes ces altérations, soit des séreuses, des synoviales ou des muqueuses, des parenchymes, des muscles du tissu cellulaire, des os, etc., s'ajoutaient les unes aux autres, étaient combinées entre elles, à tel point que, chez le même sujet, on retrouvait cinq ou six de ces altérations. Après les avoir énumérées, nous les examinerons tour à tour, afin de constater par l'analyse ce qu'elles peuvent offrir d'intéressant à connaître.

TABLEAU DES DIVERSES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES OU COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

54 malades.....			25 morts.
36 de ces femmes sortaient de la Maternité..			19
16 avaient accouché à leur domicile.......			6
2	idem	à l'hôpital des Cliniques.	0

PÉRITOINE. — Nous avons trouvé les *altérations du péritoine* combinées de la manière suivante :

---

et ils étaient sévères. Aussi, quel caractère simple et ferme! quelle mâle allure de cœur et d'esprit! quelle vaillance, quelle liberté de la pensée! De là cette modestie fière, cet orgueil plein de candeur, bien différent de l'orgueil de ceux dont l'amour-propre s'entoure de précautions et de raffinemens. Une chose digne de remarque, c'est qu'il y avait pour ainsi dire deux manières d'être dans Chervin; si l'on entrait dans le cercle de ses idées scientifiques, absolues, exclusives, on se trouvait en face d'une personnalité ardente, irritable, hérissée, toujours disposée à une indomptable résistance; hors de ce cercle, se voyait l'homme doux, coulant, aisé à vivre. Personne n'a mieux compris la nécessité, la fatalité du devoir, la logique de l'honnêteté, la protestation *quand même* de la probité contre l'intrigue; aussi, nul ne sut, mieux que Chervin, supporter les maux de la vie, les injustices, les petites déceptions, avec résignation. En causant *cœur à cœur* avec lui, on remarquait parfois cette expression d'ironie mélancolique, familière à ceux qui ont vu de près les hommes et commencé la vie par des mécomptes. Jamais on ne trouva en lui cette misérable indifférence, caractère de l'égoïsme énervé de certaines gens. Ce ne fut pourtant pas le juste opprimé, réduit à lancer en tombant de la poussière contre le ciel; Chervin, doué d'une héroïque rudesse de sentimens, savait au contraire, dans l'occasion, repousser l'injure et l'agression. Mais, dans ce cas, ce n'était jamais pour ses intérêts particuliers; aussi, à notre époque d'ambitions si pressées, de convoitises si âpres, si personnelles, son indifférence presque ascétique pour la fortune, étonnait comme une flagrante accusation contre cette fureur de places et d'argent qui pousse et enivre la foule de nos contemporains. Chervin fut réellement un de ces modèles du vieux temps des mœurs sévères, il eut une organisation morale tout à fait en dehors des types ordinaires. On peut dire que ce fut un honnête homme dans toute la grandeur et la magnificence de la chose, car il eut cette fleur d'or de bonne foi, de droiture et de raison qui en sont la base et la racine. Quand on le voyait agir, demander, solliciter, intriguer même, n'épargner ni pas, ni démarches, ni écrits, ni dépenses, qui n'aurait pensé qu'il s'agissait de lui et de ses propres affaires, d'une récompense, d'un emploi lucratif à obtenir? Nullement : le but de tant de soins était le bien public; il s'agissait de faire avancer la science, d'éclairer l'autorité, de ménager les finances de l'état, d'épargner des millions au commerce; et lui manquait de tout. Aussi sa vie et sa mort seront toujours un grand enseignement pour les hommes qui se vouent pleinement au bien de l'humanité, au culte de la science; on y trouvera un exemple d'abandon, de dévoûment, d'autant plus frappant qu'il est original et, pour ainsi dire, *sui generis*.

En considérant l'ensemble de ses qualités morales, on peut assurer que le caractère et le cœur dominaient évidemment. Son esprit était droit, juste et logique, mais négligé dans sa culture sous plusieurs rapports; il avait l'esprit du bon sens, c'est-à-dire l'esprit le meilleur et le moins cherché. En homme tout à fait pratique, la pensée de Chervin se renfermait strictement dans l'utile et le nécessaire, dans le résultat certain et le matériel; aussi fut-il à peu près étranger à la philosophie, aux arts, aux lettres, c'était à ses yeux autant de futilités; on eût dit que le compas de son intelligence ne pouvait s'ouvrir passé un certain angle. Il y avait, en effet, dans la direction de son esprit, plus de fixité que de ressources, plus de ténacité que de variété; de la force, de la puissance, mais peu de liant, de finesse et de souplesse. Toujours prêt à défendre l'utile, le beau,

12 faits de *péritonite*, dix ont été constatés par l'antopsie.

Dans ces cas, la *péritonite* existait isolément	3 fois.
Combinée avec des maladies d'autres organes	9
Et en particulier { avec la métrite	1
les annexes de l'utérus	4

UTÉRUS. — 10 faits de métrite; trois constatés par l'autopsie.

ANNEXES DE L'UTÉRUS. — Inflammation des ovaires	5 fois.
idem du ligament large	7
Présence du pus dans les trompes	2

Enfin, nous avons nenf fois observé des tumeurs de la fosse iliaque ou du petit bassin. Ces tomeurs, dont le siége ne pent être parfaitement précisé, ont disparu, les unes par résolution et les autres à la suite de la suppuration.

Ainsi la résolution a été observée	2 fois.
La formation du pus, son évacuation au dehors a eu lien :	
Par le rectum	3
Par la vessie	3
A l'extérieur au-dessus des pubis	1
Sans qu'on trouve de pus dans les excrétions, et la tumeur avait subitement disparu	1

L'un de ces abcès se fit jour en trois endroits différens, dans l'intestin, dans la vessie, et à l'extérieur an-dessus du pubis.

Enfin, une malade sortit avec sa tumeur déjà ramollie et passée à l'état de suppuration.

TUBE DIGESTIF. — Les altérations du tube digestif se sont présentées	9 fois.
Constatées par l'autopsie	3
Ulcérations de la muqueuse en dehors des plaques	1
Ulcérations des plaques elles-mêmes	2
VAISSEAUX VEINEUX. — Suppuration des veines de l'abdomen	2
Oblitération des veines par les caillots, membres inférieurs	6
Oblitération des veines du membre supérieur, de la tête et des sinus du côté droit de cette partie	1
Oblitération de la veine-porte	1
VAISSEAUX LYMPHATIQUES. — Pus dans ces vaisseaux	3
Pus dans le canal thoracique	0

Nous avons plusieurs fois rencontré les altérations de la cystite aiguë.

POUMON. — Nous avons trouvé la pneumonie sur	10 malad.
Sur lesquels il y avait, pneumonie lobulaire	3 fois.
abcès du poumon	0
apoplexie	1
tubercules	1
PLÈVRE. — Altération du tissu, avec épanchement de sérosité purulente	8
CERVEAU. — Encéphalite aiguë	2
Arachnitis	1

MUSCLES ET TISSU CELLULAIRE. — Nous avons trouvé des abcès dans les muscles sur	2 malad.
Le phlegmon diffus des membres, avec suppuration	1 fois.
Idem, idem, sans suppuration	2
Idem, du tissu cellulaire du petit bassin	3

ARTICULATIONS. — 8 fois nous avons observé la suppuration des synoviales articulaires.

6 malades ont guéri.
1 a succombé.
4 fois a eu lieu la suppuration du genou.
2 idem; de la hanche.
1 idem, du coude.
1 idem, dn poignet.
4 fois le gonflement des os était joint à la présence du pus dans ces articulations.

Toutes les malades ont guéri avec ankylose. Deux d'entre elles, affectées à la hanche, avaient eu la luxation spontanée du fémur.

PREMIÈRE SÉRIE. — AFFECTIONS DU VENTRE.

PÉRITOINE. — L'on a pendant longtemps considéré la péritonite comme l'altération la plus ordinaire de la fièvre puerpérale, et l'on a cru même qu'elle en était la cause déterminante. L'observation a fait justice de cette erreur, rendue encore plus évidente par l'analyse des faits, observés pendant l'épidémie de 1842. Nous n'avons rencontré l'altération du péritoine que chez douze de nos malades, et sur douze d'entre elles, l'altération a été constatée par l'antopsie. Dans les deux autres cas, la péritonite avait été diagnostiquée d'après les symptômes, mais les malades ont guéri.

Ainsi, péritonite	12 cas.
La maladie était isolée	3 fois.
Elle était réunie à d'antres altérations	9

Ce fut une fois avec la métrite, et quatre fois avec l'inflammation des annexes de l'utérus.

UTÉRUS. — Nous n'avons rencontré qu'assez rarement les altérations de l'ntérus décrites par quelques anteurs, car, ainsi que nous l'avons dit, la plupart des femmes atteintes de fièvre puerpérale qui venaient à l'hôpital Necker étaient déjà accouchées depuis assez longtemps et l'ntérus avait pu reprendre son volume. Nous n'avons observé que le ramollissement considérable de l'organe avec rongeur dn tissu et quelquefois infiltration purulente des sinus.

Métrite	10 faits.
Id., constatée par l'autopsie	3

ANNEXES DE L'UTÉRUS. — Ces parties sont fréquemment altérées, et les modifications de tissu qu'elles présentent sont vraiment fort curieuses à étudier, car elles penvent jeter de grandes lumières sur la marche encore fort obscure des abcès dn bassin.

Les ovaires sont fort souvent tuméfiés et ramollis, leur tissu est infiltré de sang à diverses périodes de transformation; il est même souvent converti en pus. Alors cet organe conserve le même aspect extérieur, seulement c'est un kyste contenant du pus phlegmoneux.

---

l'ingénieux ne le charmaient pas; il avait quelque chose de ce rude bon sens de Franklin, qui disait : « J'aime mieux un dindon qu'un aigle. » Ami constant, généreux, plein d'âme, il en prodiguait les preuves dans l'occasion; mais il arrivait souvent que les formes lui faisaient défaut; en sorte qu'on a pu dire de lui, comme d'un homme célèbre du dernier siècle : qu'il était très *effectif* en amitié, mais pen *affectueux* dans les apparences. Ses nobles et belles qualités sont ainsi restées plus d'une fois cachées dans son cœur, et par cela même peu connues. Il en fut de même de son esprit; tout entier à son but, à son idée, à son projet, peut-être s'est-il laissé aller trop de temps à une polémique sans fin, ni relâche; il y épuisa son temps, sa bourse et sa santé. Comment rassembler maintenant, coordonner ses recherches, ses principes, ses vues, disséminées depuis vingt ans dans une foule d'écrits, de brochures, de rapports, etc.? Lui seul pouvait en former un corps de doctrine; c'est nn ouvrage qui manque à la science, c'est un monnment qui manque à sa mémoire. Sans doute la vérité s'endurcit sous le marteau, il faut frapper fort et longtemps; mais quand les principes sont connus, pourquoi tarder à les réunir en faisceau pour leur donner plus d'éclat, de force et de durée?

Il est probable que Chervin eût accompli ce dessein si quelques années de plus lui eussent été accordées; surtout si sa vie militante, active, pénible, eût été tempérée par un pen de bien-être. Mais véritable martyr de son idée, toujours prêt à ponsser le dévouement jusqu'au sacrifice, jusqu'à la misère, jusqu'à la mort, il ne voyait rien au-delà. Toutefois, comme les premiers chrétiens, plein de foi et d'espérance, il aimait à dorer les sombres nuages de sa manvaise fortune par la perspective d'un avenir plus riant. N'ayant ni patrimoine, ni emploi, ni clientèle, ni protecteurs puissans, simple dans ses goûts, content de peu, uniforme dans sa vie, il n'avait d'autre affection, il ne se passionnait que pour la fièvre jaune qu'il avait comme personnifiée, et qu'on appelait sa compagne, son *héroïne*; le reste lui était égal ou indifférent. Aussi le besoin de tout se fit sentir, car le modique jeton de l'Académie de médecine était son nnique ressource. Chervin eut donc dans les derniers temps à lutter contre les trois plus grandes afflictions de l'humanité, la maladie, la vieillesse et la pauvreté, triple Euménide contre laquelle les hommes sont ordinairement sans énergie. Mais Chervin fut toujours le même : l'adversité le trouva armé de force et de patience; rien ne changea dans ses travaux, dans ses vues, dans ses habitudes; aucune plainte, aucune récrimination n'eut lieu de sa part, soit pour déprimer *ce qui est*, ou pour exalter *ce qui devrait être*, soit contre les hommes plus favorisés par la fortune. En aucun temps, il n'eut de jalousie ou d'envie contre un de ses confrères; jamais il ne jeta un regard de convoitise sur les positions opulentes, jamais il ne fut exposé au tourment de cette bile médicale si âcre, si corrosive dans certains cas. Hors le point scientifique de la non contagion de la fièvre jaune, il savait souffrir et se taire, sans effort, sans jactance philosophique, comme s'il était prédestiné aux vertus crucifiantes, comme si c'eût été son lot, son destin à accepter. Est-il rien de plus élevé, de plus digne, de plus sacré qu'une semblable pauvreté, fière et silencieuse avec les indifférens, ou qui confie dans le sein d'un ami des privations courageusement, quoique douloureusement souffertes? Sa vie bien que calme à la surface, égale en apparence, discrète par le dehors, fut tout un drame douloureux accompli dans les profondeurs intimes de l'âme. N'est-ce pas pour de tels hommes qu'on a des souvenirs, des

Assez souvent, et c'est là une remarque importante, le travail qui s'opère dans l'ovaire se communique à son enveloppe, des adhérences s'établissent entre elle et les parois du bassin, et cet organe perd ainsi toute sa mobilité. De plus, il faut savoir que le lieu de l'adhérence est influencé par quelques circonstances spéciales. Ordinairement l'ovaire qui plonge dans le petit bassin ne contracte d'adhérences anomales que dans cette région. Mais dans les jours qui suivent la couche, alors que l'utérus est encore très volumineux, l'ovaire occupe la fosse iliaque et, dans le cas d'inflammation, il adhère à cette partie. Alors le diagnostic des abcès ou tumeurs de l'ovaire devient excessivement difficile; si la tumeur est immobile et siége dans le petit bassin, on peut la confondre avec l'abcès du ligament large. D'une autre part, si la tumeur siége dans la fosse iliaque, le diagnostic n'en est guère plus assuré, puisque la confusion est possible entre ces abcès et ceux de cette région.

Les altérations du ligament large ressemblent beaucoup à celles de l'ovaire. Le tissu qui double ce repli du péritoine est comme spongieux, d'un rouge livide, quelquefois grisâtre, assez souvent dur, en commençant à se ramollir, de telle sorte qu'entre l'abcès confirmé et le premier degré d'injection on puisse constater toutes les transformations intermédiaires.

A part ces lésions, démontrées par l'autopsie, nous avons aussi à indiquer un grand nombre de faits semblables qui s'y rattachent évidemment; ce sont ces tumeurs du bassin qui ont parcouru leurs périodes d'une manière assez heureuse, et se sont terminées soit par résolution, soit par suppuration, qui se fit jour à travers l'intestin, la vessie ou les tégumens.

Inflammation des ovaires	5 fois.
Idem, du ligament large	7
Présence du pus dans la trompe	2

Les tumeurs de la fosse iliaque, ou du bassin dont nous parlons en ce moment se sont présentées 9 fois. Elles ont disparu soit par résolution soit par la fonte purulente.

Résolution	2 fois.
Suppuration, absorption ulcérative et issue au-dehors par le rectum	3
Par la vessie	3
Par l'extérieur, au-dessus des pubis	1
Disparition subite sans qu'on trouve de pus dans les excrétions	1

L'un de ces abcès se fit jour en trois endroits différens, dans l'intestin, dans la vessie et à l'extérieur au-dessus des pubis.

Enfin une malade sortit avec sa tumeur ramollie et passée à l'état de suppuration.

Tube digestif. L'on ne pourrait guère affirmer que la diarrhée persistante qui complique la fièvre puerpérale se rattache toujours à une altération de l'intestin. Cependant il est des malades chez lesquelles la diarrhée semble être le phénomène principal, la seule complication importante de la maladie. Lorsque les sujets succombent on trouve des altérations semblables à celles de la fièvre typhoïde et quelquefois l'inflammation isolée de la muqueuse qui environne les plaques, avec ulcération de cette membrane.

Ainsi nous avons observé :

Altérations du tube digestif chez	9 malades
Par l'autopsie	3 fois
C'était des ulcérations de la muqueuse en dehors des plaques	1
Ulcérations des plaques elle-mêmes	2

Vaisseaux veineux. Si l'on compare les accidens qui se développent pendant les premiers jours qui succèdent à l'accouchement avec les accidens puerpéraux, que j'appellerai consécutifs, parce qu'ils paraissent beaucoup plus tard, on verra qu'il existe entre eux d'énormes différences. Les accidens primitifs sont toujours très violens, ataxiques, et produits par l'infection purulente; les accidens consécutifs, au contraire, bien qu'engendrés par la même cause sont sans doute modifiés et par le temps et par la résistance du sujet; ils sont ordinairement moins graves et compromettent moins rapidement l'existence. Or comme nous étions placés un peu en dehors du foyer principal de l'épidémie, nous n'avons rencontré la phlébite purulente que dans un petit nombre de cas; tandis qu'à la Maternité, ainsi qu'il résulte des notes qui m'ont été communiquées par M. Ducrest, interne à cet hôpital, la phlébite et l'infection par le pus étaient une des altérations les plus fréquentes.

Par un contraste bien singulier et comme pour appuyer cette division des accidens puerpéraux primitifs et secondaires, nous avons observé à l'hôpital Necker une affection moins grave des vaisseaux veineux que l'on peut considérer comme une phlébite, pourvu que ce soit une phlébite d'un genre particulier. Elle ne se termine pas par la formation du pus dans le vaisseau, mais le sang s'y arrête, s'y transforme en caillots et produit l'œdème du membre. C'est la *plegmatia alba dolens*, la phlébite adhésive des auteurs. Eh bien! nous l'avons observée sept fois dans notre service; à la Maternité il n'y en a pas en d'exemples.

Voici l'analyse de nos observations quant à ce qui se rapporte aux vaisseaux veineux :

Suppuration des veines de l'abdomen		2 fois
Oblitération des veines de l'abdomen, par des caillots, veine porte		1
Oblitérat. des veines des membres supérieurs		1
Idem	idem inférieurs	6
Idem	de la veine pulmonaire	1
Idem	de la tête et des sinus de la dure-mère	1

L'oblitération veineuse liée à l'état puerpéral, c'est-à-dire la *phlegmatia alba dolens*, est un phénomène qu'on rencontre assez rarement pour fixer l'attention de ceux qui l'observent. C'est, de toutes les complications qui se sont manifestées dans le cours de cette épidémie, celle qui a le plus spécialement excité mon attention; il ne sera certainement pas sans utilité et sans intérêt de la décrire avec quelques détails. Voir à la fin de ce mémoire.

Vaisseaux lymphatiques. Les altérations du système absorbant ont été pour nous aussi rares que celles de la phlébite ordinaire. Nous n'avons rencontré que trois cas dans lesquels les lymphatiques du ventre fussent distendus par le pus. Quelques-uns de ces vaisseaux étaient rougeâtres, flexueux et irréguliers avec des renflemens de distance en distance remplis par une matière blanche que l'on faisait cheminer par la pression. On en trouvait de semblables dans le mésentère et sous le péritoine qui tapisse

---

regrets qui durent toute la vie, et Chervin est de ce petit nombre d'élite. Qui pourrait en effet oublier cet illustre médecin, quand on l'a vu dans son *petit garni*, avec son triste foyer, ses meubles plus que modestes, sa bibliothèque composée de deux planches, sa vaste malle poudreuse renfermant ses trésors, c'est-à-dire ses documens recueillis au prix de sa fortune, de son repos, de sa santé, de sa vie, sur une infinité de points du globe; et pourtant cette existence si modeste, si humble, si précaire, qui s'acheminait péniblement de douleur en douleur, d'obstacle en obstacle, a je ne sais quoi d'héroïque et de touchant qui vaut bien le bruit théâtral des plus brillantes destinées. Toutefois, malgré la force de son caractère, et comme sa délicatesse tenait de très près à une susceptibilité ombrageuse, à une fierté très irritable, Chervin eût succombé si de généreux amis qu'il ne nous est pas permis de nommer, ne l'avaient soutenu de leurs secours. Il accepta avec reconnaissance et sans hésitation, profondément convaincu qu'il s'acquitterait promptement, soit par les profits d'une grande clientèle qu'il espérait à la Nouvelle-Orléans, soit par les actes rémunératoires, *spontanés* du gouvernement et du commerce auxquels il avait épargné tant de millions. Malgré l'expérience, on est toujours étonné de cette naïve confiance des grandes ames, surtout à notre époque. Chervin en était doué au plus haut degré; par ses illusions, par sa candeur, il tenait sur ce point de la famille de ces utopistes qui pensent qu'être utile et laborieux suffit pour réussir, ou qui, espérant toujours, se laissent dériver à l'aventure, sur le courant des événemens, jusqu'à la pelletée de terre jetée sur leur cercueil, ce qui est la chose du monde la plus positive. Ce triste moment arriva pour Chervin plus tôt qu'on ne l'aurait pensé; il réunissait en effet les deux conditions les plus favorables pour vivre longtemps, une constitution solide et beaucoup de modération; d'ailleurs le travail et l'application l'avaient préservé de ces désirs sans but, de ces fougues d'imagination qui tourmentent la jeunesse oisive; cependant il n'a point prolongé sa carrière. Son aspect indiquait tous les caractères de la force, une grande vigueur physique à laquelle répondait cette vitalité morale qui le fit un de ces hommes forts à l'épreuve des joies, des labeurs et des peines de la vie. Il avait dans l'ensemble ce quelque chose de grave, de sérieux, de profond, qui annonce que l'esprit est fortement préoccupé, une sorte d'austérité poussée jusqu'au rigorisme, qui veut tout ou rien, cherchant toujours un modèle absolu, très rare défaut assurément. Sa manière d'être, sa vie, ses habitudes, furent un modèle de régularité, de simplicité devenue presque proverbiale parmi ses confrères. Quelle que fût la saison, la température, il était toujours vêtu de la même façon. Sans se refuser à la conversation, il avait un éloignement marqué pour les plaisirs bruyans. Les heures si longues pour les désœuvrés étaient toujours toujours trop courtes pour lui; aussi les ménageait-ils avec un soin méthodique, se gardant de les laisser s'envoler en distractions frivoles. Son appétit, ses repas, son hygiène, étaient réglés de manière à ne point sortir d'une stricte modération. Jamais il ne mania une carte de sa vie; il est douteux qu'il ait jamais mis le pied dans une salle de spectacle; enfin il est probablement mort dans cet état singulier et si rare dont parle Fontenelle à l'occasion de Newton. Ces d tails nous ont paru dignes d'intérêt, en parlant d'un médecin célèbre, dont l'ame et le caractère ayant je ne sais quelle physionomie d'un autre âge, lui réservent comme une place à part dans le nôtre. Nous les donnons d'ailleurs comme des éloges, or la louange qui honore le plus un homme de mé-

l'utérus. Quant aux ganglions, ils étaient rouges et ramollis; aucun d'eux n'était arrivé à la suppuration. Nous n'avons pas une seule fois trouvé du pus dans le canal thoracique.

A la Maternité, ces altérations des lymphatiques ont été très fréquemment observées. J'ai déjà indiqué ce fait d'une femme succombant quelques minutes après la couche, au moment même de sa délivrance. Elle avait du pus dans les lymphatiques du ventre. Il en était de même chez plusieurs autres de ces infortunées, qui succombèrent après deux, quatre, six et dix heures. Dans ces cas de mort si rapide, il paraît, comme me l'indique M. Ducrest, que l'altération des vaisseaux lymphatiques se présente avec des caractères spéciaux, différens de ceux que j'ai indiqués plus haut.

Ces vaisseaux sont encore fort petits, assez tendus, sans flexuosités ni renflemens; ils ont la couleur et l'apparence de petits filets nerveux avec lesquels on pourrait les confondre. On les en distingue à ce fait, que la pression fait circuler un liquide blanchâtre, ayant le caractère de pus, contenu dans leur intérieur. Ces recherches sont remplies d'intérêt, car elles tendent à démontrer des faits bien extraordinaires d'une part; c'est que la fièvre puerpérale peut exister avant l'accouchement, puisque l'on a trouvé du pus chez des femmes qui ont péri dans la parturition; d'une autre part, que l'on a pu laisser échapper les altérations des vaisseaux lymphatiques chez des malades dont l'autopsie n'avait révélé aucune modification de tissus.

Nous compléterons cette analyse des altérations pathologiques du ventre par une simple mention à l'égard de la vessie et du vagin, qui, dans les cas de tumeurs du bassin, participaient à l'inflammation et présentaient un retrait considérable; l'épaississement et la rougeur de la muqueuse, avec l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux; une modification des produits des sécrétions accompagnait ces altérations : l'urine épaisse, rouge, déposait au fond des vases un sédiment considérable; le flux vaginal était converti en une leucorrhée des plus abondantes.

DEUXIÈME SÉRIE. — AFFECTIONS DE POITRINE.

Il n'y a pas de rapport bien évident à établir entre les affections du poumon et la fièvre puerpérale. Cependant, par suite de l'état général qui domine tout l'organisme, les maladies du poumon qui paraissent à ce moment critique en reçoivent une impression fâcheuse. Dans d'autres cas, c'est l'état général qui préside au développement de la pneumonie. La pneumonie se rattache plus directement à la fièvre puerpérale et elle se présente alors à l'état de pneumonie lobulaire ou d'abcès du poumon, comme dans les cas d'infection purulente. Nous n'avons observé que la pneumonie lobulaire. Mon collègue de la Maternité a plusieurs fois rencontré les abcès de cet organe.

Ainsi nous avons constaté,	la pneumonie	10 fois.
	la pneumonie lobulaire	3
	les abcès du poumon	0
	les tubercules	1
	l'apoplexie pulmonaire, liée à l'oblitération de la veine pulmonaire	1

PLÈVRES. — On trouve dans les plèvres des altérations qui témoignent de la sympathie de cette membrane pour les autres séreuses.

Les produits sécrétoires sont toujours augmentés et l'on rencontre dans leur intérieur des produits nouveaux, des pseudo-membranes et des flocons albumineux.

Ces altérations se sont présentées chez huit de nos malades.

TROISIÈME SÉRIE. — AFFECTION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.

C'est un phénomène vraiment curieux que cette multiplicité de formes et que cette richesse d'anatomie pathologique dans les complications puerpérales. On s'interroge vainement pour trouver quels liens peuvent unir le cerveau aux organes ordinairement frappés par l'épidémie, et l'on ne peut se satisfaire qu'au prix d'une hypothèse, d'une inconnue qu'il faudra dégager du problème pathologique. Il faut le dire, l'influence qui domine l'épidémie est une de ces influences qui subjuguent l'organisme, répandent leur venin partout, dans tous les organes et dans tous les tissus, semblable aux mille têtes de l'hydre, qui toutes fascinent et dévorent les objets qu'elles embrassent de leur regard.

Je ne suis pas le seul qui ait constaté ces nuances infinies, ces formes diverses du fléau qui nous occupe; seulement j'insiste avec raison, je crois, sur tous ces phénomènes qui me paraissent avoir une grande importance. Dans l'épidémie de l'année dernière, à la Maternité, l'on a plusieurs fois constaté le ramollissement des couches corticales du cerveau, combiné avec l'arachnitis. Sur nos malades, il n'y a eu qu'un seul exemple semblable, c'était chez une femme accouchée à la Maternité, qui sortit de cet hôpital au huitième jour. Elle fut prise le lendemain de frissons et de douleurs de ventre, au dixième jour il paraît du délire, et le onzième on l'apporte à l'hôpital, sans connaissance, avec une hémiplégie complète. Elle succomba vingt-quatre heures après son arrivée, ayant une métrite, une phlebite utérine avec arachnitis et ramollissement des couches corticales du cerveau.

Une autre fois, chez une femme accouchée à la Maternité, prise trois jours après sa couche de coliques, de douleurs dans l'hypogastre, sans phénomènes fébriles marqués, et qui sortit de l'hôpital au neuvième jour, il se développa un abcès du bassin pour lequel elle entra à l'hôpital Necker. Elle succomba au bout de deux mois, ayant eu l'abcès dont nous venons de parler, et successivement une pleuro-pneumonie fort grave, une *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche, une *phlegmatia alba* du membre droit, une variole, et enfin une hémiplégie produite par l'inflammation du cerveau. Cet organe offrait, du côté droit, dans le centre ovale, une multitude de points rouges de la grosseur d'une tête d'épingle, formés par un mélange intime du sang avec la substance cérébrale, sans que toutefois il y eût formation de caillots. Chaque point semblait formé par une tache qui ressemblait à une pétéchie plus foncée au centre qu'à la circonférence; quelques-unes étaient entourées d'une petite auréole d'un jaune serin, formée par la substance cérébrale ramollie. Il y avait aussi des taches jaune serin de substance médullaire ramollie, sans infiltration sanguine au centre. Cette altération était fort étendue et donnait à la coupe du cerveau l'aspect d'un marbre blanc finement aspergé avec un pinceau chargé de matière colorante rouge.

Ce fait est peut-être le résultat d'une coïncidence fâcheuse qui a pu accumuler sur un même sujet autant d'altérations dissemblables; mais il faut cependant tenir compte de l'état puerpéral dans lequel se trouvait la femme dont nous parlons. Il n'a certainement pas produit les phénomènes

---

rite est celle qu'il ne peut entendre.

Cependant, malgré cette vie si méthodiquement conduite, Chervin à peine sexagénaire fut atteint, le 8 février 1842, d'une hémiplégie, suite probable d'une maladie du cœur dont il avait le germe. Sa position devint plus triste encore, mais il en supporta avec patience les longues et douloureuses angoisses, et jamais il ne lui vint dans la pensée de suspendre ses travaux, de cesser d'attaquer devant le public, dans l'Académie de médecine, dans les pétitions à la Chambre des députés où son éloge eut un si beau retentissement, grace à nos confrères députés eux-mêmes, MM. Bouillaud, Dezeimeris et Richond des Brus, la contagion de la fièvre jaune, les lazarets et les quarantaines. Son but, son idée fixe, son *delenda Carthago*, ne furent pas un instant écartés de son esprit par le mal horrible qui le pressait, qui l'étouffait. Ses souffrances furent telles qu'il se rendit à Bourbonne-les-Bains, à tort persuadé que ces eaux thermales pouvaient le soulager. Là des soins éclairés et affectueux lui furent prodigués par un excellent confrère, M. le docteur Therrin, mais inutilement; ses maux s'accrurent, et Chervin succomba le 14 août 1843. Il vit sa fin approcher sans faiblesse de cœur, sans trouble de raison; il répondit à l'appel de la mort avec calme et sérénité, comme il faisait toutes choses.

Tels furent les derniers momens d'un homme dont la haute indépendance de caractère, l'incroyable dévouement à une idée de progrès scientifique et de bien public sont si dignes d'éloges; qui se consacra entièrement au culte désintéressé d'une vérité pénible à acquérir, peut-être plus pénible encore à propager et à faire connaître; qui, sans dédaigner la fortune ni la rechercher, vécut pauvre, libre, fier, regardant comme un devoir l'austère immolation des satisfactions vulgaires; qui, constamment livré à ses travaux, n'ayant ni richesse, ni pouvoir, ni places, ni dignités, sut néanmoins conquérir un nom européen, l'estime unanime de ses confrères, une réputation d'honneur, de loyauté, d'élévation de sentimens, admirés de tous. Oui, il est beau de mourir ainsi, de se coucher dans la tombe sans que rien pèse à la tête et au cœur, c'est la fin d'un bienfaiteur de l'humanité, c'est véritablement le soir de la vie d'un sage.

R. P.

— Un hôpital d'enfans, comme il en existe déjà dans plusieurs grandes villes, va être érigé à Berlin, sous la direction des médecins Schaitzer et Levinstein.

— Le docteur Barbier, médecin de la quarantaine à Kars (Asie-Mineure) a péri dans les neiges, en se rendant d'Erzeroum à Kars.

— NÉCROLOGIE. Le 19 décembre est mort à Bruxelles le docteur Uyttevhoeven père, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean, etc. Ses obsèques ont eu lieu le 21, au milieu d'un concours nombreux de médecins et de délégués des divers corps scientifiques, parens et amis accourus pour rendre les derniers devoirs au défunt.

que nous avons énumérés; il n'en a même pas été la cause occasionnelle, mais il a influencé sur leur développement, qui n'eût pas eu lieu sans cette circonstance.

QUATRIÈME SÉRIE. — AFFECTIONS DES MUSCLES, DU TISSU CELLULAIRE ET DES ARTICULATIONS.

Ce qui pourrait assurer l'opinion des pathologistes qui considèrent la fièvre puerpérale comme une fièvre purulente, ce sont les altérations du tissu cellulaire et des synoviales et des muscles; altérations que l'on observe fréquemment à la suite de l'infection purulente consécutive aux grandes opérations chirurgicales. On pourrait assurément établir des rapprochemens plus mal fondés.

Les altérations des muscles, la présence d'abcès dans leur épaisseur est un phénomène que nous n'avons rencontré que deux fois; mais dans la note qui m'a été remise par M. Ducrest, sur l'épidémie de la Maternité, cette altération a été fréquemment observée. Ces abcès sont singuliers; ils sont souvent placés dans l'épaisseur des muscles et peuvent facilement échapper. Leur volume est peu considérable; ils sont remplis par du pus séreux qui semble en contact avec la chair musculaire, car il n'y a pas de membrane pyogénique. Les deux malades qui nous ont offert ces abcès avaient en outre : l'une une phlébite purulente, et l'autre une lymphangite des vaisseaux de l'utérus.

On trouve aussi très fréquemment le phlegmon diffus du tissu cellulaire, soit de celui qui double le péritoine du petit bassin, soit du tissu cellulaire des membres, soit enfin de celui qui environne les articulations.

Ainsi nous avons trouvé les abcès dans les muscles sur...	2 malades.
le phlegmon diffus des membres avec suppuration...	1 fois.
le phlegmon diffus des membres sans suppuration...	2
le phlegmon diffus du petit bassin...	3
le phlegmon diffus autour des articulations...	2

Il est une de nos malades chez laquelle ce phlegmon du tissu cellulaire avait envahi les deux membres inférieurs, depuis les trochanters jusqu'aux malléoles. La suppuration avait eu lieu, et il existait un décollement presque complet de toute la peau de l'étendue du membre. — On fit de nombreuses incisions, et cette femme guérit. Chez d'autres, il y ent seulement menace de suppuration, et la phlegmasie se termina par résolution.

Dans quelques cas, et c'est vraiment un fait fort curieux, ce phlegmon était borné au tissu cellulaire qui environne les articulations. Nous avons traité une femme qui, accouchée à Vaugirard, fut prise au huitième jour de douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs vinrent se placer un instant sur l'épaule, et se fixèrent définitivement au coude; il se fit un phlegmon diffus dans le tissu cellulaire qui environne cette articulation et le ginglyme se prit à son tour. On fut assez heureux pour arrêter la marche de la phlegmasie, et la malade en fut quitte pour une fausse ankylose. Un autre sujet, accouchée à la Maternité, vint avec un phlegmon diffus autour du poignet et autour du genou. Ce dernier paraissait devoir être fort grave. Il s'étendit du genou à tout le tissu cellulaire de la jambe; mais de nombreuses applications de sangsues, la compression faite matin et soir, l'application d'un cataplasme médicamenteux sauvèrent le membre de cette malade. On obtint la résolution de la phlegmasie.

A la Maternité, les exemples de cette altération ont été bien autrement fréquens, et M. Ducrest, auquel je dois tant de documens précieux, m'indique dans sa note qu'il a rencontré ce phlegmon autour de la plupart des articulations et principalement autour des articulations des doigts. Il s'établissait en ces points une douleur vive, de la rougeur vers un côté, puis le gonflement et la suppuration du tissu cellulaire sans qu'il y ait affection articulaire. Dans quelques cas exceptionnels, les surfaces de l'articulation et la synoviale participaient à la maladie et se trouvaient envahies par la suppuration.

Nous sommes conduits à examiner maintenant les affections articulaires qui peuvent, comme je viens de le dire débuter par les surfaces articulaires ou par les parties molles environnantes.

Nous avons observé sept fois la suppuration des synoviales. Six de nos malades sont guéris, l'autre a succombé. Voici comment ces arthrites puerpérales se sont offertes à notre observation.

Suppuration du genou...	4 fois.
— de la hanche...	2
— du coude...	1
— du poignet...	1

Sur quatre de ces malades, le gonflement des os était joint à la présence du pus dans les articulations. Si quelque chose peut étonner, c'est de savoir qu'à l'exception d'une seule femme, nous avons obtenu la guérison des autres. Cette curation a eu lieu dans tous les cas par ankylose, et chez les deux malades affectées dans la hanche à la suite de la luxation spontanée du fémur.

CINQUIÈME SÉRIE. — AFFECTION DU SANG.

On ne sait trop encore la valeur qu'il faut accorder à l'étude du sang des cadavres, car ce liquide a déjà subi un commencement d'altération. Il n'y a rien à retirer de l'analyse, c'est un principe admis; mais il n'en est plus de même de l'inspection des qualités physiques et de l'investigation faite au microscope. Avant d'entreprendre aucune recherche de ce genre, j'ai voulu me pénétrer de leur utilité, et il m'a semblé qu'elles devaient conduire à un résultat avantageux si elles fournissaient la connaissance d'altérations admissibles sans contestation. Or, ce qui frappe dans les fièvres puerpérales, c'est la décoloration, la liquéfaction du sang et le petit nombre de caillots contenus dans les cavités vasculaires. Jusqu'ici, ce n'est rien qu'on ne retrouve dans les fièvres graves et dans les typhus; mais voici un fait des plus intéressans sur lequel j'appelle toute l'attention des observateurs, car il vient confirmer les idées émises sur la nature de la fièvre puerpérale, considérée comme une fièvre pyogénique. Une femme accouchée chez elle, la veille de son entrée à l'hôpital, est amenée dans un état fort grave : l'intelligence presque anéantie, les traits bouleversés, la face jaunâtre, les yeux mourans, ne présentant aucune réaction, et indifférente à la douleur. Elle succomba au bout de quarante-huit heures.

L'autopsie ne révéla aucune altération des parenchymes et des vaisseaux. Ne pouvant en croire nos yeux et nous rappelant d'ailleurs les contestations qui succédèrent à la publication de faits de fièvre puerpérale dans lesquels l'autopsie n'avait donné que des résultats négatifs, nous cherchâmes vainement une altération capable d'expliquer une fin aussi rapide. En désespoir de cause, nous examinâmes le sang avec un élève du docteur Donné, fort habile dans les recherches microscopiques. Après avoir disposé l'appareil, nous pûmes, M. Robin et moi, constater, au milieu des globules rouges ordinaires, nullement altérés, un nombre considérable de globules plus volumineux, incolores, frangés à la circonférence, réunis par groupes de 4 à 10 ou isolés, immobiles entre les deux plaques de verre, tandis que les globules rouges circulaient autour d'eux comme l'eau autour d'une île. Le nombre considérable de ces globules empêche de croire que ce sont des *globules blancs* qui se trouvent isolés dans le corps de l'homme sain. En effet, une goutte de sang tirée du bras d'un homme sain n'a présenté dans le champ du microscope que 10 à 20 globules blancs au plus, tandis qu'une goutte du sang de cette malade, placée dans les mêmes conditions, a constamment présenté la proportion énorme de 130 à 150 globules que nous n'hésitons pas à appeler globules de pus. Nous avons répété huit fois cette observation, en renouvelant chaque fois les gouttes de liquide, et toujours nous avons trouvé le nombre de globules énoncé ci-dessus, ou des chiffres intermédiaires.

On ne peut adresser d'objection à un fait aussi évident que celui que je viens de rapporter, et à moins d'admettre que quelque collection purulente a échappé à l'autopsie, il faut croire que le pus peut se former de toutes pièces dans le sang, sans travail inflammatoire préalable. Au reste, c'est une opinion déjà émise par De Haen (*de generatione puris*); Home, Gendrin et quelques autres physiologistes, pensent aussi que le globule de pus n'est que le globule de sang transformé. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce fait, en parlant de la nature de la fièvre puerpérale.

Cette observation microscopique est la seule qui nous ait fait connaître des altérations aussi considérables dans les caractères physiques du sang. L'expérience a été renouvelée sur le sang des autres malades qui ont succombé, avec un résultat moins satisfaisant. Dans un grand nombre de cas, nous n'avons rien trouvé d'appréciable. Sur quelques femmes on retrouvait, mais en petite quantité, l'altération des globules qui paraissaient décolorés, un peu plus volumineux et moins réguliers dans leur circonférence. Quand, auprès de ces globules, on en trouvait d'autres tout-à-fait blancs, larges et frangés sur les bords, il ne nous restait aucun doute sur la présence du pus dans le sang, d'autant plus facile à admettre dans ces cas, que les femmes avaient des suppurations dans les vaisseaux lymphatiques ou veineux, et dans les parenchymes. Nous avons indiqué ces modifications spéciales à la suite de chacune de nos observations.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. PROVINCIAL MEDICAL JOURNAL.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1843 renferment les articles originaux suivans : 1° *Cas de coxalgie où les parties ont pu être examinées anatomiquement à l'époque où la maladie était en voie de guérison*; par M. Hindle. 2° *Traitement de la névralgie par le chanvre indien*; par M. Linch. 3° *Cas d'hydrophobie*; par M. Parker. 4° *Remarques sur le chanvre indien*; par M. Juglis. 5° *Crosseetylen dimning. Calcul de l'appendice vermiforme*; par M. Worthington. (Le calcul, étant sorti de l'appendice par une perforation de ses parois, avait donné lieu à une péritonite mortelle.) 6° *Recherches sur une affection hystérique de l'appareil vocal*; par M. Clayton. 7° *Ablation d'une tumeur érectile dans le creux poplité*; par M. Liston. (La tumeur était recouverte par le muscle demi-membraneux; de plus, sa nature franchement érectile fit que, à peine entamée par le bistouri, elle perdit beaucoup de son volume : cette double circonstance rendit l'opération difficile.) 8° *Cas remarquable de maladie cérébrale*; par M. B. 9° *Traitement de la dysménorrhée*; par M. Dyke. 10° *Deux cas, remarquables par leur similitude, d'ostéosarcôme du fémur, ayant nécessité l'amputation*; par M. Frogly. (Guérison dans les deux cas.) 11° *Observation montrant la connexion de la chorée avec les affections du cœur et le rhumatisme*; par M. B. 12° *De l'emploi du verbascum comme narcotique*; par M. Lane. 13° *Cas de pneumonie du sommet du poumon droit.* 14° *Abcès du foie et épingle trouvée dans le mésentère.* (Le malade mourut avec les symptômes d'une fièvre hectique. Le foie contenait deux vastes abcès. L'épingle était située dans le mésocolon transverse.) 15° *Du traitement de l'hydrocèle*; par M. Parsons. (Cas de guérison très prompte par l'injection iodée.) 16° *Du traitement du choléra spasmodique*; par M. Fife. 17° *Anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte, avec un étroit orifice, donnant lieu à un bruit de reflux*; par M. Henderson. 18° *Extraction de la cataracte des deux yeux*; par M. Walker. (Malgré l'évacuation d'une partie considérable de l'humeur vitrée, la guérison fut complète.) 19° *Observations sur les caractères microscopiques et sur le mode de développement des corpuscules sanguins*; par M. Barry. 20° *Hernie étranglée, opérée par le malade lui-même avec un rasoir, et suivie d'une cure radicale*; par M. Parsons. (Le malade fit une incision aux téguments. L'hémorragie qui en résulta amena une syncope, et ce fut à la faveur de cet état que la réduction fut obtenue.) 21° *Hémorragie par les surfaces muqueuses, due à l'administration du mercure*; par M. Badclyffe Halle. 22° *Cas de hernie fémorale*; par M. Morgan. (Une femme, souffrant depuis douze heures de coliques et de vomissemens, affirmait qu'elle n'avait jamais eu et n'avait pas non plus en ce moment de hernie. M. Morgan, portant la main dans l'aine droite, y trouva cependant une tumeur du volume d'un œuf de poule, dont la réduction fit à l'instant cesser tous les accidens.) 23° *Plaie du cou, ligature de la carotide primitive*; par M. W. Hey. 24° *Tableau statistique de 190 cas d'aliénation mentale*; par M. Hare. 25° *Cas de diabète montrant l'importance de l'abstinence de pain dans le régime du malade*; par M. Cowan. 26° *Deux cas de hernie étranglée suivie d'anus contre nature*; par M. W. Hey. (Guérison spontanée, dans les deux cas, de l'anus artificiel qu'avait amené la gangrène.) 27° *Anévrysme de l'aorte thoracique*; par M. Branson. 28° *Observation d'hydatides de l'utérus*; par M. G. King. 29° *De l'emploi du bain de vapeur et d'air chaud pour prévenir et pour guérir les maladies*; par M. Lynch. 30° *Cas de maladie hémorragique coïncidant avec une tuméfaction morbide considérable de la rate.* 31° *Congestion du foie, suivie de mort.* 32° *Tétanos traumatique guéri par le tartre émétique*; par M. Brown. (Le tétanos était dû à une légère plaie contuse du cuir chevelu chez un malade, et chez l'autre un coup d'épée ayant intéressé le tibia. L'émétique fut donné; chez le premier, à la dose d'un demi-grain toutes les demi-heures; chez le second, à celle d'un quart de grain tous les quarts d'heure.) 33° *Observation de colique des peintres*; par M. Wreford. 34° *Amputation de la mâchoire inférieure*; par M. W. Hey. (Ablation sans ligature préalable de la carotide, de presque toute la moitié droite de la mâchoire; guérison.) 35° *Rhumatisme aigu compliqué d'inflammation du cœur*; par M. Anderton. 36° *Moyen expéditif de guérir la blennhorragie*; par M. Conway Edwards. 37° *Affection fongueuse du pylore*. 38° *Cas heureux de transfusion du sang*; par M. Prichard. (Peu de détails sont donnés sur ce fait. Une femme, épuisée par une longue maladie, vomissait tous les alimens qu'on lui donnait. Seize onces de sang pris sur un jeune homme robuste furent injectées. La malade parut immédiatement revivre. Le lendemain, elle se plaignit seulement d'une sensation de plénitude dans la tête, et rendit à plusieurs reprises quelques gouttes de sang par les narines. Elle reprit graduellement de la force, et put s'alimenter.) 39° *Cas d'hématocèle du cordon spermatique*; par M. Teale. (La tumeur, produite par une contusion, avait, par sa position, quelque rapport avec une hernie étranglée; mais on l'en distingua grâce à la coloration livide des tégumens et à l'absence de douleurs abdominales et de coliques.) 40° *Fracture et commotion de la colonne vertébrale*; par M. Toogood. 41° *Mort subite simulant un empoisonnement par l'opium*; par M. Berncastle. 42° *Cas de diabète sucré avec autopsie.* 43° *Deux cas de hernie crurale étranglée*; par M. Morris. (Deux opérations suivies de guérison.) 44° *Cas de salivation d'une nature particulière*; par M. Tomkins. 45° *Des moyens de déterminer la position relative des viscères thoraciques et abdominaux*; par M. Sibson. 46° *Traitement du croup*; par M. Copeman. 47° *Deux cas de maladie du cœur où l'altération des valvules bicuspides ne fut indiquée par aucun bruit anormal.* 48° *Traitement des difformités produites par les cicatrices de brûlure au cou*; par M. James. 49° *De l'asthme des rémouleurs*; par M. Favell. 50° *Cas d'avortement criminel*; par M. Weekes. (Rien de bien intéressant.) 51° *Remarques pratiques sur les lésions de l'iris et sur la pupille artificielle*; par M. Estlin. 52° *Recherches expérimentales et pratiques sur le sang*; par M. Addison. 53° *Cas de dépôt de tubercules dans le crâne, chez un adulte*; par M. Suowden. 54° *Observation de filaire de Médine*; par M. Oke. 55° *Des exhalaisons marécageuses, de leurs causes, de leurs effets et du traitement de ceux-ci*; par M. Morris. 56° *De l'opportunité d'opérer la cataracte quand un seul œil est affecté.* (Aucun argument nouveau n'est apporté par l'auteur dans cette discussion déjà si débattue.) 57° *Cas de trachéotomie faite avec succès pour l'extraction d'une pierre tombée dans la bronche droite*; par M. Casson. 58° *Corps étranger retenu pendant près de dix ans dans les voies aériennes*; par M. W. Rose. 59° *Cas de trachéotomie*; par M. Griffith. (Opération faite avec succès pour un corps étranger.) 60° *Cas de diabète*; par M. Favell. 61° *Rupture du ligament rotulien*; par M. Toogood. (L'auteur n'a vu le malade que quinze mois après l'accident.) 62° *Luxation compliquée de l'astragale*; par M. Smart. (Luxation en dehors compliquée de plaie, mais sans fracture du tibia ni du péronée; on enleva l'astragale; le malade mourut. D'après cet exemple, l'auteur inclinerait à pratiquer de préférence, dans des cas semblables, l'amputation de la jambe.) 63° *Considérations sur l'irritation de la moelle*; par M. Morris. 64° *Sur l'affection pulmonaire des rémouleurs*; par M. Waterhouse. 65° *De l'hémoptisie dans la phthisie, chez les enfans*; par M. Hennis Green. 66° *Sur les polypes utérins*; par M. Murphy. (Rien de nouveau.) 67° *Entérite villeuse puerpérale*; par M. Oke. 68° *Monstre doublené au terme de la gestation*; par M. Allen. 69° *Observations de médecine légale*; par M. Deane. (Un cas de viol, n'offrant rien de particulier, et un cas de blessure par instrument tranchant que le malade voulait faire passer pour une plaie contuse.)

OBSERVATION SUR L'EMPLOI D'UN NOUVEAU DISSOLVANT POUR LES CALCULS DANS LA VESSIE; par M. A. Ure.

L'attention de l'auteur fut appelée, il y a peu de temps, en s'occupant de quelques recherches relatives aux maladies des voies urinaires, sur le carbonate de lithya qui n'a encore probablement jamais été employé en médecine. On trouve pourtant ce composé dans plusieurs eaux minérales de l'Allemagne et qui sont considérées comme d'une certaine utilité dans le traitement des affections calculeuses.

Le carbonate de lithya se dissout dans l'eau à la température de 60 degrés Fahr., dans la proportion d'un pour cent, et par cette faible solubilité il semble établir le passage entre la terre et les alcalis. Il a un léger goût alcalin qui n'est pas désagréable. L'analogie seule, car M. Ure assure n'avoir fait encore aucune expérience directe sur ce point, semble indiquer que ce sel traverse la circulation sans éprouver de transformation. Il a une telle affinité pour l'acide urique que si on fait bouillir de la *lépidolite* (minéral qui contient trois ou quatre pour cent de lithya) avec de l'acide urique dans l'eau il se forme de l'urate de lithya, M. Ure assure avoir vérifié lui-même l'exactitude de ce fait qui a été signalé par M. Lepowitz.

D'après ce dernier chimiste, une partie de carbonate de lithya dissoute dans l'eau et soumise à l'ébullition avec un excès d'acide urique, dissout quatre parties de ce dernier qui restent dans la solution après qu'elle s'est refroidie, et en effet l'urate de lithya est le sel le plus soluble que forme cet acide; il cristallise par évaporation, sous la forme de petits

grains qui exigent 60 parties d'eau à la température de 122° Fah. pour se dissoudre, et contient 14,4 pour cent de lithya.

L'auteur a constaté par l'expérience que la force solutive du carbonate de lithya est plus que double de celle du carbonate de soude, presque double de celle du carbonate de potasse et du borax, et huit fois plus forte que celle du bi-carbonate de soude, qui est, comme on sait, le principe actif de l'eau de Vichy.

Un calcul humain composé d'acide urique et alternativement de couches d'oxalate de chaux, ayant été pesé exactement après avoir été amené à l'état de repos hygrométrique, est placé dans une once d'eau distillée, contenant 2 décigrammes de carbonate de lithya et maintenu à la température normale du sang pendant cinq heures, et quand on le retire on trouve qu'il a perdu 5 grammes de son poids, ce qui donne une moyenne de un grain par heure. Ce calcul est profondément érodé sur un grand nombre de points, offrant de minces lames d'oxalate de chaux, entre lesquelles existent de profonds sillons; le menstrue avait pris une teinte d'un jaune pâle, et en se refroidissant laissa déposer un dépôt floconneux d'urate de lithya, dans lequel on distinguait à l'aide du microscope des houpes soyeuses cristallisées. L'acide hydrochlorique en précipite trois grains d'acide urique pur. Ces faits et quelques autres que nous jugeons inutiles de rapporter suffisent pour démontrer que l'action dissolvante d'une faible solution de lithya est supérieure à celle de l'eau de Vichy.

Un demi-gramme d'urate de soude (qui forme la base des concrétions goutteuses ou calcaires) mis dans une once d'eau distillée à la température du sang, se dissout complètement par l'addition d'un grain de carbonate de lithya, et la solution reste limpide et incolore, tandis qu'un demi-grain du même urate mis dans la même quantité d'eau et à la même température n'éprouve aucune modification.

Il est important de faire remarquer que quand de l'urine récente et normale est rendue alcaline par le carbonate de lithya, il n'en résulte aucun dépôt.

Une grande partie des calculs qui se trouvent dans la vessie humaine sont formés en tout ou en partie d'acide urique; or, de tous les dissolvans qui ont été indiqués jusqu'ici, il n'en est pas qui par sa rapidité et l'énergie de son action approche du carbonate de lithya. On conçoit, par exemple, que si, au moyen de l'injection, il est possible de diminuer ces calculs d'un grain et plus par heure, non seulement ce dernier perdra de son volume, mais il se déliera et ne tardera pas à tomber en petits fragmens qui seront entraînés par l'urine. Il serait possible cependant que, dans un certain nombre de cas, on fût obligé d'avoir recours à l'usage d'un instrument lithotripteur. Mais cela arrivera rarement. Quant à l'injection dans la vessie, elle aura pour effet plutôt de calmer que d'augmenter l'irritation de la vessie, si elle est faite d'une manière convenable. Sir B. Brodie n'a-t-il pas établi dans la vessie sans aucun inconvénient un courant d'un liquide composé de deux gouttes et demie d'acide nitrique par once d'eau distillée? Un chirurgien autrichien n'a-t-il pas tout récemment et avec succès fait une injection de vinaigre dans la vessie pour un calcul de phosphate? Et l'auteur rappelle que lui-même a fait avec un grand succès des injections dans la vessie d'une solution étendue de nitrate d'argent dans des cas de catarrhe chronique de cet organe.

Ce qui a empêché M. Ure de se livrer à de nombreuses expériences sur l'emploi de ce produit minéral, c'est son extrême rareté. Il recommande donc aux pharmaciens de s'occuper de sa préparation et leur rappelle que le minéral appelé *spodumène* que l'on trouve près de Dublin contient 5,6 pour cent de lithya.

CAS DE COXALGIE AVEC AUTOPSIE FAITE A UNE ÉPOQUE OU LA MALADIE ÉTAIT EN VOIE DE GUÉRISON; par M. HINDLE.

Le titre de cette observation montre assez son importance. Les cas de ce genre sont trop précieux et trop rares pour qu'on néglige un seul de ceux que le hasard permet de recueillir.

Obs. — Joseph M., âgé de 10 ans, de tempérament scrofuleux, paraissait depuis quelque temps boiter un peu du côté droit. Bientôt des douleurs se déclarèrent dans la hanche au point de troubler le sommeil, et la claudication augmenta. Au bout de trois semaines, on appela M. Hindle, qui reconnut la coxalgie et ordonna le repos, puis successivement une combinaison de rhubarbe et de sesquicarbonate de soude, et enfin la quinine. Le ton de l'estomac ainsi rétabli, le malade fut mis à une nourriture animale et à l'usage de boissons fortifiantes. Quelques sangsues et un vésicatoire appliqués près du grand trochanter apaisèrent les douleurs, qui se faisaient principalement sentir vers le genou. On répéta trois fois l'application du vésicatoire à la même place, et, depuis lors, les douleurs disparurent entièrement. La constitution reprit de la force, et le malade put, à l'aide de béquilles, se promener au grand air. L'amélioration alla même au point que bientôt, avec un simple bâton, il parcourait sans fatigue une distance de deux milles. Il était si bien rétabli qu'il voulut un jour essayer de monter à cheval; mais il tomba et se fractura la cuisse du côté affecté, vers le tiers moyen de l'os. Cet accident ramena quelques douleurs, mais elles cédèrent par degrés; cependant les mouvemens ne se rétablirent jamais aussi parfaits qu'ils l'étaient auparavant. Trois mois après, l'enfant succomba à une affection cérébrale.

Autopsie. Le membre droit est raccourci d'un pouce et demi; il est porté dans l'adduction et la rotation en dedans. Il a d'ailleurs le volume de celui du côté opposé. On remarque une grande vascularité à la face antérieure du ligament capsulaire, et la tête paraît faire un peu plus de saillie à l'extérieur que d'ordinaire, comme si elle était partiellement sortie de sa cavité. Le col et le corps du fémur se rencontrent sous un angle presque droit. La synoviale étant ouverte, elle apparaît très vasculaire, et recouverte, par place, de granulations pulpeuses qu'on peut facilement enlever avec le doigt. La synovie est abondante et teinte de sang. Sur la partie antérieure de la tête fémorale existe une petite cavité ou érosion, due à l'absence du cartilage articulaire qui semble, là, avoir été enlevé comme avec un couteau. Cette surface est remplie de granulations pulpeuses, grisâtres, qui paraissent naître du tissu osseux lui-même. Une autre érosion existe à la partie externe de la circonférence de la tête, dans le point où le cartilage se termine. Le ligament rond et les parties voisines sont très vasculaires et un peu hypertrophiées. La cavité cotyloïde offre vers son centre une troisième érosion semblable aux précédentes. Cette cavité articulaire paraît plus large et moins profonde qu'à l'état normal. On ne trouve d'épanchement d'aucun genre, ni à son intérieur, ni dans son pourtour.

L'auteur signale comme remarquable cette circonstance que le membre était raccourci d'un pouce et demi, quoiqu'il n'y eût pas de luxation. Selon lui, cette brièveté doit être attribuée à quatre causes : 1° l'arrêt de développement de l'os; 2° une diminution du volume de la tête, coïncidant avec l'élargissement de la cavité; 3° l'acuité augmentée de l'angle sous lequel le corps et le col du fémur se rencontrent à l'état normal; 4° l'attitude vicieuse du membre affecté.

— Pour nous, cette histoire est assurément très intéressante. Elle le serait davantage si l'auteur fût entré dans quelques développemens plus étendus sur l'état du tissu osseux lui-même, sur les altérations éprouvées par les muscles, etc. Au reste, malgré la simplicité apparente du cas, il ne faudrait pas se hâter de le considérer comme un type des changemens que produit une coxalgie en voie de guérison. D'autres causes ici ont évidemment contribué à déterminer les altérations trouvées à l'autopsie. Parmi ces causes, nous devons noter et la fracture récente et l'immobilité prolongée qu'avait nécessitée son traitement, cause dont un récent mémoire de M. Teissier, de Lyon (V. Gaz. Méd., 1842), a bien fait voir l'influence sur l'état des liquides et des tissus articulaires.

MOYEN EXPÉDITIF DE GUÉRIR LA BLENNORRHAGIE; par M. COUWAY EDWARDS.

Quoique très compliqué dans ses agens, le plan que M. Edwards propose est au moins rationnel par la manière dont il divise la durée de la maladie. La blennorrhagie, d'après lui, comprend trois périodes successives, celle d'inflammation, celle de suppuration et celle d'atonie de la muqueuse. Le traitement doit correspondre à ces trois états.

En premier lieu, le malade prendra 10 grains de calomel divisés en trois paquets, à administrer un toutes les quatre heures. Puis il fera simultanément usage de la mixture suivante :

Sulfate de magnésie	1/2 once.
Jalap	2 scrupules.
Scammonée	15 grains.
Tartre émétique	3 grains.
Eau	8 onces.

A prendre toutes les quatre heures trois cuillerées à bouche, en laissant une heure d'intervalle après l'ingestion du calomel.

Diète, eau d'orge pour boisson. La première dose de cette boisson est en général vomie; mais l'estomac s'y accoutume peu à peu. Il faut fréquemment plonger les organes génitaux dans l'eau tiède.

En vingt-quatre heures, la période de suppuration est établie. On remplace alors cette mixture par la suivante :

Liqueur de potasse	1 once.
Huile de cubèbe	1/2 once.
Baume de copahu	1/2 once.
Hydriodate de potasse	1/2 drachme.
Hydrochlorate de morphine	2 grains.

Une cuillerée à café à prendre dans 2 onces d'eau d'orge, toutes les quatre heures.

Les parties génitales doivent être entourées d'un bandage qu'on imbibera avec l'eau blanche. Le malade boira l'eau d'orge en abondance, et on augmentera son régime. Ce traitement doit être continué durant trois jours. Le troisième, au matin, on donnera une dose de calomel, et le jour suivant un léger purgatif. On peut alors employer l'injection suivante, répétée pendant deux jours, toutes les deux ou trois heures.

Acétate de plomb.......................... 1 drachme.
Eau.. 8 onces.

On doit encore continuer pendant quelques jours une seule dose quotidiennement de la dernière mixture, et remplacer l'injection d'acétate de plomb par celles d'eau froide.

Si le patient vit tranquille et consent à s'abstenir de bière et de spiritueux, la guérison a lieu dans l'espace d'une semaine.

— Nous racontons; faute d'expérience personnelle, nous ne pouvons encore juger. C'est à chacun d'essayer, suivant les limites de sa confiance et de sa prudence, l'effet de cette singulière polypharmacie.

FRACTURE ET COMMOTION DE LA COLONNE VERTÉBRALE; par M. TOOGOON.

L'auteur ayant observé que, dans plusieurs cas de lésions graves de ce genre, les malades ont survécu un mois ou six semaines à l'accident, est porté à regarder comme sujet à contestation le précepte qui défend de soumettre la colonne épinière fracturée à l'extension.

— Il se peut, en effet, qu'un appareil, maintenant la rectitude et la longueur normale de la colonne vertébrale, eût, *théoriquement*, quelques avantages. Mais la question change, lorsqu'on se place au point de vue de l'exécution. En effet, un appareil propre à remplir ces conditions exercerait assurément une forte pression sur la peau. Or, comme les parties sont, dans ce cas, le plus souvent paralysées, on comprend les effets fâcheux d'un plan de traitement qui multiplierait nécessairement pour elles les chances de gangrène. Du reste, l'*extension continue* que, d'accord avec tous les praticiens, nous proscrivons ici pour les fractures, est bien différente de l'*extension momentanée*, qui peut convenir dans quelques cas de luxation, et même de l'*extension continue* appliquée dans certaines affections chroniques spontanées du rachis, où elle aurait pour but et sûrement pour effet de déterminer, en favorisant l'ankylose, la soudure des parties osseuses dans une situation telle que la moelle ne soit plus exposée à être comprimée lors des mouvemens de la colonne vertébrale.

TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS PRODUITES PAR LES CICATRICES DE BRULURE AU COU; par M. JAMES.

Rien de plus fréquent que les difformités que produisent les cicatrices de brûlure au cou. La tête penchée en avant s'incline à gauche ou à droite, souvent avec un mouvement de rotation dans l'un ou l'autre sens. La thérapeutique de cette infirmité a de quoi rebuter le chirurgien le plus persévérant. C'est peu de diviser en travers la cicatrice, c'est peu même d'enlever en totalité ce tissu inodulaire. Le point capital est d'empêcher ensuite le rapprochement lent et graduel des parties qu'on se propose de tenir écartées. Or, là est la grande difficulté. C'est en vain qu'on penserait atteindre ce but, par exemple en tenant la tête fixement renversée en arrière. Le menton, il est vrai, se trouverait ainsi d'abord éloigné du sternum. Mais bientôt, la rétraction de la cicatrice agissant, on verrait ces deux parties invinciblement attirées l'une vers l'autre; et la colonne cervicale se courberait en arrière ou de côté pour permettre leur rapprochement.

Il fallait donc trouver un moyen de maintenir, avec continuité, l'intervalle qui existe entre la tête et la poitrine. M. James, après avoir signalé l'indication à remplir et montré son importance, dit qu'il est parvenu à y satisfaire par la construction d'un collier à vis, qui prend son point d'appui sur la nuque et le menton en haut, en bas, sur le sommet de la poitrine. On comprend, en effet, que la tête fixée par une pression qui s'exerce sur elle dans toute sa circonférence ne peut plus éluder l'action de la puissance extensive, comme elle le fait avec les appareils ordinaires en s'inclinant sur le cou.

— Nous devons rappeler ici que nous avons vu, dès l'année 1841, M. J. Guérin employer un appareil absolument semblable, pour remédier à la courbure et à l'inclinaison de la colonne cervicale qui accompagnent le torticolis, difformité qui, sans cette précaution, persisterait après la section du sterno-mastoïdien. L'appareil dont nous parlons a été appliqué, et son mode d'action publiquement exposé à la clinique de l'hôpital des Enfans malades (1).

REMARQUES PRATIQUES SUR LES LÉSIONS DE L'IRIS ET SUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE; par M. ESTLIN.

La pensée fondamentale de cet article est de prouver, contrairement à l'opinion reçue, le peu de gravité des plaies simples de l'iris. Dans le cours de sa pratique, M. Estlin a souvent observé des déchirures traumatiques de cette membrane : il en a parfois même opéré l'ablation partielle lorsqu'elle faisait saillie à travers une plaie de la cornée, et il n'a jamais vu ce formidable cortége de symptômes locaux et généraux que les auteurs assignent, d'un commun avis, comme la conséquence nécessaire de semblables lésions. C'est d'après les mêmes principes que M. Guthrie, dont il rappelle les paroles, donne le précepte de couper l'iris, lorsque dans l'extraction de la cataracte elle se présente trop opiniâtrement sous le couteau. M. Estlin a été témoin de l'innocuité de cette manœuvre.

Il conseille de même de retrancher la partie de l'iris qui, souvent, après l'extraction de la cataracte, vient s'interposer entre les lèvres de la cornée et retarde leur cicatrisation.

Quand les hernies de l'iris suivent une plaie accidentelle de la cornée ou une ulcération de cette membrane, la pratique ordinaire est d'abandonner les choses aux efforts de la nature ou de cautériser, jusqu'à ce qu'une membrane de nouvelle formation vienne couvrir l'iris. Mais ce résultat est très long à obtenir, et la pupille reste nécessairement déformée par la traction que la partie d'iris retenue au dehors exerce sur un point de sa circonférence. En outre, l'iris, étant ainsi convexe en avant, forme une sorte de sac où l'humeur aqueuse s'engage de manière à constituer un obstacle permanent au contact et par suite à la réunion des bords de la cornée. Au lieu d'attendre ou de se borner à cautériser, M. Estlin veut qu'on ponctionne avec une aiguille l'iris déplacée, ou, plus simplement, qu'on excise toute la portion qui fait hernie.

Le peu de danger des plaies de l'iris est un principe bien important à établir. On comprend que, s'il est admis, les opérations de pupille artificielle deviendront plus communes. C'est aussi l'opinion de l'auteur, et il n'hésite pas à affirmer qu'on devrait recourir plus souvent qu'on ne le fait à ce moyen précieux de restituer l'usage de la vue. Ce n'est pas cependant qu'il regarde comme également insignifiantes toutes les lésions de l'iris. Les contusions et la pression prolongée ne le trouvent pas aussi insensible; et c'est alors qu'éclatent ces phénomènes qu'on rapportait à tort aux plaies et aux déchirures. C'est de cette manière qu'on peut expliquer l'iritis qui accompagne fréquemment les opérations d'extraction dans lesquelles le cristallin a dû se frayer un passage à travers une pupille trop resserrée.

M. Estlin insiste, en terminant, sur une circonstance assez curieuse, quoiqu'elle soit en dehors de l'objet principal de son mémoire. Il a observé dit-il, dans une foule de cas d'opacité cornéeune, que la nature fait toujours effort pour attirer la pupille dans le point correspondant à celui où la cornée a conservé le plus de transparence. Lorsqu'il remarqua ce phénomène pour la première fois, il l'attribua à ce qu'il y avait eu une plaie de la cornée et que l'iris avait par conséquent été attirée mécaniquement vers un point de sa circonférence. Mais en multipliant les observations, il s'assura de la constance du fait. Ainsi, après avoir pratiqué une pupille artificielle où l'ouverture de l'iris se trouvait à quelque distance de la partie diaphane de la cornée, il constata que, au bout d'un certain temps, elle s'était peu à peu mise directement en regard de cette même partie.

CORPS ÉTRANGER RETENU PENDANT PRÈS DE DIX ANS DANS LES VOIES AÉRIENNES; par M. W. ROSE.

Le cas suivant mérite de prendre rang parmi les histoires les plus remarquables de corps étrangers expulsés après un séjour prolongé dans les voies respiratoires.

OBS. — Une femme, dit M. Rose, m'amena un jour son enfant, âgée de six ans. D'après le rapport de la mère, cette enfant s'étant, une semaine auparavant, introduit dans la bouche un fruit de hêtre, l'avait senti glisser dans le gosier. Elle éprouva alors une suffocation qui dura près de trois heures. En pressant sur le cartilage thyroïde, on produisait une sensation de piqûre. Le bruit de la respiration était rauque; des accès de toux, avec un peu d'expectoration muqueuse, revenaient de temps en temps. Cependant l'appétit restait bon. Un émétique fut administré sans succès. Au bout d'un an et demi, sa santé commença à s'altérer; elle perdit l'appétit et devint sujette aux vomissements. Enfin un jour, après un violent accès de toux, elle cracha environ une demi-pinte de matière purulente. Depuis lors la respiration reprit le son naturel, et devint plus libre. Tous les dix jours, elle expectorait de nouveau une demi-pinte de pus très fétide. Dans les intervalles, l'expectoration n'avait pas une odeur aussi prononcée.

Ces symptômes durèrent depuis mai 1814 jusqu'en mai 1822. A cette dernière époque, le corps étranger fut subitement rejeté à la suite d'un accès de toux. Il était tombé dans le larynx en novembre 1812, et y avait par conséquent séjourné près de dix ans. Il présenta néanmoins sa forme naturelle, ayant une fente sur l'un de ses côtés. Plusieurs médecins consultés sur ce cas avaient présumé que le corps étranger n'était pour rien dans la manifestation des symptômes ci-dessus, car, jugeant d'après sa nature, ils pensaient qu'il avait nécessairement dû se décomposer pendant un aussi long séjour.

(1) Cette déclaration est de notre collaborateur M. Diday.

L'influence de cet accident sur la santé de l'enfant fut vraiment remarquable. Pendant tout le temps qu'elle garda le corps étranger, la croissance sembla suspendue; quoique âgée de 16 ans, elle n'était point réglée, et les mamelles n'avaient pris aucun développement. En outre, elle ne pouvait faire quelques pas sans éprouver de la toux, de la dyspnée et une sensation de piqûre à la gorge. Une semaine après l'expulsion du fruit, elle pouvait parcourir sans fatigue près de 7 milles. Ses mamelles ne tardèrent pas à se développer. Les règles parurent au bout de deux ans.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER.

La séance, ainsi que la correspondance, ont été consacrés à des objets étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. TANCHON adresse une lettre sur les tumeurs fibreuses des mamelles.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie médicale. La feuille de présence porte 108 signatures. On procède au scrutin par appel nominal. Voici la liste de présentation telle qu'elle a été arrêtée par la section :

1° M. Prus. 4° M. Martinet.
2° M. Gibert. 5° M. Briquet.
3° M. Requin. 6° M. Nonat.

Au premier tour de scrutin : 108 bulletins; majorité, 55.

MM. Prus.	46 voix.	MM.	Nonat.	3 voix.
C. Broussais.	18		Briquet	2
Gibert.	16		Cazenave	1
Martinet.	15		Billet blanc	1
Requin.	6			

Pas de majorité absolue.

Au deuxième tour de scrutin : 97 bulletins; majorité, 49.

MM. Prus	80 voix.	MM.	Martinet	4 voix.
C. Broussais.	7		Requin	2
Gibert	4			

M. Prus ayant réuni la majorité des suffrage est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

La parole est à M. Roux.

M. Roux : Si l'Académie s'en souvient, je suis convenu avec M. Cruveilhier qu'il se forme assez souvent, dans le sein de la femme, des tumeurs non squirrheuses, non dégénérées, tumeurs dures, rénitentes, mobiles, indolentes, et qui se développent, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané du sein, soit dans les interstices du tissu mammaire lui-même. Mais j'ai ajouté que les chirurgiens plus avancés à cet égard qu'on n'a paru le croire, reconnaissant cinq ou six sortes de ces tumeurs, les tumeurs qu'Abernethy et Astley Cooper ont désignées sous le nom de tumeurs mammaires ou mastoïdes les tumeurs strumeuses, tuberculeuses, fibreuses, etc. J'ai dit que les tumeurs fibreuses proprement dites n'étaient pas aussi fréquentes que le croit notre collègue. J'ai cherché à prouver que s'il est possible de leur assigner des caractères anatomiques, il est fort difficile, sinon impossible, de leur donner des caractères chimiques. Enfin, j'ai combattu l'opinion de M. Cruveilhier sur le privilége qu'il attribue à ces tumeurs de n'être point susceptibles de dégénérescence, opinion que j'ai combattue par des exemples pris dans les corps fibreux de l'utérus et des fosses nasales. Je vais continuer aujourd'hui l'examen du travail de M. Cruveilhier, en priant l'Académie de me continuer sa bienveillante attention.

La conséquence la plus importante du mémoire de notre collègue, c'est qu'il n'est jamais indiqué de pratiquer l'ablation de ces tumeurs fibreuses, et que cette opération n'est que facultative. Cela revient à dire qu'elle ne doit jamais être faite, car le chirurgien consciencieux et honnête homme ne doit opérer que dans les cas d'absolue nécessité. Si les opinions de M. Cruveilhier étaient fondées, si le diagnostic de ces tumeurs était facile, si leur non dégénérescence était prouvée, sans doute notre collègue aurait raison. Mais je crois avoir démontré combien tout cela était au moins douteux, et dès-lors j'ai ruiné dans sa base l'argumentation de M. Cruveilhier. Mais quand il serait aussi vrai qu'il ne l'est pas, que le diagnostic est facile et la non dégénérescence démontrée, je dirais encore : non l'opération n'est pas facultative, oui elle est utile. S'il y a quelque chose de démontré en thérapeutique, c'est que les résolutifs, les topiques et autres traitemens n'ont absolument aucune prise sur ces tumeurs. Leur résolution spontanée est rare, très rare. J'en ai vu cependant un exemple pour un corps fibreux des fosses nasales, que Dupuytren et moi ne voulûmes pas opérer; il diminua peu à peu et disparut entièrement. Mais sur ces cas exceptionnels, on ne peut baser aucun précepte de pratique. Il est vrai, généralement vrai, que ces tumeurs persistent indéfiniment, s'accroissent souvent; que, par leur volume et les tiraillemens qu'elles exercent, elles suscitent des douleurs; que ce sont des difformités désagréables pour une jeune femme, et surtout une source d'inquiétude et de chagrin pour elles et pour leurs familles. Or, est-ce donner un conseil sage que de laisser ces femmes en proie à la crainte que leur inspirent pour l'avenir les tumeurs qu'elles portent? J'ai eu occasion de revoir dans le monde deux dames que j'ai opérées, étant demoiselles, de tumeurs qu'on aurait pu ranger parmi les tumeurs fibreuses de M. Cruveilhier. L'opération réussit parfaitement. Ces demoiselles et leurs familles étaient dans l'inquiétude la plus grande. Je le demande, ces dames ne sont-elles pas plus heureuses d'avoir été délivrées d'une tumeur qui leur causait tant d'alarmes? Et n'est-ce pas un très grand avantage de pouvoir tranquilliser les malades sur leur santé future?

Il est certain, en effet, que les inquiétudes des femmes tiennent beaucoup plus à l'idée qu'elles se font de la nature de leur mal, qu'à l'idée de l'opération elle-même. Qui de nous n'a vu et n'a admiré le courage avec lequel elles supportent ces opérations? La résignation des femmes sur ce point est vraiment remarquable. Cela tient-il à ce qu'elles ont plus de force que l'homme pour la douleur? Je n'en sais rien. A ce qu'elles sont façonnées à cette idée que la femme est faite pour souffrir? Je l'ignore. A leur amour-propre? Je n'oserais le dire. Mais toujours est-il que leur courage est admirable. Une de ces demoiselles dont je parlais tout à l'heure, pendant que je l'engageais à crier et à se plaindre, me répondit : Non, monsieur, la douleur physique n'est rien.

M. Cruveilhier a beaucoup parlé de la gravité de l'opération et des suites fâcheuses qu'elle peut avoir. Je suis de ceux qui professent qu'il n'y a pas d'opération, si minime qu'on la suppose, qui ne puisse devenir grave par ses suites. Un chirurgien instruit et honnête ne répondra jamais qu'une opération n'aura aucun résultat fâcheux. Mais, il faut aussi le reconnaître, les opérations pratiquées sur le sein sont celles qui, peut-être, donnent moins souvent lieu à des suites fâcheuses. Excepté les cas d'amputation totale du sein, excepté les opérations pratiquées sur des sujets en proie à une véritable cachexie cancéreuse, l'ablation des tumeurs du sein est une opération peu grave, soit en elle-même, soit par ses suites.

Pour me résumer sur ce point, je prétends que nous ne sommes pas encore arrivés à un diagnostic assez positif pour se priver des ressources de l'opération. Je prétends encore que l'opération doit être faite, ne serait-ce que dans le but de tranquilliser les malades; que c'est une des jouissances les plus grandes pour le chirurgien de pouvoir affirmer à la malade que son mal ne reviendra jamais; je prétends enfin que l'opération n'est pas grave.

Le travail de M. Cruveilhier a soulevé incidemment une autre question fort grave, sur laquelle je désire dire quelques mots à l'Académie; il s'agit de la récidive des affections cancéreuses. Il n'est que trop vrai que les opérations dans une multitude de cas n'ont qu'un succès temporaire. D'un autre côté, il est généralement admis que ces affections se développent sous l'influence de deux causes diverses, causes locales, tenant à des coups, à des chutes, à des plaies accidentelles, etc., et causes générales dépendant de la prédisposition, de la diathèse. Il serait bien important de savoir quel rapport il y a entre les opérations et les récidives, et d'autre part quel rapport il y a entre les récidives et les cancers suivant leur cause. Cette étude est énormément difficile. Pour la faire, il faudrait pouvoir suivre les malades après leur opération; ce qui est impossible. Le chirurgien ne revoit que les opérés en récidive.

Un jeune chirurgien, que des circonstances et une autre direction d'idées ont éloigné de l'Académie, mais qui viendra peut-être un jour s'asseoir parmi nous, a tenté cette recherche; je le lui dis, ses efforts ont été et seront encore vains. Pour faire cette étude, il faudrait que les chirurgiens se dépouillassent de deux préventions. Il y en a qui croient que tous les cancers renaissent; d'autres, au contraire, que c'est le plus petit nombre. La première prévention est très fâcheuse; elle prive souvent les malades de ressources qui leur seraient utiles. J'aime mieux la seconde; car son influence est moins dangereuse aux malades. Un chirurgien, dont on ne m'accusera pas certainement de vouloir outrager la mémoire, notre maître à tous, Boyer, partageait à un degré extrême la première prévention, ce qui ne l'empêchait pas d'opérer. Si on lui parlait de quelques cas où il n'y avait pas eu récidive, inévitablement il répondait : ce n'était pas des cancers.

Une autre difficulté, c'est qu'on ne connaît pas la durée de la prescription des récidives. Cependant, il faut admettre une prescription, à moins qu'on ne dise pour le cancer ce que Condorcet disait de la variole, que ceux qui ne l'avaient eue n'avaient pas assez vécu pour cela.

Ici M. Roux entre dans de longs développemens sur les récidives, qu'il croit toujours liées à un état diathésique, qu'il croit rares au contraire quand le cancer dépend de causes locales, et qu'il siége sur certains organes, comme le pénis, le testicule. Les récidives dépendent aussi de ce qu'on opère trop tard, qu'on laisse l'infection cancéreuse s'épandre dans l'organisme.

Il est plus de cinq heures; la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE.

Idrologia minerale degli stati sardi; per Bernardino Bertini. Torino. Enrico mussano, 1843. In-8°. (Hydrologie minérale, ou description de toutes les sources d'eaux minérales connues dans les états de S. M. le roi de Sardaigne.

Le docteur Bertini, président émérite de la Faculté de médecine de Turin et président de la Société médico-chirurgicale de la même ville, vient de publier une nouvelle édition de l'ouvrage qu'il avait fait paraître en 1822 sur les eaux minérales des états sardes, dont la première édition était depuis longtemps épuisée.

L'ouvrage que nous analysons est rédigé sur un plan tout à fait différent de celui de la première édition, et cela devait être, autant à cause des progrès de la chimie qu'en raison de la nouvelle circonscription administrative du royaume sarde.

La première partie est consacrée aux généralités sur les eaux minérales, leur nature, leur emploi à l'extérieur et à l'intérieur, etc., et l'auteur se montre praticien consommé et juge sévère lorsqu'il indique les cas dans lesquels elles sont indiquées ou contre-indiquées.

La deuxième partie est divisée en dix sections et destinée à la description spéciale de toutes les sources minérales des états de Terre-Ferme et de l'île de Sardaigne; elles sont classées par divisions gouvernementales, subdivisées par provinces, et chaque source occupe un paragraphe spécial.

Les analyses les plus récentes, les faits les plus importans sont présentés et résumés avec une clarté et une précision qui ne laissent rien à désirer; du reste, pour juger de l'importance de cet ouvrage, il nous suffira de mettre sous les yeux du lecteur le tableau suivant, qui montre qu'il y a au moins 211 sources minérales dans ce pays, tandis que nous ne connaissons guère en France que les eaux d'Acqui, Saint-Vincent, Courmayeur, Vandier, Vinadis, Aix, Saint-Gervais, La Perrière, Evian et quelques autres.

	Acidules ferrugineuses.	Sulfureuses.	Sulfureuses thermales.	Sulfureuses salines.	Ferrugineuses.	Salines.	Salines thermales.	Totaux
Alexandrie	4	30	6	1	4	3	1	49
Aoste	3	1	»	»	2	»	1	7
Coni	2	2	18	»	2	»	1	25
Gênes	2	8	2	1	1	4	1	19
Nice	1	4	6	»	2	»	1	14
Novarre	1	»	»	»	»	2	1	4
Savoie	9	7	6	1	11	1	10	45
Turin	1	7	»	1	6	1	»	16
Sardaigne	1	»	»	»	3	9	19	32
Totaux	24	59	38	4	31	20	38	211

Un grand nombre de ces eaux contiennent une proportion remarquable de principes minéralisateurs et plusieurs ont fourni de l'iode et du brôme.

Un appendice est consacré à l'usage de l'eau de mer, aux bains de sable, de lait, de sérum, etc., et il se termine par un catalogue alphabétique des eaux les plus fréquentées de tous les pays. Le docteur Bertini a donc rendu à la science et aux malades un véritable service en publiant son ouvrage. Les suffrages honorables qu'il a déjà recueillis dans son pays seront certainement ratifiés en France, et nous dirons en toute vérité que l'hydrologie minérale des états sardes sera consultée avec fruit par les praticiens, et qu'elle doit entrer dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent de l'étude des eaux minérales.

J. F. P.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai lu avec intérêt et plaisir dans le numéro 1 de la Gazette médicale (5 janvier 1844) l'article de M. Tessier, de Lyon, sur l'hydropisie et la tympanite utérines hors l'état de grossesse, en réfutation de l'opinion énoncée par MM. Stoltz et Nagelé; mais on serait dans l'erreur, si l'on croyait qu'elle n'a pas trouvé de contradicteurs à Strasbourg et au congrès; car, pour ma part, j'ai pris la parole à ce sujet dans une séance du congrès (section de médecine) pour réfuter cette opinion par des faits que m'avait fournis l'érudition médicale, et que j'avais préalablement soumis à une critique sévère, sous le rapport de la véracité et de leur valeur en pathologie: ainsi donc, la radiation de l'hydrométrie dans le cadre nosologique, que l'on demandait, a été contestée et controversée par moi dans cette séance du congrès (section de médecine), et tout en félicitant M. le docteur Tessier d'avoir abordé la même question pour réfuter l'opinion de MM. Stoltz et Nagelé par de nouveaux faits, je me félicite de mon côté d'avoir repoussé le premier, en plein congrès, une innovation qui ne reposait que sur des raisons théorique et qui prenait sa source dans un refus de confiance pour les observations recueillies et une imputation d'erreur à des hommes distingués par leurs lumières et leurs travaux. Parce que de pareils faits sont rares et qu'on peut longtemps exercer sa profession sans en rencontrer, il n'en résulte pas que nos devanciers qui en ont fait connaître ont mal vu ou ne réunissaient pas toutes les conditions voulues pour bien voir et découvrir la vérité. Que ceux qui n'ont pas encore assez vécu pour en rencontrer attendent et suspendent leur jugement: leur conduite sera plus réfléchie et prudente qu'en révoquant en doute le savoir et la perspicacité de ceux qui ont observé et qui pouvaient bien observer avant nous.

Veuillez agréer, etc.

Ristelhueber,
Médecin en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

— Prix proposés par l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Pour* 1844. Faire l'histoire des médicamens ferrugineux; indiquer les formes les plus convenables pour leur administration, et les changemens qu'ils peuvent subir dans les voies digestives et circulatoires. Prix: une médaille d'or de 500 francs.

Pour 1845. Faire l'histoire de la chlorose et de l'anémie: établir par des faits cliniques, et, autant que possible, par des expériences et des analyses chimiques, les caractères pathognomiques et différentiels de ces maladies, ainsi que les symptômes qui les distinguent des affections organiques ou dynamiques qui peuvent les simuler. Prix: une médaille d'or de 800 fr.

Pour 1845. Faire l'histoire de l'ostéite tuberculeuse, en insistant particulièrement sur son diagnostic, sur sa nature et sur son traitement. Prix: une médaille d'or de 600 fr.

Les mémoires manuscrits seront seuls admis au concours; ils devront être écrits en latin ou en français, et être respectivement adressés, francs de port, avant le 1er juin des années 1844 et 1845, au bureau de l'Académie, hôtel du ministère de l'intérieur, à Bruxelles; les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise, qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après les termes ci-dessus fixés, seront exclus des concours.

L'Académie croit devoir informer MM. les concurrens que les ouvrages couronnés sont imprimés dans le recueil de ses mémoires;

Que les auteurs de ces ouvrages en reçoivent gratuitement 50 exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur est laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

— La Société médico-chirurgicale de Bologne a mis au concours, pour 1844, la question suivante: « La vertu préservatrice de la véritable vaccine est-elle permanente ou temporaire, et, dans le dernier cas, combien de temps dure la vertu préservatrice? »

Les mémoires manuscrits, écrits en italien, en latin ou en français, doivent être envoyés, dans les formes usitées, avant le 31 décembre 1844, au secrétaire de la société, le docteur Clodoveo Biagi. Le prix est de 100 scudi romains.

— L'Académie des sciences, dans son comité secret, a adopté les conclusions suivantes d'un rapport sur le concours pour le prix de *physiologie expérimentale*.

1° Le prix est décerné à M. le docteur Laurent, pour ses recherches expérimentales, anatomiques et physiologiques sur l'hydre verte et l'éponge fluviatile.

2° Une mention honorable est accordée à M. Robert Latour, pour ses recherches et expériences physiologiques et pathologiques sur le mécanisme de l'inflammation.

3° La commission propose et l'Académie ordonne l'impression dans le recueil des savans étrangers d'un travail de M. Léon Dufour, intitulé: Recherches anatomiques et physiologiques sur les diptères.

M. Rayer, au nom de la commission chargée de l'examen des pièces adressées au concours pour le prix Manni, concernant les *morts apparentes* et les moyens de prévenir les enterremens prématurés, déclare qu'aucune des pièces parvenues à l'Académie n'a paru mériter le prix, et propose de remettre la question au concours pour 1846.

Cette proposition est adoptée.

— A la suite d'un long et brillant concours, M. le docteur Estevenet, ancien interne des hôpitaux de Paris, et premier prix de l'Ecole pratique, a été nommé chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Cette place était disputée par MM. Lafforgue, Faurès et Faure. M. le président a donné des éloges à tous les concurrens et a témoigné particulièrement à M. Lafforgue la satisfaction de l'administration et les regrets qu'elle éprouvait de ne pouvoir lui donner un emploi. Quant au candidat sorti victorieux de cette lutte, il avait montré dans toutes les épreuves une si incontestable supériorité, que sa nomination était généralement prévue avant la décision qui l'a confirmée.

Un fait grave et peut-être sans exemple dans les annales des concours s'est passé dans celui-ci. Le jury a refusé sans indiquer les motifs de son refus d'admettre un candidat au concours. Ce candidat, M. Combat, a immédiatement

assigné l'administration des hôpitaux de Toulouse devant les tribunaux en dommages et intérêts. Nous nous tiendrons au courant de ce procès singulier.

— Il est de nouveau question au ministère de l'instruction publique, de la création de chaires de médecine légale dans les Facultés de droit.

— Le conseil municipal de Paris a demandé une augmentation dans le personnel des médecins inspecteurs des décès.

— Une pétition actuellement en cours de signatures auprès des principaux habitans des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e et 7e arrondissements de Paris, va être incessamment adressée au ministre de l'intérieur, au conseil municipal et au conseil général des hôpitaux, afin d'activer l'exécution d'un projet d'hôpital à construire dans le clos Saint-Lazare, derrière la nouvelle église Saint-Vincent-de-Paule.

— EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — ANNONCE, VENTE ET DÉBIT DE REMÈDES SECRETS PAR UN PHARMACIEN. — Le tribunal de police correctionnelle (6e chambre) était appelé à prononcer sur ces deux questions: 1° la mise en vente de remèdes secrets est-elle comprise dans les prohibitions de l'art. 32 de la loi du 21 germinal an XI, comme la vente elle-même de ces remèdes? 2° les peines portées par la loi du 29 pluviose an XIII sont-elles applicables à la vente des remèdes secrets comme à l'annonce de ces remèdes; ou, en d'autres termes, cette loi se réfère-t-elle à l'art. 32 comme à l'art. 36 de la loi de germinal?

Cette double question avait été soulevée dans les circonstances suivantes:

Le 23 août dernier, en vertu d'une ordonnance de M. le préfet de police, M. Boulloy, commissaire de police du quartier St-Jacques, assisté de MM. Bussy et Lecanu, professeurs à l'Ecole de pharmacie, se transporta dans l'officine de M. Trablit, pharmacien, rue Jean-Jacques-Rousseau, 21, et y procéda à la saisie des objets suivans: 1° plusieurs bouteilles ayant une étiquette ainsi conçue: élixir purgatif du docteur Lavolley; 2° une bouteille de vin de gingembre de Willis; 3° plusieurs petits pots contenant de la pommade anti-ophthalmique de Trablit, formule de Régent; 4° plusieurs bouteilles d'un remède appelé poudre de Sancy; 5° une bouteille de l'élixir tonique anti-glaireux du docteur Guillé; 6° deux bouteilles de rob végétal, selon la formule du docteur Giraudeau de Saint-Gervais; 7° dix brochures avec gravures, ayant pour titre: DESCRIPTION ABRÉGÉE DES MALADIES SECRÈTES, par le docteur Giraudeau de St-Gervais; 8° dix autres brochures ayant pour titre: INSTRUCTION EN ITALIEN ET EN ANGLAIS, POUR GUÉRIR LES MALADIES SECRÈTES ET LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le même; 9° une brochure intitulé: TRAITÉ D'HYGIÈNE, ou Art de prolonger la vie et de conserver la santé par l'emploi du kaïffa d'Orient; 10° six brochures intitulées: PRÉCIS HISTORIQUE ET OBSERVATIONS SUR LES EFFETS DU ROB DE BOYVEAU-LAFFECTEUR; 11° Six autres brochures intitulées: TRAITÉ D'HYGIÈNE, ou l'Art de prolonger la vie, par le docteur Lavolley; 12° six brochures intitulées: MÉDECINE SANS MÉDECIN; 13° un pot de pommade de la veuve Fournier, avec prospectus en français, en italien, en espagnol, etc.; 14° enfin une liasse de prospectus intitulés: Extraits et rapports scientifiques sur les propriétés et le mode d'emploi du sirop balsamique et des tablettes pectorales au baume de Tolu.

Cette saisie fut opérée de l'avis des dits sieurs Bussy et Lecanu, qui ont considéré les dites préparations comme des remèdes secrets, et les dites brochures et prospectus comme des annonces de ces mêmes remèdes; par suite, le sieur Trablit a été cité devant le tribunal de police correctionnelle, où il comparaît sous la prévention d'annonce, de vente et de débit de remèdes secrets.

M. l'avocat du roi soutient la prévention et requiert l'application de la loi pénale contre le sieur Trablit, qu'il établit s'être mis en contravention aux art. 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI.

Me Billequin a défendu le prévenu.

Après en avoir délibéré dans la chambre du conseil, le tribunal, par application du décret du 29 pluviose an XIII, a condamné M. Trablit à 500 francs d'amende, ordonné la confiscation des remèdes déclarés secrets et des prospectus et écrits imprimés qui ont donné lieu à sa condamnation; fixé à une année la contrainte par corps, et l'a condamné aux dépens, le renvoyant des fins des poursuites au surplus.

— EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE; PHARMACIEN REÇU PAR UN JURY DE DÉPARTEMENT. — A la même audience, la Cour a rendu un arrêt important en matière d'exercice de la pharmacie, de vente et annonces de remèdes secrets. Nous en donnons la texte, qui complète ce que nous avons dit dans un précédent numéro du journal.

« La Cour, considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats que, dans le courant de 1843, M..., pharmacien à Clermont-Ferrand, a ouvert une officine de pharmacien à Paris, où il n'avait pas le droit d'exercer cette profession; que, par procès-verbaux en date des 29 mars et 4 juillet dernier, il a été saisi dans cette officine des bouteilles et flacons portant pour étiquettes *sirop pectoral de M..., Sirop pectoral de M. B..., Baume de M...*, des boites de *bonbons pectoraux de M...*, avec des étiquettes annonçant également la nature de ces remèdes;

» Qu'il est établi que ces divers médicamens ne sont pas formulés au CODEX; qu'ils n'étaient pas délivrés d'après la prescription d'un médecin, d'un chirurgien ou officier de santé; qu'ils réunissent par conséquent tous les caractères des remèdes secrets;

» Considérant que M... a publié et annoncé ces remèdes, soit par les journaux, soit par les étiquettes et affiches placées dans l'officine;

» Considérant que B..., ayant un diplôme de pharmacien visé à Paris le 29 octobre 1842, n'a été que le prête-nom de M...; que dans les premiers mois de 1843, il était en Algérie, où, le 11 mai, il a fait viser à Blidah son diplôme de pharmacien; qu'il convient lui-même avoir vendu à M... sa pharmacie de Paris, mais conditionnellement, avec la faculté de la reprendre à son retour d'Afrique; qu'en effet, la correspondance et les factures saisies démontrent que cette pharmacie était gérée et administrée par M..., dont le but principal était la vente des remèdes secrets sus-nommés, spéculation illicite qui avait été concertée entre lui et B...;

» Adoptant au surplus les motifs des premiers juges en ce qui touche l'exercice illégal de la pharmacie, l'annonce des remèdes secrets imputés à M..., et la complicité de ces délits dont B... a été reconnu coupable;

» Considérant qu'il est également établi que B... a fabriqué, préparé et annoncé lui-même au public les remèdes secrets sus-énoncés, notamment le *sirop pectoral de B...*;

» Considérant, d'un autre côté, que M... ayant déjà été condamné en 1842 à 25 fr. d'amende pour annonce de remèdes secrets, il y avait lieu de lui faire application des peines de la récidive, aux termes de la loi du 29 pluviose an XIII, les dispositions de l'art. 463 du Code pénal ne pouvant s'étendre aux matières régies par des lois spéciales, mais considérant qu'aucun appel n'a été interjeté par le ministère public,

» Confirme. »

(Conclusions conformes de M. l'avocat-général Bresson; plaidant, Me Eug. Avond, pour les sieurs M... et B...)

— L'HOSPICE CIVIL DE ROUEN CONTRE LE PRÉFET DE LA SEINE-INFÉRIEURE; INTERVENTION DE LA VILLE DE ROUEN; TRAITEMENT DES ALIÉNÉS; FRAIS DE SUBVENTION. — 1° D'après la loi du 30 juin 1838, les dépenses des établissements destinés à recevoir et à soigner les aliénés sont, à défaut de ressources spéciales, à la charge des départemens, sauf le concours des communes du domicile des aliénés, d'après les bases proposées par le conseil général, sur l'avis du préfet et sous l'approbation du gouvernement.

2° Les hospices civils ne sont tenus de subvenir à ces dépenses spéciales qu'autant que, d'après leurs règles antérieures, ils en étaient déjà chargés. (Excepté par des fondations *ad hoc*.)

3° Les hospices de Rouen n'avaient pas cette charge; avant 1789, elle incombait aux familles des aliénés, et, en cas d'indigence, aux paroisses de leur domicile. Depuis, ce n'est qu'en vertu de subventions annuelles données par la ville de Rouen que les hospices ont supporté cette charge.

4° De là le droit de la ville de Rouen d'intervenir pour empêcher les hospices d'avoir une charge trop lourde, ce qui augmenterait la subvention de la ville, ou priverait les hospices des moyens de subvenir à tous leurs besoins.

Ainsi jugé par réformation d'un arrêté du conseil de préfecture de la Seine-Inférieure du 3 février 1841, qui chargeait les hospices de Rouen de payer une pension de 350 fr. par individu pour 138 aliénés placés dans l'asile départemental de la Seine-Inférieure.

— M. Ricard et mademoiselle Virginie ont fondé, rue de Londres, 10, un établissement dans lequel ils reçoivent des pensionnaires, qui sont traités par le magnétisme.

Un pareil établissement est-il commercial? Telle est la question qui était soumise au tribunal de commerce.

M. Saingt a fait à M. Ricard et à mademoiselle Virginie une fourniture de vin qui, suivant lui, était destinée à la table des malades de l'établissement, et dont il demandait le paiement aux associés.

Me Lan, agréé des défendeurs, a décliné la compétence du tribunal de commerce; il a prétendu qu'un médecin magnétiseur et sa somnambule appartenaient à la science et non au commerce; que la qualité des parties éloignait toute idée de spéculation commerciale, et que le fait en lui-même ne constituait pas un acte de commerce, puisqu'il s'agissait de la fourniture d'une denrée qui n'entre nullement dans les préparations du magnétisme animal.

Mais, sur la plaidoirie de Me Vansir, agréé de M. Saingt, le tribunal, présidé par M. Meder, a retenu la cause, et au fond, a condamné M. Ricard et mademoiselle Virginie au paiement de la facture, avec intérêts et dépens.

— Un médecin honorablement connu, M. le docteur West, s'est donné la mort dans la nuit du 6 au 7 de ce mois, en s'ouvrant l'artère crurale. On ne sait à quoi attribuer ce suicide.

— D'après *The Lancet*, il meurt en Angleterre, de phthisie pulmonaire, 170 individus sur 1,000, nombre dans lequel le sexe féminin se trouve au sexe masculin dans le rapport de 9 à 8. Dans les villes, il existe sur 1,000 habitans 16 qui meurent de phthisie; à la campagne, ce rapport est de 30 à 1,000; pour les femmes, la proportion, tant en ville qu'à la campagne, est de 13 à 1,000.

— On écrit de Prague (Bohème):

« Par suite des progrès que fait ici la médecine homœopathique, la situation de nos pharmaciens devient de plus en plus précaire, ce qui a engagé les membres de cette corporation à créer une société de prévoyance et de secours pour ceux d'entre eux que l'âge ou le besoin place dans une position critique. Cette institution prend bien et promet de beaux résultats. »

— L'*association scientifique britannique* a tenu cette année sa réunion à Bosk, en Irlande. Le capital dont dispose cette association s'élève à 6,700 livres sterling. Elle a disposé dans le courant de l'année de 1,666 livres sterling pour favoriser le progrès de recherches scientifiques. L'année prochaine, elle se réunira à York, en Angleterre.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES. — INCERTITUDES DU DIAGNOSTIC DE CES TUMEURS ET DES TUMEURS CANCÉREUSES. — INNOCUITÉ DES TUMEURS FIBREUSES. — IMPUISSANCE DE L'ART DANS LES TUMEURS CANCÉREUSES. — CONSÉQUENCE PRATIQUE.

Nous nous étions promis de ne plus revenir sur la discussion si laborieuse qui s'agite dans le sein de l'Académie de médecine. Nous avons dit que la question des tumeurs fibreuses, toute importante qu'elle est, était coulée à fond depuis déjà plusieurs séances, que les nouveaux argumentateurs ne faisaient guère que reproduire des opinions passées à l'état de chose jugée, et que la savante compagnie, ou plutôt l'honorable président chargé de diriger ses débats, ne pouvait mieux faire que de reprendre l'ordre du jour. Toutefois, il n'en est pas ainsi, cette discussion traîne, languit et s'éternise, sans aucun profit pour la science et au grand désappointement des hommes qui ont à communiquer leurs travaux à ce corps savant. Malgré nos regrets, partagés certainement par la masse des médecins qui se pressent à ses séances, nous sentons la nécessité de condenser les idées émises dans la discussion actuelle, pour en extraire les parties les plus importantes, et comme la quintessence, ce sera là le dernier mot de l'état présent de nos connaissances sur ce qu'il y a de plus intéressant à savoir touchant le diagnostic et la thérapeutique comparées des tumeurs fibreuses et cancéreuses.

M. Cruveilhier, on s'en souvient, avait saisi l'Académie de l'objet de ce grand débat, en examinant, dans un travail mûri dans le cabinet et inspiré par sa pratique, la question des tumeurs fibreuses en général, et particulièrement des tumeurs fibreuses du sein. L'honorable chirurgien s'efforçait d'établir, dans cette dissertation, que les tumeurs fibreuses étaient beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément; que la présence de ces tumeurs se trahissait par des signes non équivoques et à l'abri de toute contestation; que les mêmes signes ne permettent pas de les confondre, ou plutôt les distinguent d'une manière invariable des tumeurs véritablement cancéreuses; et enfin, il s'était élevé de toute la hauteur de l'autorité d'un chirurgien à portée de se former là-dessus des principes positifs, contre la disposition générale de la chirurgie moderne à procéder, dans les tumeurs mammaires, à l'aide d'une ablation prompte et complète. Malheureusement, nous sommes forcés de l'avouer, M. Cruveilhier n'avait pas assez gravement pesé le caractère absolu de ses assertions. Ainsi, il avait soutenu à tort, comme il l'a confessé lui-même, que les tumeurs fibreuses n'avaient pas été suffisamment distinguées des tumeurs cancéreuses; car on lui a rappelé qu'une distinction semblable avait déjà été tentée presque sous ses yeux dans l'ouvrage de Bayle, et que le célèbre anatomiste appuyait précisément ses différences sur le même ordre de considérations. Cette distinction, d'ailleurs, pour

Feuilleton.

DES ÉPREUVES D'ÉLIMINATION.

Une décision rendue en conseil royal a modifié la marche réglementaire des concours d'agrégation en y introduisant une épreuve dite d'élimination; en d'autres termes, quand le nombre des compétiteurs dépasse une certaine limite, le jury doit procéder à un premier triage après la composition et la première leçon orale, et ne maintenir en voie de concours définitif qu'un nombre de candidats proportionnel à celui des places à donner. Cette innovation a été suggérée par une assez longue expérience des concours; elle a pour elle l'avis d'hommes graves qui ont mission d'améliorer tout ce qui concerne l'enseignement de la médecine en France; mais, comme tout changement, elle a soulevé des critiques et presque des réclamations. Il y a donc lieu d'en examiner la portée, en attendant qu'elle soit jugée par les applications qui vont en être faites.

Et d'abord, nous écartons des suppositions tout à fait gratuites qui ont été mises en avant à l'occasion de cette mesure ; on s'est efforcé de la faire passer auprès du public comme l'avant-coureur d'une mesure bien autrement grave, laquelle consisterait tout simplement dans l'abolition du concours. Nous ne partageons pas cette crainte, et nous nous proposons d'envisager la mesure nouvelle en elle-même, en dehors des préoccupations que l'on y peut rattacher avec plus ou moins de vraisemblance. S'il existait dans les sommités universitaires une disposition décidément défavorable à l'institution du concours, nous pensons qu'elle se ferait jour non par des voies indirectes, secondaires, presque honteuses, mais par des déterminations péremptoires, telles qu'il convient à tout pouvoir élevé de les prendre, au risque de provoquer la controverse et d'irriter les intérêts adverses. A ceux qui taxeraient notre opinion d'optimisme ou de *complicité morale* (le mot est en vogue), nous apprendrons que nous sommes parfaitement désintéressés dans le débat et que voire même nous trouverions dans notre passé quelques motifs de lutter pour le maintien des concours; mais il n'y a nul péril en la demeure, et ce sont appréhensions vaines. Viendrait-il à l'idée d'un seul de nos lecteurs qu'il s'agit de supprimer les concours dans lesquels sont disputées annuellement les places d'agrégés de philosophie, des lettres ou de grammaire dans les collèges royaux? Qui ne sait que ces luttes sont le terme obligé des études qui ont lieu à l'école normale, la garantie de l'enseignement classique en France, le meilleur fondement de la puissance et de l'illustration de l'Université? Certes, elle se garderait bien de se priver de ce palladium de son influence, de se découronner de l'espèce d'auréole de capacité incontestée qu'elle doit à ces concours; or, l'épreuve d'élimination y est appliquée depuis longues années, sans qu'elle ait jamais donné lieu à des réclamations et surtout sans qu'elle ait fait naître un soupçon contre la sincérité de la pensée qui a soumis au concours les aspirans au professorat des colléges. Il y a plus, une chaire de professeur et deux places de suppléans étaient devenues vacantes à l'école de droit de Paris; elles viennent d'être données au concours,

laquelle M. Cruveilhier a tant plaidé dans son mémoire, est loin de reposer sur des fondemens solides. Il n'y a eu là-dessus qu'une voix parmi les chirurgiens. Au nombre des prétendus caractères distinctifs annoncés par M. Cruveilhier, l'indolence en était un des plus éminens. Mais il est bien avéré, d'une part, qu'il n'y a pas que les tumeurs fibreuses indolentes, et que les tumeurs mastoïdes, strumeuses, tuberculeuses, se trouvent dans la même condition, et, d'une autre part, il ne paraît pas moins incontestable que les squirrhes eux-mêmes débutent et persistent pendant plusieurs mois et plusieurs années sans la moindre trace de douleur. Les exemples n'ont pas manqué à l'appui de cette réfutation. On a cité des tumeurs de ce genre qui sont restées ainsi stationnaires, cinq, dix et vingt ans avant de révéler leur nature cancéreuse qu'elles ont manifestée ensuite avec l'ensemble des traits propres à cette affection. Telle est même, en général, l'apparence de ces tumeurs redoutables à leur première période, période capable de se prolonger, comme nous venons de le dire, pendant plusieurs années consécutives. La douleur caractéristique des tumeurs cancéreuses ne se montre guère qu'à l'époque de la seconde période, au moment de leur dégénération. Jusque-là la douleur est nulle, quoique l'essence de ces tumeurs soit réellement squirrheuse. Un second caractère diagnostique des tumeurs fibreuses, suivant M. Cruveilhier, serait leur mobilité, la faculté de rouler sous la pression. Ce second caractère n'est pas plus particulier aux tumeurs fibreuses que l'absence de la douleur. En effet, toutes les tumeurs du sein en dehors de la glande mammaire, quelle que soit leur nature ou leur principe, sont mobiles et roulantes. La constitution propre de ces tumeurs n'influe en rien sur leur adhérence; un tissu fibreux implanté dans le réseau compacte d'une glande ou à travers les fibres de la matière osseuse n'en sera pas moins un tissu fibreux, bien qu'il adhère intimement à la substance environnante; au lieu que les ganglions lymphatiques situés au voisinage des tumeurs cancéreuses et engorgés par la matière virulente ne sont pas moins des ganglions dégénérés, des ganglions infectés de la matière cancéreuse, bien qu'ils ne tiennent par aucun lien aux parties du voisinage, et qu'ils roulent aisément sous les doigts. La mobilité ou l'immobilité peuvent donc se rencontrer indifféremment dans des tumeurs cancéreuses ou autres; comme elles peuvent manquer aussi aux vrais cancers, de même qu'aux tumeurs les plus inoffensives : ce qui doit faire exclure un phénomène si équivoque du signalement certain et infaillible de toute espèce de tumeurs du sein. M. Cruveilhier assurait encore qu'on reconnaissait les tumeurs fibreuses à leurs inégalités, à leurs bosselures; mais ce signe est loin de s'observer dans toutes les tumeurs de ce genre, et, en revanche, il est fort ordinaire dans les cas de squirrhe. Bien plus, les inégalités et les bosselures se voient beaucoup plus communément dans les tumeurs suspectes que dans les tumeurs bénignes. Leur fréquence est telle qu'on les a rangées au nombre des moyens capables de les faire pressentir. L'état stationnaire n'a pas plus de valeur pour caractériser les tumeurs fibreuses. Nous avons déjà dit que des tumeurs essentiellement squirrheuses sont restées renitentes, petites, indolentes pendant plusieurs mois et pendant longues années, jusqu'au moment fatal où, à l'occasion d'un coup, d'une chute, ou sans occasion appréciable, par le seul travail spontané de la tumeur, elles ont pris brusquement un développement considérable, tout en devenant douloureuses, et ont fini par révéler leur nature cancéreuse. Ainsi tombe pièce à pièce le diagnostic différentiel des tumeurs fibreuses institué par M. Cruveilhier. Aucun des signes attribués dans son travail à ces tumeurs particulières ne paraît soutenir l'épreuve de la critique; tous, au contraire, ne laissent après eux que l'hésitation et le doute.

Maintenant, la science possède-t-elle en effet des signes distinctifs des tumeurs fibreuses et cancéreuses? Est-il possible, en groupant cet ensemble de signes, s'il en existe, de conclure qu'une tumeur donnée est fibreuse ou qu'elle est cancéreuse? La chirurgie moderne ne balance pas à répondre que le diagnostic différentiel est extrêmement difficile, et les chirurgiens les plus explicites déclarent sans restriction qu'elle est positivement impossible. Tous les caractères des tissus fibreux se réunissent très souvent dans les tumeurs cancéreuses; et réciproquement tous les caractères du squirrhe ou du cancer appartiennent un peuvent appartenir aux tumeurs fibreuses. L'inspection cadavérique, si propre à lever les incertitudes touchant les lésions matérielles, ne semble pas ici fournir de meilleurs indices que les déterminations pathologiques. Les tumeurs fibreuses, de même que les tumeurs squirrheuses, dans leur période stationnaire, offrent les unes et les autres une intrication plus ou moins régulière de fibres ou de fibrilles. Ce n'est guère qu'en comparant les tumeurs squirrheuses dégénérées avec les tumeurs fibreuses indolentes qu'il est possible de saisir quelques différences. Le microscope montre alors, en effet, dans les tumeurs fibreuses, l'enchevêtrement de fibres dont nous venons de parler, et, dans les squirrhes dégénérés, un tissu aréolaire rempli d'une masse de globules représentant la matière du cancer. Mais, ne perdons pas de vue que la comparaison supposée ici porte entre une tumeur fibreuse stationnaire et une tumeur squirrheuse dégénérée. Les résultats seraient semblables, nous n'en pouvons douter, si on comparait, comme on le doit, les tumeurs squirrheuses avancées avec les tumeurs fibreuses dégénérées. Enfin, la pratique des chirurgiens les plus exercés achève de convaincre de l'impossibilité d'établir entre les deux genres de tumeurs une ligne de démarcation nette et tranchée. M. Roux a avoué, et ses honorables confrères pourraient, nous n'en doutons point, répéter le même aveu, qu'il lui est arrivé de prendre des tumeurs de diverses natures pour des squirrhes, et de traiter des tumeurs telles que des kystes et même des abcès comme des tumeurs squirrheuses.

La discussion dont il s'agit a mené de front la question des tumeurs fibreuses et la question des squirrhes et des tumeurs cancéreuses. On vient de voir, d'après l'exposé précédent, que les tumeurs fibreuses sont très difficiles à diagnostiquer, et qu'il est également difficile, ou plutôt, tranchons le mot, qu'il est parfaitement impossible de distinguer les tumeurs fibreuses et les tumeurs squirrheuses. Nous prenons acte de ce résultat, dont nous aurons à tirer une conséquence thérapeutique. En attendant, tâchons de démêler, à travers les débats de cette discussion, les principes de la chirurgie actuelle touchant la théorie et le traitement du cancer. Il n'est question que du cancer des mamelles.

Ce cancer attaque principalement les femmes, surtout entre l'âge de 40 à 55 ans; toutefois il n'est pas rare d'observer chez des jeunes femmes et même chez les filles des tumeurs indolentes des mamelles qui deviennent à la longue de vrais cancers. Le cancer des mamelles peut se partager en deux phases : l'une plus ou moins prolongée se rapporte à l'existence d'une tumeur dure et indolente. Dans celle-ci la santé générale est irréprochable : nulle altération sensible, soit dans l'embonpoint, soit dans la fraîcheur. Cependant au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, la dureté du sein augmente, la tumeur qui n'avait jusque-là que la grosseur

---

et les nombreux candidats qui s'étaient présentés pour les disputer ont sub. sans murmurer la condition de l'épreuve éliminatoire; car cette mesure, en usage depuis longtemps dans les luttes annuelles de la Sorbonne vient d'être étendue aux écoles de droit en même temps qu'aux facultés de médecine; elle n'a donc rien d'exceptionnel; au contraire, elle généralise ce qui n'existait jusqu'à présent que dans le concours de la Sorbonne; elle imprime un caractère d'uniformité à la législation qui régit les concours pour le professorat universitaire; ni à la Sorbonne, ni à l'école de droit, elle n'a été reçue comme un don perfide, comme une machine suspecte et d'où sortirait plus tard la ruine du concours.

On a dit que l'épreuve d'élimination a été instituée dans une vue d'économie de temps et d'argent; s'il en est ainsi, si elle n'a d'autre mérite que de réduire la quotité d'une dépense pécuniaire et le nombre des séances imposées au jury, nous sommes tout prêt à la condamner à notre tour. Non, il ne convient pas à des professeurs largement rétribués et indemnisés de se plaindre de la durée ou du nombre des séances dans lesquelles ils ont l'honneur d'exercer la magistrature de la science; non, il n'appartient pas à l'Université de ménager à une classe de ses fonctionnaires les plus élevés et les mieux payés le loisir de la clientelle au détriment d'une institution aussi importante que le concours. En vérité, ils seraient mal venus à se récrier contre les obligations de juge, puisqu'issus du concours, ils ont eux-mêmes infligé autrefois à d'autres, par le fait volontaire de leur candidature, la besogne qui leur pèse aujourd'hui. La destinée de l'école à laquelle ils appartiennent pourrait-elle leur être indifférente? Or, elle dépend entièrement des choix qu'ils sont appelés à faire pour le recrutement de l'agrégation et du professorat; il n'est donc aucun sacrifice de temps et d'intérêt qui doive entrer en balance avec l'importance de la mission qui leur est conférée, quand, réunis en tribunal scientifique, ils ont à scruter les élémens des plus brillantes rivalités, à prononcer sans appel sur un essaim de jeunes ambitions qui halètent depuis longues années dans l'attente de ce jour. Les compétitions pour le titre d'agrégé ne se renouvellent pas à des époques assez rapprochées pour qu'il soit permis de marchander aux candidats le temps nécessaire pour les entendre et les apprécier. Au besoin, nous rappellerions encore aux titulaires des chaises curules de la Faculté que la fonction dont ils sont revêtus ne se borne point à l'exposition semestrielle d'une portion quelconque de l'une des sciences dont se compose l'encyclopédie médicale; mais qu'ils ont charge de participer à tous les exercices de la vie universitaire. Reste la question d'argent. Il nous répugne de penser qu'une sollicitude d'économie se soit glissée sous la robe du grand-maître ou dans les délibérations du conseil royal, surtout si elle peut avoir pour effet de léser en quoi que ce soit le mécanisme délicat du concours, c'est-à-dire d'une institution à laquelle sont suspendues tant d'existences, tant de légitimes ambitions. Par ce temps où nous voyons la plupart des services publics traités avec une véritable libéralité, par ce temps où le budget a des faveurs pour la danse du ballet et des ressources pour le replâtrage des plus minces débris de l'architecture gothique ou romane, on aurait mauvaise grâce à se plaindre du chiffre qu'atteignent les frais d'un concours; ce serait là le cynisme de l'économie; et jamais, Dieu merci, dans ce pays d'intelligence et de nobles instincts, on n'osera se targuer de réformes fiscales dont le résultat serait d'infirmer les garanties d'impartialité, si nécessaires aux luttes de la science.

d'une noisette acquiert du développement; elle était dans les premiers temps arrondie, circonscrite et roulante à la pressiou; maiutenant elle est inégale, bosselée et adbérente. Eu outre, elle devieut de temps en temps le siége d'élancemens douloureux, semblables à des traits de feu ou à de simples piqûres d'aiguilles. Do reste, on peut la toucher et la comprimer même sans y provoquer la moindre douleur. L'adjonction de la douleur a imprimé à sou développement une très grande impulsion. C'est le moment où la seconde phase de la tumeur se déclare, celui où commence la dégénération de la tumeur en cancer. Dès ce moment le sujet maigrit, perd de sa fraîcheur, contracte une coloratiou spécifique, l'appétit diminoe. La tumeur sensible au toucher rougit sur quelques points et finit par s'onvrir sur l'un de ces points en fournissant une certaine quantité de matière choreuse. Les bords de la fissure s'écartent progressivement; ils s'épaississent, se reuverseot et durcissent. La surface de l'ulcère se couvre de végétations d'où s'écoule une soppuration sanieuse. Les douleurs continuent à être lancinantes, oó semblables à la douleur du brûlement. L'ulcère fait incessammeut des progrès, gagne dans tons les sens, enveloppe tous les tissus voisins, donoe lieo souvent à des hémorragies alarmantes. Sur ces entrefaites l'infectiou générale se prononce de plus en plus: le sujet tombe dans le marasme, la toux survient, l'hydropisie s'y joint aussi, une fièvre incessante dévore le patieot, eofin la mort arrive sans que rien puisse l'empêcher. Ce tableau, reproduisant les deux grandes périodes du caucer, était nécessaire à retracer poor mieux faire ressortir les idées émises dans la discussion de l'Académie sur la méthode thérapeutique des tumeurs mammaires.

Un grand nombre de tumeurs du sein peuvent simuler les tumeurs cancéreuses. Indépeodamment des tumenrs fibrenses dont aucun chirurgieu ne contestera la réalité, il se forme dans le sein des tumeurs enkistées, des abcès, des tumeurs scrofulenses ou autres très différentes. Nous dirons de toutes ces tumeors, sous le rapport du diagnostic, ce qoe nous disions naguère des tissus fibreux. Il est très difficile siuon impossible de les distingner des tumeurs cancéreuses. Mais ce qui nous intéresse en ce moment ce sont les chances de la curation de ces tumeurs et l'opiniou des chirurgiens modernes touchant les effets ultérieurs de cette curation. Il n'est pas douteux, et plusieurs orateurs en ont cité des exemples que des tumeurs suspectes du sein ont disparu spontanément; que d'autres ont cédé plus ou moins vite à l'emploi de moyens résolutifs tant internes que locaux et qu'une troisième catégorie a conservé invariablement son état stationnaire, sans augmentation ni péril pendant un très long espace de temps. Toutefois l'incertitude des moyens dont l'art peut disposer, ainsi que les chances formidables qui menacent incessamment les sujets atteints de tumeurs suspectes du sein, ont engagé les chirurgiens à oe pas balancer dans le choix à faire eutre l'ablation et une temporisation fatale. Aussi, ils conviennent presque unanimemeot aujourd'hui que le principal traitement des tumeurs équivoques du sein consiste dans l'extirpation. Cependant cette opiniou n'est pas tellement uniforme qu'elle ne subisse des variations remarquables. Entrons à cet égard dans qoelques explications.

Rappelons-nous les deux phases qui se partageut la durée des affections cancéreuses: dans la première, on n'a sous les yeux que des tumeurs indolentes, sans chaleur ni rougeur, accompaguées de tons les attributs de la santé la plus florissaute. Le sujet porteur de cette sorte de tumeurs peut être même une fort jeune fille à qui il ne serait rien moins qu'indiféreut, sans parler de la douleur d'une opération sanglante, de subir une défiguration toujours profonde dans une partie de son corps, à l'intégrité de laquelle son instinct ou sa raison lui foot attacher un prix important. L'homme de l'art lui-même, quelque peu disposé que nous le voyions à se laisser entraîner par des considérations semblables, ne possède par devers lui que des motifs incertains pour conseiller cette opératiou. Quoiqu'il puisse appréhender que cette tumeur à peine incommode aujourd'hui ne contracte un jour des caractères alarmans; reste à savoir si une telle appréhension, qui après tout peut se trouver trompée par les ressources d'une nature dont il ne saurait évaluer *à priori* les ressources de conservation, justifie suffisamment l'intervention de l'instrument tranchant. Nous devons ajouter que rieu ne l'empêche d'avoir incessamment l'œil ouvert sur l'état de la tumeur et qu'il lui sera toujours loisible d'en venir à l'ablation dès qu'il aurait le moindre vent de son aggravation. Cet ensemble de réflexions mûrement appréciées par un grand nombre de chirurgiens, les déterminent à se borner à une pratique d'observation en présence de tumeurs d'apparence inoffensive, comme nous les supposons. C'est aussi ce parti que nous embrassoos.

Il règne un plus grand accord dans les cas où la tumeur mammaire prend un aspect fâcheux, lorsqu'elle augmente de volume, qu'elle devient douloureuse, qu'elle est seulement fort incommode. Mais cet accord se change en unanimité aussitôt que la tumeur mammaire marche assez promptement pour ne plus laisser de doute sur le résultat définitif d'une affection mortelle. Un mot avant de nous prououcer dans des occasions aussi délicates sur l'état constitutiooel des malades atteiots de tumeurs cancérenses.

Quelle que soit la théorie des affections cancéreuses, les hommes de l'art les plus avaocés recounaissent dans ces malades une disposition intérieure qui prépare ou provoque même à elle seule l'explosioo des cancers. Cette opinion, proclamée déjà par toute l'antiquité, a été accocillie également par Bayle, Laënnec et tous les médecins de l'école anatomique, jusqu'à Broussais. Beaucoup de praticiens de nos jours l'adoptent dans les mêmes termes, comme oous l'avons vu daos la discussioo de l'Académie, et nous pensons qu'une attention suffisante aux phéuomèoes du développement des maladies cancéreuses la ferait admettre sans opposition. Bayle a formulé cet état particulier, connu sous le nom de diathèse, en disant qu'il consiste dans une disposition intérieure qui suffit dans certains cas pour donner lieu au cancer et sans laquelle toutes les causes extérieures, soit locales soit générales, ne peuvent jamais produire cette maladie. La description de Bayle n'est pas moins expresse que sa formule. Ses principes à cet égard sont conformes d'ailleurs à l'idée qu'on s'en est toujours faite. Voici les résultats de la doctrine sur ce point. La disposition au cancer peut exister lougtemps et même toute la vie sans se manifester par aucun signe extérieur et sans produire aucune maladie cancéreuse; elle n'a pas toujours le même degré d'intensité: de là vient qu'une irritation légère suffit quelquefois pour provoquer le développement d'uo cancer, tandis que dans d'autres cas cette maladie a besoin pour se déclarer du concours de plusieurs causes occasionelles très puissantes. La diathèse cancéreuse se produit suivant les circonstauces sur des parties très différeutes; certains individus paraissent plus disposés au cancer de la peau, d'autres au cancer des glandes, les femmes à celui des mamelles. C'est ainsi qu'on peut voir des plaies fort légères, des opérations très simples dégénérer en cancers; c'est ainsi qu'Alliot, cité par Bayle, a vu deux hommes affec-

---

Mais si le nombre croissant des candidatures et la prolongation indéfinie des épreuves entraînaient d'autres iuconvéniens qu'une perte de temps pour les juges et d'argent pour l'état, si ces deux circonstances pouvaient nuire précisément à la sûreté du jugement et à la vérité du résultat, il y aurait là matière à réflexion et à récipiscence en faveur de la mesure des épreuves éliminatoires. Examinons cette face de la question et procédons par un simple appel à la bonne foi de nos lecteurs. Un concours d'agrégation se compose de quatre épreuves, qui sont une dissertation écrite; une leçon après vingt-quatre heures d'élaboration, une leçon après trois heures de recueillement à huis-clos, enfin une thèse livrée à l'argumentation de quatre compétiteurs; la moyenne des candidats est de ciuq à six par place à donner; soit pour quatre places vingt-quatre candidats à multiplier par quatre, nombre des épreuves: total, quatre-vingt-seize épreuves! — Maintenant, nous le demandons, quel auditeur suivrait avec une attention également soutenue une telle série de leçons et de lectures? Quelle mémoire imperturbable euregistrera avec une rigoureuse exactitude tout ce qui peut devenir au jour du verdict un élément d'appréciation différentielle? Qui peut se prévaloir d'un discernement assez robuste pour n'avoir point à redouter les effets de la fatigue et de cette satiété intellectuelle qui émousse les facultés perceptives, comme la satiété de l'estomac amortit le goût et l'odorat? On répondra: que les membres du jury fortifient leur attentiou par le secours de la plume, assurent les bases de leur appréciation à l'aide de notes prises en séance. Ce conseil est suivi par la plupart des juges de concours; mais quel avantage en résulte-t-il? S'ils ne tiennent compte de ces indications que d'une manière accessoire, ils risquent de s'égarer; s'ils les prenoent pour règle absolue de classement, ils perdront de vue la valeur d'ensemble des candidatures; l'arbitrage du concours ne consiste pas à additionner des impressions bonnes ou mauvaises recueillies jour par jour, et à en faire la somme par voie de scrutin; au moins faudrait-il que ces impressions fussent discutées, pesées en commun, et qu'après chaque épreuve, après chaque leçon, le jury eût à déterminer le rang provisoire des candidats entendus. Cette dernière méthode d'appréciation, même appliquée avec une scrupuleuse rigueur, ne conduira point à des résultats incontestables; elle comporte une certaine impartialité de détail; elle fera strictement la part des erreurs de mémoire, des citations inexactes, etc.; mais elle ne permet point aux juges de saisir, aux termes des épreuves, chaque candidature dans son ensemble, dans sa constitution, et d'assigner aux intelligences qui se sont escrimées l'une contre l'autre la place qui leur revient, moins encore par le mérite de leurs exhibitions scholastiques que par leur trempe naturelle et leur importance d'avenir. Avec le jugement par épreuve isolée, sur notes et controverse, on verra surgir en première ligne les médiocrités qui, munies d'une suffisante dose de mémoire et de persévérance, se sont assimilé laborieusement les notions qui constituent ce que l'on est convenu d'appeler l'état de la science; les penseurs, les esprits originaux et féconds, quoique un peu moins frottés d'huile, succomberont en chemin.

Ainsi donc, tant que le uombre des compétiteurs restera illimité jusqu'au bout, il arrivera de deux inconvéniens, l'un:

Verdict sommaire du jury, sans discussion individuelle de chaque épreuve, de chaque leçon pour chaque caudidature, et, par là, carrière ouverte à tous les hasards du jugement humain, appelé à s'exercer sur un grand oombre de per-

tés d'un cancer cutané, chez lesquels un cautère établi à la jambe se changea en ulcère cancéreux; aussi Bayle regardait-il comme une chose dangereuse l'application d'un cautère à une personne qui aurait actuellement un cancer cutané. Nous pensons qu'on devrait généraliser cette opinion particulière et interdire comme suspecte la formation d'une plaie artificielle chez les sujets doués d'une diathèse cancéreuse fortement prononcée. La diathèse cancéreuse envahit l'ensemble de l'économie, seulement elle éclate sur des régions diverses en rapport avec la condition propre à chaque sujet. Il ne faut pas confondre, et c'est une erreur dans laquelle Bayle est tombé, les effets, la manifestation de la diathèse avec la propagation de l'engorgement cancéreux à travers les parties liées entre elles par des rapports de continuité. Le fait de la diathèse est un phénomène essentiellement dynamique et qui n'entretient avec la structure anatomique des organes que des relations accidentelles. Bayle d'ailleurs repousse avec raison la similitude qu'on a cherché à établir entre la diathèse et la communication du virus cancéreux par la voie ordinaire de l'absorption. Ce n'est pas là un produit de la diathèse; mais un effet de la cachexie, deux conditions très distinctes, comme M. Roux en a fait la remarque.

Quoi qu'il en soit de l'essence de la diathèse cancéreuse, force est bien de la reconnaître, car la diathèse cancéreuse est la pierre d'achoppement de la seule ressource que l'art soit en mesure d'opposer aux tumeurs cancéreuses; nous voulons parler de l'extirpation ou de l'ablation. En effet, les chirurgiens eux-mêmes conviennent que les cancers témoignent généralement d'une tendance fatale à repulluler ou à se reproduire. La plaie faite par l'opération se cicatrise complètement; le sujet acquiert quelquefois même une santé brillante; on l'a vu encore d'autres fois reprendre plus d'embonpoint et plus de fraîcheur qu'il n'en avait auparavant. Cependant, le cancer reparait au bout d'un temps plus ou moins long, tantôt sur la cicatrice, tantôt sur un autre point. Aussi Bayle et la plupart des médecins qui ont approfondi la question des affections cancéreuses, sans interdire positivement l'extirpation des tumeurs cancéreuses, en restraignent-ils extrêmement la pratique et professent que dans la plupart des cas le cancer est incurable. C'est peu de s'opposer à l'extirpation de ces tumeurs par la considération de leur reproduction habituelle; il ne paraît pas douteux que non seulement le cancer repullule après l'opération la plus complète, mais que son retour est acccompagné d'une exaspération de tous les symptômes, en sorte que l'opération invoquée pour prévenir la mort n'aurait réellement d'autre résultat que de rendre la mort beaucoup plus prompte. Que faire donc lorsqu'une tumeur mammaire de nature cancéreuse menace les jours du malade? Si on opère la tumeur, il est à présumer que le cancer se reproduira soit sur la plaie ou sur la cicatrice, soit dans une autre partie. Si la reproduction a lieu, les symptômes acquerront par l'opération même un plus grand degré d'acuité et entraîneront la mort du sujet avec plus de rapidité que dans les cas où la tumeur cancéreuse est abandonnée aux seules ressources de la nature. D'un autre côté, renonce-t-on à l'opération, les progrès de la tumeur continuent, l'infection se répand peu à peu à la masse des humeurs, l'économie entière finit par être imprégnée du virus cancéreux, et la mort arrive définitivement au dernier degré du marasme et de la fièvre. Cependant, les progrès du cancer sont quelquefois d'une extrême lenteur; on a vu d'ailleurs maintes fois la marche de ces tumeurs enrayée par les efforts médicateurs de la nature. Qui peut mesurer *à priori* l'étendue de ces ressources naturelles? qui sera assez avisé pour affirmer que le sujet qu'il a sous les yeux n'en ressentira pas les bénéfices?

On imagine bien que lorsque nous comptons sur les efforts de la nature médicatrice, il ne peut être question des cas de tumeurs cancéreuses où les chirurgiens eux-mêmes repoussent toute tentative d'opération, évidemment convaincus de son impuissance; mais nous parlons de cas seuls où les hommes de l'art regardent l'opération comme urgente, se fiant à l'espoir que l'ablation pourra arrêter les progrès de la cachexie et provoquer de la part de la nature quelques-uns de ces efforts puissans qu'elle exécute si souvent dans les circonstances les moins favorables en apparence, au grand étonnement des praticiens. C'est dans ces cas que nous voudrions qu'au lieu de se presser de procéder à une opération trop fréquemment suivie du retour de la maladie, on se livrât à un autre genre de médication capable de solliciter ou de soutenir les efforts naturels. Si l'on ne réussit pas plus souvent à exciter ces efforts bienfaisans, c'est peut-être en partie parce que les chirurgiens généralement chargés de ces sortes de maladies ne recourent pas avec toute l'activité réquise aux moyens dont la médecine est en possession; c'est, en un mot, parce que les chirurgiens, en déposant l'instrument tranchant, abdiquent trop aisément leur qualité de médecin. Dans les affections qui se lient comme celle-ci à une disposition interne profonde, c'est peu de panser convenablement la tumeur ulcérée; il faut y joindre tout l'appareil des agens curatifs capables de réprimer les tendances de cette disposition. Le régime et le genre de vie jouissent encore alors d'une efficacité souveraine, concurremment avec l'emploi des médicamens que l'expérience a consacrés soit pour détruire le vice lui-même, soit pour atteindre les symptômes les plus alarmans. Ce n'est pas ici le lieu de décrire la méthode thérapeutique applicable dans cette double vue, ni de faire l'énumération des agens curatifs les plus utiles dans les diverses occasions; mais nous pensons, et les exemples ne nous manqueraient pas, au besoin, pour confirmer notre système de pratique, qu'avec les tristes chances reconnues dans le cancer déclaré, à l'intervention de l'instrument tranchant, il est encore plus sage d'en épargner la douleur aux malades et de lui préférer un traitement médical.

Que conclure maintenant, sous le rapport thérapeutique, de la discussion des faits dont nous venons d'analyser les principales circonstances, d'après les longs débats sur les tumeurs fibreuses? Le voici. La discussion a établi en premier lieu la difficulté ou plutôt l'impossibilité de reconnaître ou de distinguer ces tumeurs des tumeurs véritablement cancéreuses; la même discussion a démontré que les tumeurs fibreuses en tant que fibreuses ne réclamaient pas le secours de l'opération; elle a constaté en outre que les tumeurs cancéreuses bien avérées avaient toujours de la tendance à repulluler après l'opération la mieux faite, et que leur repullulation s'accompagnait d'une telle exaspération de la maladie, qu'elle marchait dès lors vers le terme fatal avec beaucoup plus de violence qu'auparavant. La conséquence de toutes ces observations, conséquence irrécusable et rigoureuse, c'est qu'à part les cas de tumeurs fibreuses incommodes par leur position ou par leur volume, la prudence s'accorde avec la logique pour interdire formellement l'ablation des tumeurs du sein.

---

sonnes, et réduit aux approximations les plus vagues, à défaut de base positive;

Ou jugemens partiels après chaque épreuve, au moyen de notes écrites qui serviront d'élémens à la discussion : justice étroite et dont les conséquences mentiront au but du concours.

La réduction du nombre des candidats, quand il excède certaines limites, semble donc le moyen de concilier les conditions humaines de la fonction de juger avec les exigences de l'équité. Tout le monde sait que dès les premières épreuves d'un concours, les candidats, si nombreux qu'ils soient, se partagent pour ainsi dire en groupes distincts; la composition et la première leçon sont plus que suffisantes pour opérer ce classement; les médiocres et les impuissans ne se cachent pas longtemps à l'œil du public et du jury; après la lecture de la composition, il y a déjà des *impossibles*; la première leçon, préparée après 24 heures, et à cause de ce délai, criterium de la puissance oratoire et du talent d'exposition, fixe le sort de quelques autres que leur composition avait soutenus à fleur d'eau; il en est même qui, après avoir manié victorieusement la plume, manient si mal la parole et possèdent à un si faible degré la spontanéité de la chaire que c'est leur rendre service que d'arrêter là leurs inutiles efforts; en un mot, les deux premières épreuves terminées, l'opération redoutée de l'élimination est facile, par cela même qu'elle doit être faite avec réserve et mesure; elle ne portera que sur les vocations fourvoyées, sur les ambitions sans vigueur ni maturité, parfois sur des élémens entièrement impropres à la carrière de l'enseignement. Et ici nous en appelons à ceux qui ont, comme nous, assisté à un grand nombre de concours : n'ont-ils pas vu monter dans la chaire des confrères, jeunes ou vieux, excellens hommes, en possession de l'estime de leur quartier et quelquefois d'une réputation, placés à merveille au lit de leurs malades ou sur les bancs d'une académie, mais qui n'avaient rien à attendre du concours et qui semblaient en subir les épreuves par une sorte de condamnation volontaire, quoique le public fût tout disposé à user envers eux du droit de grâce? Si nous voulions tracer la physiologie du concours, nous mentionnerions encore une catégorie de parasites qui viennent pendant deux ou trois mois jouir en chaire des avantages de la publicité et mêler leurs noms inconnus à ceux qu'un commencement de lustre ou la gloire acquise signale à l'attention du monde? Ils n'ont aucune chance de succès; ils le savent, ils le disent tout haut; mais ils n'ont pu résister à l'envie de contempler du haut d'une chaire un auditoire de mille ou quinze cents personnes; les journaux imprimeront leurs noms parmi ceux des candidats à la succession de tel ou tel professeur célèbre; et puis, quand viendra le temps de se livrer à la plume sympathique des biographes, on dira d'eux qu'ils ont pris part à tel concours mémorable... Que l'on se hâte d'appliquer à ces braves gens la justice de l'élimination.

Vous le voyez, cette mesure permettra aux juges d'envisager de plus près les candidatures de bon aloi, de les évaluer avec plus de précision, de les classer avec rigueur; elle n'est pas redoutable aux hommes d'un mérite réel, pleins de la science qu'ils aspirent à professer; elle l'est seulement aux médiocrités, elle l'est encore aux talens pressés de réussir et qui comptent encore plus sur les bénéfices fortuits d'une longue série d'épreuves que sur la solidité de leurs acquisitions. Ajoutons qu'elle ôte une chance à l'intrigue et à la faveur dont le champ se rétrécit avec le nombre des concurrens; plus il y a de compétiteurs et par

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur Bouchut, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté, médecin adjoint du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris, membre de la Société anatomique.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

NATURE.

L'étude que nous venons de faire des altérations organiques qui se manifestent dans le cours de la fièvre pnerpérale indique suffisamment combien serait vaine la prétention de localiser cette maladie. Elle frappe sur les tissus les plns dissemblables sans avoir de préférence pour aucun, et se montre aux deux extrémités du corps à la fois; dans les organes les plus éloignés qu'elle envahit simultanément, elle compromet tont ce qu'elle touche; sons son influence s'opère une série de transformations dans les organes affectés qui tous arrivent à la suppuration avec une rapidité inconcevable. Puis, on la trouve seule, isolée de toute altération d'organes; mais accompagnée par une modification profonde des fluides et dn sang en particulier. Elle est d'autant plus grave que son début est plus rapproché du moment de la couche; alors la plupart des femmes qui en sont atteintes ne tardent pas à succomber.

Sons cette variété de formes se cache un principe particulier d'unité qui ajoute une grave importance aux complications développées dans les organes. Ce principe, qui forme le caractère spécial de la maladie, est révélé par la nature des altérations et par la rapidité de leur développement. C'est à lui qu'il faut rapporter la simultanéité d'action qui force le mal à se montrer en plusieurs points à la fois, la fréquence de la suppuration dans les organes et le peu de temps nécessaire à la formation du pus. C'est donc la tendance à la suppuration, la fréquence et la rapidité du développement de cet acte physiologique qui semblent dominer la pathologie puerpérale. Qu'importe, en effet, telle on telle altération qui n'a d'autre importance que celle de l'organe frappé; mais ce que nous savons c'est qu'il va s'effectuer en peu d'instans une rapide désorganisation de tissu et une transformation purulente considérable.

Il faut absolument rapporter ces suppurations diverses et variées, ces suppurations si étendues, à l'état puerpéral, et cela, sans effort, puisque la même phlegmasie développée en toute autre circonstance, et dans le même organe, ne suivrait pas une marche semblable et accomplirait ses phases dans le temps voulu par les lois de la réparation naturelle. Dans l'état puerpéral, et surtont lorsqu'agit l'influence épidémique, tout est changé, la transformation purulente s'opère avec une précipitation à laquelle nous ne sommes pas habitnés. Il semble que l'organisme cherche à se dépouiller d'un produit délétère, et que l'épuration ne puisse avoir lieu que par la formation de pus déposé çà et là dans les tissus. Quand les sujets sont trop faibles, ils succombent sans que le mal soit localisé; c'est dans le sang qu'on retronve ce principe nuisible.

L'on a dit que le pus engendrait le pus, *pus generat pus*, que cette graine féconde ne demandait qu'un terrain favorable pour se développer, et l'on a comparé l'infection purulente puerpérale à l'infection purulente ordinaire. L'on a rapproché la plaie utérine qui résulte de l'accouchement des plaies faites par le chirurgien, et l'on a conclu par analogie à la communauté des phénomènes.

Oui certainement le pus engendre le pus, et il est des circonstances dans lesquelles l'infection purulente puerpérale semble le résultat de l'inflammation utérine. Mais comment expliquer ce phénomène chez les femmes qui succombent quelques minutes, deux, trois ou quatre heures après la couche, sans avoir laissé à la nature le temps d'établir de suppuration dans l'utérus? Comment se rendre compte de la formation du pus dans le sang de ces malheureuses qui n'avaient aucun foyer dans leur organisme? Le pus se serait-il formé de toutes pièces, par suite d'une transformation même du sang, comme le pensait de Haen? je n'oserais l'affirmer, mais je suis tenté de le croire.

Quoi qu'il en soit, ce que l'on ne peut s'empêcher d'admettre, c'est le fait en lui-même : 1° la tendance des altérations puerpérales à passer à la suppuration; 2° la modification du sang à laquelle se rattache la maladie. Il en résulte que la fièvre puerpérale est une affection générale due à une modification de composition du sang d'où procèdent d'innombrables variétés de lésions pathologiques qui ont toutes pour caractère commun la tendance à la suppuration.

Précisons d'avantage la nature de cette altération du sang et nous indiquerons ensuite quelle est son origine.

Le sang se présente dans tous les cas de fièvre puerpérale avec des caractères physiques différens de ceux qui lui sont ordinaires ; ainsi sur le cadavre il ne se prend pas en caillots, il est, au contraire, entièrement liquéfié, d'un rouge pâle, quelquefois jaunâtre, colorant beaucoup les parois du vaisseau avec lequel il est en contact. Pris sur le vivant et examiné dans le vase qui le contient, le caillot est petit, mou, facile à déchirer, présente souvent une couenne non homogène et friable. A l'analyse, on trouve une augmentation, quelquefois fort considérable, de l'hématosine et la fibrine se présente en qualité moindre qu'elle ne devrait être, non pas relativement aux globules, mais relativement à son chiffre normal. Cet élément se trouve réduit à la minime proportion de 1 on 2 sur 1000. Au microscope, les altérations ont paru être dans quelques cas fort évidentes; elles consistent en une altération des globules, en partie décolorés, offrant quelquefois un volume plus considérable qu'à l'état normal, avec moins de régularité à la circonférence. Chez plusieurs de nos malades, ces globules étaient complètement déformés et présentaient les caractères des globules purulens. Dans un cas, leur nombre était tellement considérable que nous avons jugé convenable d'en faire une description spéciale à l'article des altérations du sang. J'ai bien vu quelques cas de résorption purulente à la suite des opérations de chirurgie dans lesquels le sang offrait des globules purulens, mais jamais en aussi grande quantité que chez la malade dont je parle.

Dès qu'on veut remonter à l'origine d'une semblable altération, un grand nombre d'hypothèses qu'il faut avoir la précaution d'écarter se présentent en foule. Un fait seul qui me paraît mener à la solution du problème doit être pris en bonneur. Il se rapporte aux modifications imprimées à l'organisme par la grossesse, et consiste 1° dans l'altération de composition dn sang chez les femmes enceintes, et 2° dans les changemens apportés aux phénomènes physiologiques d'assimilation et d'absorp-

conséquent d'épreuves et de séances, plus la confusion est possible dans l'esprit des juges; le diagnostic est toujours posé avec plus d'exactitude dans un petit service de malades que dans une salle encombrée. Il n'est pas jusqu'à la moindre durée du concours qui n'augmente les garanties : les épreuves, se suivant de près, tiendront constamment les lutteurs en haleine; ils n'auront pas le temps de solliciter et de faire solliciter.

Au reste, pendant que nous écrivons ces lignes, l'expérience se continue, et bientôt les résultats du concours d'agrégation pour la médecine nous apprendront si la mesure d'élimination a moins bien réussi dans notre école qu'à la faculté de droit.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, à l'avenir les juges des concours à la Faculté de médecine devront être toujours en nombre impair. Cette décision fut prise à la suite du concours de physique, dans lequel le professeur n'a été nommé que par suite de la voix prépondérante du président de ce concours.

— M. Dahremberg vient d'être nommé bibliothécaire de l'Académie de médecine.

— On annonce la mort de M. le docteur Fournet, ex-interne, lauréat des hôpitaux de Paris, auteur d'un ouvrage connu sur les maladies de la poitrine. Ce jeune médecin aurait succombé en Italie aux progrès de la phthisie pulmonaire. Ce serait une perte véritable pour la science.

— Procès Belliol. — La sixième chambre, siégeant comme police correctionnelle, par jugement du 29 décembre 1843, a condamné le sieur Belliol, auteur du système végétal dépuratif, comme ayant exercé illégalement la pharmacie. La visite faite chez le sieur Belliol avait amené la saisie de sublimé corrosif et d'autres sels mercuriels. Le sieur Belliol a été condamné à l'amende, à quinze jours de prison et à 5,000 fr. de dommages-intérêts vis-à-vis des membres de la Société de prévoyance, qui s'étaient portés partie civile.

tion interstitielle des tissus. Il est évident que si l'on démontre cet état particulier de la femme enceinte qui la place en dehors des lois physiologiques ordinaires, on n'aura pas lieu de s'étonner, ou pour mieux dire, l'on saisira beaucoup mieux les phénomènes de réaction qui se développent après l'accouchement, phénomènes qui sont extraordinaires et en dehors des lois naturelles parce que les tissus qui en sont le siége vivent d'une vie particulière et spéciale.

La vie spéciale des tissus de l'organisme de la femme qui a conçu se rapporte aux modifications de quantité des élémens du sang, modifications découvertes par MM. Piorry et Andral. Suivant ce dernier professeur, et l'observation l'a démontré depuis, la proportion de fibrine évaluée au terme moyen de 3 millièmes s'élève et s'accroît de ce chiffre jusqu'à 4, 5 et même 6 millièmes. Or, cet état se raproche et se confond presque avec l'état du sang des phlegmasies franches. Les femmes enceintes jugées d'après l'analyse chimique de leur sang offriraient donc un symptôme évident d'inflammation démenti d'ailleurs par l'appréciation du pouls et l'aspect extérieur du sujet. Cette modification de composition du sang se rattache à la nutrition du fœtus qui, comme on le sait, a surtout lieu à l'aide de l'assimilation de la fibrine. Elle ne peut être considérée comme un phénomène pathologique; car si l'analogie, qui rapproche cette altération du sang de celle qu'on observe dans l'état phlegmasique, plaide en faveur d'une telle opinion, la raison la repousse avec énergie, comme une méprise à l'égard des lois conservatrices de l'univers. Il en est de même de l'opinion des physiologistes qui ont regardé comme un phénomène d'inflammation les modifications de tissu qui s'effectuent dans l'utérus autour de l'embryon humain.

L'analyse démontre donc l'état nouveau du sang des femmes grosses, nécessaire au développement du fœtus et trop souvent pernicieux à la mère. Pendant la période de gestation, les femmes semblent jouir d'une vie nouvelle; elles prennent tout à coup une fraîcheur et un embonpoint inaccoutumés; celles même qui sont délicates de constitution ou peut être déjà malades n'en sont pas à l'abri. La nature indique toujours, par ce luxuriant cortége; cette surabondance de vie qui accompagne le travail de la reproduction des espèces. Quand la végétation prend son essor, le développement des feuilles et des fleurs révèle la puissance de la sève, qui perd sa force dès que la fécondation a eu lieu et que le fruit touche à sa maturité. Les feuilles perdent leur éclat et se dispersent sous le vent; ce sont les plantes qui fournissent les premières graines dont les feuilles tombent les premières. Dans les espèces animales, pour être moins sensible, ce travail intérieur n'en est pas moins évident. Il a déjà été démontré dans l'espèce humaine par les changemens que les accoucheurs ont constatés dans les articulations du bassin, qui se disjoignent et prennent une mobilité considérable, par la fréquence du ramollissement des os, et il y a quelques jours, par des recherches nouvelles de M. Ducrest, sur la nutrition du système osseux.

Cet observateur a constaté, et j'ai pu m'assurer avec lui, sur plus de cent pièces d'anatomie pathologique, que chez les femmes enceintes il se développe, entre la table interne des os du crâne et la dure-mère, une production nouvelle qui s'ossifie et donne chaque jour plus d'épaisseur aux parois crâniennes. Ce produit de sécrétion est d'abord pulpeux, rougeâtre, comme fibrineux, fort mince et déposé au fond des impressions osseuses; son épaisseur augmente avec le temps, et alors le produit est comme spongieux et forme une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur entre la dure-mère et le crâne. Il n'est plus résistant, renferme une multitude de parcelles osseuses qui font du bruit au moment de la section par le scalpel. Des vaisseaux parcourent le tissu et se rendent de la table interne de l'os à la dure-mère. Enfin, à une époque très avancée, cette matière plastique est devenue entièrement osseuse et adhérente aux os primitifs, dont on peut encore la séparer. La table interne est encore facile à reconnaître, mais un peu plus poreuse d'habitude.

Il est probable qu'un travail de nature semblable s'effectue aussi dans l'intérieur du canal médullaire des os longs, et que la modification nutritive qui détermine la formation de certaines parcelles osseuses dans l'intérieur du crâne agit aussi sur tout le système. Comment en serait-il différemment, puisque ce phénomène est le résultat de l'altération survenue dans les qualités du fluide nourricier?

Ces recherches, qui viennent d'être publiées par M. Ducrest, dans sa thèse inaugurale, ont, je crois, une grande valeur, et viennent appuyer les résultats de l'analyse. Ils démontrent, par une voie différente, l'état spécial du sang, particulier aux femmes enceintes. M. le professeur Andral fixe l'attention sur l'excessive quantité de la fibrine que contient ce liquide, et voici M. Ducrest qui découvre et confirme par des faits les changemens survenus dans la nutrition du système osseux. Or, en rapprochant ces deux faits, qui me paraissent subordonnés l'un à l'autre, nous sommes forcés d'admettre que, dès que la conception a eu lieu, le sang se modifie lentement et graduellement dans ses proportions, autant qu'il est nécessaire au développement du nouvel être dont la nutrition exige chaque jour un aliment plus substantiel. Aussi, la quantité de fibrine contenue dans le sang n'est-elle jamais plus grande que dans le dernier mois de la grossesse.

En résumé :

La fièvre puerpérale est une maladie qui ne peut être localisée dans aucun organe, et qui se rattache aux altérations du sang que je viens d'indiquer.

Cette altération est la seule qui soit constante et qui coïncide avec le développement de l'infinité des lésions organiques.

Elle procède de la modification de composition du sang des femmes en état de grossesse.

C'est à elle qu'il faut rapporter l'interversion des lois pathologiques qui président à la série des transformations consécutives à l'irritation des tissus; en un mot, c'est elle qui donne aux lésions organiques la funeste tendance à la suppuration qui est le caractère de la fièvre épidémique des femmes en couches.

SYMPTÔMES.

Les malades atteintes par la fièvre puerpérale présentent des symptômes variés, les uns qui dépendent de la maladie principale, les autres qui se rattachent aux complications qu'elle présente; car, ainsi que nous l'avons dit, il n'est pas de tissu, pas d'organe qui ne puisse devenir le siége de sa manifestation. De là cette foule d'altérations organiques que nous avons énumérées; ces complications sans nombre qui prennent une forme spéciale et se traduisent par des symptômes différens en rapport avec les fonctions de la partie affectée. Or, il importe ici de ne pas se méprendre et de ne pas rapporter aux symptômes de la fièvre puerpérale les symptômes des complications de la maladie, qui varient comme ces complications. Sans cela, il faudrait faire une pathologie puerpérale complète; travail utile, sans doute, mais beaucoup mieux placé dans des monographies spéciales sur chacune des formes de la maladie. C'est ce que nous avons essayé de faire pour la *phlegmatia alba dolens*, dissertation annexée à ce mémoire.

Laissant donc de côté les complications puerpérales et les symptômes qui leur correspondent, examinons ceux qui sont communs à tous les sujets. Voyons s'il se trouve dans la symptomatologie de l'affection qui nous occupe des signes essentiels indépendans des signes fournis par chaque complication, comme nous avons trouvé dans l'anatomie pathologique une modification distincte de chaque altération en particulier. Voyons enfin si, après avoir isolé des lésions matérielles le principe même de la maladie, nous pouvons, dans les symptômes, en trouver qui se rapportent à ce même principe.

Il est, en effet, des symptômes qui ne se rattachent pas nécessairement aux complications de la fièvre puerpérale. Ce sont des symptômes *communs* qui se rencontrent chez la plupart des malades. Ils sont fournis par la marche de l'affection, par l'étude de l'aspect extérieur des individus, par l'appréciation du pouls et par les modifications survenues dans quelques fonctions physiologiques : la digestion, la sécrétion laiteuse, etc. Ces symptômes sont modifiés par les circonstances variées qui président au développement de la fièvre par le génie épidémique et par le moment de l'invasion des accidens. Ainsi, telle épidémie fort meurtrière présente une série de symptômes fort graves et différens de ceux qu'on observe dans une épidémie subséquente. Dans la même épidémie, les symptômes diffèrent et sont plus sérieux, non seulement chez les malades frappées les premières par le fléau, mais encore chez celles qui, atteintes au même instant, le sont, les unes dans les premiers jours qui suivent la couche, les autres à une époque plus éloignée. L'on voit enfin ces symptômes modifiés par le degré d'intensité du mal, ce qui leur donne une gravité plus ou moins considérable, d'après laquelle les auteurs ont établi une forme ataxique, typhoïde, réservant l'épithète d'inflammatoire pour une forme moins sérieuse de la maladie.

Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier, dans les faits observés à Necker, la justification complète de ces divisions; mais l'on sera peut-être moins étonné de ce résultat en réfléchissant que la plupart de nos malades ont été prises à une époque déjà éloignée de leur couche, par conséquent dans une condition plus favorable pour elles.

Assez ordinairement, le début de la fièvre puerpérale est signalé par des frissons suivis d'une réaction fébrile intense, apparaissant du deuxième au quatrième jour de la couche. Leur durée n'a rien de fixe et varie entre un quart d'heure et une heure. Ils reparaissent à des instans indéterminés et reviennent rarement à des périodes bien régulièrement limitées. Ils sont quelquefois très courts, erratiques et très fréquens, rarement étendus à toute la surface du corps. Ces frissons paraissent subitement sans avoir été précédés de malaises ou d'aucun signe de maladie. Ils ne se montrent que dans les cas les plus graves, qui font rapidement périr les malades

avec ou sans altération d'organes; lorsque celle-ci existe, c'est de préférence la phlébite ou la lymphangite de l'utérus et du bassin.

Chez d'autres malades, la maladie ne débute pas de cette manière, les frissons ne paraissent pas; il s'établit de la fièvre, de l'inappétence, des malaises, et puis arrivent des douleurs qui décèlent une complication survenue en quelque point de l'économie. Cette invasion a lieu de cette manière chez les malades qui sont atteintes au huitième ou neuvième jour après l'accouchement et au-delà de ce terme. La fièvre puerpérale présente dans ces cas peu de symptômes généraux; mais son influence n'en est pas moins rendue évidente par la gravité des symptômes locaux et par la suppuration rapide opérée dans les tissus.

Il serait impossible de trouver dans le pouls quelque caractère spécial de la maladie; il doit servir à l'appréciation de l'état général, et en ce sens, son étude conserve une grande valeur. Toujours très-fréquent, petit et concentré au moment de l'invasion des accidens, il conserve souvent ce caractère chez les malades plus sérieusement affectées, et persiste jusqu'à leur mort. Il se développe peu à peu, au contraire, chez celles qui laissent au mal le temps de se localiser; mais alors se rattache plus à la complication organique qu'à la fièvre puerpérale elle-même. Ainsi, qu'il se développe, sous l'influence puerpérale, une phlegmasie, un abcès du bassin, par exemple; dans ces cas, ce que nous avons observé treize fois, la fièvre était moins un phénomène général qu'un fait de réaction déterminé par la formation du foyer purulent de l'ovaire. Le mouvement fébrile, d'abord faible, augmentait d'intensité jusqu'à l'évolution complète de la phlegmasie et sa disparition.

Le facies des femmes en couches présente quelque chose de spécial: une infiltration qui n'est pas de la bouffissure, une transparence des tissus qui leur donne une blancheur agréable, et qui, dans ces temps d'épidémie, disparaît rapidement sous les atteintes de ce fléau. Un instant suffit à cette décomposition des traits, qui s'allongent et prennent un air de profonde souffrance. La face semble s'affaisser et se couvre de sueur; les yeux s'excavent et perdent leur brillant; la peau abandonne son éclat et revêt une teinte jaune terreuse, funeste signe de la terminaison fatale.

Les mains, qui présentent aussi une légère bouffissure qui leur donne de la transparence, se dessèchent et se refroidissent. Enfin il semble que la vie se retire subitement d'un être qui naguère jouissait d'une belle santé. C'est du moins ce qui est arrivé à plusieurs de nos malades, et en particulier à celle dont l'autopsie n'a révélé aucune altération des solides.

Chez d'autres sujets, ces caractères sont bien moins évidens, et un œil exercé peut seul les saisir. Ils sont encore sensibles quelques jours après le début des accidens et disparaissent bientôt. La face ne présente d'autre caractère que celui qui résulte de la fièvre occasionée par quelque complication organique.

A ces symptômes développés sans qu'il y ait encore localisation de la fièvre puerpérale, il faut ajouter les troubles des voies digestives et de la sécrétion du lait. Les troubles gastriques se révèlent du côté de la langue par la présence d'un enduit blanchâtre dont l'épaisseur est en rapport avec la gravité du mal, par la dessiccation de cet enduit, la fuliginosité des dents et des lèvres qui est quelquefois portée à un degré extrême. Cependant ces caractères n'ont rien que puisse utiliser la thérapeutique, car ils se retrouvent dans la plupart des affections adynamiques. On observe quelquefois des vomissemens, mais ils appartiennent surtout aux complications de la fièvre puerpérale et en particulier à la péritonite. Ces vomissemens n'ont été que très rarement constatés chez nos malades, qui seulement avaient le goût perverti et ressentaient des nausées fréquentes. La constipation existe assez souvent au début de la maladie; elle persiste même quelquefois après sa localisation dans un organe et surtout dans sa complication péritonéale. Dans les autres variétés de lésions pathologiques, ce phénomène alterne souvent avec la diarrhée. Celle-ci est constante dans quelques complications qui ont pour siége le tube digestif.

Les troubles survenus dans la sécrétion laiteuse ne sont jamais primitifs; ils succèdent toujours, au contraire, au développement des complications. Au début des accidens, la montée du lait s'opère, mais avec moins d'abondance; seulement la glande mammaire était flasque et flétrie. A une époque plus avancée, lorsque des altérations organiques considérables se sont développées, le lait n'arrive plus qu'avec peine; il est d'un blanc jaunâtre crémeux, fort épais, et cesse bientôt de paraître. Cela se comprend à merveille. Mais il faut se garder de faire comme la plupart des auteurs du siècle dernier, qui attribuaient les accidens puerpéraux à la dispersion intérieure du lait dans l'économie. Cette absence ou diminution de secrétion laiteuse constitue un phénomène fort simple, qui résulte du trouble général et qui n'a de valeur que comme un signe pronostique de mauvais augure. Il se rattache à cette modification survenue dans la quantité et la qualité du lait secreté des considérations fort importantes relatives à l'influence de la santé de la mère sur celle de l'enfant. Cette question semble résolue par la loi naturelle, qui, au moment d'une maladie de la mère, supprime la sécrétion laiteuse, et par cela même semble indiquer qu'il ne faut pas allaiter l'enfant.

Mais comme il n'est pas toujours indifférent de sevrer ou de changer de nourrice un enfant bien portant, M. Trousseau a pris l'habitude de laisser téter les enfans dont les mères sont malades. Je ne parlerai pas des résultats de cette pratique, envisagée d'une manière générale, mais je chercherai avec soin quels sont, dans la fièvre puerpérale, les avantages ou les inconvéniens de l'allaitement continué. D'abord la quantité du lait est diminuée de telle sorte qu'il faut suppléer à l'allaitement par le laitage; ensuite le lait cesse de venir, et l'on est quelquefois obligé de sevrer l'enfant. Pour les cas dans lesquels les mères n'ont pas cessé de nourrir, nous n'en avons jamais vu résulter de troubles immédiats, si ce n'est une seule fois, chez une enfant de 15 jours, qui, par une coïncidence bizarre, succomba avec une distension purulente de l'articulation scapulo-humérale, au moment où sa mère, atteinte par la fièvre épidémique du moment, avait une arthrite du genou guérie par ankylose.

On observe aussi quelques troubles du côté des lochies, mais cela n'a rien eu de constant chez nos malades, les unes ayant continué de voir paraître cet écoulement, les autres, en aussi grand nombre, l'ayant vu cesser dès l'invasion de la maladie. Il est à remarquer que la suppression était intermittente chez quelques malades et fut constatée chez la plupart de celles dont les accidens étaient les plus graves et s'étaient manifestés peu de jours après l'accouchement.

Il nous resterait pour épuiser la symptomatologie de la fièvre puerpérale à passer en revue les principales complications de cette maladie, et il faudrait indiquer tour à tour les symptômes de la péritonite, de la phlébite et de la lymphangite, des affections pulmonaires et cérébrales, des maladies des articulations et du système veineux des membres; mais, comme nous l'avons dit en commençant, ces symptômes ne sont pas ceux de la fièvre puerpérale et ne doivent pas nous occuper. Cependant, comme j'ai eu l'occasion de rassembler dans cette épidémie plusieurs faits de *phlegmatia alba dolens*, j'ai pensé qu'il serait utile d'en établir la symptomatologie dans un mémoire spécial, déposé à la suite de ce travail.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir les numéros 5 et 6.)

III. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de mai, juin, juillet, août et septembre 1843 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Quelques particularités observées à l'autopsie d'un adulte mort dans un état d'atrophie ancienne et très prononcée*; par M. Clay. 2° *Remarques sur les sympathies nerveuses*; par M. Vilkinson King. 3° *Sur le principe actif des exhalaisons marécageuses*; par M. Gardner. 4° *De l'importance d'un traitement hâtif pour les fistules vésico-vaginales*; par M. Nottingham. 5° *Observation d'un corps étranger introduit dans la trachée*; par M. Brodie. 6° *Des coliques et de leur traitement*; par M. Williams. 7° *Sur le quinquina*; par M. Mutis. 8° *Sur les causes de la chorée*; par M. Toodd. 9° *Réflexions sur la pathologie de l'anasarque*; par M. Freke. 10° *Extractions de dents, faites sans douleur durant le sommeil magnétique*; par M. Prideaux. 11° *Sur l'usage de la teinture d'iode en injections dans la fistule à l'anus*; par M. Clay. (Il faut employer de la teinture d'iode pure. Pour s'assurer que le liquide a parcouru toute l'étendue du trajet, introduisez d'abord dans le rectum une bougie enveloppée d'un linge, puis injectez. Si le linge se montre alors taché par l'iode, vous êtes certain que le liquide a pénétré jusqu'au point voulu pour le succès de l'opération.) 12° *De la saignée dans les inflammations aiguës*; par M. Langley. 13° *Cas d'épistaxis prophylactique*; par le même.

DE L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT HATIF POUR LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES; par M. NOTTINGHAM.

On est bien d'accord aujourd'hui sur ce point qu'il faut le plus tôt possible entreprendre la cure des fistules vésico-vaginales, avec la réserve toutefois que le siége, l'étendue, la direction, etc., de la perforation auront d'abord été bien constatés, qu'on aura attendu assez longtemps pour que toutes les escarres soient détachées, qu'enfin on sera convaincu que

l'expectation seule ne saurait suffire. Les malades ordinairement ne sont pas les dernières à demander qu'on se hâte. Aux raisons qui doivent ici détourner les praticiens de la temporisation, M. Nottingham en ajoute une non moins pressante, c'est que la fistule peut s'agrandir et s'agrandit souvent en effet, soit par suite du coït, soit par toutes les autres causes qui agissent localement dans le même sens. Il a observé que, chez une femme, trois mois d'expectation avaient suffi pour que la fistule, abandonnée sans traitement durant ce temps, eût acquis un diamètre trois fois plus étendu que lors du premier examen. Or ce premier examen avait été fait trois mois après l'accouchement, c'est-à-dire à une époque assez éloignée de l'origine du mal pour que la fistule eût alors sa largeur définitive. On ne peut donc pas rapporter son agrandissement ultérieur à la chute d'escarres; et l'interprétation de M. Nottingham est seule capable d'en rendre compte.

OBSERVATION D'UN CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LA TRACHÉE; par M. BRODIE.

L'observation qui suit n'est autre que l'histoire, devenue célèbre, de l'accident arrivé à l'ingénieur français M. Brunel. Nous rapportons les principales circonstances de ce fait, telles qu'elles ont été racontées à la société médico-chirurgicale de Londres par M. Brodie.

OBS. — Le 3 avril, M. Brunel, en jouant après dîner avec quelques enfans, plaça dans sa bouche un demi-souverain, qui glissa de la bouche dans le gosier. Il vomit aussitôt les aliments et fit à plusieurs reprises des efforts qui restèrent inutiles. Les deux jours suivans se passèrent sans accident, de telle sorte qu'il put vaquer à ses occupations ordinaires et dîner même avec des amis.

Le 6, la toux revint; il expectora des mucosités teintes de sang, et éprouva de la douleur au niveau de la bronche droite.

Le 9, continuation des mêmes symptômes; le malade sent le corps étranger changer de place. M. Brunel essaya de se placer sur un plan incliné, et il sentit encore la pièce exécuter alors un mouvement; mais un violent accès de toux le força de suspendre cette manœuvre.

Le 21, une consultation eut lieu entre MM. Chambers, Seth Thompson, sir Brodie, Key et Stanley, qui ne conservèrent aucun doute sur la présence du corps étranger, quoique le sthétoscope n'indiquât aucune lésion dans la respiration.

Le 25, on coucha le malade sur une plate-forme rendue mobile par un gond qui la supportait à son centre. Après l'avoir incliné ainsi sous un angle de 90° avec l'horizon, on lui frappa rudement sur le dos, dans le point correspondant à la bronche droite; un violent accès de toux s'en suivit, mais le demi-souverain ne fut point rejeté. On répéta encore l'expérience, mais la toux et l'oppression devinrent si intenses qu'on ne jugea pas prudent d'insister plus longtemps.

Le 27, il fut résolu en consultation de faire une incision à la trachée, au-dessous du cartilage thyroïde, et cela dans un double but: d'abord pour essayer l'extraction par cette voie; puis, subsidiairement, en cas d'insuccès, pour que cette ouverture servît comme de soupape de sûreté, afin de rendre la toux et la dyspnée moindres lorsqu'on essaierait de nouveau la position inclinée. L'incision fut donc faite selon ces vues, mais on ne put parvenir à retirer la pièce avec des pinces, et il fallut, après un second essai non moins infructueux, en revenir à la première méthode, à l'attitude penchée. On jugea pourtant convenable de laisser d'abord le patient se remettre de la perturbation qu'avaient causée les deux tentatives d'extraction.

Enfin, le 13 mai, on fit de nouveau étendre M. Brunel sur la plate-forme, et lorsque l'inclinaison fut portée au degré voulu, on commença à frapper sur le dos avec la main. Au même instant se déclara la toux, et le corps étranger abandonnant la bronche vint heurter contre les dents, et fut finalement rejeté par la bouche. Le patient se rétablit très promptement et sans en éprouver aucun autre accident.

Cette histoire, attachante d'abord par le nom du malade et par la célébrité des consultans, offre surtout, au point de vue pratique, un intérêt extrême. Après un traitement aussi long, aussi compliqué, on s'explique toutes les exagérations que ce fait a suggérées aux journaux politiques. Il ajoute un précieux secours à ceux que l'art possédait déjà pour remédier à ces cas si souvent mortels. Remarquons cependant que la chirurgie s'est ici heureusement inspirée de l'exemple tracé par la nature elle-même. On sait en effet que rien n'est plus fréquent que de voir des corps étrangers, dont l'opérateur avait d'abord vainement tenté l'extraction à travers les lèvres de la plaie, être ensuite spontanément expulsés par la même voie, quelque temps après.

EXTRACTIONS DE DENTS FAITES SANS DOULEUR DURANT LE SOMMEIL MAGNÉTIQUE; par M. PRIDEAUX.

Voici de nouveaux faits dont la révélation va sans doute faire pâmer d'aise les partisans du somnambulisme; sans vouloir préjuger l'effet qu'ils produiront sur nos lecteurs, nous ne jugeons point inutile d'en reproduire ici les détails. Il y a dans les exagérations du charlatanisme quelque chose de plus instructif peut-être que ne le serait une réfutation sérieuse et de sang-froid de ses erreurs.

M. Prideaux, étant appelé auprès d'une femme qui avait les dents en très mauvais état, imagina d'essayer le magnétisme pour rendre possible une opération dont elle redoutait trop les souffrances pour oser s'y soumettre. L'ayant donc endormie, il enleva d'abord deux des dents qui causaient le plus de douleur. La malade ne témoigna aucune sensibilité. Frappé de ce résultat, M. Prideaux voulut le rendre authentique par l'assistance de témoins compétens. Il réunit donc quelques hommes de l'art, et procéda une seconde fois avec le même succès à l'extraction de deux dents et de trois chicots. Dans trois autres séances, il enleva successivement encore 7 dents et 8 chicots. La malade (jeune personne chez laquelle les dents étaient très adhérentes) ne manifesta aucune douleur. Réveillée après chaque opération, elle en conservait si peu le souvenir, qu'en se regardant à la hâte dans une glace, elle ne pouvait s'empêcher de rire à la vue de la grotesque apparence que lui donnait sa bouche dégarnie.

M. Prideaux a répété la même opération chez deux autres personnes. L'une d'elles, dit-il, était à ce point insensible, que, engagée, durant l'extraction, dans une conversation, elle ne cessait pas de parler, et le moment de l'avulsion n'était marqué que parce que l'articulation des paroles devenait alors un peu moins distincte, à cause de la présence des instrumens.

— Jusque-là, sans doute, ce sont de fort jolis résultats; et l'on ne peut que féliciter l'auteur en lui souhaitant, et des opérations plus graves pour augmenter ses succès, et un public plus nombreux pour les constater et les applaudir. Au reste, il n'y a pas lieu de s'étonner autant qu'on serait d'abord tenté de le faire, quand on songe aux ressources vraiment merveilleuses dont le magnétiseur possède le secret. La sensibilité des malades, dit-il en terminant, est de deux sortes: sensibilité à la température et sensibilité à l'effet d'une lésion traumatique, telle que piqûre ou déchirure. « Or j'ai, continue-t-il, le moyen de suspendre, à mon gré, l'une ou l'autre de ces deux facultés, l'autre restant intacte, ou de les éteindre toutes deux ou de les *laisser subsister*. » Ce serait assurément là un expédient fort commode, ne fût-ce que pour donner un démenti au texte des livres saints, qui condamne éternellement l'homme à la souffrance. Mais, malgré l'assurance du chirurgien anglais, nous craignons fort que, de ses deux promesses, on d'éteindre ou de *laisser subsister* la sensibilité, il ne soit pour le moment en mesure de tenir que la dernière.

INCONTINENCE D'URINE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE NITRATE DE POTASSE; par le docteur YOUNG.

Les faits suivans doivent être observés de nouveau avant que l'on admette avec l'auteur l'efficacité des moyens qu'il indique dans le traitement de l'incontinence. Voici ces faits; nous allons les rapporter ici avec tous les détails qui peuvent offrir quelque intérêt.

OBS. — Dans l'hiver de 1838, je fus chargé par un de mes confrères de donner des soins à ses malades pendant une absence et surtout à une dame âgée de 50 ans, qui était affectée d'une incontinence d'urine qui avait résisté à tous les moyens employés dans ces sortes de cas, et contre laquelle il employait depuis huit jours la teinture de cantharides dont il se disposait à élever la dose; ce que je fis immédiatement.

Un vésicatoire fut aussitôt appliqué sur le périnée et la teinture saturée fut administrée à dose continuellement croissante jusqu'à une cuillerée à thé trois fois par jour. Il n'en résulta aucune amélioration, et quatre jours après que la malade avait atteint cette dose, je la trouvai prise d'un catarrhe violent avec toux, coryza, fièvre intense, pouls très vif et excitation très considérable de toute l'économie, mais sans aucun changement dans l'incontinence. Jugeant qu'il était impossible avec ces accidens de continuer le même traitement, je suspendis l'usage de la teinture et prescrivis un purgatif salin avec une boisson adoucissante, un bain de pied le soir et une potion calmante.

Au bout de quelques jours, les symptômes de catarrhe avaient perdu de leur intensité, mais la première maladie était toujours restée au même point. Je prescris dix grains de nitrate de potasse, à prendre dans trois heures et la même boisson à continuer.

Au bout de deux jours de ce traitement, non seulement tous les symptômes de catarrhe, mais encore l'incontinence d'urine elle-même avaient disparu. Je prescrivis de cesser graduellement l'usage du nitrate de potasse, et depuis j'ai appris que la guérison ne s'était pas démentie.

Ce traitement, dit l'auteur, avait été si heureux que je cherchais toujours depuis ce temps l'occasion d'en faire de nouveau l'essai, et cette occasion ne s'est présentée encore à moi que cinq fois, chez trois femmes et chez deux hommes. Dans ces cinq cas, je me bornai à une seule prescription, celle de dix grains de sulfate de potasse réduit en poudre, à prendre toutes les trois ou quatre heures avec une infusion de graine de

lin; et dans tous ces cas l'incontinence d'urine a disparu dans les premières vingt-quatre heures qui ont suivi la première dose du médicament.

L'auteur assure avoir essayé l'emploi du même traitement et avec succès dans un cas d'incontinence congéniale chez un enfant de 9 à 10 ans, et qui, depuis sa première enfance, n'avait pas manqué de mouiller son lit plusieurs fois chaque semaine. Il lui avait prescrit de prendre dix grains de nitrate de potasse trois fois par jour pendant une semaine; et pendant tout ce temps il échappa à sa triste habitude. A partir de ce moment, le traitement n'eut plus lieu que quatre jours par semaine. Il fut continué ainsi pendant cinq semaines, et pendant tout ce temps et plus d'une année durant laquelle l'auteur le suivit, l'enfant n'éprouva pas une seule rechute.

REMARQUES SUR LA MÉTHODE DE REINSCH POUR RECONNAITRE LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC, DANS LES RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES; par le professeur CHRISTISON.

La méthode dont il est question ici consiste, comme on sait, à aciduler avec une certaine quantité d'acide hydrochlorique le fluide suspect, à le chauffer en contact avec une plaque mince de cuivre décapé, sur laquelle l'arsenic se dépose sous la forme d'une très légère couche métallique, et à séparer ensuite l'arsenic du cuivre, à l'état d'oxide, en soumettant le dernier à une chaleur rouge dans un tube de verre. On prépare les fluides et les solides organiques que l'on soupçonne contenir de l'arsenic en les soumettant à l'ébullition pendant une demi-heure avec un peu d'acide hydrochlorique; ayant soin de couper les solides en minces fragmens et d'y ajouter une petite quantité d'eau suffisante pour entretenir l'ébullition que l'on continue jusqu'à ce que les matières solides soient dissoutes ou réduites à un état de division extrême. Cette méthode ne laisse rien à désirer pour la délicatesse puisqu'elle permet de reconnaître dans un liquide la présence d'une 250,000e partie d'arsenic et est à la fois simple, facile à employer et certaine.

Le but du professeur Christison est de signaler dans cette communication le résultat de deux cas de médecine légale où il a employé récemment cette méthode et d'indiquer quelques modifications qui lui paraissent nécessaires pour qu'elle obtienne toute la valeur dont elle est susceptible dans les recherches dont il est question. La découverte de Reinsch repose sur un fait qu'on peut dire nouveau, savoir : la précipitation de l'arsenic en dissolution, par le cuivre à l'aide de l'acide hydrochlorique; mais jusqu'ici ce moyen n'a eu de valeur que par son caractère négatif, c'est-à-dire qu'on a pu conclure qu'il n'y avait pas d'arsenic dans le liquide traité par cette méthode quand on n'en avait pas trouvé les traces à la surface du cuivre; mais la présence d'une couche métallique sur le cuivre n'a pu encore être donnée comme la preuve de l'existence de l'arsenic dans une solution, puisque le bismuth, l'étain, le zinc, et l'antimoine surtout peuvent produire dans les mêmes circonstances une couche presque semblable. Il reste donc pour compléter cette méthode à indiquer quel réactif on doit employer pour distinguer la couche d'arsenic des autres couches métalliques. Voici le moyen qui lui semble préférable. On détache la surface du cuivre sur laquelle l'arsenic a été déposé, sous forme de petites rognures qu'il est facile de tasser au fond d'un petit tube de verre qu'on soumet à la température rouge. Une poudre blanche et cristalline se sublime, et si on l'examine avec un verre grossissant de trois ou quatre diamètres à un rayon de soleil ou à une lumière artificielle très rapprochée, on distinguera les triangles équilatéraux qui composent les facettes des cristaux octaèdres que forme l'acide arsénieux lorsqu'il se sublime. Quelquefois il suffit de regarder le tube dans différens sens pour reconnaître les trois angles égaux que présente le sommet de l'octaèdre. Si on ne peut constater ce caractère en raison du petit volume des cristaux, on ôtera des tubes les rognures de cuivre, on bouchera avec le doigt l'ouverture du tube; puis chauffant ce dernier à la flamme d'une petite lampe à esprit de vin, on dirigera tous les cristaux sur un seul et même point où devenus plus gros ils présenteront des caractères plus faciles à reconnaître; ensuite on fait dissoudre par l'ébullition et dans une petite quantité d'eau distillée ces cristaux, et quand la solution est refroidie on la divise en trois parties que l'on traite par le nitrate ammoniacal d'argent, par le sulfate ammoniacal de cuivre, et par l'hydrogène sulfuré à l'état de gaz ou dissous dans l'eau.

M. Christison s'étonne qu'au milieu de tous les travaux qui, depuis quelques années, ont été faits en France, en Angleterre et en Allemagne, sur l'arsenic, personne n'ait pensé, à l'exception de quelques médecins légistes de l'Ecosse, à employer le moyen que nous venons d'indiquer pour distinguer l'arsenic déposé à la surface du cuivre, des autres métaux qu'on observe dans la même condition et qui consiste à transformer le métal en oxide dont il est facile alors de déterminer les cristaux; aucune méthode cependant ne peut être plus satisfaisante; car quelle autre substance métallique que l'arsenic fournit, par la chaleur et l'oxidation, un sublimé blanc avec des facettes triangulaires et produit les mêmes résultats avec les trois réactifs que nous venons d'indiquer ?

Il y a pourtant quelques précautions d'une grande utilité dans la pratique de cette méthode et sur lesquelles insiste le professeur. Les voici en quelques mots. On doit avoir soin que, pendant l'ébullition des matières solides avec ce dernier, l'acide hydrochlorique soit toujours en excès. Ordinairement on en met 8 grammes sur 250 gram. de liquide. La proportion de l'acide sera nécessairement plus forte lorsque les matières seront en décomposition, afin de compenser l'ammoniac qui se forme et neutralise l'acide. Reinsch n'a pas conseillé de filtrer les liquides; mais si on ne le fait pas on s'expose à voir des vapeurs empyreumatiques se mêler dans le tube à l'arsenic qui se sublime. Lorsqu'on pense que le liquide suspect ne contient qu'une petite quantité d'arsenic, on doit laisser le cuivre en contact pendant au moins une demi-heure. Avant de traiter la solution d'arsenic sublimé par l'hydrogène sulfuré on acidulera cette solution avec l'acide hydrochlorique ou l'acide acétique.

M. Christison a employé cette méthode dans deux cas de médecine légale. Dans l'un, où le corps était resté enterré pendant quatre mois et où on avait trouvé de l'arsenic par l'appareil de Marsh dans les matières que contenait l'estomac et dans une partie du foie, l'auteur obtint très facilement du sixième environ de l'estomac, qui avait été fortement lavé avant l'opération, des dépôts métalliques sur le cuivre, lesquels après avoir été chauffés dans un tube donnèrent des cristaux blancs à facettes triangulaires; puis la solution de ces mêmes cristaux traités par les trois réactifs indiqués présenta tous les caractères qui indiquent la présence de l'arsenic. Dans l'autre cas, où l'examen n'eut lieu également que quatre mois après l'inhumation et où les matières contenues dans l'estomac après avoir été soumises à l'ébullition et filtrées n'avaient pas éprouvé la moindre altération d'un courant de gaz hydrogène sulfuré, la méthode de Reinsch produisit les mêmes résultats que dans le premier cas.

M. Christison pense que cette méthode modifiée ou plutôt complétée, comme il vient de la présenter, ne tardera pas à remplacer, dans les recherches médico-légales, celle de Marsh qui est si compliquée. On peut en moins de deux heures l'appliquer aux membranes de l'estomac, en y comprenant même le temps nécessaire pour la filtration.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER.

OPIUM DE L'ALGÉRIE.

M. PAYEN lit au nom de la commission Mirbel, Boussingault et Payen, rapporteurs, un rapport supplémentaire sur l'opium d'Alger.

Afin de mettre la commission à même de vérifier quelques doutes émis sur le rendement en morphine de l'opium récolté en Algérie par MM. Simon et Hardy, le ministre de la guerre lui a fait parvenir un mémoire détaillé contenant la description des procédés analytiques suivis à la pharmacie centrale d'Alger, par M. Herpin, pharmacien en chef. Les produits obtenus dans deux analyses comparées de l'opium d'Alger et de l'opium d'Orient, ont été examinés par la commission. Le résultat de cet examen est que l'échantillon de M. Herpin donne 10,75 p. 100 de morphine, c'est-à-dire très approximativement la même richesse en morphine que l'échantillon produit des cultures et de la récolte de M. Hardy.

Ce nous serait, dit M. Payen en terminant son rapport, une raison de plus de conserver l'espoir d'obtenir en Algérie de l'opium d'une qualité plus constante que toutes celles du commerce, et d'une richesse en morphine égale à celle des plus belles variétés d'opium de Smyrne et de l'Inde, récoltées en larmes et exemptes de falsifications. La commission est d'avis en conséquence qu'il serait bon que les essais de MM. Hardy et Simon fussent continués dans les conditions de culture les plus favorables qu'ils ont eux-mêmes indiquées.

CONSERVATION DES CADAVRES.

M. DUPRÉ lit une note sur un nouveau procédé de son invention pour la conservation et la désinfection des cadavres. Ce procédé consiste à remplacer les injections par la distillation des matières conservatrices qu'on introduit, pendant qu'elles se volatilisent, dans le système vasculaire. Les matières conservatrices dont se sert M. Dupré sont le produit de la distillation de substances végétales.

EXPÉRIENCES SUR L'ENGRAIS DES OIES, par M. PERSOZ.

Deux oies engraissées chez M. Persoz ayant donné lieu de sa part à quelques observations qui sont en désaccord avec celles que les savans ont faites depuis quelque temps sur l'engrais des animaux, cet habile chimiste a entrepris de nouvelles expériences sur 9 oies qu'il a fait engraisser sous ses yeux avec du maïs. Il avait remarqué que la quantité de graisse trouvée dans les deux premières qui avaient été engraissées par le procédé généralement suivi en Alsace était supérieure à l'augmentation de poids qu'elles avaient acquis; et il en avait conclu que la matière même de l'oie entrait pour quelque chose dans la formation de sa graisse. Les expériences que communique aujourd'hui M. Persoz confirment ces résultats, et les conséquences auxquelles il a été conduit l'aideront peut-être, ajoute-t-il, à arriver bientôt à une solution de la question telle que peuvent la désirer les chimistes et les physiologistes. Voici les conclusions qui résument ce travail :

1° D'après nos expériences, l'oie en s'engraissant ne s'assimile pas seulement la graisse contenue dans le maïs, mais elle en forme elle-même une certaine quantité aux dépens de l'amidon et du sucre du maïs, et peut-être aussi à l'aide de sa propre matière, puisque la quantité de graisse formée en elle est ordinairement plus du double de celle qui se trouvait dans le maïs.

2° Après avoir été engraissée, une oie contient une quantité de graisse supérieure à l'augmentation du poids qu'elle a subie.

3° Durant l'engrais, le sang des oies change de composition, il devient riche en graisse et l'albumine en disparaît ou s'y modifie.

4° Enfin il semble exister une certaine relation entre le développement du foie et la quantité de graisse produite.

ANATOMIE DE LA GIRAFE.

MM. JOLY, professeur à la Faculté des sciences, et LAVOCAT, chef des travaux anatomiques à l'école vétérinaire de Toulouse, adressent une note sur l'anatomie de la girafe (*camelopardalis giraffa*).

MM. Joly et Lavocat ayant été chargés par la Faculté des sciences de Toulouse de procéder à l'examen anatomique d'une girafe récemment arrivée en France et qui a succombé pendant son séjour dans cette ville, font connaître dans cette communication les résultats de leurs observations. Voici à cet égard ce qu'ils signalent de plus particulier.

Ce qui les a le plus frappés d'abord, c'est la longueur de l'intestin. Cette longueur qui, d'après Cuvier, est de 42 mètres 213 millim. chez le chameau, de 48,869 chez le bœuf, de 25,189 chez le cheval, atteint chez la girafe 62,45. Si l'on y ajoute 1,40, longueur de l'œsophage, et 80 mm., longueur des estomacs, on aura 64,65 pour la longueur totale du tube digestif.

Dans l'appareil respiratoire ils ont été frappés du peu de développement du larynx et de l'état presque rudimentaire des ventricules et des cordes vocales, ce qui viendrait à l'appui de l'opinion admise que ces animaux n'ont pas de cri. La trachée artère a plus de 200 anneaux cartilagineux depuis le cartilage cricoïde jusqu'à la naissance des bronches.

Le cœur est remarquable par sa forme allongée, pyramidale et surtout par sa situation vers le milieu de la poitrine.

Le cerveau, plus volumineux que celui du bœuf et celui du cheval, offre des circonvolutions très nombreuses et extrêmement profondes. Son poids, y compris celui du cervelet, était de 710 grammes.

Les sinus frontaux ont un développement énorme.

Le système musculaire présente, en général, un développement notable. Les muscles peauciers manquent et sont remplacés par une forte couche aponévrotique, satinée, enveloppant tout le corps et doublée en dehors, sur plusieurs régions, par une couche de tissu fibreux jaune. Aux membres principalement on rencontre, intimement réunis, des muscles congénères qui sont distincts chez la plupart des animaux. Cette disposition qui s'observe dans les muscles moteurs de l'avant-bras, de la jambe, rend leur action simultanée. En général, la constitution du système musculaire et de ses accessoires, la forme même des extrémités osseuses, tout indique chez la girafe, non seulement une grande force, mais aussi beaucoup de souplesse et d'agilité.

En résumé, disent MM. Joly et Lavocat, la girafe ressemble beaucoup par plusieurs points de son organisation intérieure à nos grands ruminans; par quelques autres, elle se rapproche des solipèdes et surtout du cheval. Les auteurs ajoutent que la chair de la girafe qu'ils ont goûtée à plusieurs reprises, ainsi que plusieurs autres personnes, est excellente; elle est plus tendre et plus agréable au goût que celle du bœuf.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE KERMÈS MINÉRAL.

M. BONJEAN (de Chambéry) adresse une note sur ce sujet.

Le kermès minéral, administré à l'intérieur, n'est pas absorbé par nos organes et passe tout entier dans les selles. L'acide sulfurique, seul, peut suffire à la carbonisation des matières animales dans lesquelles on recherche la présence d'un composé antimonial. Telles sont les propositions qui servent de titre au travail de M. Bonjean. On sait, dit-il, que les sels solubles d'antimoine sont absorbés par nos divers organes, notamment par le foie. Cette vérité a été reconnue par M. Orfila d'abord et confirmée ensuite par MM. Danger et Flandin; mais le même fait n'a pas été vérifié jusqu'ici, que je sache du moins, pour les composés antimoniaux insolubles. L'occasion de vérifier ce fait s'étant présentée, M. Bonjean l'a saisie, et voici ce qui est résulté de l'examen cadavérique d'une jument qui avait succombé à une pneumonie dans le cours de laquelle on avait administré du kermès, à la dose de 6 onces, dans l'espace de dix jours.

La recherche du kermès dans les divers organes de l'animal a été faite dans la membrane muqueuse de l'estomac, dans le gros intestin, les chairs musculaires de la cuisse gauche, le cerveau, les reins, le foie, les poumons, le cœur, le sang provenant du cœur, le sang dénaturé trouvé dans les vaisseaux de la cavité abdominale et les urines recueillies pendant les derniers jours de la maladie.

Les urines étaient jaunes, épaisses, transparentes, et rougissaient assez fortement la teinture bleue de tournesol. Conservées pendant vingt jours dans des bouteilles bouchées en liége, elles avaient, après ce temps, la même avidité, et ne possédaient aucune mauvaise odeur.

Après en avoir fait évaporer une livre dans une capsule de porcelaine, M. Bonjean a traité le résidu sec par l'acide azotique concentré, qui y a produit une vive effervescence.

La dissolution acide, évaporée à son tour jusqu'à siccité, a fourni un charbon qui, chauffé jusqu'au rouge, a donné lieu à une déflagration aussi vive que si on y eût ajouté du nitre, et le résidu a été soumis à l'action de l'acide chlorhydrique étendu de son poids d'eau. Après une demi-heure d'ébullition, la liqueur filtrée, concentrée et essayée dans un appareil de Marsh, n'a produit aucune espèce de taches. Cette expérience, répétée sur une égale quantité d'urines, en remplaçant l'acide chlorhydrique par une dissolution d'acide tartrique, a fourni les mêmes résultats négatifs.

Toutes les autres matières ont été ensuite carbonisées par l'acide azotique et le chlorate de potasse, et dans aucun cas il n'a pu être retrouvé une seule trace d'antimoine.

Ces résultats ayant donné la certitude que le kermès n'avait pas été absorbé, M. Bonjean dut penser que ce sel avait passé directement de l'estomac dans les intestins, pour être éliminé ensuite par les selles. En conséquence, il carbonisa par l'acide azotique une once de fiente recueillie la veille de la mort de l'animal, et le charbon fut traité par de l'acide chlorhydrique étendu. La dissolution filtrée, concentrée et essayée dans un appareil de Marsh, a produit de nombreuses taches d'antimoine.

Examinant ensuite les procédés de carbonisation employés à la recherche des composés antimoniaux, qu'il trouve en général longs, compliqués et dispendieux, M. Bonjean expose le mode de carbonisation simplifié dont il se sert, et qui consiste dans l'emploi d'acide sulfurique du commerce, non arsénical, sans addition d'aucune substance saline.

Ce procédé représente celui de MM. Danger et Flandin, moins l'azotate de soude, dont il croit possible de se passer.

En résumé, M. Bonjean conclut de tout ce qui précède :

1° Le kermès minéral administré à l'intérieur, même à haute dose, n'est pas absorbé comme les sels solubles d'antimoine; il en est très probablement de même de tous les composés insolubles de ce métal.

2° Dans un cas d'empoisonnement par une préparation insoluble d'antimoine, on devra surtout s'attacher à rechercher le poison dans les matières vomies et dans celles qui se trouveront contenues dans l'estomac et les intestins. Cependant, si le malade a survécu quelques jours à l'intoxication, il peut arriver qu'on ne retrouve plus aucune trace de poison qui est insensiblement éliminé par les selles.

3° Dans la carbonisation des matières organiques dans lesquelles on recherche la présence d'un composé antimonial, le procédé que je conseille, et qui consiste dans l'emploi de l'acide sulfurique seul, me paraît suffire dans toutes les circonstances, et être à la fois le plus facile, le plus prompt et le plus économique de tous ceux qu'on a proposés et adoptés jusqu'ici.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

M. CRUVEILHIER : Il serait malheureux, a dit M. Roux, que les principes émis par M. Cruveilhier fussent admis dans la science, car beaucoup de femmes en seraient les victimes. Ces paroles m'ont trop frappé pour que je ne les aie pas retenues. Vous concevrez, Messieurs, que je ne puis laisser passer sans réponse une pareille proposition. Je suis venu ici vous dire qu'il existe dans le sein chez les femmes des tumeurs que l'examen anatomique m'a démontré être des tumeurs fibreuses; que tous les jours on enlevait de semblables tumeurs croyant enlever des squirrhes; je suis venu enfin exposer les caractères anatomiques et cliniques à l'aide desquels on peut reconnaître l'existence de ces tumeurs, laissant au temps et à l'expérience de sanctionner définitivement mes recherches sur ce point. Et vous dites qu'admettre de pareils principes ce serait introduire la confusion dans la science et porter le trouble dans les familles. Ce qui ferait jeter le trouble dans les familles, ce serait bien plutôt de continuer à enlever comme on le fait pour des squirrhes des tumeurs qui ne sont rien moins que des squirrhes. Mais comme chacune de mes propositions en particulier a été l'objet de réfutations et d'objections, je crois nécessaire de les reprendre et de les examiner de nouveau une à une.

Une première proposition est celle-ci : La glande mammaire est sujette au développement de la production organique connue sous le nom de corps fibreux. M. Roux répond à cela que les chirurgiens connaissaient déjà l'existence de ces tumeurs, que depuis longtemps ils admettaient de ces sortes de tumeurs indolentes en beaucoup plus grand nombre que je ne semble le croire ; et il a énuméré comme autant de variétés de ces tumeurs, les tumeurs strumeuses, scrofuleuses, tuberculeuses, les tumeurs mammaires ou mastoïdes, enfin les tumeurs fibreuses proprement dites. Voici ma réponse. Je n'ai eu en vue dans mon travail que de démontrer seulement l'existence des tumeurs fibreuses dans les mamelles ; je n'ai pas eu par conséquent à m'occuper des tumeurs tuberculeuses, strumeuses ou de toute autre nature. Or, je crois avoir démontré l'existence de ces tumeurs fibreuses par la dissection anatomique. Il ne peut rester, ce me semble, aucun doute à cet égard.

J'arrive à ma seconde proposition dans laquelle il est dit que les corps fibreux de la mamelle sont en tout semblables aux corps fibreux des autres régions et en particulier à ceux de l'utérus. On m'a objecté des différences entre les corps fibreux de la mamelle et ceux de l'utérus... Je ne nie pas qu'il n'y ait en effet entr'eux quelques légères différences ; mais ces différences sont de celles qui constituent des variétés et non point des espèces.

M. Roux dit qu'en cela je n'ai rien introduit de nouveau dans la science. Je suis d'accord avec lui sur ce point. Je n'ai eu d'autre prétention en effet, dans ce travail, que la recherche des caractères anatomiques et diagnostiques de ces tumeurs dont l'existence était d'ailleurs connue.

Ici M. Cruveilhier rapporte des textes de Morgagni, de Bayle, de Laënnec, établissant que tous les organes sont sujets à cette sorte de dégénérescence fibreuse. Seulement, ajoute-t-il, ils diffèrent entr'eux sur les caractères de ces tumeurs, sur leur dégénération ou non dégénération. Bayle dit que ces tumeurs du sein sont susceptibles de s'ossifier, mais qu'elles ne deviennent pas cancéreuses ; il ajoute cependant qu'elles ne préservent pas du cancer. Je diffère sur ce dernier point de l'opinion de Bayle. J'ai dit dans mon mémoire que Bayle avait adopté cette opinion de Bichat que les corps fibreux sont exclusivement propres à l'utérus. Il l'avait cru ainsi ; mais j'ai vu depuis dans un ouvrage posthume de cet auteur sur les tumeurs qu'il dit que tous les organes sont également sujets à la dégénération fibreuse. Ast. Cooper dit qu'il existe particulièrement chez les jeunes personnes du sexe des tumeurs dures, mobiles, indolentes, lobulées, stationnaires, et qui n'ont rien de commun avec les cancers. Comment se fait-il qu'après avoir dit que ces tumeurs n'avaient rien de commun avec les cancers, il termine, ensuite, en disant : cependant ces tumeurs peuvent quelquefois dégénérer en cancer ? Autre part il admet que ces mêmes tumeurs sont susceptibles de résolution. Il y a là de singulières contradictions. Cependant au milieu de cette confusion il est aisé de voir qu'Ast. Cooper admet l'existence d'une espèce particulière de tumeurs tout à fait analogues à celles que j'ai décrites sous le nom de tumeurs fibreuses. M. Velpeau a mentionné dans son excellent article de dictionnaire sur les tumeurs du sein, des tumeurs fibrillaires qui ne sont autres que les tumeurs fibreuses ; M. Bérard constate également leur existence dans sa dissertation sur le même sujet ; MM. Gerdy et Blandin n'ont pas nié l'existence de ces tumeurs ; seulement ils ont dit qu'elles étaient rares. Il me semble donc que c'est là un fait bien établi maintenant et admis depuis longtemps. La question était donc, non pas de chercher si ces tumeurs existent, mais d'en établir l'existence sur des preuves et des caractères positifs. Quand à leur fréquence, c'est une question secondaire que le temps éclaircira. En ce qui concerne le diagnostic nous ne pouvions nous trouver d'accord, n'ayant vu, les uns et les autres, ni de la même manière, ni les mêmes faits.

Une autre proposition, que je regarde comme fondamentale, est la suivante. Les corps fibreux de la mamelle, de même que tous les corps fibreux en général, sur quelque partie qu'ils siégent, ne sont point susceptibles de dégénérer. Cette espece d'immunité dont jouissent les tumeurs fibreuses est telle à mes yeux, que je n'ai pas craint d'en déduire une sorte de loi d'incompatibilité entre ces tumeurs et les cancers. J'ai rapporté plusieurs exemples à l'appui de cette opinion ; je me bornerai pour le moment au suivant. Bayle rapporte le fait d'une dame âgée de 41 ans qui portait depuis longues années une tumeur fibreuse de la mamelle. Il survint à cet âge une dégénérescence cancéreuse qui envahit la totalité de la mamelle à l'exception du corps fibreux, qui resta seul intact au milieu de la masse encéphaloïde.

Enfin, une dernière proposition est celle-ci. Les corps fibreux étant inoffensifs et incapables de dégénération cancéreuse, il n'est pas nécessaire de les enlever. M. Roux s'est élevé avec force contre cette proposition, ce qui ne doit pas surprendre, si l'on fait attention que nous sommes partis tous deux de points de vue différens. Les corps fibreux de M. Roux ne sont pas les miens. M. Roux pense qu'il n'est pas possible de diagnostiquer l'existence de ces tumeurs. Je suis heureux de pouvoir opposer à l'autorité de M. Roux celle d'Ast. Cooper. Lorsqu'une malade, dit-il, vient consulter un chirurgien pour une tumeur telle que celle qui a été décrite plus haut, et qu'en même temps cette femme est jeune, d'une bonne constitution, etc., le chirurgien peut lui répondre : 1° la maladie n'est pas cancéreuse ; 2° elle ne réclame pas nécessairement l'opération puisqu'elle peut disparaître spontanément ; 3° si la malade désire cependant être opérée, on peut se déterminer à le faire, l'opération étant très simple dans ses conséquences. Ast. Cooper ajoute que si l'on demande si cette personne peut se marier, il faut répondre affirmativement, car probablement, dit-il, la tumeur disparaîtra sous l'influence de la grossesse ou de l'allaitement.

Je maintiens donc que théoriquement il n'est point nécessaire d'enlever ces tumeurs, et que pratiquement toute la question se résout en une question de diagnostic. Pour moi, il ne suffit pas, pour qu'on doive se déterminer à extirper une tumeur du sein, que cette opération *puisse* être faite sans inconvénient, il faut qu'elle *doive* être faite. J'en appelle en cela au sentiment de M. Roux lui-même qui reconnait qu'il n'y a pas d'opération innocente.

M. Desportes (L'éloignement et le bruit des conversations nous ont à peine permis d'entendre la voix de M. Desportes. Voici, d'après le peu que nous en avons pu saisir, le sens de son argumentation) : Toutes les tumeurs ont entre elles cela de commun qu'elles sont toutes formées d'une trame celluleuse qui en fait la base. Le tissu cellulaire a plusieurs manières de se comporter dans ces tumeurs ; ici il est feutré, là il est tiraillé, allongé, là comme enroulé sur lui-même, tout autant de circonstances qui tendent déjà à modifier l'aspect des tumeurs. Mais ce qui constitue le caractère propre et spécial de chaque espèce de tumeurs, c'est la nature de la matière qui est déposée dans les mailles de cette trame celluleuse. Voilà un premier point important à établir, c'est que les tumeurs se distinguent entre elles moins par les fibres qui les constituent que par les dépôts qui se forment entre ces fibres. La conséquence de ce fait n'est pas moins importante, les changemens qui surviennent dans les parties déposées expliquent les changemens observés dans les tumeurs, les dégénérescences, les résolutions, etc. C'est ainsi que les résolutions ne sont jamais complètes, parce que les parties déposées sont seules susceptibles d'être résorbées ; la trame celluleuse subsistant toujours.

Par les conséquences qu'il déduit de ces faits, nous avons cru entendre que l'opinion de M. Desportes sur les tumeurs dont il s'agit se rapprochait beaucoup de celle de M. Cruveilhier.

M. Desportes demande en terminant que le mémoire de M. Cruveilhier soit inséré dans la collection des mémoires de l'Académie, ce recueil devant, dit-il, être plus particulièrement consacré aux mémoires qui sont lus ou communiqués par les membres de l'Académie.

M. Amussat : D'après la réponse que M. Cruveilhier vient de faire à M. Roux, il est évident qu'il persiste complètement dans ses idées et qu'il ne nous fait aucune concession.

La discussion soulevée par le mémoire de M. Cruveilhier est fort importante ; elle mérite d'être approfondie dans le double intérêt de la science et de l'humanité.

Je dirai d'abord que lorsque j'ai entendu la lecture du travail de M. Cruveilhier sur *les corps fibreux de la mamelle*, je croyais qu'il s'agissait simplement d'un fait insolite d'anatomie pathologique, d'un fait rare mieux observé. Je n'avais pas compris toute la portée des idées de notre honorable collègue, et j'avais résolu de ne point prendre la parole sur une question spéciale d'anatomie pathologique que je ne pensais pas avoir suffisamment étudiée.

Mais la lecture attentive du mémoire de M. Cruveilhier et surtout les débats qui ont eu lieu dans les trois ou quatre dernières séances m'ont convaincu que tous les chirurgiens devaient prendre part à la discussion qui s'est engagée dans cette enceinte.

J'ajouterai que l'Académie ne doit pas regretter le temps qu'elle accorde à cette discussion, car nous savons tous que les opérations du sein sont les plus fréquentes, et d'ailleurs les chirurgiens ne pouvaient faire autrement que de se défendre du reproche non motivé que leur a adressé M. Cruveilhier. Ce n'est donc pas une simple question d'anatomie pathologique relative à un fait insolite, exceptionnel, comme je le croyais d'abord, mais c'est une grande question de chirurgie pratique sur laquelle tous les chirurgiens sont appelés à donner leurs avis.

Il s'agit, en effet, d'un sujet important et qui intéresse vivement les femmes qui ont des tumeurs du sein.

Notre savant collègue a émis deux propositions fondamentales qui se tiennent et s'enchaînent. La première : « C'est que les corps fibreux de la mamelle sont extrêmement fréquens, et qu'on les confond tous les jours dans la pratique avec le squirrhe ou le cancer dur de ces organes soumis comme tels à l'extirpation. »

La deuxième « que l'expérience clinique lui a fait reconnaître que dans un grand nombre de cas publiés comme des extirpations de squirrhe des mamelles, on n'avait réellement extirpé que des tumeurs fibreuses, analogues à celles de l'utérus. » Et il termine son mémoire par une seule observation, un seul fait fort peu concluant à mon avis.

Comme on le voit, ces deux propositions sont la conséquence l'une de l'autre et de nature à jeter le trouble et la perturbation dans la pratique, puisqu'elles reprochent aux chirurgiens d'avoir fait des opérations au moins inutiles et dangereuses.

Examinons ces deux propositions : la première est relative à l'extrême fréquence des tumeurs fibreuses des mamelles. Malgré la grande autorité de M. Cruveilhier sur ce sujet qui est tout à fait de son domaine, je me permettrai de discuter une pareille opinion.

Sans doute M. Cruveilhier a vu beaucoup de tumeurs fibreuses de la mamelle, et c'est sur ces faits qu'il a fondé sa conviction. Mais il aurait été à désirer qu'il eût pris la peine de nous montrer ses preuves, de faire la statistique des faits qu'il a observés, et qu'il nous eût appris avec des pièces pathologiques opposées les véritables caractères des tumeurs fibreuses des mamelles. C'était donc une série de pièces destinées plus tard à enrichir le cabinet d'anatomie pathologique qui aurait dû servir à éclairer cette question. A cette occasion, je dirai que notre cabinet d'anatomie pathologique, le musée Dupuytren, qui est si riche en tumeurs fibreuses de l'utérus, est très pauvre au contraire en tumeurs de la mamelle analogues à celles de l'utérus.

Y a-t-il de véritables tumeurs fibreuses du sein ? je le pense puisque M. Cruveilhier dit en avoir vu un grand nombre ; mais je les crois moins fréquentes qu'il ne le pense. Cependant M. Cruveilhier a été plusieurs années médecin de la Salpétrière ; il parle dans son mémoire des tumeurs fibreuses de la matrice qu'il a eu occasion d'observer dans cet hospice ; mais il ne dit point y avoir observé beaucoup de ces tumeurs fibreuses des mamelles. Moi-même je suis resté quatre années à la Salpétrière, comme interne ; j'ai vu beaucoup de tumeurs fibreuses et osseuses de la matrice et très peu des mamelles. J'ai fait une collection de ces tumeurs, et c'est l'origine de mon travail sur la possibilité

d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de l'utérus. Je puis au reste montrer plusieurs pièces sur ce sujet.

Or, je dirai que, malgré le travail de M. Cruveilhier sur les tumeurs fibreuses de la mamelle, je ne puis admettre leur extrême fréquence.

Avant d'adopter l'opinion de notre collègue, avant de consacrer ce fait, je voudrais qu'il nous montrât de véritables tumeurs fibreuses de la mamelle ayant existé depuis longtemps sans dégénérer, comme nous en trouvons si fréquemment dans l'utérus; car il est généralement reconnu que les tumeurs fibreuses ne dégénèrent pas en cancer.

Je ne dis pas que les tumeurs fibreuses ne peuvent pas dégénérer; mais je dis que ce fait est extrêmement rare pour les tumeurs fibreuses de la matrice et même pour celles des autres parties du corps.

Les tumeurs fibreuses du sein feraient donc seules exception à cette loi générale, car les glandes du sein dégénèrent presque toutes.

J'oserai dire, mais avec réserve et circonspection, malgré l'opinion de M. Cruveilhier, que les véritables tumeurs fibreuses de la mamelle, c'est-à-dire non susceptibles de dégénérer, sont presque aussi rares à la mamelle qu'elles sont fréquentes à la matrice, de même au testicule, de même au foie. Aussi Bayle n'a-t-il décrit que les tumeurs fibreuses de la matrice. Pourtant, en comparant la mamelle et la matrice, on peut dire que les affections cancéreuses de ces deux organes sont fort communes.

Le squirrhe ou cancer de la mamelle commence presque toujours par des glandes ou indurations. A la matrice, au contraire, c'est presque toujours par des ulcérations du col. Pourquoi cette différence? Pourtant le mamelon est surexcité, titillé par la lactation, comme le col de l'utérus l'est par le coït.

Enfin, tant que M. Cruveilhier n'aura pas prouvé l'analogie qu'il voulait établir entre la nature des tumeurs fibreuses de l'utérus et celle des tumeurs de la mamelle et leur fréquence, je dirai qu'il n'est pas autorisé à croire que les chirurgiens se sont trompés et se trompent tous les jours. Mais M. Cruveilhier étant mieux en position que personne de reprendre ce sujet, maintenant que l'attention est fixée sur ce point, j'espère que, par de nouveaux travaux, il achevera promptement de dissiper tous les doutes et les incertitudes qui vont avoir lieu.

Puisque l'anatomie pathologique n'a pas encore démontré, d'une part, la fréquence des tumeurs fibreuses de la mamelle, et, d'autre part, la différence qui existe entre les corps fibreux et le squirrhe, le diagnostic reste par cela même très difficile, sinon impossible. C'est ce qui a été suffisamment établi par ceux de nos collègues qui ont déjà pris part à la discussion soulevée par le travail de M. Cruveilhier.

Sans vouloir discuter ce point important, je dirai cependant que, malgré les signes donnés par M. Cruveilhier pour établir le diagnostic différentiel entre les tumeurs fibreuses et les tumeurs squirrheuses du sein, je trouve ce point fort obscur; car, à mon avis, les caractères assignés par notre honorable collègue aux corps fibreux de la mamelle s'appliquent également aux glandes squirrheuses de cet organe, qui sont incontestablement beaucoup plus fréquentes que les corps fibreux.

Je vais tout à l'heure montrer un triste exemple de cancer fort avancé que j'ai enlevé, et qui a présenté, pendant quatre années, tous les caractères à l'aide desquels M. Cruveilhier croit pouvoir reconnaître avec certitude la présence d'une tumeur fibreuse. Comme on le verra, la temporisation, qui est si commode et qu'on croit si innocente, est fort dangereuse et devient souvent funeste.

La deuxième proposition fondamentale du mémoire de notre collègue, c'est qu'il s'est assuré que les chirurgiens se trompent tous les jours, et qu'ils croient extirper des tumeurs squirrheuses lorsqu'ils n'ont affaire qu'à des tumeurs fibreuses des mamelles.

Cette proposition est très grave au premier abord; mais voyons quelles sont les preuves sur lesquelles elle est fondée.

M. Cruveilhier a dit vaguement que l'expérience clinique lui avait démontré ce fait. Sans doute il a voulu dire l'observation des parties enlevées; car il ne nous dit point avoir suivi les opérées assez longtemps pour justifier son opinion. Je voudrais bien sincèrement que ce reproche fût fondé, et que cette proposition fût vraie et plus large encore: car nous aurions beaucoup moins de récidives à déplorer.

Pour mon compte, je n'opère jamais avant d'avoir pris l'avis des confrères les plus compétens, afin de chercher, par tous les moyens possibles, à éviter une opération douloureuse; car, éviter une opération inutile, c'est le but de la chirurgie; c'est, en effet, un triomphe pour un chirurgien toutes les fois qu'il atteint ce but, comme nous avons la satisfaction de l'avoir fait pour quelques opérations, en substituant la lithotripsie à la taille, le taxis à l'opération de la hernie, l'anus artificiel, etc.

Mais, pour les tumeurs du sein, quand tous les moyens ordinaires ont échoué, l'extirpation est encore le seul moyen d'arracher quelques victimes au cancer.

Si, comme M. Récamier, M. Cruveilhier était venu nous proposer de substituer une opération simple, la compression, par exemple, à l'opération de l'extirpation; mais non, M. Cruveilhier ne propose rien, et il ne veut pas qu'on opère quand c'est une tumeur fibreuse; or, comme d'autres ne veulent pas qu'on opère quand c'est un squirrhe, il ne faudrait donc plus opérer aucune tumeur, à moins d'un diagnostic positif, ce qui est loin de pouvoir être établi, et, dans tous les cas, attendre les efforts de la nature, puisque M. Cruveilhier ne propose aucun traitement médical contre les tumeurs fibreuses de la mamelle; sans doute cette absence de toute médication serait justifiée si une tumeur du sein étant donnée, on pouvait affirmer qu'elle est de nature fibreuse; mais, jusqu'à ce que le diagnostic ait été posé sur des bases certaines, la médecine et la chirurgie ne doivent pas rester inactives en présence d'une tumeur du sein d'une nature douteuse.

Enfin, si M. Cruveilhier était venu dire : Tous vos succès qui ne sont pas nombreux, vous les devez, non pas à des extirpations de squirrhe, mais à des tumeurs fibreuses; oh! alors il aurait pu soutenir sa proposition avec avantage; alors nous aurions pu croire que le reproche qu'il nous adresse était fondé. Mais, quoique je n'aie pas fait le relevé de toutes les opérations de cette espèce que j'ai pratiquées, j'en ai assez de présentes à la mémoire pour répondre à cette objection, et mes preuves, les voici.

D'abord, j'ai assez de cas de guérison de femmes dont les tumeurs ont été bien constatées et examinées après l'opération; il n'y avait point de doute sur leur nature cancéreuse; mais j'ai une meilleure preuve encore, la plus irrécusable de toutes : il est admis que le cancer est héréditaire; eh bien! j'ai la satisfaction de compter, au nombre des personnes que j'ai opérées et guéries, plusieurs dames dont les filles ont été opérées plus tard de cancer du sein.

D'après ce que je viens de dire, on voit que la seconde proposition de M. Cruveilhier, qui était la conséquence de la première, n'est pas plus fondée que celle-ci; car il ne nous a cité qu'une seule observation peu probante.

Les faits malheureusement trop nombreux de la pratique des chirurgiens déposent contre l'opinion de M. Cruveilhier, puisque les récidives après les opérations du sein sont reconnues très fréquentes.

On peut donc établir que les tumeurs fibreuses des mamelles ne sont pas si communes que le fait supposer le mémoire de M. Cruveilhier, et que les chirurgiens, s'ils commettent des erreurs, en font moins souvent que ne le croit notre honorable collègue. Et d'ailleurs, il n'y a aucun inconvénient à enlever une véritable tumeur fibreuse du sein.

Jusqu'à présent, nous n'avions qu'une crainte en opérant, c'était celle de la récidive; elle était déjà fort grave, je l'avoue; car elle est malheureusement trop bien fondée. Cette appréhension me préoccupe souvent d'une manière désagréable, et M. Cruveilhier vient encore en ajouter une autre. De sorte que maintenant, si nous avions deux appréhensions, deux craintes au lieu d'une, il en résulterait qu'il faudrait renoncer à l'opération dans tous les cas, d'une part, parce que nous craindrions la récidive; d'autre part, parce que nous craindrions d'enlever inutilement une tumeur fibreuse. Mais, pour mon compte, je continuerai à opérer comme je l'ai fait jusqu'à présent.

J'ai la satisfaction de voir et de recevoir des nouvelles des femmes que j'ai opérées, et qui n'existeraient plus depuis longtemps sans l'opération.

Si, comme Laënnec, M. Cruveilhier était venu annoncer un fait nouveau; s'il avait dit que les glandes du sein, comme les tubercules pulmonaires, peuvent s'atrophier, s'annihiler pour ainsi dire par les seuls efforts de la nature; ou bien, si notre honorable collègue nous avait démontré, par des preuves irrécusables, la possibilité de reconnaître les tumeurs du sein qui ne sont pas susceptibles de dégénérer et qu'on ne doit pas enlever, nous aurions pu craindre d'avoir mérité le reproche qu'il nous adresse, et nous aurions rendu graces à l'anatomie pathologique.

Mais M. Cruveilhier se contente de nous dire, sans preuves suffisantes, que nous nous sommes trompés souvent dans le diagnostic des tumeurs du sein. Quant au fait que j'annonçais tout à l'heure relatif à l'atrophie, à la cicatrisation des tubercules pulmonaires, fait important signalé par notre célèbre Laënnec, je dirai qu'en faisant des recherches sur le cœur et sur les vaisseaux des suppliciés, j'ai constaté ces jours derniers, sur Poulmann, exécuté le 6 février dernier, que les sommets des deux poumons étaient ratatinés et présentaient des cicatrices si bien décrites par Laënnec ainsi que des restes de tubercules complètement atrophiés et que, certes, on n'aurait jamais soupçonné exister chez un homme aussi vigoureux, et que ce fait est un des exemples les plus remarquables en faveur de la doctrine de Laënnec.

J'engage les médecins qui n'ont pas de conviction arrêtée sur la possibilité de la cicatrisation des tubercules pulmonaires à examiner cette pièce qui sera sans doute déposée au musée d'anatomie pathologique. C'est l'exemple le plus probant que j'aie encore vu depuis que Laënnec a émis cette idée.

Pour revenir à la question soulevée par M. Cruveilhier, je ne puis m'empêcher de dire qu'elle est grave, et très grave par la forme qu'il lui a donnée; elle a excité, à bon droit, la susceptibilité de tous les chirurgiens, et il ne doit pas en être étonné en relisant son mémoire. Il verra qu'au point de vue de la chirurgie, nous étions gravement inculpés sans preuves suffisantes puisqu'il ne nous a pas donné les moyens de distinguer sûrement les tumeurs fibreuses des squirrhes de la mamelle et qu'il a trop généralisé sa proposition.

Voyons ce qui se passe habituellement dans la pratique. Les femmes qui portent des tumeurs du sein se font-elles opérer trop vite? non, sans doute; bien au contraire, elles attendent en général beaucoup trop longtemps; elles dissimulent leur mal; elles évitent de se plaindre; enfin elles redoutent une opération; le plus souvent, plusieurs médecins et chirurgiens consultés séparément donnent des avis différens et alors qu'arrive-t-il? C'est que dans le doute le temps se passe en médications inutiles, si même elles ne sont pas nuisibles; les femmes se figurent que leur maladie reste stationnaire; mais le mal augmentant, il faut se soumettre à une opération que l'on redoute et dont on retarde encore le moment. Les désordres généraux et locaux se prononcent, l'affreuse cachexie arrive avec ses traits hideux caractéristiques, et quand on opère, le plus souvent il est trop tard; la récidive est presque certaine. Or, c'est justement parce que les circonstances dans lesquelles nous opérons, sont le plus ordinairement celles que nous venons de tracer, qu'on nous reproche tant d'insuccès, tandis que si nous opérions plus tôt, ou si, comme M. Cruveilhier l'a dit, nous enlevions souvent, par une erreur de diagnostic, des tumeurs fibreuses pour des cancers, nos succès seraient bien plus nombreux que ceux que nous obtenons.

Pour ma part, et je suis en cela d'accord avec tous les chirurgiens, j'opère beaucoup plus souvent pour des tumeurs du sein trop avancées que pour des

tumeurs commençantes; je n'opère guère que des tumeurs de la première espèce comme je vais vous en montrer un triste exemple.

Voyons ce qui va arriver, malgré la discussion.

Comme je viens de le dire et de le prouver, les femmes qui portent des tumeurs du sein attendaient déjà trop; en un mot, elles se faisaient opérer trop tard. Maintenant à plus forte raison, toutes les femmes ayant des maladies du sein voudront avoir des tumeurs fibreuses de la mamelle; toutes les glandes seront pour elles des corps fibreux. On se persuade aisément ce que l'on désire et l'on est fort disposé à s'abuser. En outre, les femmes trouveront facilement des amis, des médecins, des chirurgiens qui n'opèrent pas et qui fortifieront leur opinion, car les adversaires de l'opération, et il y en a beaucoup, s'étayeront de l'autorité de l'opinion de M. Cruveilhier.

Pour les femmes qui redoutent ou qui refusent complétement de se soumettre à l'opération par l'instrument tranchant, on peut dans quelques cas retirer un très grand avantage de la cautérisation avec le caustique de Vienne sollicité par M. le docteur Filhos. Ce caustique puissant m'a déjà rendu de grands services dans une foule de cas où il peut être substitué et préféré même au bistouri. Dans les récidives, par exemple, on peut s'en servir avec un très grand avantage pour détruire des fongosités, des tubercules cancéreux disséminés et situés à une grande profondeur. Récemment avec M. Récamier et M. Filhos, nous en avons eu un exemple des plus remarquables et nous avons triomphé de difficultés insurmontables avec le bistouri.

Sans aucun doute, cette discussion éclairera beaucoup les vrais praticiens; mais le plus grand nombre des médecins qui n'auront pas suivi la discussion adopteront, propageront, exagéreront les idées de M. Cruveilhier, parce qu'ils n'auront retenu de toute cette discussion que l'idée nouvelle émise par notre collègue. Les femmes seront victimes de la temporisation, et nous aurons encore nécessairement plus de chances de récidives.

Quant au reproche adressé trop souvent aux chirurgiens d'aimer trop à opérer, à couper, comme le disent les gens du monde, beaucoup de médecins, même des académiciens, il ne peut atteindre que ceux qui n'ont aucun principe arrêté, et qui ne savent pas qu'éviter une opération c'est le triomphe de la chirurgie. Mais en présence de tumeurs dont la nature est douteuse et qui peuvent dégénérer, je dis et je répète qu'on doit les enlever promptement; car, en admettant leur nature bénigne, si on les opère lorsqu'elles ont un petit volume, on éviteaux malades une opération grave qui eût été nécessitée plus tard par la gêne causée par le volume toujours croissant de la tumeur, soit une tumeur fibreuse, une loupe, etc., etc., un kyste.

En résumé, je crois pouvoir dire que M. Cruveilhier n'a pas suffisamment démontré ce qu'il voulait établir, c'est-à-dire que les tumeurs fibreuses du sein sont extrêmement fréquentes et que les chirurgiens se trompent journellement dans le diagnostic. Les preuves et les faits pour étayer cette opinion manquent presque complétement. Les preuves et les faits contraires surabondent. On peut donc dire que les tumeurs fibreuses du sein sont l'exception et les squirrhes la règle. MM. Ribes, Récamier, les hommes les plus compétens que j'ai consultés sur cette question, et tous les chirurgiens sont d'un avis opposé à M. Cruveilhier. Tous pensent que les véritables tumeurs fibreuses de la mamelle sont rares et très rares et les tumeurs squirrheuses au contraire très fréquentes.

Sur quelques faits particuliers, je dirai même insolites, M. Cruveilhier s'est trop pressé de conclure sans preuves suffisantes, et si ses idées étaient adoptées sans réserve, il aurait causé involontairement un grand préjudice à la pratique journalière, puisque déjà les femmes qui portent des tumeurs du sein sont disposées à attendre trop longtemps pour les faire enlever. Pour elles, un grand doute existait; elles en adopteront volontiers un autre; elles s'imagineront enfin avoir une tumeur fibreuse pouvant rester sans inconvénient pour leur santé. Si, au contraire, on leur démontre la nécessité, l'urgence d'une opération, soyez convaincu qu'elles s'y soumettront, car je partage complétement l'opinion de M. Roux sur le courage des femmes, et à cette occasion qu'il me soit permis de rapporter en quelques mots l'un des faits les plus remarquables en ce genre. Il y a huit ou dix ans une dame de province, traitée depuis longtemps dans son pays et à Paris, vint me consulter pour une tumeur du sein. Je lui dis sans hésiter que je ne voyais d'autre moyen de guérison que l'opération. Elle fit part de mon avis à son médecin qui lui donna le conseil formel de ne pas se soumettre à une opération dangereuse et qui devait être suivie de la récidive du mal. Eh bien! loin d'être effrayée, par ce conseil, elle vint me revoir aussitôt pour me dire qu'elle voulait être opérée le lendemain. Je cédai à son désir, je pratiquai l'opération, et bien que la tumeur que j'ai enlevée présentât tous les caractères du cancer, cette dame se porte parfaitement bien et me donne souvent de ses nouvelles. Ce qu'il y a de remarquable, et ce qui prouve, d'une part, le défaut de récidive dans certains cas, après l'ablation de cancers, et, d'autre part, l'influence de l'hérédité sur la production de cette maladie, c'est que l'une des filles de cette dame a subi récemment l'opération pour une tumeur du sein.

Pour ma part, je repousse le reproche grave et non fondé que nous adresse M. Cruveilhier, et ce reproche fut-il vrai, je pense qu'il faut opérer dans les deux cas, et plus tôt que plus tard; que par conséquent les chirurgiens sont autorisés à agir comme ils l'ont fait jusqu'à présent.

J'ajouterai que depuis cette discussion mes convictions sur la nécessité d'opérer promptement dans les cas de tumeurs sont mieux arrêtées, et que je les fais partager beaucoup par les malades qui portent une loupe ou un kyste, ou toute autre tumeur qui ne peut guérir sans l'opération. Depuis peu, j'en ai opéré trois que je n'aurais peut-être pas opérées avant cette discussion, parce que à côté des avantages d'une opération simple, peu douloureuse, faite pour une tumeur d'un petit volume, j'apprécie les inconvéniens d'une opération qui aurait pu être grave, alors que la tumeur eût acquis un plus grand développement. Et puis, nous ne connaissons pas assez les influences qui déterminent la dégénérescence des tumeurs pour affirmer que telle ou telle tumeur qui se présente avec des caractères benins, ne finira pas par dégénérer et devenir un foyer d'infection pour toute l'économie. Quoique la récidive du cancer après l'opération soit à mon avis une question bien plus importante encore que celle qui a été soulevée par M. Cruveilhier, je ne l'aborderai pas aujourd'hui. Je souhaite vivement cependant que dans l'intérêt de la science et de l'humanité, cette question soit soumise à l'ordre du jour immédiatement après celle des tumeurs fibreuses de la mamelle.

Avant de terminer, M. Amussat demande à présenter une pièce pathologique qui a un rapport direct avec la question qui se discute. C'est une tumeur volumineuse du sein, un véritable squirrhe, ou mieux un cancer bien caractérisé, qu'il a enlevé chez une femme de 62 ans. Voici la relation du fait :

Madame P..., âgée de 62 ans, d'une forte constitution, mère de deux enfans, a éprouvé dans sa vie beaucoup de chagrins. Il y a cinq ans, elle se fit une légère contusion au côté droit de la poitrine en tombant d'une chaise sur laquelle elle était montée. Depuis ce temps, elle s'est aperçue d'un engorgement persistant dans ce point, et qui, au bout de deux ans, avait acquis le volume d'une noix; mobile, non douloureuse, placée en dehors de la glande mammaire, cette espèce de glande ou d'engorgement circonscrit ne fut soumis à aucun traitement. La tumeur ayant augmenté rapidement de volume dans l'espace d'une année, et de légers élancemens s'étant manifestés, la malade, dont la santé s'affaiblissait, consulta M. le docteur Filhos, qui reconnut aussitôt la nécessité d'une opération. Appelé en consultation avec M. Récamier, nous partageâmes l'avis de M. Filhos.

La tumeur volumineuse située immédiatement au-dessous de l'aisselle s'étendait jusqu'à la glande mammaire placée en dedans et ne paraissant pas en faire partie. Au centre de la tumeur, on trouvait deux bourrelets de couleur violacée menaçant de s'ulcérer bientôt, et partout la peau était luisante et les veines très dilatées.

La surface de la tumeur était bosselée, irrégulière. La mamelle et le tissu cellulaire placé au-dessous étaient œdématiés, et on ne trouvait aucun engorgement dans l'aisselle. Enfin, la tumeur avait 13 centimètres de longueur et 12 centimètres de largeur.

Je ne décrirai pas l'opération, qui a été très simple, ni les suites qui ont été aussi satisfaisantes que possible. Aucune hémorragie ne s'est manifestée à la suite de la torsion des artères; la plaie a été réunie par la suture dans l'étendue de 10 pouces, et aujourd'hui la cicatrisation est presque complète. L'état de la malade est tout à fait satisfaisant. Je passerai de suite à la description de la tumeur incisée dans toute son étendue; on voit qu'elle est placée en dehors de la glande mammaire et qu'elle est formée par un tissu squirrheux, mamelonné, rouge, imbibé de sang, ramolli dans quelques points, dur dans d'autres. En la prenant entre les doigts et en raclant la surface avec un scalpel, on obtient un ichor rougeâtre, épais. Examinée au microscope par M. le docteur Mandl, cette tumeur offre tous les caractères des cancers ou squirrhes ramollis. Ces caractères, difficiles à décrire à moins d'avoir une grande habitude des descriptions microscopiques, diffèrent beaucoup de ceux qu'on obtient par l'examen de portions de tumeurs fibreuses et de loupes graisseuses, et il suffit de les avoir observés pour distinguer les uns des autres ces tissus de nouvelle formation ou plutôt de formation pathologique.

La glande mammaire et le tisssu cellulaire qui l'entoure sont infiltrés de sérosité; mais ils n'ont point été envahis par la tumeur et ils conservent leur aspect presque normal. Il est vrai de dire qu'une sorte de limite existait entre ces organes et la tumeur, limite formée par du tissu cellulaire condensé, enveloppant la plus grande partie de la tumeur, qui se trouvait pour ainsi dire comme enchatonnée.

Cette observation, ajoute M. Amussat méritait d'être citée; d'abord, parce qu'elle offre en elle-même quelque intérêt, et puis à cause de la discussion qui s'agite en ce moment à l'Académie. Elle résume, en effet, un certain nombre de points litigieux, en même temps qu'elle fortifie les idées qui ont prévalu jusqu'à présent sur l'impossibilité d'établir sûrement un diagnostic entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, entre les tumeurs qu'on peut laisser impunément dans les mamelles et les tumeurs qu'on doit enlever le plus promptement possible.

Dans ce cas, nous avons enlevé un véritable squirrhe dégénéré et dont les progrès toujours croissans auraient fini par infecter l'économie tout entière; la cachexie serait arrivée bientôt, et déjà même la santé de la malade était notablement dérangée. Nous n'avions pas affaire à une tumeur fibreuse, car elles dégénèrent rarement jusqu'à présenter l'aspect de la tumeur que nous avons enlevée, et d'ailleurs elle donnait lieu à des douleurs qui n'eussent pas existé sans doute si elle eût présenté ce caractère. Ce fait est donc en dehors de ceux qui ont été indiqués par M. Cruveilhier, et il prouve que dans le doute la tumeur ayant commencé à être roulante, circonscrite, il fallait l'enlever promptement. Qui sait maintenant si la temporisation qui a eu lieu ne nous donnera pas le chagrin d'avoir à déplorer une récidive qu'on aurait pu espérer d'éviter en enlevant le mal dès son apparition. Pourtant, pendant plusieurs années, la tumeur a présenté tous les caractères assignés par M. Cruveilhier aux tumeurs fibreuses; elle était roulante, circonscrite, placée en dehors de la glande mammaire indolente; et cependant qu'est devenue cette tumeur? Un véritable cancer!... Or, en présence de ce fait, n'est-on pas autorisé à dire que, à défaut d'un diagnostic différentiel entre les tumeurs fibreuses du sein et un squirrhe, il ne faut pas hésiter à opérer, puisqu'on ne peut pas guérir la tumeur par un autre moyen?

M. Bérard : Il me semble que depuis que M. Blandin a parlé, tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion n'ont fait que commenter ou reproduire à peu de chose près l'opinion qu'il a émise. Moi-même je n'ai point, je l'avoue, d'autre opinion à faire prévaloir; aussi me serais-je peut-être abs-

tenu de demander la parole si je ne m'y étais trouvé engagé par la gravité et l'importance de la question. Ce sera du reste une raison pour moi d'être aussi bref que possible.

Je dirai d'abord, relativement au premier point de cette discussion, que, comme M. Cruveilhier, comme M. Amussat, j'ai fait aussi un long séjour à la Salpétrière. Or je n'y ai jamais vu de tumeurs fibreuses du sein. Je proteste donc contre la première proposition du mémoire de M. Cruveilhier. Est-ce à dire que je n'admette pas l'existence de tumeurs bénignes dans le sein ? On sait que tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, mais il faut distinguer une proposition aussi absolue que celle de M. Cruveilhier d'avec ce fait pratique qui consiste à reconnaître l'existence de deux sortes de tumeurs : des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Quant à ces dernières, je crois qu'on en a évidemment exagéré la fréquence. Ceci me conduit, du reste, à la question du diagnostic. On a dit, dans cette discussion, que le diagnostic de ces tumeurs était difficile; on a eu tort de dire difficile; il fallait dire impossible. Quels seraient en effet les caractères que l'on attribuerait aux tumeurs fibreuses? Ces tumeurs seraient, dit-on, dures, mobiles, indolentes, roulant sous les doigts. Eh bien! je dis que ces caractères appartiennent aussi au squirrhe, au cancer enkysté dans leur première période. Or si des tumeurs bénignes comme des tumeurs malignes présentent les mêmes caractères, je dis qu'il est impossible de les diagnostiquer. Ne dites pas que ce serait difficile seulement, car vous feriez croire que de plus habiles que vous pourraient diagnostiquer ; et je déclare que personne ne le peut. On a cité Ast. Cooper. Quand Ast. Cooper, dit-on, rencontre une tumeur, dure, indolente, mobile, lobulée, avec des conditions d'âge et de constitution convenables, il dit que cette tumeur n'est point un cancer, que c'est une tumeur bénigne, et il conseille de ne pas opérer. L'apparence lobulée de ces tumeurs serait sans doute un bon caractère s'il était confirmé par les autres chirurgiens; mais j'ai longuement cherché et je n'ai jamais rencontré ce caractère.

Ce diagnostic étant à mes yeux impossible, j'aborde le point pratique de la question. Sans doute l'incertitude du diagnostic est en elle-même une chose pénible, mais l'embarras est bien autrement grave quand il s'agit de se déterminer à pratiquer une opération qui n'est pas toujours innocente. Aussi ai-je pour habitude de ne pas insister beaucoup pour opérer lorsqu'il s'agit d'une femme jeune, bien constituée, qui présente une de ces tumeurs indolentes offrant les caractères que l'on a décrits comme appartenant aux tumeurs fibreuses. Cependant en principe j'admets que dans le doute il faut opérer. Cette détermination est sans doute pénible quelquefois, mais je crois qu'agir autrement serait assumer une grande responsabilité.

M. Lisfranc : Je ne pense pas, comme M. Cruveilhier, que les tumeurs fibreuses du sein soient communes; je les crois au contraire très rares, et voici les motifs de mon opinion. Pendant plus de quinze ans, j'ai fait pratiquer des opérations sur le cadavre, et je n'ai jamais manqué, toutes les fois que l'occasion s'en est présentée, d'examiner les tumeurs du sein. Je n'ai rencontré que très exceptionnellement des tumeurs fibreuses ; dans la très grande majorité des cas, les tumeurs étaient constituées par les différentes variétés du cancer. On doit bien se rappeler d'ailleurs que, lorsqu'on traite la plupart des tumeurs à leur début par les fondans, on parvient presque toujours à les résoudre, au moins en partie ; or, tout le monde sait qu'on ne résout jamais des tumeurs fibreuses. Je le répète, rien n'est plus fréquent que de voir réduire à la moitié de leur volume au moins des tumeurs du sein lorsqu'elles sont traitées par des fondans employés d'une manière convenable et par des mains habiles. Or, si l'on tient compte, d'une part, de l'extrême fréquence des cancers, de l'impossibilité de résoudre des tumeurs fibreuses, d'autre part, on sera bien forcé de conclure que ces corps fibreux n'entrent que pour une très petite proportion dans les tumeurs du sein.

Passons maintenant à l'examen de la question du diagnostic. On a dit d'abord que les tumeurs fibreuses étaient mobiles ; mais tous les chirurgiens, même les plus jeunes en pratique, savent que cette grande mobilité appartient à toutes les tumeurs qui sont placées en dehors du tissu même de la mamelle. Qu'est-ce qui ne sait que les ganglions lymphatiques engorgés roulent sous les doigts avec une facilité extrême, et cependant, lorsqu'on vient à enlever ces ganglions, on les trouve très souvent cancéreux. La mobilité n'est donc point un caractère qui soit propre aux tumeurs fibreuses.

On a parlé des bosselures comme caractère des tumeurs fibreuses ; mais on sait, d'une part, qu'il n'y a pas toujours des bosselures dans les tumeurs fibreuses ; et ne trouve-t-on pas, d'un autre côté, ces bosselures dans les tumeurs cancéreuses? Il n'est certainement pas un d'entre nous qui n'ait vu de ces sortes de bosselures sur des squirrhes.

On a invoqué encore, comme autant de caractères, la dureté, la consistance. Je répondrai à cela qu'il y a des engorgemens blancs, simples, qui sont durs comme du silex. Voilà donc encore un caractère qui ne saurait appartenir exclusivement aux tumeurs fibreuses, mais qui peut appartenir indifféremment à toutes sortes de tumeurs, à plus forte raison au squirrhe.

L'état stationnaire est donné aussi comme appartenant exclusivement aux tumeurs fibreuses. Il faut bien peu de pratique pour ne pas savoir qu'au bout de dix, quinze, vingt, trente ans, une tumeur restée jusque-là stationnaire acquiert en quelques mois un volume effrayant. Ne voyons-nous pas tous les jours, dans nos cabinets de consultation, arriver des femmes âgées de 45 à 50 ans au plus, et qui viennent nous dire : Je viens vous consulter pour une tumeur du sein qui est restée dix, vingt ans sans grossir du tout. Et cependant elles y ont prêté une très grande attention. On découvre le sein de ces femmes, et l'on est souvent frappé de voir d'énormes tumeurs carcinomateuses; et cependant ces tumeurs sont restées stationnaires, non pas pendant deux, trois, quatre ans, mais pendant vingt, trente ans et plus quelquefois. J'insiste sur ces faits, parce qu'il serait extrêmement grave à mes yeux de laisser les femmes dans une fausse sécurité, sous le prétexte qu'elles ont des tumeurs stationnaires. Bien souvent on aurait évité à ces malheureuses les chances presque inévitables d'une récidive, si l'on s'y fût pris plus tôt. Je sais bien qu'en opérant toujours il peut très bien arriver qu'on enlève des tumeurs fibreuses ou d'autre nature qui eussent été réellement à l'abri de la dégénérescence cancéreuse. Mais l'erreur est ici bien moins grave dans ses conséquences, que si l'on laissait subsister une tumeur dégénérable. En opérant de bonne heure, on évitera à coup sûr la dégénérescence carcinomateuse et la récidive. Les récidives sont imminentes, au contraire, si l'on attend la dégénérescence. Ainsi, pour quelques cas où il arrivera de faire une opération inutile, il arrivera beaucoup plus souvent, en agissant autrement, qu'on laissera subsister un squirrhe.

On a dit que les tumeurs fibreuses n'étaient point douloureuses et on a fait encore de cela un caractère de ces tumeurs. Mais de toute éternité n'a-t-on pas admis des squirrhes sans douleur? Tout le monde sait que les ganglions lymphatiques indurés ne sont point douloureux, à moins qu'il ne survienne un mouvement inflammatoire qui en hâte la dégénération. Mais ce n'est pas tout. On prétend que les tumeurs fibreuses n'occasionnent pas de douleurs. Je nie cela. J'ai extirpé il y a 15 jours une tumeur siégeant sur le côté de la mamelle ; cette tumeur avait tous les caractères que M. Cruveilhier assigne aux tumeurs fibreuses ; c'était bien réellement une tumeur fibreuse ; eh bien ! elle donnait lieu à des douleurs lancinantes. Je veux bien admettre que ces tumeurs ne produisent point de douleurs si elles siègent sur la trame fibreuse de la mamelle, mais ne peuvent-elles pas siéger sur le trajet de filets nerveux? Ne sait-on pas combien sont douloureuses, par exemple, les tumeurs les plus innocentes par elles-mêmes qui siègent sur le trajet des nerfs du bras?

Enfin pense-t-on qu'il soit prudent de laisser subsister ces tumeurs sur un tissu aussi irritable que la mamelle, surtout à un âge où les sympathies de l'utérus sont si vives? Ces tumeurs fibreuses, si innocentes qu'on les suppose, n'irritent-elles pas la glande par leur présence et ne finiront-elles pas à la longue par l'altérer? Les faits le disent assez. Dans un grand nombre de cas la présence seule de ces corps inertes suffit pour engorger le tissu cellulaire et les ganglions lymphatiques voisins.

Je pense donc qu'il n'existe pas de caractères à l'aide desquels on puisse constater que l'on a réellement affaire à des tumeurs fibreuses. J'ajoute que temporiser dans cette circonstance c'est s'exposer à voir se développer tôt ou tard des tumeurs carcinomateuses. Il pourra bien arriver sans doute qu'on enlèvera quelquefois des tumeurs indolentes, peut-être même ces opérations auront-elles quelquefois des conséquences graves; mais ce sont là des événemens extrêmement rares si on les compare aux accidens que l'on encourt par une conduite contraire. Je dis enfin que les tumeurs fibreuses ne sont pas innocentes en elles-mêmes, qu'elles peuvent quelquefois entraîner la dégénérescence des tissus voisins.

Maintenant on dit que les tumeurs fibreuses ne sont pas susceptibles de dégénérer en cancer. Je pourrais opposer à cette assertion un grand nombre de faits qui prouvent que les corps fibreux de l'utérus deviennent quelquefois carcinomateux. Les tumeurs fibreuses du sein auraient-elles seules le privilége de ne pas dégénérer? Je ne le crois pas; je ne vois pas de raison pour cela. On croirait à tort, d'ailleurs, qu'aucun vaisseau ne pénètre dans l'intérieur des corps fibreux. Il suffit de les examiner avec soin pour se convaincre du contraire. J'ai opéré à Courbevoie, en présence de M. Blandin, un énorme polype fibreux de l'utérus sur lequel nous avons vu d'une manière très manifeste des vaisseaux que nous avons supposé être veineux. L'un d'eux avait presque le calibre d'une plume de corbeau. Personne de nous n'ignore que beaucoup d'anatomo-pathologistes ont reconnu qu'à mesure que les tumeurs prennent de l'accroissement, des vaisseaux s'y développent du centre à la circonférence et finissent par s'anastomoser avec les vaisseaux normaux. Voilà du moins ce que j'ai vu pour les tumeurs de l'utérus. L'analogie doit naturellement nous porter à admettre qu'il en est de même pour les tumeurs du sein.

J'insiste, en terminant, sur tous ces faits et je proteste de toutes mes forces et avec toute mon énergie contre cette proposition de temporiser lorsqu'on a affaire à des tumeurs que l'on suppose être indolentes, fussent-elles fibreuses, parce qu'on n'est jamais certain qu'elles ne dégénèreront pas; et je le répète, s'il arrive qu'on fasse une opération inutile, ces cas seront très rares, tandis que par la temporisation on s'exposerait à voir survenir très fréquemment les conséquences les plus désastreuses.

Il est 5 h. 1/2, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE A STRASBOURG EN 1840 ET 1841 ; par G. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine. — Strasbourg, 1843.

M. le professeur Forget a publié, dans le courant de l'année dernière, une série d'articles sur le sujet qui nous occupe, articles qui ont vivement intéressé les médecins praticiens, non moins que les hommes à théorie; ce travail était principalement basé sur des faits observés à la clinique de la faculté; il trouve aujourd'hui son complément nécessaire dans le travail de

M. le professeur Tourdes, son collègue, qui embrasse l'histoire de l'épidémie tout entière, et de ses différentes phases au sein de la garnison et parmi le reste de la population. Nous ne ferons ressortir du travail de M. Tourdes que les points les plus saillans, et spécialement ceux qui n'ont pas été épuisés par les recherches antérieures. Si nous avions besoin de nous justifier de la longueur du présent article, nous trouverions notre excuse tant dans l'intérêt que présente la matière elle-même, que dans le mérite avec lequel il a été traité par M. Tourdes. Nous avons vu de près et suivi avec attention la marche de l'épidémie, et nous nous trouvons ainsi en mesure d'apprécier ce travail à sa véritable valeur. Nous regrettons que des relations personnelles d'amitié avec l'auteur ne nous permettent pas de lui donner tout haut les éloges qu'il mérite.

ÉPIDÉMIES ANCIENNES. On est étonné du peu de renseignemens que l'on trouve sur cette maladie; une affection d'une violence aussi extraordinaire ne semble pas de nature à passer inaperçue, et cependant on n'en trouve point de description complète avant ces dernières années. Sprengel, Fodéré, Ozanam ne la mentionnent pas d'une manière expresse; elle n'est point nommée dans le tableau des épidémies de 1771 à 1830, inséré par M. Villeneuve dans les mémoires de l'Académie de médecine. Çà et là cependant, dans les temps anciens, se détachent de frappantes analogies avec la méningite observée de nos jours; c'est dans les histoires des épidémies de typhus, de fièvres cérébrales, de frénésies qu'on parvient à les découvrir. Forestus, Plater, Sydenham en rapportent des exemples assez concluans. En 1805, M. Vieusseux, de Genève, l'a observée. L'absence ou l'imperfection de l'anatomie pathologique rend moins concluantes les relations anciennes. Cette maladie a fréquemment coïncidé avec le typhus et les fièvres typhoïdes; il en a été ainsi à Strasbourg. Il est donc vraisemblable que dans les temps anciens elle aura été confondue avec le typhus et comprise dans les typhus cérébraux. L'auteur passe ensuite à l'historique de l'épidémie de Strasbourg.

CONSTITUTION MÉDICALE AVANT L'ÉPIDÉMIE. Il résulte de l'examen de la constitution médicale de l'année précédente, que la méningite cérébro-spinale est *apparue brusquement* sans avoir été précédée par des modifications dans la constitution médicale.

MARCHE. La maladie a d'abord atteint la garnison, où elle a pris son point de départ; elle l'a frappée exclusivement, elle ne s'est propagée que plus tard à la cité, et n'est arrivée à toute sa force dans la population civile qu'après avoir presqu'entièrement cessé parmi les militaires. C'est à la fin de 1840 que la méningite s'est déclarée dans la garnison de Strasbourg; à cette époque, l'armée avait été subitement portée sur le pied de guerre, toutes les classes disponibles avaient été appelées sous les drapeaux. La garnison de Strasbourg reçut sa part de cet accroissement général de l'armée; son effectif fut, en trois mois, porté de 5,000 à 7,800 hommes. Un corps de nouvelle formation s'y organise, les compagnies instruites sont successivement détachées à l'extérieur, en même temps que les recrues remplissent les cadres; des contingens sont dirigés sur Strasbourg des points les plus éloignés de la France, entre autres de la Vendée et du Cher. On sait avec quel oubli les lois de l'hygiène sur les mouvemens de troupes se sont exécutées; les fins de 1840 et 1841 sont des années fatales pour l'armée; les maladies l'ont décimée autant qu'une guerre sérieuse: à Strasbourg seul, en 1841, sur 5,417 malades, y compris les vénériens et les blessés, le nombre des morts s'est élevé à 640, soit 11,81 sur 100. La garnison a donc perdu à peu près 1 individu sur 13.

C'est en octobre 1840 que le premier cas de méningite a apparu dans la garnison de Strasbourg: 3 se manifestent en novembre, 8 en décembre, 34 en janvier 1841, 43 en février, 65 en mars, 29 en avril, 9 en mai, 4 en juin; l'épidémie cesse brusquement en juillet et en août, et vers la fin de septembre à décembre, une quinzaine de cas se déclarent encore. La maladie, d'abord concentrée dans le septième régiment de ligne, s'est successivement étendue à tous les corps de la garnison de telle manière, qu'elle finissait dans l'un lorsqu'elle atteignait son maximum dans l'autre. Les premières traces de l'apparition de la maladie, dans la population civile, remontent aux mois de janvier et février 1841, où l'on observe 2 décès; au mois de mars, ils s'élevaient à 16, en avril à 23, en mai à 25, en juin à 11, en juillet à 5..... Ainsi, l'épidémie civile s'est comme ajoutée à l'épidémie militaire, et n'est arrivée à son maximum qu'à une époque où la première se trouvait à son déclin.

ÉTENDUE DE L'ÉPIDÉMIE. La maladie a été bien plus remarquable par la nature des symptômes, par la gravité de chaque cas pris individuellement que par le nombre des victimes: dans l'espace de 9 mois, 196 militaires ont été frappés; les cas isolés qui ont suivi l'épidémie sont au nombre d'une vingtaine. Le chiffre 220 représente le nombre total des militaires atteints de la méningite. Quant à la population civile, on peut évaluer environ à 150, le nombre des individus qui en ont été frappés. Ainsi, dans la ville de Strasbourg, 370 individus ont présenté les symptômes évidens de la méningite épidémique. Cette affection ne doit donc être placée que parmi les *petites épidémies*; mais si le nombre des malades a été peu considérable, la proportion des morts, au contraire, a été très affligeante. Le nombre des décès, pendant le règne de l'épidémie, a été, à l'hôpital militaire, de 122, celui des guérisons de 72; si l'on y ajoute les cas isolés des derniers mois de l'année, on aura un total de 140 soldats qui ont succombé à cette maladie. Dans la population civile, le nombre des morts a été de 90. Ainsi, 230 décès, tel est le nombre total des victimes que la méningite a faites dans la ville de Strasbourg.

A toutes les époques de l'épidémie, la proportion relative des morts est restée la même; les dernières atteintes ont rappelé, par la promptitude de la mort, la violence des premiers cas.

ÉTIOLOGIE. Au premier abord, on a pensé que la rigueur du froid avait été la cause de l'épidémie. Elle a régné à Strasbourg pendant un hiver d'une rigueur insolite, et dont un des mois a présenté le phénomène, rare en nos climats, d'une moyenne au dessous de zéro. Mais, le fait que l'épidémie a devancé les froids et a persisté pendant les chaleurs, la concentration dans une localité et sa non propagation à d'autres lieux soumis au même abaissement de température, suffisent pour faire rejeter l'influence des qualités de l'atmosphère comme cause déterminante. L'épidémie semble avoir été produite par un miasme de nature spéciale, résultat de l'encombrement et analogue à celui qui donne naissance au typhus. Voici les raisons qui militent en faveur de cette opinion: 1° l'absence de toute autre cause suffisante pour expliquer l'apparition de la maladie; 2° son développement dans les casernes où l'encombrement existait; 3° les conséquences heureuses de l'évacuation des foyers d'infection à Versailles et à Strasbourg; 4° la nature des symptômes dont plusieurs étaient analogues à ceux qui accompagnent les maladies produites par intoxication miasmatique; 5° la co-existence de nombreuses fièvres typhoïdes.

ÂGE. Tous les âges de la vie militaire ont été atteints, surtout de 20 à 21 ans et de 25 à 26; ce dernier âge est celui des militaires des classes appelées contre toute attente sous les drapeaux, peu avant leur libération. Les constitutions fortes ont été plus fréquemment frappées. La troupe de ligne a plus souffert que les armes spéciales. La mortalité a varié, entre les différens corps, de 50 à 78 sur 100. Dans la population civile, 49 hommes et 41 femmes ont succombé. La maladie a frappé tous les âges; 33 enfans au de 14 ans en ont été atteints, 29 jeunes gens de 14 à 28 ans, 21 individus de 28 à 50 ans, et 7 de 50 à 70 ans. C'est de 7 à 21 ans que la proportion des méningites a été la plus forte. Le danger a varié considérablement suivant les âges. Celui de 18 à 25 ans est plus favorable que l'enfance; mais à dater de 25 ans, le péril augmente d'année en année dans une proportion énorme. C'est surtout la population ouvrière, demeurant dans les ruelles étroites et tortueuses, qui a supporté le poids du fléau.

SYMPTÔMES. Ils sont généralement connus. Nous ne nous occuperons ici que de quelques points particuliers et controversés. L'invasion a été foudroyante au plus dans un tiers des cas; dans les deux autres tiers, on observait des prodrômes, mais ils étaient courts, d'un à quatre jours au plus; ils étaient peu prononcés, hors de proportion avec la maladie cruelle qui allait survenir. Ces prodrômes consistaient exclusivement en dérangemens du système nerveux. Le danger était plus grand dans les cas à invasion subite qu'à prodrômes très courts.

POULS. Chez la moitié des malades, il y avait accélération du pouls dès le début; dans l'autre moitié, il était ralenti ou naturel. Chez quelques sujets, il est descendu au-dessous de 50. Mais ce ralentissement ne tardait pas, le plus souvent, à être remplacé par de l'accélération. Dans le cours de la maladie, après les premiers jours, le pouls était presque toujours fréquent, mais remarquable par des variations considérables de fréquence, s'opérant en peu d'instans. La lenteur du pouls au début était une circonstance défavorable.

HERPÈS LABIALIS. Une éruption labiale du genre zona s'est manifestée environ dans les deux tiers des cas. Elle consistait en vésicules blanches, ou légèrement rosées, agglomérées au nombre de 6 ou 8 cas en plaques discrètes (quelquefois confluentes) et reposant sur un fond rouge formé par le derme injecté.

Parfois l'éruption a pris un grand développement, et s'est propagée aux narines, aux joues, au cuir chevelu et au thorax; elle paraissait du deuxième au septième jour, le plus souvent le quatrième, se flétrissait au bout de quatre à cinq jours et était remplacée par des croûtes brunâtres. Les exanthèmes les plus étendus ont été constatés dans les cas heureux; dans beaucoup de cas funestes l'herpès se montrait à peine; il résulte de plus d'un certain nombre d'observations que leur influence était surtout avantageuse lorsque l'éruption paraissait du quatrième au sixième jour, tandis que les éruptions prématurées ou tardives annonçaient un plus grand danger.

DURÉE. Beaucoup de malades ont péri en quelques heures; près de la moitié à l'hôpital militaire (45 sur 100) a succombé en moins de trois jours. Chez 89 malades, les trois quarts du nombre total, la durée a été de cinq jours; la moyenne générale est de quinze jours, mais elle comprend quelques cas exceptionnels dans lesquels la maladie s'est propagée au-delà de cent jours. Pour les cas heureux, la moyenne générale est de vingt-cinq jours; mais pour plus du tiers des malades la durée du traitement s'est élevée à cinquante jours, pour les deux tiers elle a été de trente-sept; ainsi la marche de la méningite est caractérisée par la lenteur de la guérison et par la promptitude de la mort. On doit la placer parmi les affections les plus foudroyantes que l'on connaisse.

FORMES. Elles sont divisées en cérébro-spinales et en cérébrales pures, suivant que les symptômes indiquent une affection exclusive du cerveau ou commune à cet organe et à la moelle épinière. On n'a pas observé de cas dans lesquels la maladie occupait uniquement la moelle épinière. Les formes cérébrales pures sont infiniment moins graves que les formes cérébro-spinales; tandis que la mortalité s'élève à 76 sur 100 dans ces dernières variétés, elle n'est que de 14 pour 100 dans les variétés cérébrales pures. La forme typhoïde présente un appareil de symptômes ayant la plus grande analogie avec ceux de cette affection; la nature du mouvement fébrile et du délire, l'apparition des symptômes gastriques, les épistaxis, les taches rosées, les pétéchies, les parotides complètent la ressemblance; mais l'autopsie vient démentir cette apparente identité; au lieu de l'affection des glandes muqueuses intestinales, elle révèle l'altération caractéristique de la pie-mère; ce qui prouve de nouveau que l'appareil typhoïde peut exister sans affection intestinale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. On connait la lésion particulière qui caractérisait la méningite cérébro-spinale; nous ne reviendrons pas sur sa description : son siége anatomique a été bien précisé; c'est sur l'arachnoïde et à la face supérieure de la pie-mère, entre les deux membranes, qu'elle s'étend. L'intégrité parfaite du tissu cérébro-rachidien contraste avec l'étendue de l'altération de la superficie. On a cherché à préciser les régions du système nerveux sur lesquelles la fausse membrane siégeait le plus habituellement. On a constaté que dans les quatre cinquièmes des cas elle occupait à la fois le cerveau et la moelle, que dans un cinquième elle n'existait que sur le cerveau, *jamais sur la moelle seule*. La lésion de la face supérieure du cerveau est plus commune que celle de la face inférieure; souvent les deux faces étaient simultanément atteintes. Dans les deux tiers des cas, les ventricules renfermaient du pus, et la commissure optique en était couverte. Quant à la moelle, dans les deux cinquièmes des cas, elle était entièrement revêtue de fausses membranes; dans les trois cinquièmes, c'était uniquement la partie inférieure; jamais le tiers supérieur n'a été exclusivement lésé. En général, la fausse membrane était plus épaisse en arrière qu'en avant.

La méningite a pu donner la mort sans laisser de traces de son existence sur les tissus. C'est un fait qui n'avait pas été constaté dans les autres relations et qui est ici mis hors de doute par trois observations. Après 15, 24 et 36 heures de durée, la maladie n'a pas laissé de trace appréciable; dans d'autres cas, le pus s'était formé très vite; après quelques heures de maladie on en trouvait des traces. Dans plus des deux tiers des cas, on a reconnu une affection des follicules intestinaux, consistant dans l'hypertrophie générale des follicules agminés et isolés, affection analogue à celle qui accompagne le premier degré de fièvre typhoïde; mais cette lésion s'arrêtait à ce premier degré, même lorsque la méningite avait été chronique. Nous avons vu que cette affection des follicules a manqué dans les cas où les symptômes avaient la plus grande analogie avec le typhus. Le *sang* des saignées était rarement couenneux; s'il existait une couenne, elle était mince. La proportion du sérum et des parties solides semblait normale; dans le cadavre, le sang se faisait remarquer par l'abondance des caillots fibrineux. Dans 4 analyses chimiques, sur 1,000 parties de sang, la fibrine a varié entre 3,70 et 5,63; les globules entre 134 et 143; les matériaux solides du sérum entre 58 et 79; l'eau entre 780 et 796. Le sang a donc été plus riche en fibrine que le sang normal; il a présenté surtout une augmentation notable des globules; c'est là le trait le plus caractéristique qui résulte du petit nombre d'expériences. Cette augmentation des globules a été signalée par MM. Andral et Gavarret au début des fièvres essentielles.

SIÉGE ET NATURE. Si le génie inflammatoire était indiqué par l'anatomie pathologique, par la présence d'un véritable pus sur la pie-mère, par l'acuité même des symptômes, il n'en est pas moins certain que l'inflammation seule n'est pas le dernier mot du problème et qu'il y a autre chose qu'une simple phlegmasie dans la méningite épidémique. Une cause spéciale la fait naître et lui imprime son cachet; elle présente plusieurs des caractères qui appartiennent aux maladies miasmatiques; elles s'accompagne d'exanthèmes remarquables, d'une éruption vésiculeuse presque pathognomonique, de taches lenticulaires, de pétéchies et même de parotides; les fonctions nerveuses sont profondément altérées; la globuline du sang paraît augmentée comme au début des fièvres essentielles; l'autopsie décèle ce développement des follicules intestinaux si commun dans les maladies miasmatiques. Les faits principaux semblent se réunir pour attester l'existence d'une inflammation spéciale, d'une intoxication miasmatique, d'une espèce de typhus urétral produit par un miasme dont l'action élective se porte sur la membrane vasculaire qui tapisse toute la superficie des centres nerveux.

TRAITEMENT. Les *émissions sanguines* ont été employées comme moyen principal dans la plupart des épidémies. La statistique a fixé d'une manière péremptoire la valeur des anti-phlogistiques; elle ne laisse aucun doute sur l'insuffisance générale du traitement par les saignées; non seulement la maladie n'a pu être jugulée par les émissions sanguines pratiquées dès les premières atteintes du mal et de la manière la plus énergique, mais elle n'a pu ni en arrêter le cours, ni le plus souvent empêcher la mort. Dans certains cas cependant, employées dès le début, elles ont amené des résultats heureux. Nier d'une manière absolue leur utilité, ce serait tomber dans une exagération aussi fâcheuse qu'une confiance absolue en l'efficacité de ce moyen.

Les *réfrigérans*, les *mercuriaux*, les *révulsifs cutanés*, le *sulfate de quinine* ne paraissent pas avoir exercé une influence heureuse. L'*opium*, ce médicament est appuyé par des autorités importantes, et son utilité paraît réelle : à haute dose surtout, il a rendu de vrais services, mais il ne faut pas s'exagérer la valeur de cette médication. Sur les sept malades traités par M. Forget, trois ont péri; c'est une mortalité de 43 sur 100. L'opium n'avait pas été administré avant le cinquième ou le septième jour. Or, déjà à cette époque les chances fatales ont de beaucoup diminué. A l'hôpital militaire, pour les malades qui dépassaient le cinquième jour, la mortalité était de 48 sur 100, ce qui ne diffère pas notablement de la précédente. M. Chanffard, d'Avignon, déclare avoir sauvé au moins la moitié des malades les plus gravement atteints; c'est toujours une mortalité de près de 50 pour 100. Certes, d'une manière comparative, ce résultat peut être avantageux; mais d'une manière absolue, combien n'est-il pas affligeant encore!

VARIÉTÉS.

ARRÊT DE LA COUR ROYALE DANS LE PROCÈS EN DIFFAMATION INTENTÉ A MM. MALGAIGNE, VIDAL (DE CASSIS) ET HENROZ.

La Cour, après trois audiences, a rendu l'arrêt qui suit :

« Considérant que, si les articles publiés par M. Malgaigne contre M. Jules Guérin sortent des bornes de la modération d'une critique ordinaire, on n'y saurait voir les délits d'injure et de diffamation; la Cour a confirmé le jugement. »

Le public médical est trop au courant des faits de ce procès pour qu'on ait besoin d'y revenir ici. On se borne donc à constater le résultat de l'appel dans ce qu'il a de plus général.

En ce qui concerne MM. Vidal (de Cassis) et Henroz, c'est la confirmation pure et simple du jugement rendu en première instance, par lequel M. Vidal (de Cassis) avait été condamné pour *outrages, termes de mépris, injures publiques*; et M. Henroz, pour *injures* et *diffamation*.

En ce qui concerne M. Malgaigne, c'est également la confirmation du jugement rendu en première instance, avec quelques modifications et suppressions dans les considérans, qui ôtent tout prétexte à la malveillance. En première instance, on reconnaissait que M. Malgaigne s'en était rapporté trop *facilement* à des documens sans *valeur*, et avait publié *légèrement* des renseignemens à lui transmis; on constatait d'ailleurs que sa critique était sortie d'une discussion *sage* et *modérée*, que néanmoins elle avait été *sérieuse* et *sincère*. L'arrêt de la Cour maintient la première partie des considérans du jugement et supprime la seconde; c'est-à-dire que les seconds juges consacrent le blâme et la censure des premiers sans admettre leur correctif.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 24 FÉVRIER 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

LIBERTÉ DE DISCUSSION SCIENTIFIQUE. — CONCLUSION.

Le public médical sait déjà que la lutte judiciaire soutenue au profit de la vraie science vient de se terminer devant la Cour royale. Si ce fait pouvait et devait être apprécié d'une manière absolue, on se bornerait à l'enregistrer, laissant au temps à en montrer la véritable portée. Mais les passions, qui ont rendu cette lutte inévitable, ne pouvaient manquer d'en fausser le résultat et de chercher à l'exploiter à leur profit. Il importe donc d'en rappeler en peu de mots le vrai caractère et d'en faire ressortir les conséquences.

Faisant un instant abstraction des circonstances particulières et des personnes, de quoi s'agissait-il en principe? Du droit de libre critique? On l'a dit et répété sur tous les tons. Admettons un instant que cela fût; qu'il n'y eût pas là un simple prétexte à de mauvaises passions et à des excès blâmables; mais la science, de son côté, n'avait-elle pas aussi à défendre ses libertés. La liberté de la science ne vaut-elle pas la liberté de la critique? La discussion, dégagée de tout intérêt particulier, montrait donc les droits de la critique scientifique aux prises avec les droits de la science. Eh bien! que voulait-on de part et d'autre? La critique voulait pour elle le droit de tout dire contre la science et le savant; elle voulait la faculté illimitée d'attaquer la réalité de l'une et la moralité de l'autre ; elle voulait plus, car ici on peut s'inspirer du caractère général des faits : elle voulait la licence dans la discussion des œuvres et la calomnie dans l'attaque contre l'ouvrier. On n'exagère rien. Les faits sont assez présens pour qu'on puisse poser cette proposition comme incontestable. Que prétendait la science de son côté? Elle laissait toute liberté, toute licence même dans l'attaque contre le théorème, mais elle posait des limites à l'agression contre la personne. Elle permettait d'aller jusqu'au savant, jusqu'à ses intentions, jusqu'à sa moralité même, pourvu que l'attaque fût réellement inspirée par l'intérêt de la science et ne marchât qu'appuyée sur la preuve réelle, sur la preuve établie. Vous avez toute liberté, a-t-elle dit, de censurer, de dénigrer, de livrer à la risée l'œuvre scientifique, même sans motifs, ni preuves; mais vous n'imputerez jamais l'œuvre à mensonge qu'avec la preuve authentique, et surtout quand vous ne mettrez pas ce pouvoir énorme au profit de haines particulières, de positions compromises, de calomnies impuissantes. Voilà à quoi se réduisait de part et d'autre ce grand débat. Jusqu'ici, sans doute, on a fait tant de bruit au nom de la liberté de discussion, que la liberté de la science a pu être un ins-

Feuilleton.

UN CARÊME.

Quatre temps, Vigiles jeûneras
et le carême entièrement;
Vendredi chair ne mangeras
ni le samedi mêmement.

Commandemens de l'église.

Mon cher confrère,

Je viens vous entretenir d'une expérience sur les effets du carême, en d'autres termes du jeûne et du maigre continués quarante jours durant. Cette expérience, je l'ai faite sur moi-même, et j'ai pensé que nos confrères de province y prendraient peut-être intérêt pour leur pratique.

A Paris, le carême passe inaperçu; il n'en est pas de même en province, où la religion s'est conservée plus vivace. On consulte le médecin au commencement de ce temps. Peut-on s'astreindre oui ou non au maigre et au jeûne ou au maigre seul? Les questions varient suivant la santé des gens, plus encore suivant leur ferveur. De bonne foi, n'est-il pas juste de répondre en conscience, aux fervens surtout?

Voici comment j'ai conçu et exécuté cette expérience, qui date de 1839. Nous avons la sanction du temps, comme vous voyez, et de la réflexion, en supposant que nous ayons réfléchi depuis. J'ai jeuné d'un bout à l'autre du carême, les dimanches exceptés, puisque la religion les excepte, c'est-à-dire je ne mangeais qu'à midi (je me levais terme moyen à six heures). Ce repas de midi était mon dîner, composé d'œufs, de poisson, de légumes et de dessert, à l'exception des trois derniers jours de la semaine sainte, où l'on ne mange plus d'œufs. Le soir, de huit à neuf, je faisais une collation consistant en fromage, confitures, compotes ou fruits secs. Je ne profitais pas pour ce repas de la permission de prendre du lait, laquelle n'est accordée que dans certains diocèses. Quant à la quantité de la nourriture, j'ai toujours satisfait mon appétit, ne pouvant faire autrement d'ailleurs, vu les fatigues de notre profession.

Vous devinez que je n'ai point dû manger de pluviers, poules d'eau, macreuses et autres oiseaux aquatiques regardés comme alimens maigres. Par leur rareté, ces mets sont réservés à certaines bouches privilégiées et ne sauraient entrer dans une expérience faite pour le grand nombre. Et puis, quels qu'aient été les motifs de l'église, ces chairs, les plus animalisées de toutes, ne sauraient être, pour nous médecins, des alimens de carême. L'Eglise l'a compris, je suppose, et, sans rétracter ses prescriptions, laisse volontiers tomber celle-là en désuétude.

A ce propos, mon cher confrère, lisez, si vous voulez vous divertir, une controverse sur un oiseau nommé pilet, dans un Traité des alimens de carême,

tant oubliée. Mais, au terme du débat, elle reparaît avec ses prétentions non moins légitimes; et le public verra si c'est à elle que doivent s'adresser les accusations de lèse-liberté, si c'est bien à elle qu'il faut imputer d'avoir voulu porter atteinte aux droits les plus sacrés et les mieux établis.

La question ainsi posée, la science voulait donc qu'on respectât le savant; elle voulait que, sous les plus odieux et les plus faux prétextes, on ne franchît pas le mur sacré de sa conscience, qu'on ne violât pas son for intérieur, en un mot, qu'on ne cherchât point à détruire l'autorité de ses travaux en détruisant sa moralité. Et n'était-ce pas là défendre la véritable liberté du savant? Ne voyons-nous pas tous les jours, dans nos assemblées délibérantes, où les principes sont vivaces et en action, ne voyons-nous pas le sentiment général se révolter à la plus petite attaque contre l'intention des discutans? Vous portez atteinte à la liberté de discussion, s'écrie-t-on de toutes parts. Et n'en devrait-il pas être ainsi à bien plus forte raison dans la science, dans la science, qui n'a pas pour excuse la vivacité des passions en présence et les emportemens de l'improvisation? C'est donc au profit des libertés scientifiques qu'on a voulu mettre une digue aux débordemens de la critique, qu'on a voulu réprimer l'injure et la diffamation. Qu'a-t-on obtenu? S'il fallait en croire les commentateurs officiels et officieux du parti adverse, la liberté de discussion, c'est-à-dire la licence, l'injure, l'outrage et la calomnie, auraient obtenu gain de cause. Il n'en est pas tout à fait ainsi. Voici les faits.

Des trois adversaires, l'un a été convaincu d'injures publiques, d'outrages, de termes de mépris, et il a *été* condamné pour ces trois chefs.

Le second a été condamné pour injures, outrages, termes de mépris et diffamation, et, dit le considérant, comme ayant altéré sciemment les actes scientifiques du requérant.

Le troisième n'a point été condamné matériellement; mais, en première instance comme en Cour royale, sa critique a été sévèrement blâmée pour la forme comme pour le fond. En première instance, le jugement avait déclaré qu'il s'en était rapporté trop *facilement* à des documens sans *valeur*, qu'il avait *légèrement* accueilli et publié les renseignemens à lui transmis, et qu'il était sorti d'une discussion *sage* et *modérée*. La Cour royale a maintenu cette appréciation, elle a fait plus, elle a supprimé les mots de critique *sérieuse* et *sincère*, qui, dans le premier jugement, étaient un correctif au blâme, et elle s'est bornée à dire que la critique de M. Malgaigne, quoique légère, quoique reposant sur des documens sans valeur, quoique sortant de la modération et des bornes d'une critique ordinaire, n'est ni de l'injure, ni de la diffamation. Mais, entendez-le bien, ce n'est plus de la critique sérieuse ni sincère.

Qu'a-t-on dit de ces trois jugemens, car il y en a trois, en tout différens pour chaque personne?

On a dit que le premier, condamné pour injures publiques, outrages, termes de mépris, n'avait pas été condamné pour diffamation. Cela est vrai; mais, où s'arrêtent l'injure, l'outrage, les termes de mépris, et où commence la diffamation? C'est une question, à ce qu'il paraît, fort difficile à résoudre; car, en première instance, le ministère public avait conclu, comme le requérant, à la diffamation; mais le Tribunal et la Cour ont été, sur ce point, d'un avis différent. Qu'importe cette différence aux libertés de la science. Ce qui lui importe, c'est que le savant, sa personne, sa moralité, soient respectés! c'est qu'on ne puisse pas, sous le prétexte d'attaquer ses doctrines et ses méthodes, l'injurier, l'outrager. Par un rapprochement on ne peut plus ingénieux, on a prétendu que c'était là faire le procès à Rabelais et à Paul-Louis Courier! La comparaison est modeste et digne en tout point des précédens. La critique de M. Vidal, condamnée en police correctionnelle, et recondamnée par la Cour royale, c'est pour le fond, a-t-on dit, le droit de libre discussion; et pour la forme, l'esprit de Rabelais, de Courier : le public jugera.

Pour le second, il n'y a point de contestation. C'est de l'injure, de la diffamation, de la calomnie; tout le monde en convient, excepté le délinquant; mais il n'y a rien à dire là-dessus. Seulement que, mieux instruite par cet exemple, la critique scientifique se débarrassera désormais de l'injure grossière, de l'outrage et de la diffamation directe, sous peine d'être punie et flétrie comme telle.

Reste le troisième. Pour celui-là, les adversaires ont eu beau jeu. Il a été renvoyé de la plainte, c'est un fait constant; mais comment a-t-il été renvoyé? C'est ce qu'on se garde bien de dire. Il y a des personnes qui n'y regardent pas de si près. Pour elles, l'acquittement est tout, les considérans ne sont rien. Mais, pour qui n'a ni les mêmes habitudes de légèreté, ni les mêmes motifs de se méprendre sur la portée des choses, on peut et on doit insister, au profit de la science et de la vérité, sur les conséquences les plus claires et les plus élevées du véritable résultat.

M. Malgaigne avait incriminé la bonne foi, la moralité scientifique de son adversaire; il lui avait imputé, en outre, des faits odieux, dans des termes, il est vrai, qui lui ont permis de s'en défendre et de se rétracter, mais dont le sens a été mis au grand jour par des commentateurs plus explicites et moins prudens. M. Guérin, se fondant sur le principe rappelé au commencement de cet article, avait cru, dans l'intérêt des libertés de la science et du savant, pouvoir poursuivre qui, d'une part, avait attaqué sa personne et sa moralité scientifique sans fondement, et, de l'autre, s'était permis des allégations calomnieuses contre sa moralité d'homme. Il importe de bien distinguer ces deux ordres de faits, car soit pour les principes, soit pour les personnes, ils ont conduit à des résultats très différens.

Pour les principes, il demeure malheureusement établi que la moralité du savant n'est plus à l'abri des excès de la critique. Si le jugement et l'arrêt intervenus doivent se généraliser, il sera loisible au premier venu d'attaquer, sous les plus frivoles prétextes et en l'absence de toute preuve, la véracité et la probité du savant; pourvu que l'attaque s'abstienne de formes grossièrement injurieuses et outrageantes, pourvu qu'elle s'enveloppe d'apparences capables de donner le change sur la perfidie de ses intentions. Un critique vous aura imputé d'avoir publié des faits faux, il n'aura pour étayer son accusation ni fait, ni preuve; et en l'absence de faits et de preuves, il se prévandra des bruits de la rue, des on dit; il ira ou n'ira pas au domicile des malades; il dira les avoir vus sans s'être donné la peine de les chercher; il feindra de s'en rapporter aux plus vaines apparences, à des pancartes; en un mot, aux preuves qu'il n'a pas, il substituera des subterfuges et des prétextes : n'importe, il ne vous aura pas dit brutalement : vous avez menti, vous avez publié des faits faux, vous avez trompé la science et le public, mais il l'aura dit de vingt manières, et ma'gré ses restrictions et réticences, il l'aura dit de façon à être compris de tout le monde : n'importe, dis-je, cet homme échappera à la loi, parce que la loi veut, à ce qu'il paraît, des imputations précises et nettement articulées, et surtout des imputations accompagnées de formes injurieuses et outrageantes. C'est du moins ce qu'il est permis d'inférer en

---

par Nicolas Andry, conseiller, lecteur et professeur royal, etc., Paris, 1713, deux volumes in-12. Vous y verrez comme quoi les révérends pères bénédictins du Tréport furent dénoncés à leur évêque, l'archevêque de Rouen, au sujet du pilet, dont ils croyaient pouvoir user avec conscience. Sur ce, interdiction du pilet de par l'évêque; réclamation des pères bénédictins; puis réunion d'un certain nombre de médecins, ce qu'on appellerait aujourd'hui une commission. « On y apporta plusieurs pilets. On en mit un à la broche; on en fit cuire un dans une casserole à sec, un troisième fut disséqué. On examina avec toute l'attention possible la nature de ces animaux par rapport à leur habitation, à leur nourriture, à leur graisse, à leur sang, etc. » T. 2, p. 471. On trouva que la graisse est une huile véritable, ainsi qu'il est dit quelques pages plus haut. On ne dit pas si la docte assemblée daigna goûter du pilet. Bref, on conclut que le pilet est *poisson* et doit être mis au rang des alimens maigres.

Une seule fois pendant le carême j'ai rompu le jeûne, le 21 mars, dix jours avant Pâques. J'avais passé la nuit auprès d'une femme en travail, à une demi-lieue de la ville, où il me fallait revenir à pied, et j'avais en perspective une matinée très fatigante. Un saint n'aurait pu faire autrement, et je vous laisse libre d'ailleurs de faire en conséquence telle correction que vous jugerez convenable aux résultats de l'expérience.

Tous les dix jours, je me pesais pour constater la diminution ou l'accroissement de mon embonpoint. J'ai pris toutes les précautions possibles pour rendre ces pesées à peu près exactes. Elles avaient lieu à la même heure, avec les mêmes vêtemens, et je notais le plus ou le moins d'humidité du temps, puisqu'il en résulte une différence assez notable de poids pour la personne et pour les vêtemens. Et même, comme la première fois, je m'étais pesé par mégarde avec une clef dans ma poche, plus une loupe montée sur cuivre, j'ai eu soin de porter fidèlement, chaque jour de pesée, ma loupe et ma clef. Il eût été plus simple de les peser et d'en déduire le poids du premier résultat : n'importe, j'ai fait ainsi pour des petites raisons de convenance.

Comme il ne peut être question ici de rigueur mathématique, n'attendez pas que je vous donne ces variations atmosphériques, qui n'ont point influencé sensiblement des résultats généralement bien tranchés; mais j'en ai la note et la déposerai au besoin chez un notaire, pour l'édification des rigoristes. Je vous fais grâce aussi des précautions que j'ai prises pour vérifier l'état des autres fonctions. Souvenez-vous seulement de celle-là, et veuillez croire qu'on a opéré dans les règles.

Aux mêmes époques, tous les dix jours, je constatais l'état de ma force au moyen d'une romaine. J'avais deux cordes passées, l'une dans l'anneau de suspension de la romaine, l'autre dans le crochet; je saisissais chacune d'une main, et j'exerçais des tractions en sens opposé. Autre procédé : je faisais, de l'une des cordes, un étrier, dans lequel je passais mon pied droit, et je tirais sur l'autre avec ma main droite. Ce double essai n'était pas inutile, et l'on verra que les résultats obtenus par l'un et par l'autre n'étaient pas toujours d'accord.

Je notais journellement ce qui a trait à l'appétit, aux digestions, aux évacuations alvines et urinaires, aux fonctions génitales, au sommeil, à l'état général de bien-être ou de malaise, soit physique, soit moral.

Cette énumération, mon cher confrère, va sans doute vous suggérer une difficulté. Bon Dieu! me direz-vous, quel est l'homme qui sache où il en est sur tous

thèse générale du jugement et de l'arrêt intervenus. La nouveauté des conséquences peut bien en avoir masqué la gravité ; mais cette gravité est telle que nous venons de la dire, et nous défions qui que ce soit de la contester avec quelque apparence de raison.

Quant aux personnes, l'importance et la gravité du résultat ne sont pas les mêmes. On avait prétendu prouver la fausseté d'un document scientifique, et par conséquent le manque de véracité du savant. Cette accusation, répétée par tous les échos de la calomnie, a été forcée de produire ses preuves. On l'en a mise au défi. Elle n'en a produit aucune parce qu'elle n'en avait pas. On sait maintenant ce qu'elle a allégué comme telles, et les deux ordres de juges saisis de cette affaire en ont donné une formule qui dispense de revenir aux faits de détail. Les documens sans *valeur* auxquels on s'en est trop *facilement* rapporté, les renseignemens qu'on a *légèrement* accueillis et publiés, la critique qui est sortie d'une discussion *sage* et *modérée*, la critique *légère*, etc., disent tout ce qu'il faut penser au fond du système de preuves appelé au secours des attaques dirigées contre la statistique orthopédique. On a encore allégué, comme preuve de la fausseté des faits annoncés, leur nouveauté, leur rareté et leur importance. On fait volontiers grace de cette espèce d'objections à ceux qui l'ont tant mise en crédit. C'est une formule d'appréciation dont ils n'auront que trop à subir les conséquences. Le temps n'est pas loin où ce prétexte à une accusation odieuse aura un tout autre caractère à l'égard de celui contre qui on l'a si malignement exploité, et à l'égard de ceux qui l'ont si imprudemment produit.

On n'a que peu de mots à ajouter sur l'imputation dirigée contre la moralité du médecin. On peut répéter cette imputation sans préoccupation aucune pour celui qui en a été l'objet. M. Malgaigne avait insidieusement accusé M. Guérin de lever des contributions sur les malades de son service. Cette accusation, exprimée en termes assez clairs pour avoir été reproduite et commentée de la manière la plus explicite par M. Henroz, et pour avoir été maintenue avec le même caractère par le ministère public, en appel comme en première instance, a été désavouée par M. Malgaigne (1). Il a écrit et il a répété devant la Cour qu'il n'avait jamais eu cette abominable pensée, ce sont ses expressions. La cour a accepté sa déclaration; mais le ministère public pas plus que M. Guérin n'ont trouvé cela suffisant. En effet, tout mauvais cas est niable, et s'il suffisait, après avoir calomnié, de désavouer la calomnie, ce serait une chose trop commode. Il faut ajouter cependant qu'on a fait valoir le caractère honorable du calomnié, trop élevé, a-t-on dit, pour être soupçonné d'un aussi indigne trafic. Mais cette considération n'aurait-elle pas été plus légitimement invoquée comme motif d'aggravation du délit que comme excuse.

Tel est donc le résultat de cette longue lutte, qui a diversement préoccupé les esprits. Qu'a-t-elle produit en définitive? Elle a mis au grand jour un système d'injures, d'outrages, d'attaques personnelles, de diffamation, qu'on a voulu faire passer pour de la critique scientifique, mais qui prendra désormais au moins d'autres formes, d'autres allures: c'est déjà quelque chose. La science gagnera à être purgée d'un langage et de violences qui la déshonoraient. Quant au fond, quant au système en lui-même, il n'a pas été complètement vaincu. Il n'a été que blâmé, censuré, il n'a été atteint que moralement. Mais il a touché de si près à la condamnation, qu'il sera sans doute plus prudent et plus réservé à à l'avenir; la leçon n'aura pas été tout à fait inutile : on a lieu d'espérer que ses attaques seront désormais assez cachées pour qu'on puisse se dispenser de les relever et de les poursuivre.

(1) M. Malgaigne, sous le prétexte de critiquer un point de doctrine relatif à la ténotomie, vient de reproduire dans son journal une des observations où il avait insinué son allégation, et il l'a reproduite avec l'un des passages où cette allégation a été incriminée deux fois par le ministère public. C'est là un acte qu'on livre à l'appréciation des honnêtes gens. Quand après avoir calomnié un confrère, sous le bénéfice de l'insinuation, on n'a pas craint de venir se rétracter et demander grâce devant des juges prêts à vous punir, on devrait au moins s'abstenir par pudeur pour l'opinion.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LE MÉCANISME DE LA VOIX DE FAUSSET; par M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et par M. DIDAY.

1. L'histoire physiologique et musicale de la voix de fausset, laissée jusqu'ici en dehors de nos traités classiques, est restée comme un défi porté aux investigations de la science, une lacune à combler dans son domaine. Composée de deux séries de faits, elle devait puiser à deux sources de preuves propres à se contrôler et à se compléter l'une par l'autre; et la dualité de ces élémens complexes, qui double les difficultés du problème, vient doubler aussi l'intérêt qui s'attache à son étude, pour les savans comme pour les artistes.

Si le mécanisme de la voix a été longtemps un mystère, si les principales lois qui y président sont encore à dévoiler, c'est, osons le dire, que jamais peut-être on n'a apporté à l'examen d'une question plus difficile; une méthode plus défectueuse. Tandis que, pour toute autre fonction de l'organisme, on voit les physiologistes, attentifs aux moindres détails, suivre la nature d'un œil scrutateur et demander à l'analyse des faits le secret des règles qu'elle s'impose, cette marche si logique est mise en oubli, dès qu'il s'agit des phénomènes vocaux. Non seulement les différences particulières, mais aussi les deux grandes divisions de la voix chantée (*fausset, voix de poitrine*) sont comprises et confondues dans une seule et même hypothèse; les traités classiques les plus estimés en sont là. — Les conséquences de ce système étaient forcées : ne connaissant, n'ayant cherché à connaître qu'une seule partie de l'objet, était-il possible d'en créer une théorie complète et rationnelle?

2. Pénétrés de ces principes, nous cherchâmes déjà, il y a trois ans, à apporter dans l'étude de la phonation une méthode plus large et mieux raisonnée, en traçant l'histoire physiologique et musicale de la *voix sombrée* (Voy. GAZ. MÉD., 1840, n. 20). Ce sujet, entièrement neuf et inexploré avant nos recherches (1), introduisait un élément de plus dans le

(1) C'est le jugement même de l'Académie des sciences que nous reproduisons ici. (Voy. Comptes-rendus de l'Institut, séance du 12 avril 1841, et GAZ. MÉD., 1841, p. 270.) La question de priorité n'ayant pas été présentée de même dans certaines réclamations élevées à cette époque, il importait de rétablir le

---

ces points? On boit, on mange, on dort. Mais, si l'on demandait à chacun dans quelle mesure ou de quelle façon, nous serions fort embarrassés pour répondre le lendemain, ou à coup sûr le surlendemain. Que serait-ce s'il était question de la huitaine, du mois courant, de l'état habituel? Et si l'on ignore l'état habituel, à quoi bon noter l'effet d'une nourriture exceptionnelle pendant un temps donné?

J'y ai songé, et, en homme dévoué, tout en prenant ma part des joies du carnaval, un mois à l'avance, du 13 janvier au 13 février, j'ai noté l'état de toutes mes fonctions.

J'ai fait plus; le carême passé, j'ai continué mes observations pendant le mois suivant, pour me donner un second point de comparaison, et pour constater, d'autre part, si l'usage du gras à Pâques, après le jeûne et l'abstinence du carême, ne donne pas lieu à quelque incommodité, à un accroissement subit dans la nutrition, enfin, à un bouleversement quelconque. Vous comprenez que c'était aussi un point essentiel.

Or, voici le tableau de mes pesées, qui commencent au 17 janvier. Il en manque une, celle du 26 janvier, que j'ai oublié de noter. J'y ai joint en regard le tableau qui constate l'état de ma force, d'après la romaine, dans lequel vous remarquerez une autre lacune, à la date du 17 janvier. Ces deux omissions se rapportent aux premiers jours du temps d'observation antérieur au carême. Quoi qu'il en soit, mon poids moyen, la seule chose que j'eusse besoin de connaitre, était bien alors de 60 à 80 kilog. 1/2, comme l'indiquent les pesées du 17 janvier et du 12 février. Quant à ma force moyenne, elle est peut-être un peu au-dessus de ce que donnent les essais du 26 janvier et du 12 février; je regrette par conséquent d'avoir omis celui du 17 janvier. Si l'on visait à une appréciation rigoureuse, il y aurait aussi une correction en plus à faire aux premiers résultats, mes forces agissant de plus en plus favorablement à mesure que j'apprenais à me servir de la romaine, tandis qu'au commencement il y avait tout à la fois maladresse et souffrance : la corde me faisait mal aux doigts.

PESÉES.		FORCE.	
Dates.	Poids.	Traction avec les 2 mains.	Traction avec la main droite sur le pied droit.
17 janvier 1839.............	60 kilog.		
26 —		18 kilog. (1)	40 kilog.
12 février (veille du carême)..	60 1/2	20-21	40-41
23 —	80 1/2	20-22	40 et au-delà.
5 mars..................	60 1/4	20	40 et au-delà.
15 —	60 3/4	23	41
25 —	60	24	44
31 mars (Pâques)............	60 1/2	20	42
10 avril..................	60 1/2	19	44
21 —	60 3/4	20	43-44
1er mai..................	60 3/4	18	48

(1) Cette fois seulement j'ai fait l'essai de ma force après dîner; toutes les autres fois le matin, à jeun. C'est aussi à jeun que je me pesais.

problème; et peut-être jugera-t-on qu'il n'a pas été sans fruit de l'avoir approfondi, au point de vue de la science et de l'art. Poursuivant aujourd'hui dans le même ordre de recherches, nous nous proposons d'exposer ici le mécanisme de la voix de fausset. Tel est l'objet de ce travail; indépendamment de l'intérêt que soulève son titre, nous pouvons dire que l'attrait même de la nouveauté ne lui manquera point. Rien de plus connu que le nom de fausset; rien de moins connu que sa signification précise. D'un côté, en effet, les artistes ne s'entendent ni sur les espèces, ni sur les limites de ce registre; de l'autre, malgré quelques travaux pleins d'intérêt, on doit convenir que, sur ce point, la science compte encore plus de lacunes que de véritables richesses.

C'est à peine si les traités classiques font mention du fausset. La raison en est simple: chaque théorie de la phonation n'ayant été créée qu'en vue de la voix de poitrine, on comprend qu'il échappait nécessairement à leur formule. Pour deux ordres de phénomènes aussi tranchés, il fallait deux hypothèses distinctes. Or, on ne trouverait à citer qu'un bien petit nombre d'auteurs qui se soient préoccupés du besoin de cette double solution; et, quant à ceux-là mêmes, nous nous réservons de montrer que leurs efforts, quoique mieux dirigés, n'ont pu suffire à les conduire au but. L'analyse critique de leurs opinions doit former la première partie de ce mémoire. Dans la seconde, nous développerons la théorie que nous ont suggérée l'expérimentation directe et l'observation des phénomènes du chant comparés dans les deux registres.

3. Il importe, avant tout, de préciser ce qu'on doit entendre par la dénomination de *fausset;* car ce mot est loin d'avoir partout, même pour les artistes, une même acception musicale. Nous ne réveillerons pas, au sujet de son orthographe, une discussion soulevée, il y a quelques années, au sujet d'une hypothèse qui eut alors quelque faveur (*faucet,* qu'on dérivait de *fauces*, arrière-gorge). La réforme philologique trouvera naturellement sa réponse en même temps que l'explication doot elle s'accréditait; et il n'y a pas lieu pour le moment à une réfutation spéciale. Pour bien définir le fausset et mettre à même de le différencier nettement d'avec les autres espèces de voix, nous nous bornerons ici à énoncer les propositions suivantes.

La voix chantée comprend deux espèces différentes: la VOIX DE POITRINE et le FAUSSET.

La VOIX DE POITRINE se distingue en *voix blanche* et *voix sombrée*.

Le FAUSSET a aussi été appelé *voix de tête*. D'autres font, au contraire, du fausset et de la voix de tête deux registres distincts, et admettent ainsi trois espèces de voix. Cette division n'est point fondée: d'une part, le nom de voix de tête est tout à fait impropre; il implique sur le mode de formation une idée anti-rationnelle: de l'autre, l'observation apprend qu'il n'y a pas d'espèce de voix à laquelle on puisse légitimement l'appliquer; que tout ce qui n'est pas son de poitrine est fausset; que cette dénomination, en un mot, n'a de valeur ni musicalement, ni physiologiquement parlant.

On a voulu admettre en outre une *voix mixte*, qui formerait genre à part, tout en participant, par sa nature, des caractères de l'un et de l'autre registre. Notre opinion à cet égard est formelle. D'accord avec Bennati (V. RECHERCHES SUR LE MÉCANISME DE LA VOIX HUMAINE, 1832, p. 24 et 152) et plusieurs artistes éminens, nous en nions positivement l'existence. Cette prétendue voix mixte ne consiste qu'en sons élevés de *voix blanche* donnés avec beaucoup de douceur, on en notes graves de fausset renforcées avec art. — Ces réflexions, du reste, ne sauraient être applicables au *somber mixte*, espèce toute différente et bien réelle, sur le mécanisme et l'emploi de laquelle notre premier travail (Voy. mém. cité, n. 22) contient quelques préceptes spéciaux.

fait historique; et nous ne pouvons que remercier leurs auteurs de nous avoir fourni l'occasion de rappeler un suffrage si honorable et si décisif en notre faveur.

§ I. — HISTOIRE CRITIQUE DES DIVERSES THÉORIES DU FAUSSET.

4. L'histoire scientifique du fausset appartient presque tout entière à l'époque contemporaine. Jusqu'ici elle se réduisait à quelques remarques empiriques sur les modifications extérieures qui accompagnent son émission. Le besoin d'investigation qui travaille notre siècle a donné naissance à quelques recherches sur ce point; et, l'étude physiologique du chant ayant de plus en plus vivement préoccupé l'attention publique dans ces dernières années, on a vu pour la première fois surgir des hypothèses spécialement destinées à expliquer le mécanisme du fausset. Les travaux en ce genre se sont multipliés; et la question gagnant, du moins en publicité, au milieu de ce conflit d'opinions rivales, est devenue pendant un temps en quelque sorte à la mode.

Toutefois, pour lui donner une solution décisive, il ne suffisait, ni d'être un musicien expert, ni d'être initié à la connaissance des lois de l'organisme. Étudier le fausset chez les grands chanteurs, et pouvoir l'étudier aussi sur soi-même, posséder la faculté d'en reproduire les divers phénomènes, savoir distinguer à première audition les différens registres de la voix, connaître exactement l'anatomie de l'appareil vocal et le jeu réciproque de ses diverses pièces: telles sont les conditions nombreuses et indispensables que tout écrivain aurait dû, ce nous semble, chercher à réunir avant de hasarder une théorie. En a-t-il été ainsi? Ces règles de logique vulgaire ont-elles été observées?... La suite de ce travail, en nous épargnant l'embarras d'une réponse catégorique, montrera dans quelle limite chaque auteur a su satisfaire aux exigences du sujet, et jusqu'à quel point il lui a été donné d'approcher de la vérité.

THÉORIE DE M. GEOFFROY-ST-HILAIRE. — 5. On sait à quel degré les sons du fausset rappellent ceux de la flûte; aussi doit-on s'étonner que les physiologistes n'aient pas été plus tôt frappés de cette analogie. L'un d'eux cependant en a fait la base d'une explication spéciale. Mais, indiquée plutôt qu'établie, cette théorie a été présentée par son auteur avec si peu de développemens que l'on pourrait presque passer outre, si l'autorité d'un grand nom et une certaine apparence de vérité ne commandaient de s'y arrêter quelques instans. M. Geoffroy-St-Hilaire n'a consacré à la voix de fausset que quelques lignes éparses; le vague et la brièveté de ces passages en rendant l'analyse impossible, nous citerons ses propres paroles: « Nous croyons que la voix humaine peut être formée sous la même condition que le son qui est produit dans les tuyaux sonores non compliqués de corps vibrans, c'est-à-dire qu'elle peut passer, à la volonté de l'individu, de la condition d'instrument à cordes à celle d'instrument à vent.... Il n'est pas étonnant que l'air arrivant, déjà condensé, des poumons, et se tronvant de nouveau modifié quand il est engagé dans l'étroit passage fonrni par l'écartement des arythéooïdes, vienne se *polariser*, en allant an-delà se briser sur la tranche des lames qui saillent au-

Ce tableau parle de lui-même, et malheureusement pour l'expérimentateur il ne dit pas grand'chose. Dix jours de maigre et d'abstinence me laissent avec le même poids exactement qu'à la veille du carême. Dix autres jours se passent, j'ai perdu un quart de kilogramme, soit une demi-livre. Encore dix jours, j'ai regagné et au-delà ce que j'avais perdu: je pèse 60 kilog. 3/4, plus que je n'ai jamais pesé dans les deux mois écoulés du 17 janvier au 15 mars et autant qu'à Pâques. Puis je retombe à 60, comme au 17 janvier, pour me retrouver ensuite six jours après, à Pâques, le 31 mars, exactement au même point qu'au commencement du carême. J'y reste dix jours, puis j'engraisse les vingt jours suivans. C'est à s'y perdre; et après cela expérimentez!

De même pour ce qui regarde la force musculaire. Suivez la première colonne, celle qui indique le résultat de la traction des deux mains en sens opposé. Après dix jours de carême, j'ai gagné quelque peu, au lieu de 20 à 21, je vais de 20 à 22, puis je retombe à 20. Ensuite, je gagne pendant vingt jours, j'arrive à 23, à 24; au bout du carême, je retombe à 20. Dix jours après Pâques, j'ai encore perdu, je suis à 19. En dix jours, je viens à 20. Enfin au bout de dix autres jours, au 1er mai, je ne vais plus qu'à 18, au point de départ; en d'autres termes, je me retrouve ce que j'étais au 26 janvier.

Les résultats de la deuxième colonne, celle qui se rapporte à la traction de la main droite et du pied droit en sens opposé, suivent d'abord à peu près la même progression. Je reste presque au même point pendant les deux premières dizaines de carême; je me relève un peu à la troisième, beaucoup à la quatrième (44). Puis les résultats diffèrent de ceux de la première colonne. Je me retrouve à Pâques à 42, sensiblement au-delà du point de départ (40-41). Je regagne quelque chose pendant les vingt premiers jours du mois suivant et reviens à 43, 44, comme dix jours avant Pâques. Enfin, je gagne surtout énormément à la fin d'avril et j'arrive à 48. Et cela, tandis que pour la traction des mains je suis descendu beaucoup au-dessous du point de départ, à 18! y comprenez-vous quelque chose?

Je ne pousse pas plus loin cette analyse stérile et je n'établis pas la comparaison entre les forces et les pesées; seulement on verra d'un coup d'œil que la force n'a pas toujours suivi l'embonpoint, ce qui n'a rien de surprenant. J'ajoute que, dans l'ensemble, on entrevoit que le retour au gras m'a fait quelque bien.

L'appétit n'a pas été chez moi notablement influencé par le carême. En relisant mes notes de cette époque, j'y vois avec une sorte de satisfaction que s'il m'arrivait de manquer d'appétit une fois ou deux, c'est-à-dire à un repas ou deux en dix jours, c'était beaucoup; encore cela a-t-il eu lieu en carême plus rarement que dans le mois précédent, où je dînais fréquemment en ville, et surtout pendant le mois suivant, par des raisons différentes. Après quarante-six jours de maigre, d'une part, j'avais un grand dégoût pour les fruits secs et autres mets de collation, qui, dans ma vie, revenaient nécessairement à certains jours; d'autre part, les alimens gras, quoique j'en usasse avec modération, me nourrissaient vraisemblablement davantage; et j'arrivai après cinq jours à un état de satiété et d'inappétence, qui se prolongea, sauf quelques intervalles, pendant dix ou douze jours. Ensuite, cela se passa pour ne plus revenir. Je ne répondrais pas, vu la coïncidence du printemps qui commençait, qu'il fallût mettre cet état sur le compte des alimens gras; seulement je n'ai pas trouvé

devant de la glotte..... L'air ne frappe plus que contre de l'air; il fait lui-même, et à son égard, fonction de corps sonore. » (PHILOSOPHIE ANATOMIQUE, 1818, p. 341, 342, etc.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire n'étaie son opinion d'aucune expérience; on cherche vainement une preuve, un raisonnement à l'appui de ses assertions; ce n'est qu'une idée *à priori* qu'il faut, pour ainsi dire, deviner au milieu de ces pages qu'embarrassent encore les hypothèses favorites de l'auteur sur la *polarisation* de l'air.

Il fallait expliquer comment le larynx humain se place dans les conditions d'un instrument à vent. M. Geoffroy-Saint-Hilaire suppose que, durant le fausset, la glotte se ferme dans sa partie antérieure et que l'air ne passe plus qu'en arrière, entre les cartilages arythénoïdes, de sorte que les bords glottiques se trouvent alors constitués à l'état de lèvres rigides, semblables au contour de l'ouverture de la flûte. Mais d'abord en refusant à ces cartilages la propriété physique d'entrer en vibration, l'auteur se montre en contradiction flagrante avec lui-même, comme on en jugera par ce passage du même chapitre : « Les arythénoïdes en particulier concourent à la formation de la voix, en tant qu'ils favorisent la polarisation de l'air *sous le régime du système vibratil.* » (*Ibid.*, p. 340.)

6. Il y a plus : l'écartement des arythénoïdes, invoqué par l'auteur pour réaliser dans l'organe vocal les conditions de l'embouchure de la flûte, n'existe point durant la formation des sons; c'est là une hypothèse, et une hypothèse, nous regrettons d'avoir à le dire, en opposition absolue avec les résultats de l'observation directe. L'expérimentation sur les animaux vivans lui donne un démenti formel. Nous avons mis la glotte à découvert sur des chiens, et, suivant ses mouvemens dans tous les cris poussés par l'animal, nous avons constamment vu qu'elle ne reste ouverte pendant la phonation qu'à sa partie antérieure, et le même état persévère quelles que soient la nature et l'élévation des sons. Appelons encore, à notre appui, l'avis d'un homme dont le nom fait autorité en pareille matière; M. Magendie affirme, d'après ses vivisections multipliées, que « les cartilages arythénoïdes, pendant la phonation, sont exactement appliqués l'un contre l'autre et ne laissent pas passer l'air expiré. » (PRÉCIS ÉLÉM. DE PHYSIOL., 1833, t. I, p. 301, note.)

Il était difficile qu'une théorie pût tenir contre le langage si formel de faits contradictoires. Aussi, à peine occupe-t-elle aujourd'hui une place dans l'histoire de la science.

Nous remarquerons cependant qu'elle renfermait un germe fécond de vérité, et la comparaison qu'elle établit entre la voix de fausset et les sons flûtés recèle une idée susceptible d'être utilisée avec avantage dans l'étude qui nous occupe.

THÉORIE DE BENNATI. — 7. La théorie de Bennati est sans contredit celle qui, de nos jours, a conservé le plus de faveur. Versé dans la connaissance de la musique vocale et livré à l'étude pratique des maladies de l'appareil laryngien, l'auteur se trouvait dans les conditions les plus favorables pour observer sur les grands chanteurs et sur lui-même le jeu des organes pendant la phonation. On ne saurait donc s'étonner ni du succès ni de la prompte vulgarisation des idées publiées sous le patronage de son nom. Le physiologiste cependant éprouve quelque embarras à les exposer; car ce n'est pas une des particularités les moins curieuses de l'histoire de cette doctrine, que le nom de Bennati sous lequel on la connaît ne mérite pas réellement de lui être conservé; nous dirons plus : Bennati n'a point donné de théorie dn fausset. Au milieu des observations si variées dont sa position lui fournissait l'occasion, Bennati avait été frappé des modifications remarquables que présente l'arrière-bouche dans ce mode de chant. Voir ces phénomènes et les invoquer comme cause productrice, ne fut sans doute pour lui qu'une seule et même pensée. Mais il y avait en lui et l'artiste et le savant; et si l'on se fût peut-être laissé entraîner aux inductions trompeuses d'une pure coïncidence, l'autre ne pouvait oublier l'office important de la glotte et la dépouiller de son rôle d'organe phonateur. Aussi n'a-t-il, à vrai dire, avancé que de simples observations sur les mouvemens de l'isthme guttural dans le fausset; mais jamais, quoiqu'on ait dit, quoiqu'on enseigne partout le contraire, il ne l'a assigné comme le lieu où se forme cette espèce de voix. Sa réserve et le vague où il se renferme expliquent sans doute jusqu'à un certain point la méprise de ses partisans. Mais on peut juger par la citation suivante des idées qu'il professait lui-même sur le rôle de l'arrière-bouche : « La production des sons aigus, dit-il, n'est pas due à la contraction des muscles du voile du palais; car j'admets que la formation des sons, en général, s'effectue dans le larynx; mais seulement le renforcement ou la modulation des notes du fausset on sur-laryngiennes est dû particulièrement à la contraction des muscles du voile du palais. » (Ouvrage cité, p. 65.)

Il ne s'agit donc évidemment que du *renforcement* ou de la *modulation* des notes, et non de leur *formation*; ces observations n'ayant pas trait au mécanisme même du fausset, ne méritent donc point, à proprement parler, le titre de théorie. Reconnaissons, du reste, que si l'on doit cesser d'attribuer à Bennati l'hypothèse qui porte son nom, la mémoire de ce médecin ne saurait y perdre beaucoup.

THÉORIE DE M. COLOMBAT. — 8. Bennati n'est point l'auteur de l'explication qu'à tort on lui attribue: il l'entrevit sans doute; mais il avait sagement reculé devant les contradictions qu'elle renferme. Les formes embarrassées de ses conclusions témoignent assez et de ses premières tendances et de ses hésitations. Mais les scrupules qui l'avaient retenu n'arrêtèrent pas tous ses successeurs. Ce que l'inventeur n'avait point osé, d'autres le tentèrent, et bientôt M. Colombat vint reprendre les idées de Bennati, mais en assignant le rôle d'agent *producteur* aux organes que ce médecin avait seulement regardés comme servant à la *modulation*. M. Colombat enseigne positivement « que sa théorie diffère de celle de Bennati en ce qu'il dit, lui, que la glotte n'est pour rien dans la formation des sons du fausset, et qu'ils sont produits par une autre espèce de glotte supérieure, formée par l'élévation du larynx et la contraction des muscles du pharynx, du voile du palais, de la base de la langue, etc. » (TRAITÉ MÉDICO-CHIRUR. DES MALADIES DES ORGANES DE LA VOIX, 1834, p. 85.) Il est impossible, on l'avouera, d'être plus explicite; or, voyous sur quelles preuves s'appuie cette théorie si affirmativement formulée, et comment elle résout les difficultés du problème.

Et d'abord, une première erreur, source de toutes les autres, consiste dans l'idée évidemment fausse que l'auteur se forme des limites du fausset et de la position de ce registre dans l'échelle vocale. Ce mode de phonation, d'après lui, ne commencerait en bas qu'*après la dernière note du premier registre*, qu'après que la voix de poitrine (voix laryngienne) *a épuisé toutes ses notes et produit son plus haut diapason*. (P. 76 et 77.) Or, on sait parfaitement aujourd'hui que telle n'est pas la limite inférieure du fausset, et qu'il fournit une partie de ses notes bien au-dessous de ce point. Voici maintenant comment s'explique la méprise de l'auteur.

---

d'autre cause appréciable. En tout cas, c'est le seul inconvénient que j'aurais éprouvé par suite du retour au gras.

Je n'ai pas remarqué que ma digestion fût ni plus ni moins facile, ni plus ni moins pénible pendant le carême : je suppose, d'après mes observations habituelles, qu'elle était plus prompte, je ne l'ai pas noté. Les rares et légères souffrances d'estomac que j'ai notées se rencontrent indifféremment pendant le carême ou dans le mois suivant. Le mois qui avait précédé fait nécessairement exception à cause des dîners en ville, que chacun supporte, quand ils se répètent, beaucoup moins facilement qu'un carême, et c'est ce qui m'arriva. Vous allez croire non sans scandale que je faisais métier de dîner en ville. Pensez par compensation à mon carême. Au reste, nous autres médecins, notre réputation est faite, et je n'ai rien à perdre.

Le maigre échauffe, dit-on, on entend par là qu'il constipe, à plus forte raison le jeûne joint au maigre. C'est aussi ce que j'ai éprouvé, et voici dans quelle proportion. Du 13 janvier au 13 février, mois qui a précédé le carême, il ne s'est passé que trois jours sans que j'allasse à la selle; il n'y en a eu que deux du 31 mars au 1er mai, mois qui a suivi la Pâque; dans les quarante-six jours du carême il y en a eu neuf, jamais deux de suite. Cela n'a rien d'effrayant pour la santé et je n'en souffrais pas. Je dois dire qu'à ma connaissance la constipation est beaucoup plus opiniâtre, et par conséquent beaucoup plus incommode chez un grand nombre de personnes. Pour moi l'exercice en plein air, inséparable de notre profession, tempérait sans doute l'influence du régime.

La disposition inverse, la diarrhée, n'a eu lieu chez moi qu'à deux reprises, un jour chaque fois, dans le mois qui a précédé le carême; qu'un seul jour dans le mois après Pâques et point du tout en carême. Un jour seulement il y a eu deux selles naturelles, ce qui est rare pour moi. Je note aussi en carême quelques coliques passagères par l'usage des pruneaux, même des meilleurs, quand j'en mangeais en certaine quantité ou à plusieurs repas.

Le sommeil, généralement bon chez moi, l'a été moins en carême. J'ai noté sommeil agité ou interrompu neuf fois dans le mois qui a précédé le carême, neuf dans celui qui l'a suivi et dix-neuf fois en carême. Bien des causes autres que la nourriture influent sur le sommeil. Mais les influences de ce genre ont été rares pour moi en carême, où j'ai mené une vie paisible, et très multipliées au contraire dans le mois précédent, comme chacun peut s'en rendre compte, à cause des dîners et des soirées. De sorte qu'en conclusion l'alimentation m'a paru être pour quelque chose dans ce résultat. C'est du reste la seule chose qui pourrait me faire croire à une digestion moins facile.

Le sommeil est sujet, comme chacun sait, à d'étranges aberrations, principalement chez l'homme qui vit dans la continence, et j'y vivais. C'est là que j'ai cherché la mesure de la vertu aphrodisiaque attribuée au poisson. Pour ces sortes d'observations, mes notes me donnent le chiffre 5 pendant les trente jours qui ont précédé le carême, 5 pendant les trente jours qui l'ont suivi, 6 pendant les quarante-six jours du carême. De sorte que, sous ce rapport, je me suis plutôt trouvé en carême au-dessous de ce que je regarde pour moi comme l'état normal, quoique je mangeasse beaucoup de poisson de mer et de rivière. De sorte aussi qu'à juger par cette expérience personnelle la puissance prolifique octroyée par Hérodote et par d'autres historiens, puis par les médecins, aux peuples icthyophages, me semble très problématique.

Si l'on examine l'arrière-honche d'nn chantenr pendant qu'il exécute une gamme ascendante commencée en voix de poitrine et continnée en fausset, on observe que la luette s'élève ; le voile dn palais se porte en haut et en arrière, ses piliers se rapprochent ; la hase de la langue est refoulée vers la partie supérieure ; il se passe en un mot une série de mouvemens dont la résultante abontit an resserrement de l'isthme guttural. Ce rétrécissement augmente à mesure qne le ton s'élève ; mais ce qu'il y a ici de capital, c'est qn'il ne change ni de nature ni d'étendue par la substitution dn fausset à la voix de poitrine. Il est tonjours proportionnel à la seule acuité des sons, et reste indépendant de l'espèce dn registre.

9. Saisissez-vous maintenant comment la première errenr de M. Colombat l'a conduit à une seconde. Ne considérant comme notes de fausset que les sons aigus de la voix, il devait les voir accompagnés d'nne constriction extrême de l'arrière-bouche ; et de là, à placer dans cet orifice le siége dn fausset, il n'y avait qn'un pas. Mais il n'en est plus ainsi lorsqn'on restitue au fausset ses véritables limites ; et M. Colombat eût été le premier à déserter sa doctrine, si ses expériences avaient porté snr les notes basses de ce registre. Il eût vu, comme nous l'avous constaté cent fois, et comme chacun est à même de le répéter sur soi, que l'isthme dn gosier se rétrécit alors beancoup moins qne dans la partie la plus hante de la voix de poitrine ; et à coup sûr il eût conclu avec nous que l'élévation senle dn ton commande ce resserrement, et que, s'il paraît plus marqué dans le fausset, c'est parce qu'en général le fausset sert à attaquer les notes les plus aignës de la voix.

La théorie de M. Colombat est donc spécieuse, mais elle n'est qne spéciense. Si les monvemens pharyngiens sont réels, ils ont une autre cause et une autre explication, et tont dépose contre le rôle exclusif qu'il leur attribue. Il n'y a vraiment qu'à choisir au milieu des nombrenx argumens qne fournit l'observation directe.

10. Un ulcère du voile du palais on de la luette altère sans doute le timbre de la voix, mais il n'empêche pas les deux registres de se prodnire avec leur caractère distinctif. Certes il n'en serait pas ainsi si le fausset résultait des vibrations de l'isthme pharyngien ! Comment concilier avec la théorie de M. Colombat la persistance du fausset dans ce cas, quand on se rappelle qne la moindre gerçure des lèvres met un obstacle insurmontable à ce qu'on puisse siffler ?

11. Nous avons trouvé un nonvel argument dans une expérience curieuse de M. Dutrochet. Si pendant qn'on chante sur un ton aigu, on vient à serrer le cartilage thyroïde entre deux doigts, le ton monte instantanément. Nous avons appliqué cette expérience au fausset, et nous avons vu que le même phénomène a lieu, ainsi que chacun peut s'en convaincre. Or l'influence de cette compression sur l'état de la glotte est facile à comprendre, et l'élévation de la note s'explique naturellement, tant qu'on suppose le son engendré à l'orifice glottique. Mais en serait-il de même si, avec M. Colombat, on voulait en transporter le siége à l'isthme guttnral ? Et qnel rapport de canse à effet pourrait-on imaginer entre l'aplatissement latéral du thyroïde et le changement de diamètre de cette ouverture ?

12. Mais poursuivons. Si l'hypothèse en litige est vraie, elle exige, pour que le fausset puisse se produire, la liberté d'action des parois gutturales. Comment dès lors répondre à l'objection directe qui résulte des expériences snivantes ? Portez l'index an fond de la houche et maintenez-le appliqué sur les piliers du voile palatin, le fausset continuera à se produire. Nous avons rendn l'expérience encore plus probante. Remplissez la bonche d'ean, le son sortira, un pen étouffé, il est vrai, parce que les conditions de sa transmission an-dehors seront toutes différentes ; mais la persistance dn timbre propre an fausset montrera que les organes qui le produisent ont encore conservé leur liberté d'action. Est-il besoin de conclure que dès lors ces organes ne sauraient être ceux que suppose M. Colomhat ?

13. Une opération anjourd'hui très commnne fournit encore par ses résultats nn complément précieux à notre démonstration. Il s'agit de l'excision des amygdales. Certes, on ne ponrrait donner de prenve plus péremptoire ni plus conclnante ; car c'est là nne véritable vivisection snr l'homme. Que va devenir le fausset s'il se forme réellement à l'arrière-honche ? Une lésion anssi profonde de ses parties génératrices ne devra-t-elle pas le détruire on tont au moins l'altérer ? Il n'en est rien cependant. Le second registre reste aussi hean et aussi complet après qu'avant l'opération. Ce fait est grave ; et comme il est de natnre à juger la question théorique, comme d'ailleurs il a été nié par Bennati, on ne saurait l'entourer de trop de prenves. Or, les circonstances nons ont permis, nous pouvons dire heurensement, d'apporter à l'appni de notre opinion une expérience tonte personnelle. L'nn de nous, ayant été contraint par des angines réitérées de se faire pratiquer l'ablation des amygdales, remarqna consécutivement les effets suivans : sa voix de poitrine, voix de baritenor d'un timbre et d'une étendne assez ordinaires, n'a pas changé ; senlement il doit à l'opération de ponvoir se livrer anx exercices de vocalisation, sans provoqner, comme par le passé, l'apparition de plegmasies gutturales. Quant à la voix de fausset, qui était d'un timbre et d'nne étendue assez remarquahles, elle n'a été modifiée ni instantanément ni plus tard, pour ses limites non plus que dans sa nature. Les exemples semhlables ne sont point rares d'ailleurs. Notre ami M. le docteur Despinc a consigné dans sa THÈSE INAUGURALE (voy. THÈSES DE PARIS DU 18 NOV. 1837, p. 14) l'histoire détaillée de quatre individus (dont trois chanteurs assez distingués), chez lesqnels l'excision des amygdales n'amena aucun changement dans les qnalités dn fausset. En présence de ces ohservations multipliées, et quand l'expérience est si complète snr cette opération qn'aucun chanteur n'hésite maintenant à s'y soumettre, que devient le cas unique rapporté par Bennati où la même ablation fut, dit-on, suivie d'un résultat opposé ? Outre qne cet exemple exceptionnel est le seul connu, rappelons qne cent faits négatifs deviennent sans valeur qnand un seul fait positif vient à les contredire. Si, en effet, on pent chanter sans amygdales, c'est donc qne ces glandes ne servent pas à chanter. Il n'y a pas d'effort de raisonnement qui puisse renverser cette conclusion. Dans le cas, au contraire, où le fausset aurait été altéré, consécntivement à l'opération, n'existe-t-il pas mille autres causes morbides d'où pent rationnellement dépendre cet effet ?

14. Enfin, nn dernier coup, plus rude encore, a été porté à la doctrine de M. Colombat par les expériences si connues, dans lesquelles on voit, sur un animal vivant dont la glotte, mise à déconvert, a été attirée à l'extérieur, les sons les plus aigus et les plus flûtés, de véritables sons de fausset, se produire sans qne les parois de l'arrière-bouche, qui ont cessé d'être porte-voix, puissent fonctionner. Nous avons obtenn des résultats identiques sur des chiens de l'école vétérinaire de Lyon, de concert avec M. le professeur A. Rey. Les cris qni s'échappaient alors de la glotte, mise sous nos yeux, prenaient par intervalles le caractère dn faus-

---

En somme, et en raisonnant maintenant sur les appréciations vagues, il est vrai, qui ressortent de la simple sensation, c'est une pauvre nourriture que le maigre, je dis le plus recherché et le meilleur, pour l'homme habitné à manger de la viande. Et indépendamment des mesures fournies par la balance et le dynamométre (que la romaine remplaçait pour moi) dans le point spécial qui vient d'être noté, comme en toute autre chose, il se retrouve sans cesse au-dessous de lui-même.

Le jeûne énerve bien autrement, cela se devine ! La fin de mes matinées, principalement depuis dix heures, heure habituelle du déjeûner, s'écoulait pour moi très péniblement, dans une sorte de torpeur, d'hébêtement et de somnolence, que je combattais difficilement, malgré la présence des consultans. J'étais aussi à ce moment, et même tout le jour, quoique à un moindre degré, plus sensible au froid que de coutume.

Voilà mon expérience, que je vous livre pour en tirer tel parti que vous jugerez convenable, et de laquelle je conclurais volontiers, sauf ce qui vient d'être dit, qu'après tout on pent faire le carême sans trop en souffrir, même rigoureusement et en se conformant à la lettre de la loi. Je comprends très bien les objections qu'on doit faire à cette conclusion. D'abord, il s'agit d'une seule expérience, et l'on ne saurait conclure du particulier au général. Je le puis d'autant moins que la vie d'un médecin est active et fatigante plus que beaucoup d'autres, et qu'aussi ma nourriture était variée et abondante plus qne celle du grand nombre. Ce sont là deux circonstances particulières tendant en sens inverse, l'une à rendre le carême plus supportable, l'autre moins ; qui se neutralisent à peu près, mais non exactement. Je passe une foule d'autres objections et me borne à vous répéter que je n'ai pas visé à une conclusion rigonreuse et que j'ai voulu seulement me donner une règle approximative, un point de comparaison pour la pratique.

A cette occasion, permettez-moi, mon cher confrère, de vous dire bien bas qu'un fait individuel, une seule observation bien faite, a son prix à mon sens. Il va sans dire qu'il n'est plus question des miennes. Je regrette sincèrement qu'on fasse de la médecine nne balance de nombres, nne sorte de calcul des probabilités, et qu'on ne pnisse plus être entendu si l'on ne parle par dix, vingt, cent, mille ou deux mille observations peut-être ? Car pourquoi s'arrêter si la certitude est en proportion du chiffre ? Certes il est bien vrai qu'il y a des questions médicales ou physiologiques auxquelles le calcul s'applique avec avantage. Mais combien d'autres refusent de s'y prêter. On oublie trop que la médecine, notamment la médecine d'Hippocrate, qui était bien quelque chose, s'est faite avec des observations individuelles et isolées ou peu s'en faut. Et de honne foi, pour chacun de nous, quand on a rencontré dans sa pratique deux on trois fois, trois ou quatre fois le même fait, n'est-ce pas déjà quelque chose ? Attendons-nous, pour tirer une conclusion et nous faire une règle de pratique, le dixiéme, le vingtième ou le centième fait ? A ce compte là il est des maladies sur lesquelles on ne conclurait jamais ; car bien qu'on doive sans cesse s'éclairer des observations d'autrui, l'expérience médicale comme toute autre est surtout personuelle. Arrière donc, Messieurs, le chiffre et la rigueur mathématique ! et quand chacun a vu quelque chose, je dis bien vu, laissez-le dire : je l'ai vu.

Si vous m'accordez cela (car j'y tiens), je vous ferai bon marché de mon expérience, par cela même qu'elle est mienne et de mon propre aveu très imparfaite.

set. Attribuera-t-on, dans ce cas, le son à l'action des parties que la colonne d'air ne touchait plus, ne pouvait plus faire vibrer?... Citons encore ici les expériences dans lesquelles Müller, opérant avec un larynx humain complètement détaché du corps, est parvenu à reproduire exactement le son de la voix de fausset. (V. PHYSIOL. DU SYST. NERV., t. II, p. 100.)

Ainsi la théorie de M. Colombat, refusant l'explication de faits qu'elle est forcée d'admettre, devait tomber devant ces mêmes faits; l'expérience et le raisonnement déposent également contre elle.

15. THÉORIE DE MULLER. — Jusqu'ici nous avons vu le fausset attribué à l'action de parties autres que la véritable glotte; son siége était l'espace inter-arythénoïdien pour M. Geoffroy-St-Hilaire, l'ouverture de l'arrière-bouche pour M. Colombat: la théorie de Müller restitue exclusivement à la glotte les fonctions d'organe-phonateur pour les deux registres. Voici comment il s'exprime:

« La différence essentielle des registres consiste en ce que les bords des cordes vocales vibrent seuls dans les sons de fausset, tandis que dans ceux de poitrine les cordes entières exécutent des vibrations vives et à grandes excursions. La production des sons de fausset dépend de la division des cordes vocales dans le sens de leur longueur ou des vibrations d'une partie seulement de la largeur de ces cordes, de la partie qui en forme le bord. Naturellement, un ligament qui a une certaine largeur doit être susceptible de plusieurs modes très différens de vibrations, lorsqu'on souffle dessus. Tantôt c'est le bord seul qui vibre, et alors le reste de la membrane n'est que distendu par le courant d'air, tantôt la membrane entière entre en vibration. » (PHYSIOL. DU SYST. NERV. 1840, t, II, p. 194 (1).

Müller appuie sa théorie sur des expériences faites sur le larynx humain. Il a produit des sons de fausset bien manifestement reconnaissables à leur timbre spécial, et *vu* alors de légères vibrations sur les bords des cordes vocales. Et cependant, malgré cet ensemble en apparence si concluant de preuves expérimentales, nous ne pouvons partager l'opinion du professeur de Berlin.

16. Une première difficulté se présente, laissée sans solution par l'auteur. Müller se contente d'affirmer que le bord seul de la corde vocale vibre dans le fausset. Mais par quelle influence extérieure, en vertu de quelle modification organique cette corde ne conserve-t-elle donc plus qu'à la surface son aptitude à subir des vibrations? Son faisceau musculaire est-il composé de fibres longitudinales assez indépendantes pour se contracter isolément? Ou s'établirait-il à ses deux bouts une traction mécanique propre à ne tendre que son bord?... Aucune explication n'est même essayée à cet égard. Nous ferons remarquer en outre que Müller parle tantôt des *vibrations d'une partie seulement de la largeur des cordes vocales*, tantôt de leur division *dans le sens de leur longueur* par des nœuds de vibration. Or, quelque confiance que doive inspirer la parole de ce savant expérimentateur, il faut bien reconnaitre que l'anatomie et la physiologie font ici défaut à sa doctrine. Pour tout dire, l'incertitude qui reste dans l'esprit du lecteur et l'embarras qu'on éprouve à se rendre compte du phénomène qu'il invoque font doublement regretter le silence où il s'est renfermé; car on ne peut nier que l'absence complète d'explications sur le mécanisme de cette vibration partielle engendre contre la réalité même du fait plus d'une objection sérieuse.

17. Admettons néanmoins pour un instant la chose comme réelle, la difficulté ne sera encore que déplacée. Ce qui distingue essentiellement le fausset de la voix de poitrine, ce n'est pas son acuité, c'est son timbre; Müller le reconnait lui-même. Or, cette qualité différentielle, non seulement il ne l'explique pas, mais même sa théorie tombe à moins de la nier. L'objection est capitale; elle mérite quelques développemens.

Müller semble n'avoir eu en vue que l'acuité des notes de fausset; et, sous ce rapport, l'hypothèse de la vibration isolée des bords en donnerait une explication assez vraisemblable; car il est établi en acoustique que le nombre des vibrations des cordes sonores est, de même que l'élévation des sons produits, en raison inverse de leur diamètre. Une chanterelle, par exemple, à longueur et à tension égales, rendra des sons plus aigus que la deuxième ou la troisième corde du violon. Mais cette acuité n'est ici qu'un caractère secondaire; c'est surtout, nous l'avons dit, par son timbre spécial que se distingue le second registre, et c'est ce qu'il fallait expliquer. Or, comment Müller n'a-t-il pas vu que, en attribuant le fausset à l'action de lames vibrantes, il le rangeait nécessairement dans la catégorie des sons anchés: car, que des tiges sonores vibrent en totalité ou en partie, par leur bord ou à pleine surface, dès que ces oscillations sont l'agent du son, celui-ci ne pourra être analogue qu'au son de l'anche. Participant de leur mécanisme, il devra revêtir leur caractère. Car l'air qui traverse un orifice ne devient sonore que de deux manières: en faisant vibrer son contour ou en vibrant lui-même; son anché dans un cas, son flûté dans l'autre. Or, quel est celui des deux sons que rappelle le plus naturellement la voix de fausset? On est forcé de l'avouer, et l'autorité même de Müller ne saurait rendre la réponse douteuse: l'analogie du fausset avec le jeu de la flûte, avec les sons flûtés, est un fait d'observation irrécusable; et, en vérité, il est fâcheux pour cette hypothèse que les conséquences légitimes de ses principes l'amènent en face d'une contradiction aussi fatale avec l'évidence et le sens musical.

18. Autre erreur qui se rattache comme conséquence inévitable à cette première erreur. « La corde vocale, dit Müller, ayant une certaine largeur, est naturellement susceptible de plusieurs modes très différens de vibrations. » (P. 94). Mais s'il était vrai que la quantité des fibres qui entrent en vibration constituât la seule différence entre la voix de poitrine et le fausset, il s'en suivrait que ce dernier pourrait, par une chute insensible, revêtir tous les caractères de la première, à mesure que viendrait à augmenter le nombre des fibres mises en action. Ainsi il existerait des notes de transition d'une nature et d'un timbre mixtes, et il y aurait

(1) Nous avons été obligés de composer cette citation avec des fragmens détachés, pour grouper sous les yeux du lecteur tous les traits qui peuvent donner une idée fidèle de la doctrine de Müller. Son chapitre sur la voix, si remarquable par l'érudition et par le développement des preuves, ne l'est pas également, à beaucoup près, sous le rapport de la clarté; et quoique chaque proposition, chaque phrase prise isolément, semble contenir un sens précis, on trouve souvent à regretter, dans leur succession, un défaut d'enchaînement et de suite. Quelques contradictions même déparent cet article, si plein d'ailleurs d'ingénieux aperçus. Voyez, par exemple, ce qu'il dit de l'influence d'un souffle plus fort qui, là, *rend la voix de fausset plus grave* (p. 126), ici, au contraire, lui *donne plus d'acuité* (p. 130). Est-ce à l'auteur, au traducteur ou au typographe qu'il faut renvoyer le blâme de ces imperfections graves? Dans tous les cas, il importait à la critique de les signaler ici.

Toutefois, pour atténuer vos scrupules, je vous dirai qu'à part le jeûne et sauf de très rares infractions à l'abstinence j'ai refait le carême *sept années de suite*; et que les résultats de mes observations ont toujours été dans le même sens. Je n'écrivais pas, je ne me pesais pas; mais je m'observais avec une attention suffisante et j'éprouvais, sinon les mêmes effets, du moins des effets analogues. Si vous tenez au nombre, cela commence à compter.

Pour vous, mon cher confrère, à qui la pratique de Paris n'offre pas beaucoup de consultans désireux de faire le carême, permettez-moi de vous présenter cet essai sous un autre point de vue, comme une expérience sur une alimentation spéciale. Il serait bon, selon moi, que d'autres médecins, avec plus de loisir et d'habileté, se soumissent à des essais analogues. Car qui sait de nos jours les qualités de tel ou tel aliment? C'est un point sur lequel les anciens nous étaient bien supérieurs. Qu'on ouvre une table seulement de certains écrivains de l'antiquité, je parle des médecins et de quelques naturalistes, on est surpris du nombre infini de mammifères, d'oiseaux, de poissons, de végétaux, d'alimens, en un mot, dont il est traité dans l'ouvrage. Je ne prétends pas que toutes les propriétés assignées aux alimens soient constantes, car alors je ne demanderais pas de nouvelles expériences. Mais au moins on s'occupait de connaître ces propriétés. Et cette étude a été continuée presque jusqu'à nous; témoin entre cent autres cet ouvrage de Nicolas Andry sur les alimens de carême cité au commencement.

De nos jours, avouons-le entre nous, confrère, la plupart des médecins en sont réduits sur ce point à des notions de cuisinière sur l'anguille qui pèse lourde ou sur les haricots qui sont venteux. D'autres, plus avancés, sur certains alimens qu'on a analysés, en petit, bien petit nombre, vous diront résolument qu'ils nourrissent ou ne nourrissent pas, vu qu'ils contiennent telle proportion d'azote. Et tous les jours, en dépit des analyses, le paysan, le manœuvre, nourri d'un aliment déclaré peu substantiel, porte légèrement des fardeaux que ne soulèverait pas le citadin gorgé d'azote. Messieurs les médecins, laissez là vos cornues; croyez-moi; ou du moins que les travailleurs se partagent. Et tandis que les uns feront de la science intime et pénétreront jusques dans les entrailles de la nature, que d'autres adoptent une méthode d'observation plus large et moins profonde et qu'ils nous disent simplement, pour notre usage, l'action des substances telles qu'elles sont sur les organes de l'homme.

Nous reprendrons cette causerie quelques jours, mon cher confrère; en attendant j'ai l'honneur d'être tout à vous, et je vous souhaite pour la rémission de vos fautes un carême orthodoxe.

— On annonce la mort du docteur Eder, médecin très distingué que le gouvernement autrichien avait envoyé à Constantinople, sur la demande de la Porte, pour organiser les hôpitaux militaires. Cette mort a causé des regrets universels parmi les employés turcs, qui lui portaient une haute estime, tant à cause de sa grande habileté que de son zèle infatigable.

possibilité d'une fusion musicale entre les deux voix. Certes, la conclusion est rigoureuse. Le fait en est-il plus vrai? Non, sans doute. Les deux registres restent toujours nettement tranchés dans la voix humaine: ce qui n'est pas fausset est voix de poitrine. Le chanteur le plus consommé ne pourrait tromper l'oreille sous ce rapport; et il est aussi impossible de confondre ces deux ordres de notes dans le chant que de confondre, dans un jeu d'orgues, le son des tuyaux à bouche avec celui des tuyaux à anche. Non seulement chaque registre a des qualités, une échelle, une physionomie particulières, mais encore la transition de l'un à l'autre ne s'opère qu'avec effort, et l'instant de ce passage est toujours senti par l'auditeur, comme par l'exécutant: nouvelle preuve qu'ils dépendent chacun d'un mécanisme différent.

19. Ainsi, plus d'une observation vient contredire l'hypothèse en litige; nous l'avions fait pressentir: nous venons de le démontrer. Ajoutons que, parmi les faits avérés qui lui servent de base, il n'en est aucun qui ne puisse s'interpréter contrairement à ses principes. Il résulte des expériences de Müller que dans le fausset « les excursions des cordes vocales ont alors peu d'étendue. » (P. 95.) Ce phénomène est réel, et facile à constater soit sur le cadavre, soit sur le larynx artificiel. Tant qu'il ne s'agit que d'observer, nous n'avons donc qu'à rendre justice à l'exactitude du professeur de Berlin, et à nous féliciter de notre accord avec lui. Mais vient la théorie; et, tandis que d'inévitables difficultés ruinent la sienne, il nous reste à faire voir que la nôtre comprend et explique tous les phénomènes. Nous admettons que, dans le fausset, l'ouverture de la glotte se comporte comme l'embouchure de la flûte. Les vibrations de ses bords resteront donc, comme dans cet instrument, bornées et presque imperceptibles. Dès-lors ces faibles vibrations qui constatent le fait, pierre d'achoppement pour l'hypothèse de Müller, deviennent un argument précieux en faveur de la nôtre. Il nous suffira d'avoir posé ces corollaires; ce n'est point encore ici le lieu de les développer.

THÉORIE DE M. DESPINEY. — 20. Dans l'ordre historique, comme sous le rapport physiologique, l'hypothèse de M. Despiney doit trouver sa place après celle de Müller. Semblables au fond, quoique différentes pour la forme, elles sont passibles des mêmes objections; on va en juger.

« Supposons, dit M. Despiney, que, dans la formation des notes au-dessus du médium, l'action d'un des muscles constricteurs de la glotte produise une note, un *ré* par exemple. Cette action, en devenant plus énergique, pourra rapprocher un peu plus les lames vocales et faire entendre *mi*. Mais cette contraction forcée est inégale, peu sûre, incertaine, cette note *mi* sort mal formée, sans netteté; qu'un autre muscle constricteur, plus fort, je veux dire mieux placé, plus apte à rapprocher davantage les cordes vocales, à leur donner plus de tension, entre alors en contraction, saisisse l'air au passage et forme la note; alors une série ascendante peut être produite, série de notes successivement plus aiguës, formée avec beaucoup moins d'efforts, moins de difficultés. »

« Voilà tout le mystère du fausset. *C'est la transition de contraction d'un muscle à un autre.*» (PHYSIOLOGIE DE LA VOIX ET DU CHANT, 1841, p. 43.)

Cette hypothèse frappe d'abord par une apparente simplicité; mais au fond, combien la solution est vague et indécise! Quels sont donc ces muscles successivement *plus forts et mieux placés?* Ces muscles sériaires, doués d'une puissance progressive, et disposés de telle sorte que la contraction de chacun d'eux ne produirait que divers degrés du même mouvement? Quoi! il y aurait, en quelque sorte, un muscle pour chaque note de la gamme! Certes, loin d'éclairer le problème, il y a, ce nous semble, un mystère de plus dans cette *transition de contraction d'un muscle à un autre*. Jusqu'ici, nous connaissions dans le larynx humain divers faisceaux pour tendre, pour rapprocher et pour contracter les cordes vocales, chacun avec des attributions distinctes et une action spéciale; nous attendrons que l'auteur nous révèle quels sont pour lui ceux dont la fonction unique serait ici de remplacer un congénère et d'exagérer son effet.

Mais, sans parler de ces difficultés insurmontables que soulève l'anatomie, il en est une autre non moins forte à objecter. Comme Müller, M. Despiney attribue le fausset aux seules vibrations des cordes vocales; mais le premier, du moins, avait supposé un mode de vibrations distinct de celui qui produit les sons de poitrine; le second confond les deux voix dans un mécanisme absolument semblable. Répétons donc, et avec plus de force encore, l'objection capitale que nous avons opposée à Müller: si la différence des deux voix ne provenait que du degré variable de diamètre de la glotte, elles pourraient différer quant au ton, mais elles devraient conserver la même qualité, le même timbre; car, tant que les conditions génératrices du son demeurent les mêmes, sa nature reste invariable; et jamais, par exemple, une anche, quelque resserrée qu'on la suppose, ne donnera que des sons anchés. L'explication de M. Despiney ne s'appliquerait donc qu'à l'acuité des notes; et la distinction *fondamentale* du timbre dans les deux registres reste pour elle insoluble et incompréhensible. L'hypothèse est donc insuffisante.

21. On ne peut donner le nom de théorie au travail de M. Garcia sur *la voix humaine*. (Voy. L'ESCULAPE, mai 1841.) S'il dénote un professeur habile, s'il renferme quelques bonnes remarques de détail, au point de vue artistique, sur la délimitation des deux registres et les phénomènes du second, on n'y trouve aucune observation physiologique propre à éclairer le mécanisme du fausset; nulle part même cette explication n'est essayée. Outre de nombreux vices d'expression (1), nous aurons plus loin à y reprendre plus d'une hérésie scientifique. Nous devons dès à présent signaler la suivante: « Pour attaquer le son le plus grave du registre du fausset-tête (fausset), le larynx prend d'abord son point de départ *à la même position basse* que pour le premier son de poitrine. » (ESCULAPE, 1841, p. 108.) Cette assertion, sur laquelle l'auteur revient à plusieurs reprises (p. 122), est une erreur, et qui pis est, une erreur de fait: rien de plus aisé que de s'en convaincre; chacun pourra s'en administrer la preuve. Il suffit de suivre avec le doigt le thyroïde, pendant qu'on descend une gamme dans l'un, puis dans l'autre registre, et l'on constatera que, loin d'occuper la même position pour la dernière note de fausset que pour la dernière de poitrine, le cartilage descend manifestement beaucoup moins bas dans le premier cas.

22. Quant au mécanisme même du fausset, M. Garcia se borne à dire: « Nous sommes porté à croire que, dans le fausset, la glotte inférieure, si elle agit seule, obéit à un mécanisme différent de celui qui lui sert à produire le registre de poitrine, *mécanisme qu'il faudrait découvrir et déterminer*; mais on peut encore supposer que la glotte inférieure emprunte le secours de la glotte supérieure (2); et alors il resterait à déterminer comment l'action des deux glottes se combine (p. 123).» Certes, une théorie qui se fonde sur la *supposition* d'un mécanisme et d'un mécanisme encore *à découvrir* n'est pas faite pour compromettre beaucoup son auteur. M. Garcia voudra donc bien permettre à la critique d'imiter ici sa réserve; car, véritablement, une hypothèse ainsi formulée (3) n'est pas du domaine de la science.

23. Telles sont les principales opinions émises sur le fausset. Il eût été facile de grossir de plus d'un nom cette nomenclature déjà longue; il eût été facile de montrer entre les différens écrivains plus d'une contradiction; mais notre objet n'était ici de faire, ni un relevé complet des erreurs commises sur ce point, ni une critique individuelle de chacun des auteurs. Songeant à édifier alors même que nous devions d'abord détruire, nous avons eu surtout en vue de distinguer, dans les doctrines diverses, les faits d'avec leurs explications. Emprunter à ceux-là ce qu'ils ont d'exact, montrer, quant à celles-ci, leur incompatibilité absolue avec les résultats de l'observation directe, tel était présentement notre seul but; et nous nous sommes bornés, dans l'exposition comme dans la discussion des systèmes, aux points qui nous paraissaient capables de pouvoir concourir à fonder une théorie meilleure.

(1) La théorie de la voix a été tellement obscurcie par l'inexactitude des termes, qu'on a bien le droit d'être sévère sur ce genre de défaut. Il faut vraiment avoir passé par les recherches que nous a imposées ce travail, pour se faire une idée des difficultés qu'engendrent ces incorrections, et de la fâcheuse influence qu'exerce ici le manque de rigueur et de précision dans le langage. Le purisme, en pareille matière, n'est réellement qu'une condition obligée.

(2) C'est là une assertion que l'on ne peut émettre, même sous forme dubitative; car cette supposition, qui d'ailleurs ici n'a conduit à rien, est contredite par les expériences de Müller (ouv. cit., p. 100), répétées par M. Despiney et par d'autres, où l'on obtient les sons de poitrine et les sons de fausset en soufflant dans un larynx humain où toutes les parties placées au-dessus des cordes vocales inférieures ont été enlevées.

(3) Il est douteux que l'explication de M. Stéphen de la Madelaine jouisse de beaucoup plus de faveur auprès des savans. Dans ses observations récemment publiées (Voy. FRANCE MUSICALE, 1843, p. 225) sur la théorie du chant, le seul passage relatif au mécanisme du fausset est ainsi conçu: « Il n'est pas besoin de grandes explications pour faire comprendre que les sons de tête ou de fausset émis par le larynx parvenu à son plus haut degré de progression, doivent toutes leurs qualités, bonnes ou mauvaises, au pharynx qui s'en empare pour les modifier, puis aux angles d'incidence et de réflexion du plancher des fosses nasales, et enfin à l'ampleur du pavillon que forme la bouche. »

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. —Voir les numéros 5, 6 et 7.)

IV. THE LANCET.

Les numéros de juin, juillet, août et septembre 1843, contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'amputation* ; par M. Fergusson. (L'auteur préconise la suture des lèvres de la plaie ; mais cette pratique semble avoir été peu heureuse entre ses mains ; car, deux fois sur trois cas, il fut obligé de couper les fils pour remédier à une hémorragie qu'avaient fournie les vaisseaux du moignon.) 2° *Sur la physiologie et la pathologie de l'urine* ; par M. E. Day. 3° *De la fièvre considérée sous les rapports théorique et pratique : de sa nature, de ses causes et de son traitement* ; par M. Searle. 4° *Les sangsues ont-elles le pouvoir de maintenir le sang qu'elles ont absorbé à l'état de vie, c'est-à-dire sans se coaguler ?...* par M. Prater. 5° *Monomanie homicide et meurtre avec préméditation*. 6° *Epaississement de la tunique vaginale et effusion dans sa cavité d'u liquide sanguinolent* : par M. Macilwain. (Le malade était porteur d'une hydrocèle pour laquelle il avait subi plusieurs fois la ponction qui amenait ordinairement un liquide transparent. Une dernière fois le liquide ressemblait presque, pour la couleur, à du sang veineux. Il se reproduisit après la ponction. M. Macilwain reconnut une maladie du foie : et l'usage prolongé des purgatifs fit disparaître la tumeur des bourses, sans autre médication locale.) 7° *Du traitement de l'érysipèle* ; par M. Craig. 8° *Suppression de l'hémorragie d'une gencive* ; par M. Embling. 9° *Asphyxie d'un enfant qui fut par inadvertance, étouffé dans son lit* ; par M. Adams. 10° *Observation de plaie du cou* ; par M. Howden. (Après une section qui divisa le larynx et ouvrit l'œsophage, le blessé vécut encore vingt jours, nourri au moyen d'une sonde œsophagienne.) 11° *Cas de squirrhe du pylore avec rétrécissement extrême de l'estomac* ; par M. Canton. 12° *De l'action des prophylactiques contre la maladie vénérienne, considérée aux points de vue de la physique, de la chimie et de la morale* ; par M. Prater. (Le chlorure de chaux en lotions, avant et après l'acte, semble à l'auteur le moyen à la fois le plus sûr et le plus inoffensif. Quant à la question morale, il demande seulement que le législateur consente au moins à fermer les yeux sur l'emploi des prophylactiques. 13° *Proposition d'un changement dans le plan de traitement employé contre la hernie étranglée* ; par M. Arnott. 14° *De l'influence lunaire* ; par M. Laycock. 15° *Ulcération des muqueuses à la suite de l'administration de l'iode* ; par M. Rawson. (Dans les deux cas cités, la suspension du médicament amena la guérison.) 16° *Cas d'entozoaires vivant dans la peau de l'homme* ; par M. Green. 17° *Des fonctions des artères comme canaux de circulation* ; par M. Livesay. 18° *De la prophylaxie des maladies héréditaires* ; par M. Prater. 19° *Traitement de la méningite spinale* ; par M. C. 20° *De l'attention qu'il faut de bonne heure donner aux symptômes des maladies chez les e fans* ; par M. Walker. 21° *Mort subite ; ossification des valvules de l'aorte* ; par M. Semple. 22° *Traitement de l'érysipèle par le nitrate d'argent* ; par M. Higginbottom. (Il use d'une solution de 8 scrupules de sel, avec 12 gouttes d'acide nitrique, dans une once d'eau distillée. Il applique ce mélange avec un pinceau de linge, *autour de*, et non pas *sur* la partie enflammée.) 23° *De l'effet du trichlorure de carbone dans le cancer et dans d'autres maladies* ; par M. Tuson. 24° *Observations de maladies guéries par le sulfate de quinine* ; par M. Searle. 25° *Sur la lithectasie* ; par M. Fergusson et M. Arnott. 26 *Cas de hernie ombilicale accompagnée de complications peu ordinaires* ; par M. Wade. (Après l'opération de la hernie étranglée, il se forma plusieurs sinus étendus dont il fallut faire l'incision.) 27° *Rétention d'urine, rétrécissement cartilagineux de l'urètre, hypertrophie de la prostate, double hernie inguinale se prolongeant sur le pubis* ; par M. Macilwain. (On fit la ponction de la vessie par l'hypogastre. Le malade mourut quarante-huit heures après l'opération. L'autopsie montra les parois de la vessie denses et hypertrophiées.) 28° *Cas de volvulus, reflux des matières à travers la valvule iléo-cæcale* ; par M. Roods. (Un lavement huileux fut rendu le lendemain par la bouche.) 29° *Castration opérée pour un abcès scrofuleux du testicule* ; par M. Langstaff. (Guérison.) 30° *De l'emploi des vésicatoires dans les maladies des enfans* : par M. Davis. 31° *Rupture du tendon du biceps brachial* ; par M. Storks. (Résultat d'une contraction forcée pour éviter une chute en se retenant par le bras. Cet accident se caractérisa par la mobilité extrême de la tête du radius et par l'impossibilité de fléchir l'avant-bras. Le malade fut perdu de vue.) 32° *Plusieurs cas de perforation de l'estomac, avec des considérations relatives aux caractères et au traitement de cette lésion* ; par M. Crisp. 33° *Cas d'atrophie du testicule due aux excès de la masturbation* ; par M. Alluatt. 34° *De l'ergot de seigle dans le choléra* ; par M. Preston. 35° *Affection cancéreuse du sein, guérie par les applications de chlorure de chaux et un traitement général* ; par M. Rowe. 36° *De l'application locale de la teinture d'iode dans plusieurs cas* ; par M. Lanyon. 37° *Remarques cliniques sur l'inflammation des bourses muqueuses et sur son traitement chirurgical* ; par M. Hale Thomson. (Rien qui ne soit connu en France.) 38° *Observations de chirurgie recueillies à l'hôpital de Londres*. 39° *Petite pièce de monnaie* (on farthing) *avalée et rejetée spontanément* ; par M. Th. Embling. 40° *Lithotomie pratiquée sur un chien* ; par M. Mather. 41° *Cas remarquable de concrétions purulentes et explication de leur mode de formation* ; par M. Wilson. 42° *Cas d'hydrocéphale avec autopsie* ; par M. Nightingale. 43° *Cas de perforation de l'estomac* ; par M. Goddard. 44° *Sur la chaleur animale* ; par M. Winter. 45° *Cas de séparation du cartilage semi-lunaire externe du genou* ; par M. Caleb Taylor. 46° *Effets du climat du Canada supérieur sur les maladies du poumon* ; par M. J. Orton. 47° *Observations pratiques sur les effets curatifs de la belladone dans certaines maladies du système nerveux* ; par M. Hutchinson. 48° *Cas d'hystérie compliquée de dyspnée grave, avec des remarques sur l'emploi de la douche* ; par M. Rogers. 49° *Fracture du calcanéum*. 50° *Fracture non consolidée de la jambe, traitée avec succès par l'application de la teinture d'iode sur la partie, l'extension continue et la section du tendon d'Achille*. 51° *Cas de déchirure de l'iris et du déplacement du cristallin sous la conjonctive* ; par M. G. Bennett. 52° *Observation de déchirure du périnée pendant le travail* ; par M. Robinson. 53° *Traitement des tumeurs érectiles ; de l'accouchement* ; observations par M. Fergusson (incision, épingles) et par M. Henderson (les épingles, la ligature).

SUPPRESSION DE L'HÉMORRAGIE D'UNE GENCIVE ; par M. EMBLING.

L'art est réellement très riche en fait de moyens propres à arrêter l'hémorragie qui suit l'extraction d'une dent. Ici cependant, aucun d'eux ne réussit, et aucun ne devait réussir, car l'hémorragie provenait d'une source différente de celle qui lui donne lieu habituellement dans ces cas.

M. Embling fut appelé auprès d'une dame à qui on avait arraché une dent. Depuis lors, le sang continuait à couler sans qu'on eût pu parvenir à l'arrêter. En examinant la bouche, M. Embling reconnut que le dentiste avait fracturé le rebord alvéolaire, et qu'il existait en outre une large déchirure de la gencive, par où le sang artériel coulait. Le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le cautère actuel même étant restés sans effet, le chirurgien pensa alors à comprimer la gencive entre le pouce et le doigt indicateur. La gene de cette situation (la dent extraite étant la troisième molaire supérieure) causa d'abord à la malade des nausées et des vomissemens ; mais M. Embling, qui n'avait aucun autre moyen à sa disposition, continua néanmoins à maintenir la pression de la même manière ; et il eut le courage de persévérer pendant quatre heures et demie. Au bout de ce temps, durant lequel il avait vu l'hémorragie diminuer par degrés, tout écoulement de sang avait disparu.

PROPOSITION D'UN CHANGEMENT DANS LE PLAN DE TRAITEMENT EMPLOYÉ CONTRE LA HERNIE ÉTRANGLÉE ; par M. ARNOTT.

Dans ce travail, plus pratique par son but que par la nature des argumens qu'il contient, M. Arnott propose quelques modifications dans l'emploi des moyens qui sont actuellement usités pour favoriser la réduction d'une hernie étranglée. Un premier point qu'on a trop négligé, dit-il d'abord, est de classer ces moyens ; car ils sont nombreux, ils sont variés, souvent même contradictoires par leur action. Comment donc pourra-t-on les combiner entre eux, si l'on ignore ceux qui agissent identiquement, et ceux qui peuvent se contrarier les uns les autres ? Une division bien naturelle se présente par conséquent à établir ici ; et l'on peut, sans qu'il soit besoin de les désigner plus particulièrement, les grouper tous sous l'un des chefs suivans :

1° Ceux qui diminuent le volume des parties herniées.

2° Ceux qui dilatent l'anneau ou qui, du moins, diminuent sa résistance aux efforts de réduction.

3° Ceux qui disposent l'abdomen à la rentrée des viscères, soit en vidant les intestins, soit en diminuant la résistance des parois de cette cavité.

4° Ceux qui agissent spécialement pour réduire, soit en pressant di-

rectement sur les viscères, soit en les attirant de l'intérieur de l'abdomen.

5° Ceux qui remédient à l'inflammation et aux autres conséquences de l'étranglement, une fois qu'il a cessé.

Passant ensuite à des préceptes plus spéciaux de thérapeutique, M. Arnott trace ainsi le plan qui lui paraît préférable. La pression longtemps continuée et l'application du froid sur la tumeur étant les moyens les plus efficaces, c'est en combinant leur action qu'on peut espérer le plus de succès. Pour remplir ces deux conditions, on placera sur la tumeur une vessie assez remplie d'eau pour qu'elle exerce une pression égale sur tous les points de la tumeur. Après avoir mis le malade dans la situation où il serait pour le taxis, on assujétit la vessie en contact avec la région affectée, en l'entourant d'une sorte d'étui en bois ou en métal, étui que l'on peut ensuite fixer sur l'aine ou le nombril, de diverses manières, et, entre autres, à l'aide d'un bandage herniaire. Cela fait, et la quantité de liquide variant, comme nous l'avons dit, suivant l'étendue et le relief de la tumeur, on doit refroidir l'eau d'une manière continue; ce qui s'obtient en adaptant à la vessie deux tubes, dont l'un apporte le liquide d'un réservoir où il est rafraîchi à volonté, et l'autre sert à l'évacuer quand il s'est échauffé. Le double courant est ainsi continu.

Quand il est besoin de maintenir longtemps la pression, on peut substituer l'action de l'air comprimé à celle de l'eau. On obtient à la longue, par ce moyen, la rentrée de hernies d'abord jugées irréductibles.

Lorsque cette conduite est demeurée sans résultat, M. Arnott propose un autre procédé : c'est la distension, au moyen de l'injection de beaucoup de liquide, du bout inférieur de l'intestin. Sans s'arrêter, dit-il, à démontrer par le raisonnement l'influence de cette manœuvre sur la réduction, on peut la prouver par une seule et bien simple expérience. Prenez une anse intestinale qui a été liée par une extrémité; attachez à l'autre extrémité le canon d'une seringue, que vous y fixez avec un fil. Pincez alors entre les doigts une partie de cette anse; puis, poussez l'injection dans sa cavité. A mesure que le boyau se remplira, vous sentirez glisser de vos doigts la portion que vous teniez serrée, et bientôt elle échappera entièrement.

On comprend que l'action d'un liquide qui distend l'intestin est absolument la même que celle-ci pour retirer la portion qui est retenue dans un sac herniaire. A la vérité, le procédé serait presque exclusivement applicable aux hernies du colon. Car, dès qu'elles sont formées par l'intestin grêle, l'injection, pour avoir quelque puissance, devrait préalablement avoir forcé la valvule iléo-cœcale. Il est encore à craindre que le liquide injecté ne pénètre dans l'anse intestinale herniée. Mais ce ne pourrait être que dans les cas où l'étranglement est faible. Pour prévenir toutefois cette éventualité, M. Arnott recommande de presser avec les doigts sur la tumeur, pendant qu'on fait l'injection. Quant aux moyens d'exécution, on emploiera la seringue ordinaire, ou mieux le tube d'O'Beirne, qui peut être introduit à une grande profondeur.

— S'il nous faut maintenant juger *à priori* un procédé qui paraît, à la vérité, ne s'appuyer, ici du moins, que sur des considérations du même ordre, nous remarquerons d'abord que, par sa nature même, il serait entièrement illusoire et par conséquent inapplicable dans les cas où une portion seulement de la circonférence de l'intestin est étranglée. Pour ce qui est de son efficacité, nous serions très disposés à douter de la puissance d'une traction faite de l'intérieur de l'abdomen sur l'intestin hernié. Nous nous rappelons avoir, en 1836, à l'hôpital Beaujon, vainement essayé de réduire ainsi l'intestin engagé dans une hernie crurale, sur le cadavre d'un homme qui était mort avant que son étranglement eût pu être levé. L'abdomen fut ouvert, et nous tirâmes avec force sur l'un et l'autre bout; mais la hernie n'en resta pas moins irréductible. M. Arnott nous opposerait, il est vrai, l'expérience de l'anse intestinale qui, au moment de l'injection, fuit d'entre les doigts qui la serrent. Mais cet exemple, tout probant qu'il est sans doute quant à l'effet de l'injection poussée jusqu'à un certain point, ne nous rassurerait qu'à moitié sur l'innocuité de cette méthode. Si la distension de l'intestin est capable de dégager l'anse herniée, évidemment, d'après ce que nous venons de dire, elle devra, pour produire cet effet, avoir été portée à un degré extrême. Or, qui pourrait calculer d'avance les effets de cette distension sur les tuniques du tube digestif, altérées déjà par une inflammation souvent très aiguë? Quel praticien, surtout, oserait poser la limite jusqu'à laquelle il est prudent de pousser l'injection, lorsque, ignorant la hauteur du canal à laquelle siége l'étranglement, ignorant par conséquent la capacité de la poche à distendre, il manque absolument de données pour s'éclairer sur la quantité de liquide qu'il est permis d'y introduire impunément?

En cas d'insuccès de ce moyen, dit enfin M. Arnott, il faut en venir à un agent plus direct. Mais il préférerait à l'opération proprement dite la dilatation. Ce procédé a été blâmé et abandonné presque généralement. Mais les objections qu'on lui adresse portent plutôt contre les instrumens que sur les principes qui lui servent de base. L'autorité de grands noms, je l'avoue, lui est contraire. Mais n'est-il pas d'autres méthodes qu'ils avaient également proscrites, et qu'on a vues depuis couronnées de succès? Et, sans sortir du sujet, dit enfin M. Arnott, n'en trouvons-nous pas un exemple suffisant dans la réhabilitation récente de l'opération, si critiquée jadis, qui consiste à débrider l'étranglement sans ouvrir le sac?

DES FONCTIONS DES ARTÈRES COMME CANAUX DE CIRCULATION; par M. LIVESAY.

L'auteur expose quelques remarques qui se rapportent à l'anatomie descriptive proprement dite du système artériel.

Lorsqu'un tronc a fourni une branche, il quitte sa direction primitive pour se porter dans un sens opposé à celui qu'il suivait auparavant, et cela d'une manière proportionnelle au volume de la branche qu'il vient d'émettre. Ainsi, après avoir donné l'innominée, la carotide et la sous-clavière gauches, branches très considérables, l'aorte abandonne sa direction horizontale et se porte en bas. C'est aussi après avoir donné naissance à ses principaux rameaux que la sous-clavière commence à descendre, etc., etc.

Chaque artère, à son origine, est dirigée vers le centre de la partie qu'elle nourrit. Voyez, par exemple, l'iliaque primitive : sa branche hypogastrique, destinée à la fesse, plonge dans le bassin et suit une ligne qui est l'axe fictif de cette région. L'iliaque externe, au contraire, qui deviendra plus loin artère fémorale, occupe le centre de la cuisse. Cette dernière, à son tour, se divise en profonde et en superficielle; or, chacun de ces troncs secondaires va à son tour se placer au milieu du département qu'il doit desservir.

Le système artériel, dans son entier, tend à figurer cette forme de courbe que prend no liquide lancé par un tube; de sorte que les artères horizontales ont une courbure à convexité inférieure, et cela plus que les vaisseaux qui suivent une autre direction.

SUR LA LITHECTASIE; par M. FERGUSSON ET M. ARNOTT.

Nous avons déjà appelé à deux reprises l'attention de nos lecteurs sur cette opération, que plusieurs auteurs anglais paraissent vouloir substituer à la lithotomie. Sans avoir, par conséquent, besoin de revenir sur la construction des instrumens et sur le mode de leur emploi, nous n'avons ici qu'à enregistrer les nouveaux élémens fournis depuis notre dernière note (GAZ. MÉD., 1843, n. 29) à la solution du problème. Or, ces documens sont de deux ordres. M. Fergusson a apporté un fait : M. Arnott des considérations théoriques en faveur de l'opération.

L'observation de M. Fergusson nous semble significative. Elle peut se résumer en deux mots. Un homme de 64 ans vient se faire traiter pour un calcul. Après avoir incisé le périnée et l'urètre, on introduit dans le col vésical le dilatateur de M. Arnott, qu'on laisse agir durant vingt heures, tout en ayant soin de changer de temps en temps l'instrument contre un autre d'un volume plus considérable, à mesure que la dilatation avançait. Enfin, on cherche à extraire le calcul; mais, malgré plusieurs essais, on ne peut y parvenir. Dans une dernière tentative, les tenettes écrasent la pierre, et on la retire par morceaux. Le malade meurt cinq jours après. L'autopsie montre le col de la vessie *contus et déchiré*.

M. Fergusson, malgré cet exemple, continue à être partisan de la méthode. Il devra du moins, pour compléter sa méthode et sa doctrine, avouer que, dans ce cas, l'opération était contr'indiquée ou qu'elle a été vicieusement exécutée.

M. Arnott, à son tour, rappelle que les anciens dilatateurs usités pour la taille par le grand appareil ne déployaient qu'une force irrégulière et aveugle. Le but que l'on veut obtenir, ajoute-t il, ne pouvait être obtenu qu'au moyen d'une pression portant également sur tous les points de l'ouverture à dilater, agissant d'une manière continue, quoique susceptible d'être diminuée ou augmentée par le chirurgien ou par le patient lui-même, selon le degré des souffrances qu'il éprouve. Ces conditions, la pression au moyen d'un liquide peut seule les remplir.

Pour que le procédé soit convenablement appliqué, il faut que la dilatation se fasse avec une telle lenteur que le malade n'en ressente pas une vive irritation. Or, le degré de lenteur dont il faut user varie, on le conçoit, selon l'âge du patient, la rigidité des parties qui circonscrivent l'orifice, leur irritabilité, etc.

M. Arnott ne pense pas qu'on doive faire une incision étendue aux parties extérieures. Leur ouverture n'a aucun besoin d'être plus large que celle du col vésical. Car la pierre qui franchit cette dernière passera as-

sûrement à travers l'autre. La rapidité de l'opération, que permet une incision plus longue, ne compense pas les dangers d'hémorragie, de souffrances, etc., auxquels elle expose.

— Ces règles sont éminemment judicieuses et pratiques; mais plus l'opération qu'elles concernent nous semble utile, si on veut la renfermer dans un petit cercle de cas privilégiés, autant nous la jugeons insuffisante et funeste, si on avait pour elle la prétention de l'ériger en méthode générale. Qu'on ne l'oublie pas: si la dilatation du col est en soi une chose innocente, vouloir terminer toutes les opérations par la seule dilatation, c'est risquer des déchirures dont on ne pourrait ni calculer ni empêcher le nombre et l'étendue. L'avenir se chargera, s'il le faut, de compléter à cet égard les avertissemens que l'expérience présente donne déjà si largement, comme on vient de le voir, aux chirurgiens anglais un peu trop engoués de ce mode opératoire.

OBSERVATIONS DE PERFORATION DE L'ESTOMAC; SUIVIES DE QUELQUES CONCLUSIONS SUR LES CARACTÈRES ET LE TRAITEMENT DE CETTE LÉSION; par M. CRISP.

La plupart des travaux publiés jusqu'ici sur ce sujet important n'ont jeté aucun jour sur les principaux points de l'histoire de cette lésion ou plutôt des maladies dans le cours desquelles elle survient, et c'est à peine si nous connaissons quelques-unes des conditions dans lesquelles elle s'est développée quelquefois. Suivant M. Crisp, la stérilité de tous ces travaux dépendrait de ce que les auteurs se seraient jusqu'ici hâtés de tirer leurs conclusions d'un nombre de faits trop peu considérable, se bornant le plus souvent à rapporter les deux ou trois faits que chacun d'eux avait recueillis et ne tenant point un compte suffisant de ceux qui l'avaient été par d'autres. Il a cherché à éviter cette cause d'erreur en réunissant à cinq cas qu'il avait observés lui-même un nombre bien plus considérable de faits du même genre publiés dans les journaux de médecine anglais. Les résultats auxquels il est arrivé sont assez importans pour que nous présentions ici une courte analyse de son travail.

Les perforations de l'estomac dépendent de trois ordres de causes différentes: les violences extérieures, le poison et l'ulcération simple ou d'un mauvais caractère; quant à celle qui est produite par l'action du suc gastrique, elle n'a jamais lieu qu'après la mort et conséquemment ne peut être regardée comme une maladie. C'est des perforations du troisième ordre seulement que s'occupe M. Crisp.

L'ulcération simple de l'estomac diffère des ulcères de la plupart des autres parties du corps en ce qu'elle est habituellement tout à fait locale, sans lésion le plus souvent de la muqueuse gastrique qui l'entoure et qu'elle semble avoir été faite avec un emporte-pièce.

Les symptômes produits par ces ulcères sont le plus souvent si peu prononcés qu'ils sont complètement méconnus chez les jeunes gens, et que le médecin ne commence ordinairement à soupçonner la nature réelle de la maladie que quand a commencé à se développer l'effrayante série des symptômes qui suivent la perforation. Avant cette terminaison funeste, le malade s'est plaint quelquefois pendant plusieurs années, d'autres fois seulement depuis quelques semaines, de symptômes de dyspepsie, quelquefois très intenses, tels qu'une violente douleur dans la région de l'estomac, des vomissemens après le repas, des flatuosités, des éructations acides, l'amaigrissement, etc.; mais le plus souvent il n'y a en d'autres symptômes que quelques légers troubles des organes digestifs; dans quelques cas même le sujet avait joui d'une santé parfaite jusqu'au moment de la première apparition des accidens graves. Les symptômes qui déterminent la perforation de l'estomac sont si caractéristiques qu'il est difficile au médecin qui en a observé un seul cas d'en méconnaître ensuite le diagnostic.

Les premiers signes de cet accident se montrent ordinairement peu de temps après le repas et sous l'influence d'une santé habituellement passable. Voici l'ordre dans lequel les symptômes se succèdent:

1° Douleur vive et subite dans la région de l'estomac, s'étendant rapidement dans tout l'abdomen et compliquée le plus souvent de vomissemens.

2° Les muscles abdominaux offrent d'énergiques contractions spasmodiques dans lesquelles ils prennent la forme de nœuds.

3° L'expression est extrêmement anxieuse; le malade est convaincu qu'il est frappé à mort.

4° Le pouls d'abord vif et fréquent devient bientôt petit et filant.

5° L'intelligence est ordinairement intègre, et quelques malades se plaignent, après qu'ils ont pris quelque boisson, qu'ils la sentent passer dans le ventre.

L'auteur rapporte avec les détails nécessaires cinq observations de perforation d'estomac recueillies toutes dans son voisinage et dans ces dernières années et qui toutes avaient pour sujet des femmes chlorotiques âgées de moins de 23 ans; puis il rapporte sommairement et sous forme de tableau 46 autres observations avec indication de l'âge, du sexe, de l'état antérieur de la santé, de celui des fonctions utérines, de la forme et de la position de l'ulcère, de la durée des accidens, et enfin du recueil où elle a été publiée et des médecins qui l'ont recueillie.

Voici quelques-uns des résultats les plus généraux qui ressortent de ces 51 faits.

Sur les 51 cas, on compte 12 hommes et 39 femmes. Voici quel était l'âge de ces dernières:

De 15 à 20 ans	21
20 à 25 ans	10
25 à 30 ans	5
40 ans	1
50 ans	1
60 ans	1

ÉTAT ANTÉRIEUR DE LA SANTÉ. Le plus grand nombre se plaignait avant l'invasion des accidens, de symptômes de dyspepsie, dont les plus fréquens étaient une douleur accidentelle dans la région de l'estomac et dans le côté gauche, le pirosis et des flatulences. Le vomissement n'est pas un symptôme concluant, quoiqu'on l'ait observé dans un bon nombre de cas. Chez 13 de ces femmes les menstrues venaient irrégulièrement; chez 25 l'état de cette fonction n'est pas indiqué; chez 1 la malade n'avait encore eu ses époques qu'une seule fois et un mois auparavant.

La plupart de ces femmes (sinon toutes) n'étaient pas mariées.

La durée des accidens a été de douze à trente heures; dans un cas rapporté par le docteur Elliotson la vie se prolongea pendant soixante et dix heures.

LÉSIONS. L'ulcère était situé, dans la plupart des cas, dans la petite courbure, et le plus souvent au milieu de l'espace qui sépare le cardia du pylore, mais dans beaucoup de cas près du cardia. Dans un seul de ces cas, la perforation se trouvait près du pylore, et dans ce cas elle correspondait en dehors à une excroissance fibreuse. Chez 9 sujets il y avait deux ulcères l'un vis-à-vis l'autre, en sorte que quand l'estomac était vide les deux points malades devaient se trouver en contact.

HOMMES. Un seul de ces derniers était âgé de moins de 20 ans. Chez 9 la perforation était près du pylore; chez 3 au milieu d'une ligne tendue entre les deux ouvertures de l'estomac; 5 de ces cas ont laissé des doutes sur leur simplicité, car les parties qui entouraient la perforation étaient dures et calleuses.

Il résulte donc de ces faits que chez la femme la perforation est beaucoup plus fréquente que chez l'homme, et ce qui est encore plus remarquable ou au moins plus nouveau, c'est que la perforation chez la première est située dans la moitié gauche de l'estomac, tandis que chez l'homme elle est presque constamment près du pylore. L'auteur ne sait comment expliquer cette différence. Sœmmering et Lefèvre croient que l'estomac de la femme est contracté vers son centre, d'où il résulterait que la perforation se ferait plus facilement dans la région cardiaque lorsqu'elle est distendue par les alimens; mais il serait d'abord nécessaire de démontrer l'existence de cette contraction de l'estomac.

Depuis longtemps, M. Crisp pensait que la chlorose était l'une des causes les plus fréquentes de la perforation de l'estomac, et cette opinion a reçu l'appui des faits suivans. Les 5 cas dont il a eu connaissance dans son voisinage avaient tous pour sujets des femmes chlorotiques, et bien que l'état des fonctions menstruelles ait été rarement indiqué chez la plupart des femmes dont il est question dans le tableau il croit cependant que, d'après ce qu'on dit de la figure pâle et des couleurs de cire de la plupart d'entr'elles, presque toutes étaient mal réglées. La perforation de l'estomac produite par une simple ulcération ne s'observe peut-être jamais chez la femme avant l'époque de la puberté et bien rarement après la cessation des règles. La même maladie est très rare chez la femme mariée.

Le principal objet du traitement, lorsqu'on soupçonne chez une femme chlorotique l'existence d'un ulcère dans l'estomac, sera d'abord de combattre la chlorose par les moyens ordinaires et bien connus combinés à l'emploi de ceux à l'aide desquels on rappelle le flux menstruel.

Quand la perforation est faite il doit rester peu d'espoir; quelquefois pourtant l'ouverture peut être oblitérée par l'adhérence des parois de l'estomac avec l'un des viscères voisins, et les matières de l'estomac ne passent pas alors dans le péritoine. On connaît la méthode qu'emploie le docteur Stokes de Dublin dans les cas de perforation intestinale qu'il traite par l'opium à haute dose; et on sait que dans bien des cas la vie des

malades a été prolongée par l'emploi de ces moyens. Dans le cas de perforation de l'estomac rapporté par le docteur Elliotson et où l'on administra de très fortes doses d'opium, le malade survécut soixante-dix heures.

EFFETS DU TRI-CHLORURE DE CARBONE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ET DE QUELQUES AUTRES MALADIES; par le docteur TUSON, médecin de l'hôpital de Middlessex.

L'auteur assure s'être livré depuis quelque temps à une série d'expériences comparatives sur l'emploi de divers nouveaux médicamens à l'intérieur et à l'extérieur, et croit avoir suffisamment constaté les bons effets de l'une de ces préparations chimiques pour devoir livrer à la publicité les résultats qu'il a obtenus de son emploi.

Le tri-chlorure de carbone fut prescrit pour la première fois à l'hôpital de Middlessex en application locale pour une femme qui portait au sein un cancer ulcéré, et à la dose de 4 grammes dans une pinte d'eau avec laquelle on le mêlait; puis on l'appliquait sur la tumeur ulcérée avec des compresses imbibées du liquide obtenu de ce mélange. L'effet immédiat fut une diminution de la douleur, la disparition complète de la fétidité des fluides fournis par le pylore et un notable soulagement pour la malade. On prescrivit alors le tri-chlorure de carbone à l'intérieur à la dose d'une goutte dans de l'eau, trois fois par jour; cette dose fut portée à deux ou trois gouttes, et elle produisit un effet sédatif très prononcé et amena un sommeil de trente-quatre heures. On cessa l'emploi du médicament après plusieurs jours de son usage, la tumeur se détacha par lambeaux, et la plaie qui reste maintenant et repose sur une masse assez considérable d'induration est lavée chaque jour à l'aide d'une injection de solution de tri-chlorure, sans douleur pour la malade qui se trouve très bien.

Le même moyen a été employé chez un autre malade du même hôpital, qui portait une tumeur cancéreuse d'un fort volume dans l'aine, et avec les mêmes effets sédatifs, la même disposition au sommeil, la même diminution de la douleur et la disparition de la fétidité de l'écoulement. Le malade dort presque constamment, éprouve peu de douleurs. Il prend trois fois par jour trois gouttes de tri-chlorure de carbone à l'intérieur et emploie sur sa plaie une lotion composée de 8 grammes de tri-chlorure pour une pinte d'eau. Depuis un mois plusieurs parties de la tumeur se sont détachées. Après plusieurs jours de l'application du tri-chlorure de carbone, on remarque tout autour de la plaie une aréole inflammatoire offrant quelques-uns des caractères de l'érysipèle. Dans le premier cas, cette aréole s'étendait à environ 2 pouces autour de la tumeur, et dans le second à 4 ou 5 pouces, et s'effaçait à mesure que l'on s'éloignait de la plaie. La pression du doigt y laissait un creux et une marque blanche pendant quelques instans. A mesure que l'on examine cette injection plus près de la plaie, on y distingue de grosses veines marchant dans une direction rayée et tortueuse des parties malades aux parties saines. Lorsque la peau fut ulcérée cette disposition disparut et les parties voisines revinrent à peu près à l'état normal.

M. Tuson s'appuie pour voir quelque chose de spécial dans l'action de cette préparation sur les affections cancéreuses, sur la puissante sédation que son emploi produit presque immédiatement chez les cancéreux et dans un petit nombre d'autres maladies, tandis que dans la plupart des autres états morbides elle reste sans efficacité aucune.

Les autres maladies où l'emploi du tri-chlorure de carbone a été le plus efficace sont la gangrène sénile, les ulcères gangréneux, les affections utérines, les névralgies, quelques névroses. Dans la première, ses propriétés antiseptiques produisent les effets les plus heureux et font disparaître à la fois la fétidité de la suppuration, les vives douleurs et l'insomnie; dans les ulcères gangréneux, il arrête l'extension de la gangrène et ne tarde pas à donner à la partie l'aspect d'une plaie de bonne nature en même temps qu'il calme les souffrances du malade. Administré à l'intérieur, il rend les plus grands services dans le traitement des névralgies, de certaines névroses et certains vomissemens nerveux; il calme toujours l'irritabilité nerveuse, diminue l'anxiété et relève les forces et le courage du malade.

Le tri-chlorure de carbone est un liquide transparent et à forte odeur de chlore et qui est composé de trois parties de chlore et d'une de carbone.

FRACTURE DU CALCANÉUM; par M. SCOTT.

OBS. — Elisabeth Joyson, âgée de 56 ans, se tenait debout sur une chaise. Elle se laissa tomber en portant avec force le talon du pied droit contre le sol. Après cet accident, elle ne put marcher: de la douleur et du gonflement se développèrent autour du genou. A son entrée, on constata les symptômes suivans: l'axe longitudinal du pied fait un angle droit avec celui de la jambe (cette position ne peut se changer que par la flexion du pied, les mouvemens d'extension paraissant perdus.) Trois pouces et quart au-dessus de la face inférieure du talon, paraît une saillie sous-cutanée qui représentait la portion séparée du calcanéum, large de plus d'un pouce et demi, pointue à ses deux extrémités, et donnant attache au tendon d'Achille, à sa partie supérieure. Les mouvemens de ce fragment osseux sont faciles, mais douloureux. Dépression marquée au-dessous de la portion d'os séparée. Au-dessus, gonflement et dureté des parties molles: il y a aussi de la tuméfaction sur la partie postérieure et latérale du coude-pied, ce qui masque la saillie des deux malléoles. Après la diminution de l'inflammation le pied fut placé dans une pantoufle et tenu étendu sur la jambe, celle-ci étant fléchie sur la cuisse. Cette position fut maintenue par un bandage qui, partant de la cuisse, traversait un anneau fixé au talon de la pantoufle.

L'accident était arrivé le 12 septembre.

Le 10 octobre, la portion d'os attachée au tendon d'Achille était seulement à 2 pouces de la face inférieure du talon, et liée à la partie interne, avec la portion inférieure du calcanéum, par l'intermédiaire d'un tissu osseux, à sa partie externe, au moyen d'un tissu fibreux.

Le 1er novembre, le cal est entièrement osseux. On place le membre dans l'extension.

Dix jours après, la malade quitte l'hôpital, ayant recouvré les mouvemens de flexion. Elle pouvait marcher avec facilité. On s'aperçoit à peine d'un peu de maladresse dans les mouvemens.

DÉCHIRURE DE L'IRIS AVEC DÉPLACEMENT DU CRISTALLIN SOUS LA CONJONCTIVE; par M. G. BENNETT.

OBS. — Th. Williams reçut un coup sur la région orbitaire gauche, à la partie interne de l'œil du même côté, lequel perdit immédiatement la vue. Aucune lésion extérieure n'indiquait que le coup eût été violent. Deux médecins de Bathurst ordonnèrent la saignée locale, les vésicatoires et le sulfate de magnésie. En examinant l'œil gauche, le 20 avril 1838, six semaines après l'accident, M. Bennett crut reconnaître une rupture de l'iris, et à travers cette déchirure un peu de sang, qui était la conséquence de l'extravasation ou plutôt de la destruction partielle du pigmentum, qui mettait à nu les vaisseaux sous-jacens.

A la partie moyenne de la cornée, on apercevait une petite tumeur, plus visible lorsque l'œil se portait en bas, et ressemblant par la forme au cristallin. Le toucher n'en était pas douloureux. L'œil blessé était amaurotique, et celui du côté sain semblait avoir été pareillement malade quelque temps avant l'accident arrivé à l'œil gauche. Pendant le jour, Williams ne pouvait distinguer aucun objet avec l'œil blessé; mais le soir, il distinguait la lumière d'une chandelle. Une teinte noire lui semblait, dans ce moment, apparaître devant l'œil. (Traitement: collyre astringent, purgatif. Plus tard, calomel et opium.) Amélioration de la vue qui est plus distincte quand le malade regarde obliquement que quand il fixe l'œil directement en avant. Comme les albinos, il y voit mieux durant la nuit que pendant le jour.

Le 26, M. Bennett ouvrit la petite tumeur dont il a été question plus haut. Il en sortit une petite quantité d'une substance visqueuse, épaisse, qui appartenait évidemment au cristallin décomposé. Le malade, après cette opération, exprima de lui-même son soulagement. Mais le spasme des muscles de l'œil empêcha de bien observer si quelques restes du cristallin étaient encore contenus dans la capsule, bien qu'un examen rapide permît de soupçonner qu'il n'en restait plus.

L'humeur vitrée restait entière; et la coloration vive des vaisseaux sanguins situés derrière elle donnait à cette portion de l'œil l'aspect des yeux d'albinos, dans lesquels le pigmentum manque. La lentille avait donc été chassée à travers la choroïde et la sclérotique et s'était logée sous la conjonctive formant un sac épaissi, dans lequel sa décomposition s'était opérée à la longue, en déterminant une vive irritation.

Le 28, le malade souffre beaucoup moins qu'avant l'opération. La vision n'est que peu améliorée. Cependant il dit avoir reconnu quelqu'un, en regardant obliquement du côté d'une chandelle; s'il regarde directement, tout lui paraît obscur. Il peut réellement discerner le jour d'avec les ténèbres; mais il se croit toujours très près des objets qui sont en réalité fort éloignés de lui.

6 mai. La vision s'est améliorée. Williams distingue les mouvemens d'une main qui passe devant son œil.

9 mai. Le malade retourne chez lui, l'état local étant le même.

DE L'INTERVALLE QUI SÉPARE LA PREMIÈRE VACCINATION DE L'INVASION DE LA PETITE VÉROLE; par le docteur GREGORY, médecin de l'hôpital des Varioleux de Londres.

Le temps qui s'écoule entre la première vaccination et l'attaque de la petite vérole a varié, dans la plupart des cas, entre 7 et 30 ans, et le plus grand nombre des cas a été observé chez des adultes dans toute la vigueur de l'âge.

Le tableau suivant indique l'âge de tous les malades reçus à l'hôpital des Varioleux, et qui, après avoir été vaccinés, ont eu la variole pendant l'épidémie de 1838.

Age.	Admis.		Morts.
Au-dessous de 5 ans.......	0	....	0
De 5 ans à 9...............	5	....	0
10 — 14...............	25	....	0
15 — 19...............	90	....	6
20 — 24...............	106	....	16
25 — 30...............	55	....	8
31 — 35...............	13	....	1
Au-dessus de 35 ans.......	4	....	0

NOMBRE DES PERSONNES QUI ONT EU LA PETITE VÉROLE APRÈS AVOIR ÉTÉ VACCINÉES, DANS LE WURTEMBERG ET LE DANEMARCK.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus sur le continent par MM. les docteurs Heim, dans le Wurtemberg, et Mohl, dans le Danemarck, nous reconnaîtrons, entre eux une telle analogie, qu'il est impossible d'y méconnaître une loi de l'économie.

Age.	WURTEMBERG. Dr Heim.		DANEMARCK. Dr Mohl.
De 1 an à 5............	40	....	14
6 — 10............	68	....	102
11 — 15............	186	....	173
16 — 20............	275	....	187
21 — 25............	239	....	156
26 — 30............	172	....	19
31 — 35............	75	....	2

On remarque que, dans ces trois résultats, le maximum des cas arrive à l'époque qui suit immédiatement la puberté, ce qui permet de regarder comme probable qu'il s'opère, à cette importante époque de la vie humaine, quelques modifications dans l'économie qui diminuent la force protectrice qu'avait gardée jusqu'alors la vaccination. Tout le monde sait qu'il est très rare de voir des enfans de 8 ans, et qui ont été vaccinés, être pris à cet âge de la petite vérole. M. Gregory affirme n'en avoir vu, pendant sa longue pratique, à l'hôpital des Varioleux, que trois ou quatre exemples. Il est donc certain qu'à cet âge on peut regarder comme complète la protection de la vaccine; mais on doit reconnaître, qu'à un âge moins avancé, cette protection diminue dans un certain nombre de cas. S'il est vrai qu'on ne peut limiter exactement le nombre de ces cas, il n'y a cependant aucun motif pour qu'on ne tente pas d'étudier les lois qui limitent la résistance que la vaccine oppose au virus varioleux en tant de cas et d'une manière si évidente chez l'enfant. Nous avons déjà signalé la puberté parmi les causes qui troublent l'action de la vaccine; il en est probablement d'autres, et, parmi elles, M. Gregory range un changement de climat, une grave attaque de fièvre et certaines influences épidémiques.

OBSERVATION D'UN CAS OU UN MALADE A PORTÉ ET A RENDU A DIVERSES REPRISES DES HYDATIDES PENDANT TRENTE ANNÉES; par le docteur THOMPSON.

L'auteur rapporte, dans un mémoire lu à la Société médicale de Londres, sur les hydatides, l'histoire d'une femme morte à l'âge de 53 ans, à laquelle il donnait des soins, et qui portait, depuis trente ans, des hydatides dont la première apparition avait été à la suite d'un coup sur l'abdomen : 29 ans avant sa mort, et à différentes époques depuis, elle avait rendu un grand nombre de ces corps, avec accompagnement d'un liquide particulier, offrant quelquefois le caractère purulent, par une ouverture qui s'établissait près de l'ombilic. La malade avait éprouvé beaucoup de douleurs abdominales, de fréquentes attaques de diarrhées, d'anasarque, et tombait souvent dans un état de faiblesse extrême. Cependant elle se soutint longtemps dans cet état, à l'aide de quelques applications de sangsues et d'un traitement légèrement tonique.

A l'autopsie, on trouva, près de l'ombilic, deux tumeurs communiquant avec un conduit plein d'une matière mêlée de chaux et d'une extrême fétidité, et qui allait jusqu'à la partie supérieure du foie, avec lequel il paraissait avoir autrefois communiqué. Huit ou dix hydatides stériles se trouvaient à la surface du foie, et en dessous il y avait un abcès qui contenait du pus et des débris d'hydatides. La vésicule du foie était très dilatée et contenait des kystes semblables; on voyait encore de nombreuses hydatides dans l'épaisseur du mésentère.

OBSERVATION D'UN CAS DE PSORIASIS PALMAIRE DANS LEQUEL TOUT LE CORPS A PARU LUMINEUX; par le docteur COLLIER.

Les phénomènes qui se rattachent à la phosphorescence, surtout chez les animaux supérieurs et même chez l'homme, chez lequel on les a quelquefois observés, sont encore si peu connus que nous croyons devoir analyser le fait suivant, dont nous ne garantissons point l'authenticité, mais qui ne diffère pas assez de ceux déjà observés dans des conditions plus ou moins analogues pour que nous devions le repousser.

OBS. — M. S., âgé de 43 ans, d'une taille élevée, très robuste, d'une grande activité, a porté pendant quelque temps un psoriasis de la paume des mains. Il mange beaucoup et fait surtout une prodigieuse consommation de graisse, mais ne fait qu'un usage très modéré de boissons fermentées et boit très rarement des liqueurs. Vers la fin de l'été dernier, il eut un fort catarrhe qui le fatigua un peu, et qui disparut à la suite d'un voyage fait sur le continent pour affaires; mais il continuait à être incommodé de ses mains. Vers cette époque cependant, il s'était livré, avec plus d'abandon que jamais, à son goût pour les matières grasses; il en avait mangé des quantités prodigieuses, les assaisonnant de beaucoup de suc de citron, qu'il employait pour combattre son psoriasis, quand un soir, se couchant tard et après avoir longtemps lu, suivant son habitude, et se mettant au lit, il quitta la chemise qu'il portait et en coiffa le dos de la chaise, au lieu de la coucher sur le dos de cette même chaise, comme on le fait habituellement. En montant au lit, il fut tout surpris de voir une flamme ou une lueur phosphorescente appuyée sur la chaise où il avait déposé sa chemise, et ayant la forme d'un tronc sans tête. A l'instant même il saute du lit, s'approche de sa chemise, la touche de sa main, et aussitôt, portant ses regards sur son propre corps, il voit ses bras et sa poitrine couverts d'une même flamme lumineuse. Quand la lueur de la chemise disparaissait, il lui suffisait de frictionner cette dernière pour que la flamme reparût. Le phénomène continua pendant plusieurs jours, et s'est montré de nouveau depuis, et à la suite d'un excès du même genre.

MAMELLES ADDITIONNELLES A L'AISSELLE; par le docteur DIXON.

OBS. — Mad. H., âgée de 44 ans, mère de huit enfans, me dit qu'elle porte sous les bras des grosseurs qui fournissent du lait. Je les examine et trouve, au centre de chaque aisselle, une tumeur ayant environ le volume d'un œuf, et un peu plus grosse à droite qu'à gauche. Chacune de ces tumeurs présente au toucher la sensation qu'offrirait la glande mammaire, et offre une saillie d'une ligne et demie à deux lignes. On distingue, au-dessus, de petites proéminences irrégulièrement distribuées, et de chacune desquelles on fait sortir du lait en les comprimant. Il n'y a pas de traces d'aréole. Cette dame ne remarqua cette disposition qu'à la naissance de son second enfant et l'attribua à ce qu'elle avait probablement pris du froid. Pendant le cours de ses six autres grossesses consécutives, elle vit ces tumeurs augmenter de volume en proportion de celui que prenaient les glandes mammaires; puis elles conservaient les mêmes dimensions pendant toute la durée de l'allaitement, et revenaient ensuite à leur premier volume, celui d'une noisette. Quand le lait monte dans les vraies mamelles, il en fait autant dans les tumeurs axillaires, qui se distendent en même temps que du lait sort par chacune des petites papilles, qui ne présentent toutes qu'un seul orifice.

Lorsque j'ai vu Mad. H., il y avait trois semaines qu'elle était accouchée de son huitième enfant. J'étais accompagné, au moment où j'examinai cette conformation anormale, de mon ami M. Price.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER.

SUR LA MUSCULARITÉ DE L'IRIS.

M. MAUNOIR (de Genève) envoie un mémoire dans lequel il se propose de démontrer la muscularité de l'iris. Ce mémoire fait suite à une longue série de recherches sur ce même sujet, qui remontent à l'an x. Voici d'abord l'idée qu'il se forme des élémens de cette membrane. Epiderme, ou plutôt épithélium, corps muqueux, muscles (au nombre de deux, un dilatateur, un sphincter), membrane celluleuse, pigmentum nigrum, enfin, membrane celluleuse enveloppant toutes ces parties, les unissant toutes, en étant les limites réciproques.

Les deux muscles de l'iris (dans l'homme) n'en forment pour ainsi dire qu'un seul, parce qu'ils sont en apparence la continuation l'un de l'autre; le plus extérieur, qui est rayonnant, part d'une espèce d'aponévrose qu'on appelle le ligament ciliaire, qui se trouve sur la limite de la cornée transparente et de la sclérotique. Les fibres de ce muscle tombent perpendiculairement sur la grande circonférence du muscle orbiculaire ou sphincter; sa petite circonférence forme la pupille. Le muscle rayonnant ou dilatateur de la pupille occupe à peu près les trois quarts du disque de l'iris et le sphincter occupe l'autre quart.

Des expériences galvaniques avaient confirmé les recherches de M. Maunoir sur ce point.

Enfin, ce chirurgien s'est livré depuis à des recherches microscopiques pour compléter ses études sur la structure intime des derniers élémens de l'iris, qu'il a trouvés très variables dans les différentes espèces animales, sauf l'élément musculaire qui lui a paru être constant.

Il ne manquait plus, dit-il, que la démonstration de l'antagonisme des mus-

cles constricteurs et dilatateurs de la pupille, pour établir sans réplique la muscularité de l'iris. C'est à un hasard qu'il doit cette démonstration.

Voici le fait.

J. R., de Fégères, s'est donné accidentellement un coup de pointe de couteau dans la partie inférieure de l'œil gauche, vers le milieu de juillet 1843. Le 30 juillet, voici l'état de l'œil : le globe est un peu rosé ; l'iris est fort rapproché de la cornée, au bas de laquelle existe une cicatrice transversale et grisâtre. La pupille naturelle est un peu oblongue verticalement, parfaitement noire et mobile. Une seconde pupille bien noire, sous forme d'un petit triangle à pointe supérieure, paraît au-dessus de la cicatrice, derrière laquelle elle semble se prolonger ; comme l'autre, elle a des mouvemens très marqués ; seulement elle se dilate et s'élargit à la lumière, par écartement de ses côtés, au même instant où la pupille normale se contracte, et *vice versâ*. La vue est très légèrement affaiblie dans cet œil.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXTIRPATION DE LA LANGUE.

M. Sédillot, professeur à Strasbourg, communique à l'Académie le fait suivant, qui a nécessité une opération extrêmement grave.

J'ai été appelé, dit-il, il y a peu de temps, auprès d'une personne de Strasbourg, atteinte d'un cancer à la langue. Toute la moitié gauche de cet organe était profondément altérée jusqu'auprès de l'épiglotte. L'opération, regardée comme nécessaire par tous les hommes de l'art, fut résolue. Voici de quelle manière elle a été exécutée.

Je commençai, dit M. Sédillot, par enlever la première incisive gauche inférieure, puis j'incisai verticalement, à quelques millimètres à gauche de la ligne médiane, toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et les tégumens de la région cervicale, jusqu'au niveau de l'hyoïde. Je passai un bistouri étroit derrière la portion correspondante du maxillaire, en ayant soin de ménager complètement le côté droit, et je divisai l'os d'un trait de scie. Deux aides ayant immédiatement écarté les branches de la mâchoire, je séparai les parties molles de la branche gauche de l'os, jusqu'au voile du palais, et, au moyen d'un bistouri droit, je pratiquai la section de la langue sur la ligne médiane, et j'en enlevai la moitié malade en la contournant en arrière, au niveau de l'épiglotte.

Cette opération s'exécuta avec une extrême facilité, et sans présenter le moindre obstacle. Je posai une ligature sur l'artère linguale, et toute hémorragie fut arrêtée. Le pansement consista dans l'affrontement des branches de la mâchoire, maintenues en contact par une petite lame d'or appliquée et soutenue au-devant des arcades dentaires par un fil de soie. La lèvre fut réunie par la suture entortillée, et une mèche fut laissée dans la plaie du cou pour le passage des mucosités et du pus.

La malade ne paraissait que peu fatiguée, elle n'avait pas éprouvé un seul moment de suffocation, n'avait nullement été incommodée par le sang ; elle articulait quelques paroles d'une manière intelligible ; la langue soutenue par le muscle génio-glosse resté intact ne s'était pas rejetée en arrière.

Le neuvième jour de l'opération, la lèvre est complètement réunie, la mâchoire se consolide, les plaies de la langue et de la bouche sont détergées, et tout fait espérer un résultat complètement heureux.

PROPRIÉTÉS OPTIQUES DE PLUSIEURS ALCALOÏDES.

M. Bouchardat adresse un travail sur les propriétés optiques (le pouvoir moléculaire rotatoire) de la salicine, de la phlorydzine et du cnysin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance contient, entr'autres pièces, une lettre de M. Clot Bey sur l'état des vaccinations en Égypte (commission de vaccine) ; une lettre de M. Leroy relative aux tumeurs du sein, dans laquelle ce chirurgien cherche à établir que les opérations d'extirpation de cancers du sein abrègent la durée moyenne de la vie des femmes.

— M. Devilliers annonce à l'Académie que le conseil municipal de Paris vient de voter les fonds nécessaires à la nouvelle sépulture de Bichat.

— M. Rochoux demande la parole pour une motion d'ordre. Il demande que, si la discussion sur les tumeurs du sein ne se termine pas dans la séance d'aujourd'hui, on en renvoie la suite à une séance extraordinaire, comme on l'a fait déjà dans une circonstance analogue, afin de ne pas apporter plus de retard aux autres travaux de l'Académie.

M. Bousquet fait remarquer que l'Académie, n'étant pas chez elle, ne peut pas disposer du local qu'elle occupe provisoirement, pour tenir une séance extraordinaire.

La proposition de M. Rochoux n'étant pas appuyée n'est pas mise aux voix. L'ordre du jour devait être consacré à la suite de la discussion sur les tumeurs des mamelles ; mais, M. Ségalas ayant à faire un rapport officiel demandé par M. le ministre du commerce, est appelé à la tribune.

RAPPORT SUR LE LITHÉRÉTEUR DE M. CORNAY.

M. Ségalas : Nous avions été chargés, M. Gimelle et moi, de faire un rapport sur un instrument et un mémoire présentés à l'Académie par M. Cornay, de Rochefort ; cet instrument, désigné par l'auteur sous le nom de lithéréteur, est destiné à opérer l'extraction des graviers contenus ou restés dans la vessie, à la suite de l'opération de la lithotritie. La commission avait assisté à plusieurs expériences, dont les résultats ne lui avaient paru ni assez concluans, ni assez satisfaisans pour en faire un rapport à l'Académie. Sur la demande de l'auteur, M. le ministre du commerce ayant engagé l'Académie à exprimer son opinion sur la valeur de l'instrument en question, les commissaires se sont vus dès-lors obligés de faire connaître les résultats de leur examen sur l'instrument et sur le mémoire de M. Cornay. C'est ce qu'elle se propose de faire dans ce rapport.

M. Ségalas examine successivement, sous les yeux de l'Académie, et le mémoire et l'instrument en question.

L'auteur présente dans son mémoire les instrumens lithotriteurs comme donnant lieu habituellement aux plus graves accidens, et son instrument comme destiné à prévenir ces mêmes accidens. Cet instrument, qu'il appelle lithéréteur, est composé de trois pièces principales, un chalumeau, un récipient et une pompe aspirante. La manœuvre, dit l'auteur, est facile et point douloureuse ; le chalumeau est introduit dans le canal de l'urètre, à la manière d'une sonde ordinaire ; un liquide est injecté dans la vessie ; puis on fait le vide avec le corps de pompe et le liquide aspiré par le jeu du piston entraîne avec lui les graviers qui sont reçus dans le réservoir.

En ce qui concerne le mémoire, le rapporteur signale des assertions inexactes. Il est faux, dit-il, que la lithotritie donne lieu aussi fréquemment que l'avance l'auteur à des accidens graves ; et pour tous les cas spécifiés, les indications auxquelles M. Cornay prétend satisfaire par son instrument sont tout aussi bien remplies par une simple sonde de gomme élastique et une seringue.

Quant aux expériences, elles ont consisté en essais sur le cadavre et sur le vivant. Les expériences sur le cadavre ont été faites dans les pavillons de l'école pratique et à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon, sous la direction de M. Robert. Sur le premier sujet, l'expérience a complètement échoué. On n'a pas pu parvenir à faire pénétrer le chalumeau jusque dans la vessie, et les manœuvres ont eu pour résultat de produire des déchirures étendues dans plusieurs points du canal de l'urètre. Les seconds essais sur le cadavre ont été moins malheureux ; ils n'ont point produit d'accidens ; mais ils n'ont eu qu'un résultat incomplet, insuffisant : douze graviers avaient été introduits dans la vessie d'un cadavre ; M. Cornay n'en a pu extraire que neuf. Enfin, les expériences sur le vivant n'ont guère été plus satisfaisantes. Elles ont été faites à l'hôpital Beaujon, dans le service et sous les yeux de M. Laugier. C'est à cet honorable confrère que nous devons les renseignemens que nous possédons à cet égard. Or, il résulte de ces renseignemens que l'opération n'a eu que des résultats tout à fait incomplets ; que dans leur première opération, on n'est parvenu à extraire qu'une partie seulement des graviers contenus dans la vessie, et que les manœuvres qu'elle a nécessitées ont produit une vive irritation dans cet organe ; que, dans une deuxième tentative, les graviers sont restés engagés dans l'urètre. Enfin, dans une troisième tentative, l'instrument, appliqué, comme dans les cas précédens, après une opération de lithotritie qui n'avait donné lieu à aucun écoulement de sang, fit sortir du sang avec le liquide injecté dans la vessie.

La commission pense donc qu'il n'y a pas lieu d'accorder son approbation à l'instrument qui lui a été présenté par M. Cornay ; toutefois, elle croit devoir rendre hommage à son zèle et à ses efforts. Elle propose, en conséquence, de répondre à M. le ministre 1° que le travail présenté à l'Académie par M. Cornay renferme des erreurs graves ; 2° que l'instrument de son invention ne remplit pas les indications qu'il s'était proposées, qu'il peut donner lieu à des accidens fâcheux et qu'il est en somme moins avantageux que les instrumens habituellement en usage. Elle propose enfin d'adresser des remercîmens à M. Cornay pour sa communication.

M. Blandin : Je ne partage pas entièrement les opinions que vient d'émettre le rapporteur, et le jugement qu'il a porté sur l'instrument de M. Cornay me paraît un peu sévère. M. Ségalas dit qu'une sonde et une seringue suffisent pour faire sortir les graviers de la vessie. Je crois que si M. Ségalas voulait bien y réfléchir, il verrait que sa proposition est beaucoup trop absolue. Il est certainement des cas où ces moyens ne sont pas suffisans, ceux, par exemple, où il existe une paralysie de la vessie. Il serait donc utile, ce me semble, d'avoir pour ces cas là au moins un instrument plus efficace.

Il est dit dans le rapport qu'il a été fait deux séries d'expériences, les unes sur le cadavre, les autres sur le vivant. Les expériences sur le cadavre ne me paraissent pas tout à fait aussi concluantes contre l'instrument en question que le dit M. Ségalas. Dans la première de ces expériences, l'urètre, dit-on, a été déchiré ; mais cela ne prouve pas absolument que l'instrument en lui-même soit mauvais ; cela prouverait tout au plus qu'il a été mal appliqué, que les manœuvres ont été mal dirigées. Dans la seconde expérience faite à l'hôpital Beaujon, sur 12 graviers il en a été extrait 9 : eh bien ! je dis que ce n'est pas là un mauvais résultat ; loin de là, c'est à mes yeux une expérience favorable. Plus tard, il a été fait des expériences sur le vivant ; les résultats ont été analogues à ceux que l'on avait obtenus sur le second cadavre. Dans quelques tentatives, les graviers ont été extraits ; d'autres fois ils sont restés engagés dans le canal. Mais n'est-ce pas là ce qu'on voit tous les jours dans les opérations de lithotritie ? Je ne vois jusque-là rien qui soit absolument défavorable à cet instrument. On dit que dans un cas où la lithotritie préalablement pratiquée

n'avait pas attiré du sang, le sang fut amené au dehors par le lithéréteur. M. Ségalas met cet accident sur le compte de l'instrument. Mais lorsque le lithéréteur a été appliqué, la vessie n'avait-elle pas été irritée déjà par les manœuvres de lithotritie, et qu'est-ce qui nous dit qu'une seconde application des instrumens lithotriteurs n'eût pas amené du sang, comme l'a fait l'instrument de M. Cornay?

En résumé, d'une part, je ne vois pas que les expériences sur le cadavre aient été aussi défavorables qu'on le dit; je vois, d'un autre côté, qu'on peut retirer de cet instrument des avantages réels sur le vivant. Je ne comprends pas dès lors qu'on se soit cru autorisé à proposer des conclusions aussi sévères. Qu'on dise que les expériences faites devant la commission n'ont pas été suffisantes pour apprécier la valeur du procédé de M. Cornay, à la bonne heure; mais je ne vois pas de motif suffisant pour rejeter son invention.

M. Ségalas : Je commencerai par répondre à M. Blandin que jusqu'à présent j'ai pu, dans tous les cas qui se sont présentés à moi, retirer les fragmens de calcul restés dans la vessie après l'opération de la lithotritie, à l'aide du simple appareil dont je parlais tout à l'heure, même lorsqu'il existait de la paralysie. J'ai fait plusieurs fois l'opération de la lithotritie dans cette circonstance en présence de plusieurs membres de cette Académie, notamment une fois en présence de M. Baron, une autre fois devant M. Nacquart. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un malade dont la vessie était tellement paralysée qu'il ne pouvait pas rendre une seule goutte d'urine; malgré cette condition en apparence si défavorable, je vidai la vessie du grand nombre de petits calculs qu'elle contenait à l'aide de la sonde et de la seringue à lithotritie.

On a parlé des expériences sur les cadavres; et on a paru dire que ces expériences n'avaient pas été assez répétées pour nous autoriser à énoncer un jugement. On a vu que ces expériences n'avaient pas répondu à l'attente de l'auteur; nous l'avions engagé à les répéter, à se livrer à de nouveaux essais, attendant une meilleure occasion pour nous éclairer complètement sur leur valeur, lorsqu'une lettre du ministre du commerce nous a mis en devoir de nous prononcer sur les expériences dont nous avions été témoins. Quant aux expériences sur le vivant, il en a été fait à l'hôpital Beaujon sous les yeux de M. Laugier. Nous avons dit seulement à l'égard de ces expériences qu'elles avaient été incomplètes, insuffisantes. C'était l'opinion de M. Laugier, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière. J'ai partagé son opinion.

En somme, je pense qu'on peut obtenir les mêmes résultats par des instrumens beaucoup plus simples que celui de M. Cornay, que cet instrument est beaucoup trop compliqué et d'une application difficile. Telle est l'opinion de la commission; maintenant je ne demande pas mieux que de modifier les conclusions si l'Académie le juge convenable.

M. Amussat : Je désirerais que l'on eût en général plus d'égards pour les inventeurs. M. Cornay me paraît s'être donné beaucoup de peine pour atteindre un résultat qui pouvait être utile; je trouve qu'en proposant des conclusions aussi sévères, on ne peut que le décourager. Je voudrais qu'on modifiât ces conclusions, au moins quant à la forme, si la commission pense réellement que l'instrument en question soit défectueux. Ne serait-il pas possible d'ailleurs que l'auteur parvînt à le perfectionner? ce serait là un motif de plus pour apporter quelques restrictions aux conclusions du rapport.

M. Gimelle : Je fais partie de la commission, et je déclare qu'en ma présence M. Cornay n'a pu parvenir à introduire son instrument dans la vessie d'un cadavre, et que les manœuvres longues et pénibles auxquelles il s'est livré n'ont eu d'autre résultat que de produire de profondes déchirures dans le canal de l'urètre. Voyant cela, j'ai dit à M. Cornay : Faites de nouveaux essais, exercez-vous, habituez-vous au maniement de votre instrument, et quand vous vous croirez en mesure de réussir, réunissez-nous de nouveau; la commission se tiendra à votre disposition. Au lieu de cela qu'a fait M. Cornay? il est allé à Beaujon faire des essais sur le vivant; puis il fait demander un rapport officiel à l'Académie par le ministre du commerce. On trouve que nos conclusions ont été trop sévères; moi, je suis d'avis, au contraire, qu'elles ne le sont pas assez.

M. Petit (correspondant de l'Académie) demande à dire un mot. L'instrument dont il s'agit, dit-il, n'est pas nouveau. J'en ai vu de tout à fait semblables chez M. Charrière. Je m'en suis même servi plusieurs fois, soit pour injecter, soit pour désinjecter la vessie. J'ajouterai que cet instrument m'a paru devoir être utile dans maintes circonstances.

M. Roux dit quelques mots qui nous échappent, au sujet de la paralysie de la vessie. Nous entendons qu'il cite des exemples de cas dans lesquels la paralysie de la vessie aurait cessé après l'extraction des calculs par la taille. Il demande si l'on pense qu'il y ait autant de chances de voir se rétablir la contractilité de la vessie après l'opération de la lithotritie qu'après celle de la taille. S'il n'en était pas ainsi, ce serait une raison à faire valoir en faveur de la lithotomie.

M. Ségalas : Si je m'en rapporte à ma propre expérience, la paralysie de la vessie, loin d'être une contre indication pour la lithotritie, indiquerait au contraire cette opération, qui n'en est même que plus facile.

M. Bérard trouve que les conclusions sont très sévères, sans doute, mais il les croit justes, en raison surtout de la voie détournée qui a été prise pour obtenir un rapport de l'Académie.

M. Lisfranc : Les expériences sur le cadavre dont on a parlé ne sont pas concluantes dans le sens de la commission. L'instrument dont il s'agit a été employé immédiatement après la lithotritie. Or, je sais par expérience que la vessie est extrêmement irritée après cette opération. On ne peut donc pas, dans cette condition, juger si l'introduction de cet instrument est en elle-même douloureuse ou non; il faudrait pour cela qu'on l'eût expérimenté seul, de prime-abord. Je voudrais donc que, sous ce rapport là au moins, on modifiât les conclusions.

On a parlé de la paralysie de la vessie; une première chose importante à signaler à ce sujet, c'est qu'il est beaucoup plus facile de faire manœuvrer les instrumens dans la vessie lorsqu'elle est paralysée que lorsqu'elle conserve sa contractilité. Autre point. J'ai vu des cas où la paralysie a cessé après la lithotritie. J'ai suivi comparativement un grand nombre de faits d'opération de taille et de lithotritie, et je me suis convaincu que la lithotritie est beaucoup plus propre que la taille à faire cesser la paralysie. Tout le monde sait que la seule introduction d'une sonde suffit quelquefois pour rappeler la contractilité de la vessie. Or, que se passe-t-il dans la lithotritie? Non seulement, on introduit à plusieurs reprises des instrumens bien autrement irritans qu'une sonde, mais n'y a-t-il point aussi les fragmens anguleux du calcul brisé qui irritent bien plus énergiquement encore les parois de cet organe? Si donc il en est ainsi lorsque la vessie est dans son état d'intégrité, ne doit-on pas en conclure que lorsqu'elle est paralysée, l'irritation à laquelle donnera lieu l'opération de la lithotritie, loin d'être contraire, devra être avantageuse?

En ce qui concerne le rapport, je désirerais que les conclusions en fussent modifiées, parce que les expériences ne sont pas assez concluantes, à mes yeux, pour porter un jugement.

M. Devilliers : L'instrument étant déjà connu, il n'y a pas lieu à faire un rapport.

M. Ségalas : Nous n'aurions point fait de rapport s'il n'eût été demandé par le ministre.

M. Blandin : On a dit que cet instrument n'était point nouveau. Soit. Mais au moins doit-on reconnaître que les applications qu'en a faites M. Cornay sont nouvelles, et, sous ce rapport encore, doit-on lui tenir compte de son idée.

M. le rapporteur a dit que malgré la paralysie, il était toujours facile d'entraîner les graviers de la vessie. Il doit cependant se rappeler un cas où il eut lui-même à surmonter de très grandes difficultés; encore même n'y réussit-il pas complètement, puisque quelque temps après j'eus l'occasion de vérifier l'existence de graviers chez le même sujet.

Quant aux expériences sur l'instrument dont il s'agit, je prétends que, sur les trois essais qui ont été faits sur le cadavre, il y en a un qui est nul et dont on ne doit point tenir compte. Reste donc deux essais seulement dont on eût dû exclusivement s'occuper. Eh bien! je dis que ces deux faits sont insuffisans; je dis que fussent-ils même défavorables, et à mon sens ils ne le sont pas, il n'y aurait pas lieu à émettre des conclusions aussi sévères. Je demande donc qu'on renvoie de nouveau le rapport à la commission pour aviser.

M. Ségalas : Je ne puis pas souscrire à la proposition de M. Blandin. Je ne vois pas pourquoi on voudrait donner la préférence à un instrument aussi compliqué, lorsqu'une simple seringue ordinaire suffit pour le même résultat.

Quant au malade dont a parlé M. Blandin, je me le rappelle aussi. De ce que deux années après la lithotritie, M. Blandin a trouvé des concrétions phosphatiques dans une vessie paralysée qui ne rendait pas une goutte d'urine sans le secours de la sonde, notre collègue conclut que j'ai dû y laisser un fragment de calcul, quoiqu'il sache bien que le malade avait recouvré une bonne santé par l'opération. Eh bien! moi, qui ai trouvé la pierre à ce malade une année après que M. Blandin l'avait sondé, je n'oserais pas affirmer que lors de cette première exploration de M. Blandin il eût une pierre dans la vessie, quoique, d'après sa relation, il fût déjà en proie aux douleurs qui lui ont fait réclamer mes soins.

M. Dubois (d'Amiens) : Ne pourrait-on pas conclure tout simplement ainsi : Remercier l'auteur et l'engager à continuer ses expériences?

M. Bérard : Je ferai remarquer à M. Dubois que nous n'avons pas à répondre à M. Cornay, mais au ministre. Il résulte pour moi de cette discussion qu'il n'y a rien de bon dans l'instrument en question; je vote par conséquent pour les conclusions de la commission.

M. Bégin : Il faut dire que cet instrument n'est que la reproduction d'un instrument connu, et que tout le mérite de l'auteur consiste à en avoir fait une application nouvelle.

M. Gerdy : Je propose pour toute conclusion qu'on dise que l'auteur n'a pas fait assez d'expériences devant la commission pour qu'elle puisse porter un jugement motivé.

Cette dernière proposition est appuyée. Les conclusions du rapport ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

CULTURE DE L'OPIUM EN ALGÉRIE.

M. Caventou lit une note sur ce sujet. Cette note est destinée à répondre à un rapport fait récemment sur cette question à l'Académie des sciences par M. Payen. M. Caventou avait adressé une lettre à l'Académie des sciences, à l'occasion d'une communication sur ce sujet, dans laquelle il rappelait qu'en France même on avait fait des essais de culture de pavot qui avait fourni un opium d'une grande richesse. Quant à celui qui a été recueilli en Algérie, M. Caventou le déclarait plus riche que l'opium d'Orient. M. Payen qui, dans son premier rapport, avait contesté l'exactitude des proportions indiquées par M. Caventou et qui avait réduit à 12 p. 100, en moyenne, la proportion d'opium fournie par le pavot cultivé en Algérie a baissé encore ce chiffre dans son rapport complémentaire lu dans la dernière séance, et l'a réduit à 11,75 pour 100. M. Caventou s'élève contre une semblable appréciation et maintient dans la note qu'il communique actuellement à l'Académie que le pavot cultivé en Algérie donne jusqu'à 14 p. 100 d'opium.

Il manifeste le vœu, en terminant, que le ministre de la guerre encourage de tout son pouvoir la culture du pavot en Algérie, dans l'intérêt de la médecine et du commerce.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE ET THÉORIQUE D'ANATOMIE COMPARATIVE, COMPRENANT L'ART DE DISSÉQUER LES ANIMAUX DE TOUTES LES CLASSES ET LES MOYENS DE CONSERVER LES PIÈCES ANATOMIQUES; par HERCULE STRAUS-DURCKHEIM. — 2 vol. in-8°. Paris, 1842, chez Méquignon-Marvis fils, rue de l'École-de-Médecine, 3.

L'ouvrage que nous venons de lire se distingue des autres traités de zoologie, par un caractère tout particulier. Les détails relatifs aux classifications n'y tiennent point de place; et les descriptions mêmes des espèces animales se trouvent parfois singulièrement abrégées. Et cependant, nous n'hésitons pas à l'affirmer et le lecteur le dira bientôt avec nous, c'est là un excellent livre, bien suffisant pour l'étude du règne animal et digne de rivaliser avec les œuvres les plus estimées qui aient paru sur ce sujet. Le mot de l'énigme est aisé à trouver; le titre même de l'ouvrage le fournirait même au besoin. Ce n'est point un traité *théorique* et *pratique* que M. Straus annonce selon l'ordre que l'usage a consacré en pareille matière; c'est un traité *pratique* et *théorique*. Il suffit d'en parcourir quelques pages pour voir que l'auteur est resté partout fidèle à ce sage programme implicitement formulé en deux mots. Il ne décrit pas les objets, à proprement parler; il fait mieux, il met à même de les préparer, de les voir, de les décrire soi-même. Loin de donner, à l'instar de tant de professeurs, le résultat de ses études, il veut que le lecteur étudie par lui-même, et ce sont des moyens d'instruction personnelle qu'il place entre ses mains, au lieu de ces notions dogmatiques, variables selon les doctrines et que l'élève d'ailleurs oublie en général avec la même facilité qu'il les a acquises.

On voit les conséquences de ce plan. Sans rien préjuger sur le mérite de l'ouvrage, on peut du moins assurer que, comme son but, son utilité sera toute différente de celle des autres œuvres du même genre. Sous une forme moins magistrale, il peut rendre des services bien autrement importans que les recueils les plus étendus d'anatomie descriptive: car trop souvent ceux-ci prêtent à la nature leurs idées, leur langage, et lui au contraire, ne se propose que d'enseigner à l'interroger. Ajoutons cependant que, pour réaliser ces succès, une condition est encore indispensable au traité de M. Straus: ce sont des lecteurs qui consentent à le lire comme il demande à l'être, c'est-à-dire, le scalpel à la main. Peut-être cette condition sera-t-elle plus difficile à remplir, et l'opiniâtreté des travaux que commande une pareille méthode nuira-t-elle quelque peu à la vulgarisation du livre. Mais cet insuccès n'est pas de ceux qui doivent affliger un auteur.

L'ouvrage de M. Straus se divise en deux parties. La première est consacrée à des notions générales sur l'art de disséquer et de conserver les pièces anatomiques. Nous disons *Notions générales*, parce qu'elles s'appliquent indistinctement à la préparation de tous les tissus, de tous les organes et dans toutes les classes d'animaux. Mais cette partie du livre est, au contraire, on ne peut plus *spéciale*, on ne peut plus détaillée, quant à ce qui concerne les règles à suivre dans les diverses manipulations de l'anatomie pratique. Depuis la disposition et l'ameublement d'un laboratoire, jusqu'à la confection des instrumens les plus délicats, l'auteur passe en revue tout ce qui peut se rattacher à l'étude de l'organisation, et guide l'élève pas à pas dans ces recherches si attachantes mais si ardues qu'impose la science zoologique: cette première section ne comprend pas moins de 140 pages: on voit combien elle est complète, et de quel secours les préceptes qu'elle renferme peuvent être aux médecins ainsi qu'aux naturalistes.

L'ordre qui a présidé à l'arrangement de la seconde partie est remarquable par sa simplicité. Elle comprend les règles relatives à la dissection de chaque partie dans chaque espèce animale. Mais ici, l'auteur ne pouvait plus se contenter d'indications générales; avant de faire connaître le mode de préparation, il fallait donner une idée au moins sommaire de l'objet sur lequel celle-ci doit porter. C'est ce qu'a bien compris M. Straus; et la description anatomique dont il fait précéder chaque article ne fait qu'ajouter à la clarté des conseils qu'il donne ensuite pour les procédés opératoires, sans jamais nuire à l'intérêt. Trois paragraphes composent donc chaque article consacré à l'histoire de tel ou tel système d'organes: 1° anatomie, 2° dissection, 3° conservation. A l'occasion de chaque tissu, une série d'articles est consacrée à le considérer, sous ces trois rapports, dans les genres, les espèces, les familles, et même les individualités zoologiques lorsque celles-ci offrent entre elles quelques différences importantes.

Les tissus, ou mieux les classes d'organes, que reconnaît l'auteur et dont il fait ainsi successivement l'histoire dans toute l'échelle animale, sont au nombre de treize: ce sont le système tégumentaire, le système du tissu cellulaire et adipeux, le système osseux ou le squelette, le système syndesmique ou ligamenteux, le système musculaire ou charnu, les membranes séreuses, l'appareil digestif, les organes excrémentitiels ou glanduleux, l'appareil de la génération, les organes respiratoires, le système circulatoire ou sanguin, le système nerveux, enfin les organes des sens.

Toujours fidèle à son esprit pratique et à la simplicité de son plan, M. Straus n'a pas cru devoir donner à tel ou tel de ses systèmes la prééminence que revendiquent pour eux tels ou tels ouvrages de zoologie transcendante. C'est, dit-il fort justement, en établissant séparément l'échelle de gradation de chaque appareil dans toute la série animale, et en comparant ensuite ces échelles entre elles, qu'on reconnaît la dépendance réciproque des organes par l'influence qu'ils exercent les uns sur les autres, ainsi que l'analogie qui existe entre eux; et de l'ensemble doit ressortir à la fin le véritable *système naturel de classification des animaux*, dont la découverte est un autre but vers lequel tendent les naturalistes; système qui doit être fondé sur l'analogie des parties, et par conséquent sur celle des animaux entiers; c'est-à-dire que la classification doit être réellement le résultat de l'étude de l'organisation, et non pas un simple arrangement arbitraire, basé sur des principes établis d'avance selon l'opinion qu'on a adoptée et d'après laquelle on distribue les espèces. L'ordre que l'auteur a préféré est moins scientifique, peut-être, mais nous le croyons plus fructueux pour le but qu'il avait en vue. Il est uniquement relatif à la plus grande facilité des dissections; et allant du simple au composé en même temps que des parties superficielles aux profondes, il sert également et la main qui agit, et l'esprit qui a à juger le résultat de ses opérations.

Tel est, en résumé, le livre de M. Straus. En donnant à la pensée qui l'a conçu notre entière approbation, nous avons la conscience de n'avoir été, à son égard, que strictement justes; car nous n'avons point dissimulé l'étroite circonscription de son cadre, non plus que la limite dans laquelle il nous semble appelé à être utile. Pour en tirer tous les enseignemens qu'il renferme, ce n'est point assez de le lire, il faudrait vérifier sur la nature toutes les indications qu'il contient, recommencer, pour ainsi dire, tout le travail qu'il a coûté à son auteur. Or, peu de personnes seraient capables d'un pareil dévoûment à la science: ce n'est pas, du moins, dans la classe ordinaire des lecteurs qu'on en trouverait beaucoup de semblables à l'homme zélé et savant dont nous avons pu, par nous-mêmes, apprécier plus d'une fois les habitudes modestes et l'infatigable persévérance.

VARIÉTÉS.

LETTRE EN RÉPONSE AUX ARTICLES DE M. LISLE SUR LE RÉGIME MORAL AUQUEL SONT SOUMIS LES ALIÉNÉS DE L'HOSPICE DE BICÊTRE.

Monsieur le rédacteur,

Un feuilleton portant ce titre: SUR LE RÉGIME MORAL DES ALIÉNÉS DE BICÊTRE, par M. Lisle, a paru dans les numéros des 12 et 19 janvier 1844 de la GAZETTE MÉDICALE. Certains principes, d'une importance fondamentale, n'ayant pas été, dans ce travail, l'objet d'un examen assez approfondi, comme aussi certains faits exprimés par l'auteur n'ayant qu'un certain degré d'exactitude quelque peu contestable, il convenait à un ancien élève de Bicêtre, qui a observé sur le même théâtre que M. Lisle, de discuter ces principes et de rétablir les faits dans toute leur exactitude. J'ose donc réclamer, Monsieur le rédacteur, de votre esprit de justice et d'impartialité l'insertion de cette lettre dans votre journal, qui se consacre avec tant de zèle et de succès à la propagation de la vérité en matière scientifique. Cette lettre se divise naturellement en deux parties: 1° question de principes; 2° question de faits.

1° La première idée d'une médication morale appliquée au traitement de la folie ne doit pas être revendiquée par les modernes; elle remonte aux premiers temps de l'antiquité. Nous lisons dans le tome III de la NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE: « Aux deux extrémités de l'ancienne Égypte, qui était alors très peuplée et très florissante, il y avait des temples dédiés à Saturne, où les mélancoliques se rendaient en foule et où des prêtres, profitant de leur crédulité confiante, secondaient leur guérison, prétendue miraculeuse, par tous les moyens que l'hygiène peut suggérer: jeux, exercices récréatifs de toute espèce institués dans ces temples, peintures voluptueuses, images séduisantes exposées de toutes parts aux regards des malades; les chants les plus agréables, les sons les plus mélodieux charmaient souvent les oreilles; ils se promenaient dans des jardins fleuris, dans des bosquets ornés avec un art recherché; tantôt on leur faisait respirer un air frais et salubre sur le Nil, dans des bateaux décorés et au milieu de concerts champêtres; tantôt on les conduisait dans des îles riantes où sous le symbole de quelque divinité protectrice on leur procurait des spectacles nouveaux et ingénieusement imaginés et des sociétés choisies; tous les momens étaient enfin

consacrés à quelque scène comique, à des danses grotesques, à un système d'amusement diversifié et soutenu par des idées religieuses. Un régime assorti et scrupuleusement observé, le voyage nécessaire pour se rendre dans ces saints lieux, des fêtes continuelles, instituées à dessein le long de la route, l'espoir fortifié par la superstition, l'habileté des prêtres à produire une diversion favorable et à écarter des idées tristes et mélancoliques, pouvaient-ils manquer de suspendre le sentiment de la douleur, de calmer les inquiétudes et d'opérer souvent des changemens salutaires, qu'on avait soin de faire valoir pour inspirer la confiance et établir le crédit des divinités titulaires? »

Si mon assertion relative à la haute antiquité du traitement moral n'était pas suffisamment prouvée par les écrits que nous ont laissés nos illustres devanciers, par ces monumens de la science, que le temps a respectés, on serait porté à l'admettre, en songeant que la médecine a manqué pendant très longtemps de la base anatomique sur laquelle elle repose aujourd'hui, et qu'il était tout naturel alors de se renfermer dans l'observation presqu'exclusive des symptômes, méthode qui devait conduire presque nécessairement à une thérapeutique morale dans le traitement d'une maladie dont les manifestations sont pour la plupart psychiques. De tous les auteurs anciens, depuis Hippocrate, dont les écrits nous ont transmis à travers le moyen-âge les traditions du traitement moral, les plus rapprochés de notre époque sont Aretée, Celse, Cœlius Aurelianus. Il y a eu de nos jours une rénovation complète, et c'est à Pinel qu'il faut en attribuer l'honneur.

MM. Esquirol et Ferrus se sont associés à cette œuvre importante, en appliquant sur une grande échelle les principes de leur maître. Ces hommes honorables ont véritablement fondé en France le régime moral, en le faisant reposer sur ses véritables bases; car ce régime consiste bien plus, suivant eux, à soumettre les aliénés à des influences morales qui agissent en même temps sur un certain nombre d'entre eux, en arrivant à l'intelligence par le réveil des sentimens affectueux, qu'à prendre ces malades un à un et à lutter presque de vive force contre leur intelligence pervertie. Mais ces médecins n'ont pas manqué de faire une juste part à la médecine physique; car il n'est plus permis de nos jours de négliger dans toute maladie l'élément organo-pathologique, la modification organique inséparable du trouble fonctionnel. C'est donc à tort que tout récemment M. Leuret, élève et ami d'Esquirol, issu directement, dit-on dans votre article, comme par une véritable filiation scientifique du célèbre Pinel, s'est laissé attribuer l'honneur de cette rénovation. Si la méthode de M. Leuret a paru avoir quelque chose de neuf, c'est qu'on ignorait généralement en France que Hemroth, Frederigt, et surtout Hidler, avaient formulé avec plus de développement encore les mêmes principes bon nombre d'années avant la publication des mémoires de M. Leuret sur le traitement moral. Ce ne fut d'ailleurs que dans les premiers temps de son apparition, à l'époque où, la faisant reposer *sur l'intimidation, la crainte, la terreur*, il nous apprenait dans ses écrits les moyens énergiques dont il faut appuyer le raisonnement que l'on oppose aux idées fixes des malades; depuis cette époque, une grande réforme s'est opérée dans l'esprit du médecin de la deuxième section; si ces moyens énergiques sont encore employés, il ne leur donne plus de retentissement dans la presse; et, en vérité, le blâme général qui avait accueilli parmi nous la méthode d'intimidation partout et toujours, était trop légitime par les fâcheux résultats qu'il en a obtenus au point de vue des guérisons, des suicides et des évasions, pour qu'il dût en être autrement (1).

Cette modification dans les principes de M. Leuret est plus qu'évidente. Ne lit-on pas dans une thèse du docteur Macario sur le traitement moral de la folie: « Qu'on l'appelle comme on voudra, peu importe, moi je l'appelle intimidation; c'est le vrai mot qui a fait reculer celui-là même, qu'il veuille l'avouer ou le dissimuler, qui en a fait la base de son traitement. » De plus, aucune des observations publiées depuis plus de trois ans par ses élèves ne renferme les mots: *crainte, terreur, intimidation*; presque toutes reportent sur la conversation, sur la logique, la spécificité que l'on avait d'abord accordée à la crainte. Je dirai à ce propos que je suis loin de contester l'importance de la conversation. La parole du médecin exerce une influence le plus souvent salutaire, elle peut ranimer le courage d'un mélancotique, calmer ses souffrances imaginaires, confondre l'orgueil de tel empereur imposé par la folie, en un mot, provoquer l'exercice de la force morale, et souvent préparer la guérison; mais je pense qu'il faut être modéré dans l'emploi de ce moyen, et je dirai avec un homme dont l'autorité en cette matière et la haute expérience ne sauraient être contestées: « Les longs raisonnemens augmentent la confusion, le désordre de l'esprit, et lorsqu'ils sont accompagnés de menaces, ils provoquent les passions violentes ou la dissimulation; c'est assez dire que nous n'approuvons pas la formule de l'intimidation et du syllogisme coup sur coup. » (Falret, CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES MENTALES.)

La modification des principes de M. Leuret ne s'arrête pas là; ce médecin va jusqu'à faire déclarer, par un de ses élèves, M. Milet, qu'il n'a pas exclusivement recours à des remèdes moraux, mais qu'il emploie un traitement mixte, c'est-à-dire moral et physique, suivant les indications. Bien loin de blâmer M. Leuret de cette réforme, je l'en loue hautement, et s'il le faut même, pour le consolider dans ses nouveaux principes, je vais, Pinel en main, lui montrer combien il s'était éloigné des doctrines de cet excellent maître, et combien il doit tendre à s'en rapprocher: « J'ai fait connaître, dit ce sage médecin, le caractère et les heureux effets des voies de douceur, et, dans quelques cas, d'un appareil de crainte, d'une opposition ferme et invariable aux idées dominantes et à l'obstination inflexible de certains aliénés, d'une détermination courageuse et imposante, mais exclusive de tout outrage, exempte de tout sentiment d'aigreur ou de colère, et conforme aux droits sacrés de l'humanité. C'est assez indiquer combien cette conduite diffère de la dureté grossière, des coups, des blessures, j'ose dire des traitemens atroces et quelquefois meurtriers qui peuvent se commettre dans des hospices d'aliénés où les gens de service ne sont pas contenus par la surveillance la plus active et la plus sévère. Pourquoi retrouve-t-on dans les livres anciens, et surtout dans ceux de Celse, une sorte de méthode intermédiaire. »

« Quels mouvemens fougueux, dit-il un peu plus loin, ou plutôt quels accès de rage et d'indignation n'ai-je point vus éclater autrefois parmi certains aliénés, lorsque de mauvais plaisans, qui venaient visiter l'hospice de Bicêtre, se faisaient un jeu barbare de les harceler ou de les provoquer! Dans l'infirmerie même des aliénés, qui était isolée de l'hospice et hors de la surveillance du chef ordinaire, combien de fois est-il arrivé que, par de sottes railleries des infirmiers ou leurs grossièretés brutales, des aliénés calmes et en voie de guérison retombaient dans des accès de fureur après des contrariétés déplacées ou des actes de violence! Au contraire, des aliénés transférés d'ailleurs et désignés à leur arrivée comme très emportés et très dangereux, parce qu'ils avaient été exaspérés par des coups et des mauvais traitemens, semblent prendre tout à coup un naturel opposé lorsqu'on leur parle avec douceur, qu'on compatit à leurs maux et qu'on leur donne l'espoir consolant d'un sort plus heureux. La convalescence fait ensuite des progrès rapides sans aucun autre artifice. »

Nous ne voulons point dire que de pareils abus se passent et soient tolérés dans le service de M. Leuret; nous voulons montrer combien il y a loin de semblables pensées à l'adoption d'une méthode par intimidation, d'autant plus que l'on pourrait peut-être conclure de la violence brutale d'un infirmier à la terreur érigée en méthode, les effets sédatifs de l'une et de l'autre étant, à très peu de chose près, les mêmes.

L'intimidation n'étant plus avouée par son préconisateur, nous occupera peu dans ce travail; quant à la médication morale proprement dite, si elle est employée par tous les médecins, M. Leuret compris, il existe cependant entre ce dernier et la plupart des autres une différence énorme au point de vue théorique. Le propagateur des doctrines allemandes, en effet, ne voyant dans la folie qu'une maladie de l'âme, qu'une altération de facultés, donne à sa thérapeutique morale une extension illimitée sur laquelle nous aurons occasion de revenir dans la deuxième partie de cette lettre, tandis que nos véritables notabilités médicales, Pinel, Esquirol, Georget, MM. Ferrus, Falret, Voisin, Foville, etc., faisant beaucoup plus que M. Leuret, la part de l'organe, ne voient dans le traitement moral qu'une manière d'agir directement sur le cerveau, qui est loin de condamner et d'exclure une médication physique. C'est sous cette dernière bannière que nous déclarons nous ranger, et c'est pour la soutenir dans la mesure de nos moyens que nous avons pris aujourd'hui la parole.

Nous ne nions pas le caractère psychique de la plupart des symptômes de la folie; nous croyons aussi à la prédominance des causes morales dans la production de cette maladie, malgré la statistique récente de M. Moreau (de Jounès), et si victorieusement combattue par l'honorable médecin de St-Yon, M. Parchappe; nous avouons même, qu'à part les cas d'aliénation mentale qui accompagnent la paralysie générale, on ne rencontre pas toujours des lésions appréciables de l'organe central du système nerveux, et malgré tout cela nous croyons, comme à une vérité mathématique, à une modification organique dans la folie. Démontrons donc que nous ne sommes point en contradiction avec nous-mêmes; et d'abord, de ce que les symptômes de la folie sont particulièrement moraux ou psychiques, peut-on conclure à l'absence de modification organique et à la spécificité du traitement moral? Non, trois fois non. En effet, il est impossible à un esprit raisonnable d'admettre une fonction s'exerçant sans organe; cela est tout aussi impossible que de concevoir de la musique exécutée sans instrument; il est vrai que l'organe n'est rien sans l'agent qui le fait fonctionner, comme l'instrument de musique n'est rien s'il n'est animé par le talent ou le génie de l'artiste; mais pour la production de tout phénomène organique, il faut un instrument ou organe, et un moteur; la contraction d'un muscle, par exemple, suppose une modification s'effectuant dans la fibre, sous l'influence, il est vrai, de l'élément nerveux; mais ce dernier lui-même, ayant son organe, ne pourra se manifester sans une modification quelconque de cet organe. On peut dire, en thèse générale, que la manière d'être matérielle d'un organe diffère suivant qu'il fonctionne ou qu'il ne fonctionne pas, suivant qu'il fonctionne plus ou moins, bien ou mal; ce qui nous conduit directement à admettre que, dans la manifestation du symptôme, qui n'est, après tout, que le fait d'une fonction qui s'exerce d'une manière anormale, l'organe a une manière d'être spéciale, présente une modification particulière qui, dans l'aliénation mentale, n'offre pas toujours de prise à nos moyens d'investigation, mais qu'il faut admettre sans la voir, aussi nécessairement que l'on admet cet axiome: qu'il n'y a pas d'effet sans cause. Il ne peut donc pas y avoir de trouble dans les facultés de l'âme qui nous représentent en définitive les fonctions du cerveau, sans qu'il y ait en même temps et nécessairement une modification de cet organe. Je fais remarquer que je ne me sers pas ici du mot lésion; le temps n'est pas encore venu, mais il viendra, je n'en doute pas, où un examen plus attentif du cerveau et de ses membranes nous fera apprécier des altérations qui nous échappent dans l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie du système nerveux; et déjà M. Ferrus, dans ses leçons cliniques à Bicêtre, affirmait ne pouvoir ouvrir un aliéné sans constater un épaississement, une injection plus ou moins sensible des membranes, ainsi qu'une modification dans la couleur et la consistance du cerveau; il faisait observer, de plus, qu'il n'était pas permis de conclure à la stérilité de l'anatomie pathologique dans l'aliénation mentale; car les autopsies sont trop rares, le mode de terminaison de la folie récente par la mort à moins de maladies incidentes n'étant que l'exception.

De l'adoption du principe de la modification organique dans tout trouble fonctionnel à l'admission de deux ordres de moyens dans le traitement de la folie, moyens moraux et moyens physiques, il n'y a qu'un pas. Les moyens moraux sont les moyens d'agir directement sur le cerveau, et on peut dire avec le docteur Voisin: « Ne sont pas autre chose que l'exercice ou le repos que l'on fait prendre au cerveau ou simplement à quelques-unes de ses parties. » (CAU-

(1) Personne n'ignore combien cette méthode a été combattue dans les discussions académiques et dans divers mémoires.

SES MORALES ET PHYSIQUES DE LA FOLIE, ouvrage couronné, par M. Esquirol, à la Salpétrière, en 1826.)

La modification de l'organe étant admise, en vertu de la corrélation intime qui existe entre l'état pathologique du cerveau et les troubles intellectuels et moraux, on ne doute plus maintenant, à moins d'être aveuglé par un déplorable esprit de système, que ce ne soit sur le cerveau qu'il faille diriger les ressources de la thérapeutique mentale. Par les moyens moraux, on arrive à modifier l'état matériel de cet organe puisqu'il est bien établi qu'il s'opère une modification organique dans la production de tout phénomène normal ou morbide. Quant aux moyens physiques qui rentrent dans le domaine des moyens indirects, tels que médicamens, douches, saignées, etc., on peut les employer très rationnellement, quoiqu'on les oppose à une affection dont les symptômes sont psychiques, et les médecins allemands que nous avons déjà cités sont loin de les proscrire entièrement. C'est qu'en effet en thérapeutique il ne faut pas toujours conclure du symptôme à la médication; la médecine des symptômes n'est pas toujours rationnelle, tant s'en faut.

Répondons maintenant à l'objection tirée de la prédominance des causes morales dans la production de la folie. Il n'est pas plus rationnel de conclure de la nature de la cause que de celle du symptôme au traitement. En effet, la spécificité des causes morales ne peut pas exclure la modification organique. N'avons-nous pas chaque jour sous les yeux des exemples d'ictère résultant d'une cause morale? Personne, que je sache, ne nie d'ailleurs les rapports réciproques du physique au moral. Donc, si la spécificité des causes morales n'exclut pas la modification organique, elle ne peut pas proscrire le traitement physique.

L'absence de lésion dans quelques cas de folie prouve-t-elle la non participation du cerveau dans la production des phénomènes de cette maladie? Non; quelles que soient la nature du phénomène, la nature de la cause. Dans les cas, en effet, où la cause est physique, matérielle, quand, par exemple, il y a eu intoxication par les liqueurs alcooliques, l'opium, la belladone, le stramonium, par un principe métallique, tel que le plomb, le mercure, le cuivre, par certain gaz délétère, comme le gaz hilariant, par le virus d'un insecte, tel que la tarentule; quand il y a eu suppression d'une hémorragie habituelle, répercussion d'une affection cutanée, insolation; tous cas dans lesquels la modification n'a pu que s'exercer matériellement, peut-on dire que les autopsies cadavériques soient plus satisfaisantes que dans ceux où la seule influence psychique a pu être appréciable?

Nous nous rappelons à ce sujet que parmi les observations publiées par les élèves de M. Leuret se trouvent plusieurs cas de *delirium tremens* guéris, dit-on, sous le traitement moral. Tous les médecins et M. Leuret lui-même ne savent-ils pas que quelques soins hygiéniques, le repos, l'opium dans certains cas, le *sublatâ causâ* enfin suffisent la plupart du temps pour guérir cette affection qui ne tend d'ailleurs à la démence et à la paralysie que par la réitération des récidives; mais en vérité appliquer le traitement moral au *delirium tremens*, je préfère encore l'inspiration de maître Camus, professeur en médecine de l'Université de Paris, qui, dans sa MÉDECINE DE L'ESPRIT, publiée en 1743, avec privilége du roi, conseillait le sang d'ânon tiré derrière l'oreille droite comme un spécifique contre la folie.

Je conclus donc : en principe, je diffère de MM. Lisle, Milet et autres. Je montrerai dans la deuxième partie que je diffère en fait.

Mais avant d'aborder la question de faits, je ne puis laisser passer deux assertions que contient le travail dont nous venons de combattre les doctrines, et qui ne me paraissent pas frappées au coin de l'observation exacte et rigoureuse. La première est ainsi conçue : « De toutes les passions, celles qui se développent avec le plus de fréquence et d'énergie, ce sont les affections haineuses, tristes et dépressives. » Cette assertion émise un peu trop légèrement serait plus exacte si elle était relative à un service de femmes aliénées, la mélancolie étant plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; mais je puis affirmer qu'à Bicêtre il est reçu autant au moins de maniaques que de mélancoliques ou lypémaniaques, et encore, ceci touche à la deuxième assertion, est-on à même de constater chez ces mélancoliques, comme l'ont fait nos maîtres Pinel, Esquirol, Georget, MM. Ferrus, Falret, Voisin, Foville, Parchappe, des manifestations plus souvent honnêtes, bienveillantes, scrupuleuses que défiantes, soupçonneuses, haineuses et égoïstes; de telle sorte que le nombre de ces malheureux dont le génie du mal, dit-on, semble s'être emparé et qu'il domine d'une manière exclusive, est beaucoup plus limité que ne le prétend M. Lisle, et que s'il était un ordre de malades auxquels cette observation fût plus particulièrement applicable, ce seraient les épileptiques dont le caractère devient en effet haineux, inquiet, vindicatif, querelleur, etc.

Ce qui me paraît ressortir le plus évidemment du travail de M. Lisle, c'est une tendance à monopoliser dans la personne de son chef la direction médicale des aliénés de Bicêtre, qui sait même? à faire de M. Leuret l'ame vivante de la médecine mentale. Or, il était impossible d'arriver à ce but sans passer sous silence ou altérer certains faits qui démontrent d'une manière frappante la part active, pour ne pas dire exclusive que d'autres médecins ont prise à l'amélioration du service des aliénés. Nous pensons, nous qui professons pour nos maîtres une juste vénération, qu'il est une limite, *la vérité*, devant laquelle doit s'arrêter l'enthousiasme de l'élève. C'est cette limite que nous voulons rappeler à M. Lisle; car nous n'avons pas dû souffrir cette injuste dépossession de titres aussi légitimes à la reconnaissance des hommes que ceux d'un médecin qu'il faut toujours nommer quand il s'agit des progrès de la médecine mentale et des heureuses modifications apportées dans le sort des aliénés.

Avant même qu'il fût question dans le monde médical de l'apparition de M. Leuret, M. Ferrus, notre maître, travaillait de tous ses efforts à établir dans le service des aliénés de Bicêtre un ordre de choses auquel ses successeurs n'ont pu que très peu ajouter. Disciple de Pinel, héritier de son amour pour l'humanité, de son respect pour les infortunés malades, ses efforts ont été incalculables pour réaliser une partie du bien qu'il méditait dans une époque où les plus belles œuvres s'arrêtent devant les plus infranchissables difficultés. En tout fidèle à la tradition du maître, c'est lui qui, avec Esquirol, marcha le plus immédiatement dans la voie ouverte par l'immortel auteur du TRAITÉ DE LA MANIE. C'est assez dire que la base de son traitement fut toujours la bienveillance alliée à la fermeté. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre sur les innombrables réformes qu'il a sollicitées et en partie obtenues. On peut dire que sa vive sollicitude a tout embrassé, à savoir, le régime alimentaire, le coucher, le mode d'admission des malades, leur renvoi, leur changement de divisions, la lingerie, le vestiaire, la chaussure, le mobilier, le classement des malades, les localités, et enfin l'enseignement clinique (1), toutes choses sur lesquelles il a appelé l'attention du conseil à tant de reprises et en particulier dans ses rapports de 1834 et de 1838. Nous signalerons surtout comme l'œuvre qui lui fait le plus d'honneur l'organisation du travail chez les aliénés de Bicêtre et l'établissement de la ferme Sainte-Anne en 1828. On peut dire qu'alors commença une ère nouvelle pour le service de ces malades. Tous les jours, plusieurs centaines d'aliénés furent envoyés soit à la ferme Ste-Anne (2), dont ils commencèrent par mettre eux-mêmes les bâtimens en état, soit autour de l'hospice, soit à la Salpétrière. On en occupa aussi un grand nombre dans l'intérieur de l'hospice, et en quelques années ils exécutèrent des travaux importans, tels que le terrassement du lieu sur lequel fut construite la cour des nouvelles colonnes, le nivellement de la vaste cour des incurables, l'arrangement des préaux, des cours, des jardins intérieurs et de deux promenades qui s'étendent gracieusement au devant de l'entrée de l'hospice.

Cette œuvre, éminemment philantropique, a donné les résultats les plus satisfaisans à tous les points de vue. Source d'un produit annuellement croissant pour l'administration qui doit, suivant le vœu de M. Ferrus, le consacrer à l'amélioration du sort des malades, elle n'a pas été moins précieuse au point de vue médical, car elle a sanctionné un fait d'une immense portée : l'influence des travaux manuels sur la guérison des maladies mentales et leur prééminence sur les travaux intellectuels. Il est intéressant d'observer la progression qu'a suivie le chiffre des guérisons, deux ans après l'établissement de la ferme Sainte-Anne. Pour un total de 862 malades curables le chiffre total de guérisons a été en 1831, 1832 et 1833 de 338, c'est-à-dire de 1,35. M. Ferrus avait bien pressenti les

---

(1) M. Ferrus a fait pendant plusieurs années à Bicêtre un cours de clinique des maladies mentales; on peut dire que ce cours avait le double but de propager et de vulgariser l'étude de ces maladies et de rendre en quelque sorte plus nécessaires les améliorations que le professeur sollicitait du conseil, puisque le besoin pouvait en être constaté ou attesté par les médecins étrangers qui assistaient à ces conférences.

(2) La ferme Sainte-Anne était, dans le principe, avec l'enclos qu'elle comprend, d'une superficie totale de 4 hectares 97 ares produisant 1,500 fr. de loyer annuel.

Les bâtimens étaient dans le plus mauvais état; lors de la prise de possession, ils tombaient en ruine. Pour les approprier au service, on n'a employé que la main-d'œuvre des aliénés, et on a pu y placer 50 malades environ pris parmi les convalescens qui ont été d'abord employés au nivellement du clos et ensuite à sa culture.

Ce commencement d'exploitation a été assez heureux par ses résultats matériels et moraux pour engager l'administration à confier au directeur de Bicêtre, de concert avec le médecin, la jouissance d'autres pièces de terre à elle appartenant, situées sur les territoires de Gentilly, de Montrouge et d'Ivry, au fur et à mesure de la cessation des baux.

On a même profité des occasions qui se sont présentées pour acheter de nouvelles pièces de terre qui permettent l'agrandissement du périmètre actuel de l'hospice de Bicêtre et de celui de la ferme Sainte-Anne.

Malgré cette augmentation de terres arables à cultiver, on a reconnu que les travaux agricoles ne suffiraient plus à procurer le travail nécessaire aux 4 ou 500 aliénés qui pourraient s'occuper avec avantage.

Il a donc fallu créer des ateliers et diverses industries, soit à Bicêtre, soit à la ferme Sainte-Anne; en sorte qu'une grande partie des aliénés résidant à à Bicêtre ou Sainte-Anne sont employés à divers travaux, qui consistent :

A Sainte-Anne, 1° en une culture d'une superficie arable de plus de 40 hectares, non compris l'étendue du clos de Sainte-Anne;
2° en une blanchisserie de toiles dans le clos;
3° en un moulin à foulon et dans ses accessoires pour le dégraissage et le nettoyage des couvertures et des effets d'habillement;
4° en une porcherie considérable;
A Bicêtre, 5° en un atelier de corderie;
6° en un atelier de tailleurs;
7° en un atelier de tresses de chapeaux de paille et de fabrication de paillassons;
8° et enfin, en un atelier de bonneterie et de chaussonnerie.

Les revenus nets de la ferme pour l'administration ont été, pour l'année 1833, seulement de 1,957 fr. 48 c., à cause des frais de premier établissement et d'installation;

Pour l'année	1834 de	3,258 f.	94 c.
—	1835 de	6,818	69
—	1836 de	15,369	30
—	1837 de	37,057	80
—	1838 de	38,328	30
—	1839 de	45,629	34
—	1840 de	30,918	01
—	1841 de	53,349	11

heureux effets de ce genre de travaux. N'était-ce pas, en effet, un moyen rationnel de dériver l'excitation cérébrale que de la concentrer sur les contractions musculaires? Il faudrait nier l'influence du physique sur le moral, c'est-à-dire être absurde, pour contester l'efficacité de celle qu'exerce sur l'état mental une excellente constitution physique. Or, les travaux agricoles tendent à ce résultat en perfectionnant l'hématose d'une part, et de l'autre les fonctions digestives; ils éloignent le scorbut, la tuberculisation, les gastro-entérites, toutes les maladies par émaciations, et peuvent même être considérés comme prophylactiques de cette terrible complication des maladies mentales, la paralysie générale. Régulateurs de la force d'inervation par une bonne hématose, ils tendent à régulariser la circulation en général, et en particulier la circulation cérébrale. De plus, je le demande, quel est l'homme qui peut se défendre dans la campagne de bonnes et douces impressions qui le pénètrent et élèvent son ame vers le créateur? Pourquoi n'étendrait-on pas cette heureuse influence jusqu'aux aliénés: pour les aliénés incurables, il y a excitation d'un bonheur; pour les curables, il y a de plus un élément de guérison, la diversion morale.

Mais le plus grand bienfait des travaux agricoles, suivant M. Ferrus, c'est de provoquer le sommeil chez des malheureux si généralement privés de son influence salutaire. Les aliénés étaient envoyés en nombre au moins égal à celui qu'y envoient aujourd'hui les deux médecins actuels. Mais avant l'établissement de cette ferme, les malades de M. Ferrus étaient occupés dans tous les ateliers de l'hospice, chez le serrurier, le menuisier, le charpentier, le vitrier, le jardinier, qui s'était acquis alors l'estime et l'admiration du médecin en chef par sa manière calme, douce et ferme de diriger un certain nombre de malades dans la culture et le jardinage, indépendamment des travaux assez considérables de terrassemens auxquels ils se livraient aussi. On créa même à une certaine époque une sorte de tannerie, de corroierie où quelques-uns de ces malheureux se livraient à la préparation des peaux de moutons, et si M. Lisle rappelle que M. Leuret, après son voyage en Allemagne, fit faire des chapeaux de paille à ses malades, oublie-t-il donc que M. Ferrus, plusieurs années avant, leur faisait porter des chapeaux de paille tressés par leurs mains.

Ajoutons qu'avant de quitter le service, M. Ferrus avait demandé une école pour ses malades, mais que cette école ne fut accordée et ouverte que pendant son absence, comme aussi on profita de cette même absence pour donner suite, en allouant les fonds nécessaires, à une mesure également sollicitée par lui, je veux parler des réfectoires pour les aliénés en traitement. Je dois dire que tout était déjà prêt lors du départ de ce médecin et qu'il n'existait aucun motif apparent de retarder l'exécution de cette mesure. Une petite bibliothèque, quelques journaux avaient aussi été mis à la disposition des malades, etc. etc. Mais si M. Ferrus a instamment sollicité ces nombreuses améliorations, on doit à la vérité de dire que M. Mallon, le directeur de Bicêtre, a noblement rivalisé de zèle avec lui pour leur réalisation.

D'après ce qui précède, il est au moins singulier d'entendre dire à M. Lisle : « Malgré l'organisation d'une surveillance active et éclairée, les aliénés étaient complètement abandonnés à eux-mêmes et laissés dans leur isolement comme en proie à leurs funestes pensées. Entièrement étrangers les uns aux autres, entraînés, comme nous l'avons dit déjà, vers la solitude par leur passion égoïste, rien dans le genre de vie qu'on leur imposait, dans l'emploi quotidien de leur temps, ne venait en aide aux diversions morales qu'on pouvait mettre en œuvre pour arriver à leur guérison. » Pour être vrai, c'est le contraire qu'il eût fallu dire; car évidemment, rien ne ressemblait moins à l'isolement que l'état dans lequel vivaient les aliénés du temps de M. Ferrus.

Nous ne pouvons passer sous silence cette autre assertion : « On s'exagérerait donc beaucoup l'importance et l'utilité des travaux corporels, si on voyait en eux autre chose que des modificateurs puissans de la santé physique et de la constitution, et par suite un excellent moyen de préparer les malades à l'emploi des agens moraux plus directs. » Je trouve, moi, dans les travaux manuels et surtout dans les travaux agricoles un modificateur puissant de la santé morale, dont nous avons cherché à expliquer l'action, ce qui est en rapport d'ailleurs avec les idées émises dans la première partie de ce travail sur le traitement des maladies mentales.

Contrairement à cette phrase : « M. Leuret s'est bien donné de garde de toucher à l'institution de M. Ferrus. Aujourd'hui comme il y a cinq ans un nombre considérable d'aliénés, les convalescens surtout, sont envoyés tous les jours, soit autour de l'hospice, soit à la ferme Sainte-Anne, » j'éprouve un regret bien sincère de voir le médecin de la deuxième section n'envoyer aux travaux agricoles que des malades pour la plupart démens ou incurables. Ce fait concourt peut être à expliquer le chiffre moins avantageux des guérisons obtenues dans son service.

Il est enfin une initiative dont il faudrait peut-être laisser à M. Leuret l'honneur : c'est l'idée de faire apprendre la musique à ses aliénés. Mais encore devons nous lui faire observer 1° que l'application de la même idée a été faite en même temps dans la première section; 2° que M. Mallon est le premier qui ait songé à l'orchestre des aveugles qu'il a mis *à la disposition des deux sections;* 3° que M. Ferrus avait déjà songé à la musique, en tirant parti à plusieurs reprises du séjour dans son service de quelque artiste frappé d'aliénation, mais dont la guérison arrêtait forcément les exercices; 4° que la réalisation de cette idée déjà ancienne, car elle remonte aux premiers temps de l'ancienne Egypte, a coïncidé avec l'époque où la musique s'est tellement popularisée en France qu'il a été ouvert de tous côtés des instituts philarmoniques, des écoles gratuites de chants; 5° que M. Esquirol avait essayé nombre de fois l'emploi de la musique à la Salpêtrière; qu'à Charenton on en a fait usage jusqu'à l'abus, et 6° qu'enfin dans plusieurs établissemens particuliers, et, par exemple, dans l'établissement fondé à Vanvres par MM. Voisin et Falret la musique a été très fréquemment employée.

Lorsque M. Ferrus, après quinze années consacrées à l'amélioration du sort des aliénés de Bicêtre, fut, pour cause de santé, obligé de renoncer à son service, ce service fut divisé en deux sections. M. Voisin fut nommé médecin en chef de la première section, la deuxième section échut au docteur Leuret. Les deux divisions furent mises sur le pied de la plus rigoureuse égalité ; la répartition des malades dut se faire par numéros alternatifs; même nombre de salles, de malades, d'élèves, d'employés, furent affectés à ces deux sections qui participèrent en même temps et également aux bienfaits des mesures, telles que réfectoires pour tous les malades, écoles, etc., sollicitées par leurs prédécesseurs. S'il s'est établi ultérieurement une différence réelle, on peut dire que c'est purement au point de vue de la direction médicale.

M. Voisin, *véritablement disciple de Pinel* qu'il avait connu, *élève aussi d'Esquirol* formé à la même école, animé des meilleurs sentimens pour les infortunés que l'administration confiait à ses soins s'attacha surtout à perpétuer la tradition de ses maîtres; comme eux de l'école organique, il marcha sur les traces de M. Ferrus dont il honore si bien le caractère et la science; voulut, suivant la noble expression d'Esquirol, *que les aliénés fussent élevés à la dignité de malades*; exigea de tous ses employés le plus profond respect pour cette touchante infortune, et joignant l'exemple au précepte il sut se faire *aimer* et craindre de tous par une heureuse alliance de la fermeté à la douceur. Sa thérapeutique est celle de Pinel, c'est-à-dire tour à tour ou en même temps physique et morale; il fait surtout consister la dernière dans une juste association des travaux intellectuels aux travaux manuels. Toutefois comme M. Ferrus il ne peut se défendre d'une légitime prédilection pour les travaux manuels, et la ferme Sainte-Anne lui doit plus que son contingent de travailleurs pris surtout parmi les convalescens.

Dans la deuxième section, ce n'est plus le même aspect de calme, de bonheur, c'est un véritable régime de terreur. Nous ne nous étendrons pas sur le triste détail de la médication dite *morale*, employée dans cette section ; mais nous répondrons à cette objection qui pourrait nous être faite et qui serait ainsi conçue : quels que soient les moyens employés par M. le docteur Leuret, s'il guérit plus de malades, j'opte pour son traitement; car qui veut la fin veut les moyens. Guérit-il donc plus de malades que M. Voisin? Or non : les statistiques comparatives faites depuis la division du service ont donné à M. Voisin, pendant les années 1841, 1842, 1843, plus de guérisons, moins de morts, de suicides, d'évasions et de rechutes. N'est-ce point là une réponse victorieuse? Peut-on mieux réfuter le traitement moral exclusif et basé sur la terreur? Entre deux moyens d'arriver à une fin, ne doit-on pas préférer celui qui y conduit le plus souvent, le plus sûrement, et en restant le plus conforme aux droits sacrés de l'humanité?

Il est vrai que ce résultat statistique a tellement étonné M. Leuret lui-même, qu'il n'a pu trouver de meilleur expédient pour l'expliquer que d'accuser l'administration de partialité dans la répartition des malades. A l'appui de cette supposition, il présenta à grand bruit un tableau parlant d'où il résultait qu'on lui avait envoyé un plus grand nombre de vieillards. L'esprit de partialité, d'abord, n'avait pu s'exercer, vu le mode d'admission ; mais ensuite le directeur de l'hospice et le membre de la commission administrative, frappés de cette accusation injuste et inattendue, crurent à l'inexactitude du tableau parlant, et la prouvèrent bientôt en lui opposant une statistique exacte et qui montra clairement que M. Voisin avait reçu un plus grand nombre de vieillards et de paralytiques, et que, nonobstant cette fâcheuse condition, il avait obtenu plus de guérisons.

Recevez, etc.

E. Billod,
Ancien élève de Bicêtre.

PROGRAMME DU CONCOURS QUI AURA LIEU EN 1844, POUR LA SOLUTION DE TROIS QUESTIONS RELATIVES AU SERVICE SANITAIRE DE L'ARMÉE.

Paris, le 1er février 1844.

MÉDECINE. — 1re *question.*

« Rechercher les causes du fréquent développement de la phthisie pulmonaire parmi les soldats, et les moyens de prévenir ou de traiter plus efficacement cette maladie. »

CHIRURGIE. — 2e *question.*

« De l'amputation de la jambe sous le triple rapport du lieu où il est préférable de la pratiquer, du meilleur procédé opératoire, et du mode de pansement et de traitement qui convient le mieux pour conduire le blessé à la guérison. »

PHARMACIE. — 3e *question.*

« Rechercher la composition d'une boisson propre à l'usage des soldats en temps de paix et en temps de guerre, et dans tous les climats, sous le triple rapport de la simplicité et de la promptitude de sa confection, et du bas prix de sa préparation et de la facilité de sa conservation. »

Les mémoires devront être adressés directement au ministre de la guerre (*bureau des hôpitaux*) avant le 1er janvier 1845. *Ce terme est de rigueur.* Les auteurs devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère. L'épigraphe qu'ils placeront en tête sera transcrite sur une enveloppe formée de trois cachets à la cire, contenant la signature et le nom lisiblement écrit de l'auteur, ainsi que son grade.

Cette enveloppe ne sera ouverte que si le mémoire est reconnu digne de la médaille ou d'une mention honorable.

Les officiers de santé militaires des trois professions prenant part exclusivement à la solution de ces questions, pourront indistinctement concourir pour les trois questions; mais, dans ce cas, chaque mémoire sera l'objet d'un envoi et d'une épigraphe différens.

— Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie) a été fixé au 18 mars prochain.

— Les candidats dont les noms suivent sont admis à participer au concours pour le professorat qui s'ouvrira le 1er mars prochain, à l'hôpital de perfectionnement, savoir : (*Pour la médecine*) MM. Cazalas, médecin ordinaire à Saint-Jean-Pied-de-Port; Barby, médecin adjoint à Sédan; Fabre, idem, à Maubeuge; Garnier, idem en Algérie; Rodes, idem à Oteron; Thibant, idem à Givet; Fickelscherer, pharmacien aide-major à Montdauphin. (*Pour la pharmacie*) Jeannel, pharmacien major à Bordeaux; Goldscheider, pharmacien aide-major à Longwy; Garreau, idem à Strasbourg; Dusseuil, idem.

— Empoisonnement d'un troupeau de bêtes a laine par l'usage de la renoncule rampante. —Dans la matinée du 18 mai 1843, M. M. J., propriétaire à Manceau (Aisne), fit sortir son troupeau et le fit diriger sur une pièce de terre couverte d'abondantes herbes qu'il voulait faire manger avant d'y mettre la charrue; les brebis étaient à peine là depuis quelques heures que le berger aperçut plusieurs d'entre elles tomber comme frappées de la foudre; les yeux pirouettaient dans leurs orbites; la respiration devenait accélérée et très pénible; quelques-unes tournaient comme si elles étaient atteintes de vertige et mouraient en tenant la tête penchée sur le flanc gauche. Croyant à ces symptômes reconnaître ce qu'il appelait un coup de sang, il se mit en devoir de saigner abondamment; mais à mesure qu'il faisait cette opération les bêtes succombaient ou survivaient seulement quelques minutes. Onze périrent instantanément. Une circonstance si alarmante décida M. M. J. à m'envoyer chercher; je me trouvais alors dans un village voisin de Manceau. Je fus peu d'instans à me rendre sur les lieux. A mon arrivée, je trouvai presque tous les animaux du troupeau (qui était d'environ 600 têtes) couchés sur le côté droit, regardant leurs flancs gauches, les muqueuses des yeux très injectées, les mufles secs, le ventre légèrement ballonné; pas de rumination; quelques bêtes se relevaient, tournaient sur elles-mêmes, chancelaient et tombaient en laissant échapper un bêlement plaintif; d'autres, et elles étaient en plus grand nombre, étaient plongées dans un profond coma.

A la première inspection du champ, il fut facile de me convaincre que ces animaux étaient empoisonnés par de la renoncule rampante; la terre en était couverte, et on voyait que les bêtes en avaient abondamment mangé sur leur passage. On fit aussitôt arrêter les saignées; on administra une cuillerée d'éther sulfurique dans un demi-verre de lait; bientôt tous les symptômes disparurent. Il ne resta dans les membres qu'une grande faiblesse qui les empêchait de marcher; aussi fut-on obligé de les charger sur des chariots pour les reconduire à la bergerie. Là on leur donna à boire à discrétion de l'eau blanchie par la farine de seigle rendue mucilagineuse par une dissolution d'amidon, et tous les animaux ne tardèrent pas à reprendre leur gaîté ordinaire.

— Emploi de la poudre d'ipécacuanha rubéfiant, par le docteur Hannay. — Ce docteur recommande comme stimulant le liniment suivant :

Poudre d'ipécacuanha. Huile d'olive.	de chaque 8 grammes.
Axonge.	15 grammes.

La partie qu'on veut stimuler est frictionnée quinze minutes environ, trois ou quatre fois le jour. Au bout de trente-six heures, quelquefois plus tôt, apparaissent en grand nombre de petites papules et vésicules situées sur une auréole irrégulière d'un rouge foncé. Bientôt elles s'aplatissent et prennent le caractère de pustules; beaucoup sont confluentes. La peau est chaude au toucher; le malade y éprouve une sensation âcre qui ne va pas jusqu'à la douleur. Au bout de quelques jours, les pustules sont recouvertes d'une croûte peu épaisse qui tombe sans laisser de traces; jamais elles ne s'ulcèrent comme celles que produit le tartre stibié. Malgré son innocuité, cette éruption, suivant son auteur, n'en serait pas moins efficace. Elle serait surtout employée avec avantage sur les enfans faibles et irritables, particulièrement dans les cas où la maladie qu'on traite dépend de la suppression de quelqu'affection cutanée.

—La tête déformée par son passage à travers la filière du bassin pendant le temps si rude de l'accouchement peut se remettre d'elle-même, et se remet le plus souvent; mais il peut arriver aussi qu'elle ne se remette pas et qu'il reste trace toute la vie de la violence extrême qu'elle a éprouvée. De là une *phrénologie particulière* qui ne se trouve pas encore mentionnée dans les livres de la *science*, et qui ne saurait tarder d'y figurer.

Le jeune L. N. est aujourd'hui âgé de douze ans et demi; quand il vint au monde, sa tête fut tellement déformée pendant les longueurs et les dangers d'un accouchement presque mortel, que ce n'était plus réellement une tête, mais une espèce de corps allongé ressemblant assez à certains fruits mûrs du concombre des jardins. Les os avaient tellement chevauché, que le périoste en avait été décollé; la matière cérébrale avait dû bien souffrir. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, plusieurs années après, en voyant venir à moi cet enfant, je reconnus de loin la déformation générale de la tête, et de près les chevauchemens dont je viens de parler! Du reste, l'enfant n'en est pas moins bien portant, bien gentil et bien malin. Une forêt de cheveux blonds et fins défendent et défendront longtemps au vulgaire de rien reconnaître à cette phrénologie là.

—M. Gay-Lussac vient d'être grièvement blessé dans le laboratoire du Jardin-du-Roi. Au moment où le célèbre professeur débouchait un flacon pour préparer une expérience, le contact subit de l'air en enflamma le contenu. Aussitôt une violente explosion, que les personnes du dehors ont pu comparer à celle que produirait la décharge d'un fusil de munition, se fit entendre. M. Gay-Lussac fut renversé, les deux mains et le front labourés par des éclats de verre. Ces blessures sont graves, mais on espère qu'elles ne présenteront pas de danger pour le mouvement des articulations. Un jeune préparateur a également été atteint, mais beaucoup plus légèrement

— Sur la proposition de M. le ministre de la guerre, le roi a accordé, le 13 janvier dernier, des médailles d'or et d'argent aux officiers de santé militaires de l'armée d'Afrique, dénommés ci-après, qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine dans ce pays, et en ont répandu les bienfaits parmi les indigens de la population européenne et indigène, savoir : (médaille d'or) MM. Renaud, chirurgien-major de deuxième classe à Mostaganem; Moreau, médecin adjoint à Constantine; Magail, médecin ordinaire à Donera; (médaille d'argent) M. Vinot, médecin ordinaire à Blidah.

— Nous lisons dans un journal de médecine de province ce qui suit :

« Hahnemann, fondateur de l'école homœopathique, reçoit en ce moment à Paris les honneurs dus à son illustration.

» Une commission, composée de *tout ce que les sciences et les lettres ont de plus élevé*, est chargée de lui élever une statue.

» Nous avons remarqué parmi les membres de cette commission MM. Victor Leclerc, doyen de la Sorbonne; Raoul-Rochette, de l'Institut; Cousin, pair de France, etc.

» M. R. d'Amadar, professeur à la Facolté de médecine de notre ville, a souscrit pour 50 fr.; M. le docteur Roux, de Cette, pour 20 fr. »

— M. Dorosko, docteur polonais et homœopathe, a donné des soins à madame de Gevigney, qui s'était vainement adressée au docteur Canquoin et au docteur Petit. M. Dorosko soutient qu'il a guéri madame de Gevigney. Il est vrai qu'il plaide contre ses héritiers, et que, suivant ceux-ci, c'est la maladie pour laquelle le docteur lui a donné des soins qui l'a conduite au tombeau. M. Dorosko demande aux héritiers de Gevigney, par l'organe de Me Goetschy, son avocat, une somme de 1,200 francs, soutenant qu'il a été convenu entre sa malade et lui qu'il serait payé à raison de 600 francs par mois. Madame de Gevigney demeurait aux Batignolles; elle voulait être visitée tous les jours. Ces deux circonstances ont influé sur le prix du traitement.

Me Beltey, pour les héritiers de Gevigney, soutient qu'il n'y a eu aucune convention relative au prix; que le docteur Dorosko n'est pas venu tous les jours, puisqu'en deux mois il n'a fait que vingt-huit visites; il cherche à établir qu'eu égard à la position du docteur Dorosko, c'est le rétribuer suffisamment que de fixer ses visites à 3 francs.

Le tribunal (2e chambre), considérant que la convention prétendue n'est pas justifiée, et appréciant le taux des visites eu égard à ce que le domicile de la malade était extra-muros, les a fixées à 10 francs, et a condamné la succession de Gevigney à payer au docteur Dorosko la somme de 280 francs.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira ses leçons cliniques et publiques sur les maladies de la peau le jeudi 7 mars, à dix heures précises du matin, dans son amphithéâtre de la rue du Paon-Saint-André, n° 8 (près de l'Ecole de médecine), et les continuera les jeudis suivans à la même heure.

— Medical times (nouvelle série). Depuis le 1er janvier 1844, ce journal a été augmenté de quatre pages in-4° et contient chaque semaine la matière d'un volume in-8°. Par cette importante addition, les lecteurs du Medical Times seront toujours tenus au niveau de la science; car chaque découverte, chaque nouveau fait seront enregistrés, et la coopération des autorités telles que Guthrie, Brodie, Brande, Williams, Hancoch, Healey, Fergusson, Wharton Jones, etc., est une garantie que les promesses faites seront fidèlement tenues, et permettra aux abonnés à l'étranger de suivre les progrès de l'art médical en Angleterre.

Prix de l'abonnement, pour 3 mois, 8 fr. 50 c.; 6 mois, 16 fr.; un an, 26 fr.

S'adresser au bureau du Medical Times, 49, Essex street, Londres; et rue Montmartre, 177, Paris.

— L'expérience, la chirurgie pure et la tracpytomie; par M. Mathias Mayor. Un vol. in-8° avec une planche. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Sur la contagion; par le docteur Félix Jacquot, chirurgien de l'hôpital militaire de Lyon. In-8°. Prix : 1 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillère, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 9. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 2 MARS 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LE MÉCANISME DE LA VOIX DE FAUSSET; par M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et par M. Diday.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — Théorie du mécanisme de la voix de fausset.

24. Nous venons de constater l'insuffisance des théories physiologiques les plus accréditées pour expliquer le mécanisme du fausset. La même obscurité enveloppe encore son histoire musicale, même considérée dans ses propriétés les plus apparentes, dans ses caractères les plus faciles à reconnaître. La nature spéciale de cette espèce de voix, ses limites, son timbre, les conditions qui y font varier la tonalité, ses différences dans les diverses parties de son échelle, les variétés que lui impriment l'âge, le sexe, le genre de voix particulier au chanteur, tout jusqu'à ses défauts naturels, sa perfectibilité, et son emploi musical, offre aux investigations un sujet presque entièrement inexploité. Aussi une histoire complète du fausset, faite au point de vue de l'art et de la science, serait encore aujourd'hui une des œuvres à la fois les plus difficiles et les plus attachantes; et l'on peut hardiment prédire que l'étude de la phonation et le perfectionnement de l'art musical gagneraient dans sa réalisation plus d'une conquête précieuse. Notre plan, pour le moment, n'est pas aussi vaste; car c'est du mécanisme seul du fausset que nous avons à nous occuper. Mais comme les difficultés de la question et l'insuffisance même des théories connues nous commandent de ne négliger aucune lumière, comme d'ailleurs le meilleur moyen de trouver la raison d'un phénomène est de l'étudier dans ses plus intimes détails, nous adopterons une méthode d'analyse plus large et plus en harmonie avec notre manière d'envisager le sujet. Nous commencerons par indiquer à grands traits les caractères principaux de cette espèce de voix, décrivant sans chercher à expliquer, et n'observant que d'un point de vue purement empirique. Puis, utilisant ensuite ces premières données, nous essaierons de déterminer le mécanisme de cet ensemble de phénomènes.

Cette marche, outre la clarté qu'elle assure, aura plus d'un avantage. Pour l'auteur, l'exposition est plus simple, plus logique, les redites moins obligées; car c'est, rigoureusement, procéder du connu à l'inconnu. Pour le lecteur, l'ordre qui amène successivement sous ses yeux les faits, puis l'explication, pique sa curiosité, le stimule à chercher d'avance la doctrine et le conduit à la pressentir. Car chaque particularité de l'histoire empirique est un problème livré à sa perspicacité. Observant avec l'auteur, il cherche, hésite, découvre avec lui, et lorsqu'enfin vient la théorie géné-

---

Feuilleton.

DE LA PATENTE DES MÉDECINS.

La chambre des députés vient d'ouvrir la discussion générale sur la loi des patentes, et elle est même engagée en ce moment dans la discussion des divers articles. L'assemblée a déjà consacré à cet important sujet une série de séances. Elle ne tardera pas à se former une opinion d'après les lumières qui rejaillissent de l'examen approfondi du nouveau projet. Aussi nous hâtons-nous de nous mêler, en ce qui touche aux intérêts des médecins, aux débats dont nous sommes témoins, afin de contribuer de nos faibles efforts à amener la majorité à une résolution digne d'elle et de notre profession. Déjà nous nous sommes expliqués l'année dernière lors de la présentation de la loi, au sujet des lacunes et des vices de la partie du projet qui regarde les médecins. Nous ne reviendrons pas sur les points traités à fond dans plusieurs articles; mais nous reprendrons en masse le système d'argumentation que nous pouvons opposer aux dispositions fiscales de la loi à l'endroit des médecins. Reconnaissons, avant d'aller plus loin, que la commission chargée d'élaborer le travail du gouvernement a rendu pleine justice aux réclamations à peu près unanimes du corps médical, qu'elle a rectifié en ce sens la partialité blessante de la disposition qui affranchissait les avocats de la patente, tout en l'appliquant aux médecins, et qu'elle a conclu, par l'organe de l'honorable M. Vitel, son rapporteur, à la dispense de cet impôt en faveur de notre profession. C'est beaucoup, sans doute, d'avoir pour nous dans cette circonstance l'opinion de la commission; mais l'omnipotence du parlement peut ne tenir aucun compte du vote de ses commissaires. Il y a plus, on voit assez souvent un seul membre de la chambre amener à ses idées la majorité des opinions, et qui sait même, ou plutôt nous savons de source certaine que quelques-uns de nos confrères, mal conseillés, selon nous, par des considérations indépendantes de la dignité et des intérêts du corps, se proposent de plaider devant la chambre contre la suppression résolue par la commission. Toutes ces raisons nous déterminent à aborder sous ses principales faces la question de la patente des médecins, dans l'espoir de détourner nos confrères députés d'un dessein contraire par ses résultats à la droiture de leurs intentions, de fortifier, s'il est possible, l'appui que nous prête la commission, et d'obtenir en définitive une immunité aussi fondée en droit que légitime sous le rapport moral. Voici en quelques mots les bases de la constitution de la patente.

La patente est essentiellement l'impôt du commerce et de l'industrie. Une extension abusive du principe proclamé par la loi de 1791 l'a appliqué plus tard à un certain nombre de professions dans lesquelles on ne saurait rien découvrir de commercial ni d'industriel. Rappelée à son principe, la patente doit atteindre la profession médicale moins que toute autre profession. Par quel côté, nous le demandons, la pratique de la médecine touche-t-elle au commerce et à l'indus-

rale, il peut d'un coup d'œil juger de sa valeur en voyant si elle répond sur tous les points d'une manière satisfaisante aux *desiderata* révélés par l'observation des faits.

HISTOIRE MUSICALE DU FAUSSET, AU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE.

25. Nous avons exposé (v. n° 3) qu'on entend par *fausset* un mode de phonation bien distinct par ses limites et son timbre de la voix ordinaire désignée sous le nom impropre de *voix de poitrine* (1). On sait aussi que, selon l'idée que chaque auteur s'est formée de son mécanisme, le second registre a encore été appelé : *voix de tête, fausset-tête, voix flûtée*, etc.

Timbre et limites, voilà ce qui constitue le fausset espèce vocale particulière. De ces deux caractères, le plus important, celui qui, pour beaucoup d'artistes comme pour les gens du monde, constitue la seule différence entre les deux registres, c'est le timbre. Attribut essentiel, toujours reconnaissable malgré les variétés individuelles, il demeure identique chez tous et fait infailliblement distinguer la voix de fausset, à quelque hauteur de son échelle que l'on chante et même quelque soin qu'ait pris l'exécutant pour altérer par l'étude sa nature particulière.

26. Or quel est ce timbre? — Il se distingue des sons de poitrine par quelque chose de plus délicat, de doux et de perçant à la fois, de flûté en un mot, car c'est toujours par la comparaison d'une sensation déjà perçue qu'on réussit le mieux à peindre des sensations nouvelles; et l'analogie de la flûte, comme la plus fidèle, est celle qui se présente naturellement à l'esprit pour rendre l'impression que font éprouver les notes de fausset. Comme les sons de la flûte, cette voix est dépourvue du retentissement mâle et vibrant dont le chant de poitrine est empreint. Elle flatte l'oreille par le charme d'une exécution facile, d'un mécanisme qui ne sent en rien l'effort. Mais, par contre, elle manque de cette influence irrésistible, de cet entraînement qu'exercent les accens pleins et sonores de la voix de poitrine. — Cette différence entre les deux registres est fondamentale. Sans doute, on la sent mieux qu'on ne peut l'exprimer. Mais il suffit au lecteur de ses souvenirs pour l'admettre; car il n'est pas d'oreille un peu exercée qui ne sache parfaitement discerner ces deux voix et reconnaître le moment où le chanteur passe de l'une à l'autre.

Variable selon les individus, le timbre du fausset varie aussi suivant que les notes que l'on chante appartiennent aux cordes inférieures, moyennes ou supérieures de son étendue. Voilé et sans éclat dans les sons graves, il acquiert peu à peu plus de consistance, puis devient sec, sifflant, et comme étranglé, si l'on veut le pousser jusqu'aux limites extrêmes de son échelle. La force du son suit le même ordre dans ses modifications : autant il est faible dans le bas, autant l'intensité se développe dans la partie moyenne du registre pour diminuer de nouveau au moment où l'on touche à ses dernières notes.

27. Tâchons maintenant d'assigner l'étendue de ce registre et la position que son échelle occupe dans le diapason vocal. Ce point est important à fixer; car, pour être susceptible d'une solution expérimentale, il n'est resté ni moins controversé, ni moins obscur. Il semble que, dans une question où chacun pouvait être à la fois le sujet et l'arbitre de l'expérience, où il ne s'agissait pour bien juger que de bien écouter, l'erreur dût être impossible. Lisez cependant les auteurs les plus accrédités, Bennati, Colombat. Tous s'accordent à dire que le fausset commence là où la voix de poitrine finit, que la limite inférieure du second registre est placée bout à bout avec la limite supérieure du premier. L'influence de ce préjugé a même conservé tant de force que, à l'époque où Rusch chercha à rectifier sur ce point l'opinion (v. la traduction de son mémoire dans les RECHERCH. SUR LE MÉCAN. DE LA VOIX HUMAINE, par Bennati, p. 109), Bennati en le citant ne crut pouvoir se dispenser de le réfuter (v. même ouvrage, p. 152), donnant ainsi le curieux exemple d'une vérité de fait, méconnue pendant des siècles et niée en dépit de l'évidence. Quoique, depuis les travaux de Müller, une notion plus exacte à ce sujet tende à s'établir parmi les physiologistes, il ne sera point inutile de revenir ici sur une question encore si obscure pour le plus grand nombre et si complètement dénaturée dans plus d'un ouvrage récent.

Le fausset et la voix de poitrine n'ont pas chacun un domaine spécial, comme on l'a cru longtemps. Au contraire, leurs échelles se confondent par la partie moyenne; et les notes du médium, loin d'appartenir exclusivement au fausset, peuvent être servies alternativement par l'un et l'autre registre. Ainsi, leurs limites sont bien distinctes en haut et en bas; mais le fausset commençant avant que la voix de poitrine ait atteint son terme le plus élevé, il en résulte un empiètement des deux échelles l'une sur l'autre, dans l'étendue d'environ trois ou quatre tons. Elucidons ceci par un exemple. Chez le ténor, la voix de poitrine commence en bas à l'ut_{2} (1), ou au $ré_{2}$, pour s'étendre jusqu'au la_{3} ou si_{3}. Quant au fausset, chez le même chanteur, il a communément pour dernier son grave le sol_{2} ou le la_{2}, et atteint en haut le mi_{4} ou le fa_{4} (2). Nous ne parlons ici, bien entendu, que de sons musicaux et capables d'être utilisés dans l'exécution vocale; et encore ferons-nous observer, à ce point de vue, que la limite inférieure du fausset, quoique placée par nous plus haut que dans certains traités de chant, serait encore un peu basse. Ainsi, sur la scène, on voit bien rarement un ténor employer le fausset au-dessous du $ré_{3}$. La même réserve s'applique aux notes inférieures au fa_{4}. Effectivement, le summum d'intensité et d'éclat du fausset est, vers

(1) Ces deux dénominations sont un contresens physiologique. Nous les conservons cependant parce que leur signification est trop connue pour qu'il y ait à craindre qu'un vice de langage amène ici la confusion dans les choses. C'est ainsi que nous maintenons de même l'orthographe du mot fausset, malgré l'avis contraire de M. Colombat (MALAD. DES ORGANES VOC., p. 76) qui propose d'écrire *faucet* (de *fauces*, gorge, gosier). Nous avouons que les avantages de ce changement ne nous ont point frappé. Car si *fausset* implique effectivement une idée de manque de justesse (ce qui n'est rien moins que fondé), de son côté, *faucet* ne consacre pas une méprise moins grave, en donnant l'arrière-bouche comme le lieu où se forme cette espèce de voix. En somme, ces deux mots renfermant chacun une erreur, l'un de musique, l'autre de physiologie, notre choix entr'eux était commandé par l'usage.

(1) Le chiffre qui accompagne ici les notes indique l'octave à laquelle elles appartiennent; ut_{1}, pris pour son fondamental, étant celui que donne un tuyau ouvert de 8 pieds de longueur. L'*ut* de la portée (clef de *sol*) est donc, dans ce système, représenté par ut_{3}.

(2) Il est bien entendu que, malgré la précision que nous lui donnons ici, pour plus de simplicité, cette délimitation n'a rien d'absolu, puisqu'elle doit au contraire se prêter à toutes les variétés individuelles et aux qualités particulières de chaque organe vocal. Cependant, malgré les différences qu'on observe selon les sujets, dans le point de départ des deux registres, il est remarquable que, chez tous, leurs rapports sont à peu près les mêmes.

trie? La loi des patentes avait pour but le prélèvement d'une prime sur les bénéfices de spéculations dont le dernier terme était de grossir l'avoir des industriels ou des commerçans; mais elle n'a jamais songé à faire porter cette prime sur les rétributions affectées au travail : c'est dans cette vue qu'elle a dispensé de la patente les ouvriers et les journaliers; c'est aussi dans la même vue qu'elle en affranchira les médecins. Le médecin, soumis à une rémunération pour prix de ses soins, ne bénéficie pas : il est honoré, rétribué, payé, si l'on veut, de ses peines, et voilà tout. Quelle différence avec l'industriel et le commerçant? Nous avons presque assimilé l'exercice de notre art aux travaux de l'ouvrier et du journalier, et il le fallait bien pour faire toucher au doigt la nature de l'intérêt matériel du médecin. Maintenant, mesurez par la pensée la distance entre une profession dont le seul but est de soulager ou de guérir les êtres souffrans, et les professions qui ne visent pas à autre chose qu'à faire de l'argent, et vous comprendrez mieux ce qu'il y a d'injurieux, d'insultant, nous ne dirons pas pour le médecin, mais pour la morale publique, de mettre de niveau la médecine et l'industrie. Et qu'on ne croie pas que nous méconnaissons les services rendus à la société par l'industrie et le commerce. Loin de nous la pensée de rejeter sur autrui la déconsidération dont nous repoussons la flétrissure pour notre propre compte; nous voulons dire seulement que l'industrie et le commerce n'ont affaire qu'avec l'argent et en vue de l'argent, tandis que la profession médicale ne poursuit et n'atteint qu'un intérêt moral. Comment! vous affranchissez de la patente le peintre, le statuaire, le musicien et le comédien, sous le prétexte de la libéralité de leur profession! Mais le peintre, le statuaire et le musicien même ne font-ils pas marchandise du produit de leurs conceptions? Ne le vendent-ils pas au plus offrant? Ne saisissez-vous pas au juste son prix coûtant? En vérité, Messieurs du fisc sont bien aveugles dans leurs classemens des patentables. Nous ne répèterons pas tout ce que nous avons dit l'an dernier, ce que tout le monde dit à présent du privilége dont sont gratifiés les avocats à l'encontre des médecins; entrons plutôt dans les détails de la loi en discussion.

La patente embrasse deux ordres d'objets de perception : l'un est compris sous le nom de droit fixe; l'autre sous celui de droit proportionnel. Le droit fixe est la taxe imposée suivant les classes; le droit proportionnel est la taxe relative aux circonstances dans lesquelles les patentés de chaque classe exercent leur profession. Si l'impôt de la patente considéré en général choque la justice dans son application à la médecine, il devient d'un arbitraire insoutenable dès qu'on examine le mode de sa répartition. Voyons comment cette répartition s'effectue dans le commerce ou dans l'industrie. Parlons d'abord du droit fixe.

Le droit fixe est établi dans les huit classes de patentés, non sur la fortune réelle ou sur la fortune acquise, mais sur la fortune présumée ou sur la fortune à venir. Grace à ce procédé, le fisc frappe l'industrie et le commerce d'après les chances probables des bénéfices de chaque spécialité. On conçoit à la rigueur qu'une classification semblable mûrement réfléchie conduise à une répartition équitable partout où les capitaux et les instrumens du commerce et de l'industrie sont appréciables. Mais quel sera le point de départ pour l'appréciation des professions purement libérales? Sur quel principe établirez-vous, pourrez-vous établir le droit fixe de la patente des médecins? Ici aucun capital, aucun ins-

le milieu de son échelle, aux notes si_3, ut_4, ré_4, qui sont les ples belles du registre, celles qui fournissent an chantenr les plus brillans effets. Andessus du fa_4, et même chez beanconp de sujets, un ton ou un ton et demi avant ce terme, le son perd son ampleur et devient en quelqne sorte semblable au bruit strident et forcé du flageolet dans ses tous les plus aigus. Aussi, quoiqu'il soit encore fort perceptible dans ces régions élevées, la manvaise qnalité du fausset oblige alors de s'en abstenir. Nous insistous sur cette remarque : ses conséquences se présenteront dans un instant.

Ainsi, les deux registres ne sont point placés bout à bout, de manière que l'un commence où l'antre finit; ils marchent en partie l'un à côté de l'autre, (Müller, ouvr. cité, p. 125.) Ce fait a été longtemps méconnu. Et cependant chaque jour l'expérience donnait à ce dogme erroné un démenti public. Chaque jour, sur la scène, les chanteurs exécutent alternativement le même passage, des sons identiquement les mêmes, tantôt en voix de poitrine, tantôt en fausset. Le choix entre l'un et l'autre registre leur est dicté, soit par les qualités natives de leur organe, soit par l'expression qu'ils veulent donner à la phrase mélodique, soit par le désir de ménager leurs moyens. Bien plus : telle est la facilité d'exécuter un même son avec l'une ou l'antre voix, que souvent ils se décident avant d'avoir songé à raisonner leur préférence. Rien, ce nous semble, n'est plus propre à fixer les idées sur ce point important de physiologie vocale : rien ne montre mieux la justesse de la réforme à introduire dans la délimitation jusqu'ici usitée entre les deux registres.

28. Les chanteurs ne possèdent pas tous au même degré les notes de fausset. Et remarquez que nous ne parlons pas seulement ici des variétés individuelles, ni du plus ou moins d'éclat ou de beauté de cette voix. La différence est beaucoup plus tranchée. Ainsi, telle classe de chanteurs donne le fausset sans effort, telle autre en est dépourvue ou du moins n'a dans ce registre que des sons maigres, forcés, sans emploi musical possible. Les voix de basse-taille bien caractérisées en manquent généralement on n'en ont d'ordinaire qu'un tout à fait impropre à l'expression vocale (1). Chez les enfans, au contraire, ce second registre est assez développé; mais plusieurs le perdent à l'époque de la mue. Les femmes en sont rarement privées.

29. Il est, sous ce rapport, une autre différence encore plus singulière. Non seulement le fausset existe ou n'existe pas, suivant que le chanteur est un ténor, un baryton, une basse-taille, etc. ; mais, même parmi les voix de la même espèce, il y a, entre les individus, une dissemblance tout aussi tranchée quant à l'existence de ce registre. Ainsi les ténors possèdent assez généralement les notes de fausset. Eh bien ! chez quelques-uns d'entre eux, il fait complètement défaut, ou se trouve du moins à l'état imparfait qu'il présente chez les basse-tailles. Et, ce qu'il y a de plus étrange encore dans ce phénomène, c'est qu'aucune circonstance apparente ne peut en rendre raison. De deux chanteurs dont la voix de poitrine est comprise dans les mêmes bornes, dont l'intensité et la qualité des sons de poitrine sont presque identiques, l'un a un fausset très développé, l'autre est absolument privé de ce second registre.

(1) C'est là une règle fondée sur l'observation ; et, comme telle, il suffit de la poser sans avoir besoin de recourir à des preuves que chacun trouvera dans ses souvenirs. Elle n'est pas même démentie par l'exemple du célèbre Martin ; car ce chanteur exceptionnel, quoique véritable basse-taille par les cordes graves de sa voix, jouissait en outre de presque toutes les notes de poitrine d'un ténor.

30. Chose non moins remarquable ! ceux chez lesquels le fausset n'existe pas ne peuvent presque rien pour combler cette lacune. C'est vainement que l'art prétendrait ici venir au secours de la nature. Bennati en a fait l'observation (V. ouvrage cité, p. 54) : il l'appuyait sur les nombreux exemples qui avaient passé sous ses yeux. Plus d'une fois, nous-mêmes, nous avons eu l'occasion de constater le même fait. Un de nos amis, M. le docteur De..., possédait une voix de ténor assez étendue pour pouvoir très facilement atteindre de poitrine le si_3 bémol : mais il n'avait pas une note de fausset. Eh bien ! malgré l'exercice le plus soutenu et poussé avec une rare persévérance, il n'a jamais pu parvenir à ajouter, sous ce rapport, aux qualités naturelles de son organe.

31. Un dernier caractère du fausset, c'est la facilité de son émission. Autant, dans les cordes hautes, la voix de poitrine, la voix sombrée surtout, trahit la fatigue et l'effort, autant l'exécution du fausset semble aisée et naturelle. Cette observation est si frappante, que souvent elle se traduit, même pour l'auditeur, en une sensation physique bien connue. Voyez sur le théâtre : après un chant soutenu en voix de poitrine, l'acteur est-il amené à prendre le fausset, une expression de repos, une détente, un relâchement manifeste apparaissent sur ses traits, dans sa pose; et un soulagement, en quelque sorte sympathique, respire au même instant sur la figure des auditeurs. Par là s'explique encore la longueur des phrases que l'on peut exécuter avec cette voix sans reprendre haleine; car l'air, moins rapidement épuisé, fournit naturellement à une phrase plus longue : et il est remarquable que les points d'orgue surchargés d'ornemens, que les interminables fioritures de la musique italienne commandent presqu'instinctivement l'usage du fausset. L'expérience, du moins, dépose qu'il en est le plus souvent ainsi. Quoique la proposition précédente ait été contredite dans ces derniers temps par un professeur de chant, nous montrerons (V. n° 40) comment ses assertions, si contraires aux nôtres, peuvent cependant se comprendre sans les infirmer.

Tel est l'ensemble des principaux caractères que présente la voix de fausset étudiée sous le rapport musical, et abstraction faite de toute préoccupation théorique. Il est encore plusieurs considérations qui mériteraient de trouver place ici, à cause de l'importance des inductions qu'elles peuvent fournir. Nous les remettrons cependant jusqu'à ce que nous soyons un peu plus avancés dans l'exposé de la question; car c'est alors que, immédiatement suivies de leurs corollaires, elles pourront jeter sur le sujet les plus utiles lumières.

THÉORIE DU MÉCANISME DU FAUSSET.

32. Nous sommes maintenant en mesure de donner notre théorie du fausset. Pour la déduire, pour la discuter, pour la démontrer, le moment ne saurait être plus opportun. Les faits d'observation sont là réels, bien convenus, hors de discussion. Notre doctrine y trouvera donc à la fois sa source et ses preuves. Car, si elle est vraie, elle doit rendre entièrement compte de tous les caractères qui précèdent : et la rigueur des explications qu'elle permettra deviendra en même temps une base pour l'établir et un infaillible critérium pour l'apprécier.

Cette théorie, nous la formulerons ici en deux mots. *Pour donner les sons de fausset, la glotte se place dans un état tel que les cordes vocales ne puissent plus vibrer à la manière d'une anche. Son contour représente alors l'embouchure d'une flûte; et, comme dans les ins-*

trument de travail ne dirige vos inductions, ou pour mieux dire toutes les bases de détermination sont fautives et conjecturales. Un médecin qui vient de recevoir son diplôme est soumis à la patente en sa qualité de médecin, et pourtant le médecin, à peine sorti des bancs au prix de frais onéreux d'examens et de thèse, ne reçoit pas un sou vaillant de sa clientèle; que, dis-je, ce médecin végète à grand'peine pendant plusieurs années sans voir un seul malade payant. Suivons-le d'une ville à l'autre ou de quartiers en quartiers dans le cours de sa vie médicale. Le droit fixe de ce médecin change effectivement dans ses diverses pérégrinations, c'est-à-dire que la cote de ses contributions augmente (car rarement elle est abaissée d'office) sans que la matière imposable sur laquelle ce prétendu droit est établi soit devenue plus saisissable. Nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer l'arbitraire de l'augmentation supposée; car il découle de la même source que l'arbitraire du droit lui-même. Nous parlons d'arbitraire ; nous devrions dire qu'il y a une iniquité criante à assujétir à un impôt dont aucune donnée certaine ne peut garantir la légitimité.

Le droit proportionnel a d'autres bases que le droit fixe. Il se rapporte à la valeur des circonstances dans lesquelles le patentable exerce sa profession ou son industrie. Nous appliquerons à ce second droit et avec encore plus de justice les réflexions que nous avons déjà faites au sujet du premier. On conçoit que la valeur des locations, la puissance des machines, l'importance d'une usine puissent fournir une règle d'appréciation dans la fixation du droit proportionnel de la patente d'un industriel ou d'un fabricant. Mais cette loi assez équitable en matière d'industrie devient, au contraire, souverainement inique lorsqu'on l'applique au médecin. Pour le médecin, nous le savons de reste, les frais d'établissement constituent une obligation inséparable de la dignité de sa profession et du rang qu'il tient dans le monde. Ces deux considérations le forcent à se priver quelquefois de beaucoup d'objets de première nécessité pour appliquer ses épargnes à un loyer supérieur à ses revenus effectifs, et à un ameublement assorti à ce loyer. Ici donc la location et le mobilier ne sont rien moins que la mesure de sa véritable position de fortune. Il suit de là que le droit proportionnel constitué sur ces données surcharge presque toujours le médecin, au lieu d'être le signe réel de ses facultés pécuniaires. On le voit, ni l'impôt de la patente considéré en général, ni les droits particuliers dont cet impôt se compose, ne sont fondés en équité dans leur application à la profession médicale. Bien plus, ces impôts deviennent pour la plupart une source de détresse financière qui dégénère chez les esprits faibles ou peu scrupuleux en oubli de la dignité du médecin. Que les hommes honorables qui sont décidés à soutenir le principe de cet impôt dans ses applications à la médecine réfléchissent aux faits dont nous venons d'offrir une rapide esquisse et nous osons croire qu'ils renonceront à leur système, bien convaincus, comme nous, qu'il y a plus à perdre pour la profession par le maintien de la patente qu'à gagner pour elle à conserver à quelques-uns de ses membres, par cet auxiliaire, des droits qu'elle s'assurera mieux en grandissant en estime et en considération.

La chambre paraît, du reste, avoir pressenti les raisons qui militent contre la patente des médecins. D'aucuns prétendent, nous ne l'ignorons pas, qu'assez indifférente à la justice de l'immunité réclamée, elle s'y laisse entraîner par des motifs de la nature de ceux qui déterminent les médecins-députés à se prononcer pour cet impôt. Mais si des raisons de ce genre prévalent sur la masse de

trumens de ce genre, ce n'est plus par les vibrations de l'ouverture, mais par celles de l'air lui-même que le son est produit (1). Il sera dit plus loin comment le larynx humain peut réaliser de pareilles conditions, comment on conçoit cette transformation de la glotte, de tuyau à anche en tuyau à bouche. Pour le moment, nous ne faisons qu'énoncer sommairement le fait même qui résulte de ce mécanisme. Reprenons maintenant un à un les caractères qui viennent d'être décrits; nous allons successivement voir leur explication claire et naturelle déposer en faveur de la théorie proposée.

EXPLICATION PHYSIOLOGIQUE DES CARACTÈRES MUSICAUX DU FAUSSET.

33. C'est par le timbre surtout que les sons de poitrine et ceux de fausset diffèrent. Cette dissemblance d'effet implique une dissemblance de cause. M. Magendie a été frappé de cette conséquence : « La différence, sous ce rapport, dit-il, est telle entre les sons de poitrine et ceux de fausset, *qu'ils semblent produits par des instrumens dissemblables.* » (V. PRÉC. ÉLÉM. DE PHYSIOL., 3e édit., t. I, p. 322.) Mais c'est peu d'accuser une différence; il faut spécifier sa nature. Or, sur ce point encore, tous les observateurs s'accordent. Sons de fausset, sons flûtés, ce sont là, même pour les chanteurs de profession, deux expressions synonymes. Et si l'autorité d'une analogie partout admise, partout rappelée, devenue populaire, presque proverbiale, suffisait à fonder une théorie, certes aucune ne pourrait, dès à présent, se dire plus solidement établie que la nôtre. Cette comparaison apparaît tellement saisissante de justesse, que M. Geoffroy-St-Hilaire n'a pas cru nécessaire de chercher une autre preuve à l'appui de son hypothèse (V. n. 5). Et l'on peut vraiment affirmer qu'il ne faut que l'énoncer pour la faire admettre de toute personne qui aura une seule fois entendu le fausset. C'est là en effet une vérité de sentiment, un argument qui s'adresse aux souvenirs plus qu'au raisonnement. Quel autre instrument que la flûte pourrait donner une idée des sons doux et perçans tout à la fois d'une belle voix de fausset?

34. Ce rapprochement n'est point de nature à rencontrer des contradicteurs : chaque lecteur l'avait sans doute déjà fait de soi-même. Il est facile d'ailleurs de lui donner toute la rigueur d'une démonstration mathématique. En effet, l'organe phonateur de l'homme est un instrument à vent. D'après les lois de la physique, il ne peut donc produire le son que de deux manières : par les vibrations des cordes vocales, ou par les vibrations de l'air contre elles. Or la voix de poitrine dépendant du premier de ces deux mécanismes, le fausset ne peut procéder que du second. La conséquence est forcée, puisque, pour la nier, on serait réduit à supposer une même origine, un mode identique de formation pour deux effets aussi essentiellement différens que le sont ces deux espèces de voix.

Ce syllogisme est inattaquable : toutefois nous ne nous en tiendrons pas là. L'étude raisonnée des propriétés du fausset offre trop d'intérêt, promet à la science des résultats trop fructueux pour n'être pas complétée.

(1) Cette théorie sur le mécanisme du fausset ne date pas seulement de la présente publication. Sa découverte remonte à l'époque (1839) de nos recherches sur la voix sombrée. (V. GAZ. MÉD., 1840, p. 305, mém. cité, no 2.) Notre ami M. le docteur H. Couturier (de Vienne) l'avait déjà explicitement énoncée en notre nom dans sa thèse inaugurale. (V. THÈSE DE PARIS du 3 mai 1841, p. 51.)

Continuons donc de scruter et d'interroger les faits à la lumière de la théorie.

35. Les basses-tailles manquent généralement de fausset (1). Le phénomène est constant, son explication toute naturelle. La comparaison de l'appareil vocal chez l'homme, la femme et l'enfant avait dès longtemps appris que l'ampleur normale de la glotte est d'autant plus grande que le sujet a la voix d'un diapason plus grave. Ce que l'induction rendait vraisemblable, l'anatomie l'a démontré directement et, depuis les recherches cadavériques de Bennati, on sait que cet orifice a réellement une largeur plus considérable chez la basse-taille que chez le ténor. M. Cruveilhier fait la même remarque (v. ANATOM. DESCRIPT., t. II, p. 676). Cela posé, la physique va nous donner la clef du problème. Pour que l'air soufflé dans un tube devienne sonore, il faut qu'il rencontre sur son passage un rétrécissement contre lequel il puisse se briser. En effet, la condition fondamentale du mécanisme des tuyaux à bouche est que le diamètre du point rétréci soit, avec celui du tube porte vent, dans un rapport de dimensions tel que la colonne d'air ne puisse le franchir sans entrer en vibrations. D'après cela, il est évident que le larynx plus large d'une basse-taille est rigoureusement comparable à un flageolet, par exemple, dans lequel le biseau aurait été déjeté à l'excès vers l'extérieur, à un tuyau à bouche où la lèvre serait trop en dehors. Car leur glotte n'offre point au courant d'air un passage assez étroit pour le briser ; leur appareil vocal, en un mot, n'est nullement construit pour la formation des sons flûtés. Aussi le fausset manque-t-il effectivement chez les chanteurs de cette classe. — Ce n'est pas que, en exagérant l'action des muscles constricteurs, ils ne puissent parvenir à donner à l'ouverture glottique un rétrécissement suffisant. Mais le résultat ne change pas pour cela : les sons que donne cette contraction forcée sont justement l'analogue des notes sur-aiguës du fausset chez le ténor. Dans les deux cas, l'effort de constriction a dû être porté à un degré extrême : dans les deux cas, la nature du son produit doit être semblable. Et par le fait, le peu de fausset que possèdent les basses-tailles rappelle à s'y méprendre la partie de ce registre qui, chez le ténor, est placée aux confins les plus élevés de son échelle (v. nos 26 et 27) ; chez l'un et l'autre, c'est un son étranglé, à la fois voilé et sifflant, péniblement formé, ne pouvant être filé, impropre, en un mot, à tout emploi musical.

On comprendra, sans plus de détails, pourquoi les femmes et les enfans ont tous un fausset développé, pourquoi ce registre se perd si souvent à l'époque de la mue. Notre explication suffit à tous ces faits ; et réciproquement, ils deviennent autant d'argumens en sa faveur.

36. C'est d'après les mêmes données qu'on se rendra compte des variétés individuelles du fausset sous le rapport de son étendue et de la position qu'il occupe dans l'échelle vocale. Si cette espèce de voix commence plus ou moins bas, si elle embrasse une quantité plus ou moins considérable de tons, selon les sujets, ces différences tiennent aux variétés même de l'appareil phonateur. Ainsi le ténor grave (barytenor) se rapprochant à un certain degré de la basse-taille, son fausset participera des mêmes imperfections qui, en général, lui sont propres dans toute cette classe de chanteurs. Au contraire, une voix de poitrine franchement posée dans le haut suppose une glotte plus étroite : et l'on voit, en effet,

(1) Nous avons dit plus haut (v. no 28) comment doit être entendu ce mot : *manquent de fausset.*

nos honorables, il n'en est pas de même d'un certain nombre des membres. Nous avons déjà signalé les efforts par lesquels M. Vitet, rapporteur de la commission du projet, a réussi à amener la majorité de la commission à nous décharger de la patente. Il nous reste à payer le même tribut de reconnaissance à M. Taillandier, et surtout à M. Richond-des-Brus. L'un et l'autre se sont élevés contre les prétentions injustes du fisc à notre égard. Mais M. Richond-des-Brus a accompli sa tâche avec une hauteur de vue et avec un accent de conviction profonde qui ont vivement impressionné l'assemblée. Nous craindrions d'affaiblir en les analysant les éloquentes expressions de notre honorable confrère; nous aimons mieux les reproduire telles qu'elles se trouvent mentionnées dans le MONITEUR de mardi. Les belles paroles de M. Richond-des-Brus resonneront agréablement à l'oreille de nos lecteurs ; les voici :

« Il est un axiôme admis par tout le monde, c'est que la loi doit être égale pour tout le monde, soit qu'elle punisse, soit qu'elle protège, mais surtout lorsqu'elle impose.

» Si le projet de loi est destiné à imposer le commerce, l'industrie et les professions qui ne sont assujéties à aucune condition de capacité, comment se fait-il que les avoués, les notaires et les médecins en soient atteints? S'il se propose d'atteindre toutes les professions, pourquoi les peintres, les statuaires, les artistes et les avocats sont-ils exempts?

» Enfin, s'il conserve une exemption en faveur des professions libérales, sous quel prétexte oserait-on contester à la médecine le droit de figurer dans cette catégorie?

» Je regrette que le gouvernement n'ait pas pris l'initiative des mesures de réparation et de justice que commandaient la raison et le bon droit, et qu'il en ait laissé tout l'honneur à la commission ; c'est de lui, défenseur naturel des intérêts de tous, qu'elles auraient dû émaner; et quelque respectables que soient les intérêts du trésor qu'est chargé de défendre M. le ministre des finances, le juste hommage qu'il aurait rendu aux travaux de l'intelligence eût été digne de ses lumières et de son équité habituelle.

» On a peine à comprendre par quelle étrange bizarrerie la loi est venue choisir, parmi les professions libérales, celle qui rend peut-être le plus de services à la société.

» En effet, le médecin est utile à l'administration, pour l'aider à faire les réglemens d'hygiène publique, et veille avec elle à la salubrité des établissemens de bienfaisance;

» A la justice, en l'aidant à découvrir les crimes les plus mystérieux, en constatant les corps de délit, et en protégeant quelquefois l'innocent que de mensongères présomptions pouvaient exposer à d'infamantes accusations;

» A l'armée de terre et de mer, en donnant des secours empressés à nos braves soldats, soit dans les hôpitaux, soit sur les champs de bataille, et en veillant à tout ce qui intéresse la salubrité des camps ;

» A la société tout entière, enfin, lorsqu'un de ces fléaux qui sèment la mort et l'effroi vient à fondre au milieu des populations consternées.

» Quelle analogie peut-on établir entre l'homme qui peut exercer toutes les branches d'industrie, et faire toute espèce de commerce, à la seule condition de faire une déclaration au greffe du tribunal de commerce, ou à la mairie, et celui que les lois astreignent à de longues études préparatoires, à de coûteux sacrifices

dans ces conditions, le second registre, beaucoup mieux timbré, commencer dès le sol_4 et s'étendre jusqu'au mi_4 ou fa_4. Cette différence tout anatomique donne aussi la raison des différences qu'on observe entre les ténors, quant à l'existence du fausset, et elle apprend encore pourquoi la gymnastique vocale parvient si rarement à les effacer. — En rapportant toutes les modifications fonctionnelles à des variétés anatomiques, nous ne prétendons point, tant s'en faut, avoir tout expliqué; car de combien de détails d'organisation la nature ne s'est-elle pas encore réservé le secret! seulement on trouvera dans ces remarques un point de départ précis pour de nouvelles recherches; et c'est à l'étude des variétés individuelles de conformation qu'on ira demander le motif des caractères si tranchés et si spéciaux que présente la voix de chaque artiste.

37. Lorsqu'on entend filer une note élevée de poitrine, on remarque toujours qu'au moment où l'exécutant la faiblit beaucoup, elle prend le timbre du fausset. Ce changement est involontaire : on a d'autant plus de peine à l'empêcher qu'il s'agit de sons plus hauts; et la difficulté devient telle dans les notes sur-aiguës qu'on peut hardiment défier quelque ténor que ce soit de filer un la_3 ou un si_3 en maintenant le son en voix de poitrine pendant toute sa durée. Cette tendance est constante; elle existe chez tous les chanteurs, sans une seule exception; elle est insurmontable et résiste aux efforts de l'attention et de la volonté comme à l'influence de l'exercice le plus tenace. Voilà donc une circonstance on ne peut plus capable d'éclairer la formation du fausset; car de tous les moyens propres à saisir le mécanisme d'une fonction, le plus sûr est l'interprétation des particularités inséparablement liées à son accomplissement; et, pénétrer la raison d'un phénomène qui jamais ne fait défaut, c'est presque toujours avoir saisi une loi.

Or ce phénomène jusqu'ici mal observé, entièrement inexpliqué, notre théorie le comprend sans effort; elle l'adopte même comme une de ses meilleures preuves. Nous savons que, lorsqu'on veut faiblir une note, la glotte se resserre instinctivement pour empêcher que le ton ne baisse par suite du ralentissement du courant d'air (1). Mais, puisque nous avons supposé un son de poitrine suraigu, ce sera sur des cordes vocales déjà fortement tendues que porte ce supplément de constriction. Il arrivera par conséquent que le courant d'air agissant contre des ligamens déjà parvenus à un degré extrême de tension n'aura plus la force suffisante pour les faire osciller. Ne pouvant donc leur imprimer de vibrations, c'est lui qui va se briser contre eux; c'est lui qui devient corps sonore. Au lieu de constituer une anche, les lèvres de la glotte se seront donc ainsi transformées en embouchure de flûte, et le son produit sera un son de fausset.

38. Comme tous les phénomènes de compensation, on voit celui-ci se reproduire, quoique en sens inverse, à la limite inférieure de la voix. Essayez de filer, en fausset, la note la plus grave de ce registre qu'on puisse donner, un sol_2 ou un fa_2, par exemple. Dès que vous voudrez la renforcer, elle prendra irrésistiblement le timbre des sons de poitrine. Même effet; même explication. Pour former cette note grave de fausset, la constriction de la glotte était aussi peu prononcée qu'elle pouvait l'être sans que les cordes vocales fussent susceptibles de vibrations sonores. Encore un degré de relâchement, et elles allaient passer de la condition de lèvres rigides, *faisant vibrer* l'air, à celles de lames *vibrantes*. Eh bien! ce relâchement se trouve justement commandé par le besoin de la compensation (voy. notre Mémoire sur la voix sombrée, *Gaz. Méd.*, 1840, p. 310, 311). Il s'opère donc; et l'effet prévu, c'est-à-dire la substitution instantanée de la voix de poitrine au fausset devient inévitable, comme d'ailleurs l'expérience le prouve.

39. Le fausset, avons-nous dit, se distingue de la voix de poitrine par la facilité de son émission et la faible dépense d'air qu'il nécessite. Les expériences si précises de Müller déposent dans le même sens; et le fait d'ailleurs est généralement reçu parmi les musiciens. Nouvel appel de l'observation à notre théorie; nouvelle occasion d'en montrer l'exactitude. Là, en effet, où l'air est l'agent de vibration, son impulsion doit être plus forte, l'expiration par conséquent plus active; et c'est là la cause de l'effort que le chanteur est visiblement obligé de déployer dans les notes de poitrine. On comprend aussi comment leur durée est nécessairement limitée; car le courant d'air a besoin, pour les produire, d'un certain degré de force, et l'on sait que les puissances expiratrices ne peuvent agir avec tout leur avantage que sur une portion seulement de la masse totale d'air renfermée dans le thorax.

Mais avec le fausset tout change. Le mécanisme de la flûte a remplacé celui de l'anche. L'air vibrant donc alors par lui-même, c'est uniquement de l'état de l'ouverture que dépend le nombre des vibrations; et l'exécutant peut ralentir le courant d'air sans altérer en rien les conditions de formation du son. Aussi les notes du second registre ne demandent-elles qu'une faible expiration et peuvent-elles être soutenues beaucoup plus longtemps que les notes *correspondantes* de voix de poitrine.

40. C'est probablement faute d'avoir songé à cette *correspondance* des notes dans les deux registres que récemment un professeur de chant a donné de la même question une solution toute différente. Contrairement à ce qui vient d'être dit, contrairement au résultat de l'observation générale, M. Garcia prétend que « le son de fausset, quoique très faible, relativement au son de poitrine, épuise beaucoup plus vite l'air contenu dans les poumons. » (V. mémoire cité, p. 122.) Cette proposition choque tellement les idées reçues que tout d'abord on est porté à soupçonner quelque méprise dans la manière dont elle a été déduite. Lisez, en effet, le récit de l'expérience sur laquelle l'auteur prétend l'établir : « Si à un son de poitrine l'on fait succéder l'unisson de fausset, aussitôt les vibrations s'affaiblissent au toucher et à l'ouïe. Cette diminution de force ferait

(1) Ce phénomène de compensation a été établi par nous dans notre travail sur la voix sombrée (voy. Gaz. Méd., 1840, p. 310 et 311). Nous saisissons cette occasion pour reconnaître qu'une théorie de la compensation, à peu près semblable à la nôtre, se trouve dans Müller. La priorité sur ce point appartient par conséquent au professeur de Berlin dont le travail ne nous était pas encore connu à l'époque de notre publication. Chacun de notre côté, nous avions donc poursuivi et découvert la même solution du même problème. Mais s'il y a conformité pour les conclusions, il existe une différence capitale quant au mode de démonstration; et nous tenons à la faire ressortir. Après avoir simplement formulé sa pensée, Muller se borne à chercher dans des expériences sur le cadavre si, effectivement, en relâchant les cordes vocales au moment où le souffle devient plus fort, on peut empêcher le ton de s'élever. Ce qui, comme on voit, montre seulement que sur l'homme vivant, le mécanisme supposé réussirait, *s'il existe réellement*, à conserver la justesse de l'intonation. Pour nous, suivant une autre marche, nous avons basé notre démonstration sur l'observation directe, et nous pensons avoir mis hors de doute que ce mouvement, *supposé* et *seulement démontré suffisant* par Müller, a lieu bien *réellement, pendant la vie*, et peut être constaté *par voie expérimentale*.

à de nombreuses épreuves littéraires et scientifiques? Les frais universitaires qu'il paie ne sont-ils pas la patente du médecin?

» Est-ce à raison des produits considérables qu'il retire de l'exercice de sa profession que le fisc se croit le droit de l'atteindre? Mais qui ne sait qu'à part quelques rares célébrités, aux pieds desquelles viennent quelquefois s'amonceler des trésors, les médecins reçoivent à peine de quoi pourvoir au modeste entretien de leurs familles?

» Qui ne sait que, mis chaque jour en rapport avec des gens malheureux, souffrant quelquefois autant de misère que de maladie, ils sont obligés très souvent de donner d'une main ce qu'ils reçoivent de l'autre?

» Leur mission est toute d'humanité, de bienfaisance, de dévouement : c'est une espèce de sacerdoce qui les initie à toutes les douleurs, et les appelle autant à consoler qu'à soulager et à guérir.

» Leur marchandise, cette marchandise qu'on veut imposer, ce sont des paroles d'encouragement, d'espérance, de consolation; des paroles qui ajoutent, par la confiance qu'elles inspirent, à l'efficacité des remèdes; des paroles qui endorment la douleur en faisant espérer un lendemain plus heureux; des paroles enfin qui, lorsque la nature défaillante ne peut plus lutter contre les étreintes de la mort, cachent la tombe vers laquelle on s'avance, et sèment encore de fleurs le chemin douloureux qui y conduit.

» Voilà la marchandise du médecin. Oseriez-vous la frapper d'un droit de patente? Non : ce n'est pas dans une assemblée composée d'hommes aussi éclairés et aussi équitables que je peux redouter une pareille décision. La longue durée d'un abus ne constitera pas un droit à vos yeux; et, j'en suis certain, l'heure de la justice a sonné. » (Très bien, très bien!)

— Nos abonnés recevront, sous le couvert de la Gazette Médicale, le prospectus de la Revue synthétique. Ce recueil est digne de toute leur attention par l'importance et la nouveauté de son but, l'élévation de ses idées et le talent de sa rédaction. C'est le tableau du progrès de l'époque. Les hommes qui sont placés à la tête de cette publication ont en en vue de réunir et de systématiser dans une même tendance tout ce qui se fait de bon, de vrai, de grand dans les différentes avenues de la science. Une telle entreprise mérite les sympathies et les encouragemens des esprits sérieux. Elle n'est déjà plus à l'état de projet. Une année d'exécution a montré tout ce qu'il est permis d'en attendre. Aussi ne venons-nous pas nous associer à des promesses vaines, mais constater un succès, et contribuer de nos faibles efforts à le répandre.

— Une association des médecins du département du Bas-Rhin, pour la formation d'une caisse de prévoyance, vient de s'organiser définitivement. Dans l'assemblée générale du 25 janvier dernier, l'on s'est occupé de la nomination des fonctionnaires et des membres de la commission chargée de représenter la société dans tout ce qui tient à son honneur et à ses intérêts.

supposer que la dépense de l'air a aussi diminué proportionnellement; et pourtant c'est le contraire qui a lieu. »

On va aisément comprendre la contradiction où est tombé M. Garcia. En expérimentant avec la note de fausset *à l'unisson* de celle de poitrine, l'erreur était inévitable; car il est de notion vulgaire en musique vocale que, dans chaque registre, les notes les plus graves dépensent toujours, même en les donnant faibles, sensiblement plus d'air que les sons élevés. Il importe, dans les recherches de ce genre, d'avoir toujours cette circonstance présente. En prenant un son susceptible d'être chanté alternativement par les deux espèces de voix, M. Garcia s'est donc trouvé en réalité avoir comparé une note grave de fausset avec une note aiguë de poitrine. De là le vice de l'expérience; de là le vice des conclusions. Si, tenant compte de ces différences, l'auteur eût choisi dans chaque registre une note *correspondante*, c'est-à-dire deux sons distans, chacun d'un même nombre de tons, de l'origine de son échelle respective, il aurait, nous n'en doutons pas, trouvé dans l'issue de l'expérience de quoi lui faire abandonner sa doctrine.

41. Ainsi, la voix de poitrine et le fausset représentent deux instrumens dissemblables et par le timbre de leurs sons et par le diapason de leur échelle. Enjambant l'un sur l'autre, puis se faisant suite, ils forment, par leur réunion, l'ensemble des sons que peut créer l'organe vocal. Le chanteur trouve donc ici à sa disposition, comme le compositeur dans l'orchestre, un nombre considérable de tons, mais répartis entre divers instrumens dont chacun a ses qualités, sa portée, son emploi bien distincts. C'est à lui de mettre en œuvre ces moyens d'expression si variés en les utilisant chacun dans sa sphère d'action la plus naturelle. Mais l'*orchestre vocal*, si l'on peut dire ainsi, a sur l'orchestre instrumental un désavantage particulier : le même orifice devant alternativement servir et d'anche et d'embouchure de flûte, deux mécanismes aussi dissemblables résidant dans un seul tuyau, on comprend que la transition de l'un à l'autre ne peut toujours s'opérer sans difficultés. Et par le fait, le passage d'un registre à l'autre se fait toujours sentir. En parcourant, soit de bas en haut, soit de haut en bas, toutes les notes de la voix, on ne peut éviter, à l'instant du changement de registre, une sorte de ressaut; d'où résulte, dans le second cas, un effet désagréable à l'oreille. Les règles qui se trouvent à cet égard dans les méthodes de chant, les exercices soutenus auxquels on assujétit les élèves dans le but d'atténuer cette imperfection, prouvent assez qu'elle est inhérente à la constitution normale de l'organe vocal. Aussi ne vient-on jamais à bout d'en triompher complètement. A force d'adresse, en choisissant d'avance le moment du changement, en faiblissant ou renforçant à propos le son, on peut dissimuler ce défaut; jamais on ne l'efface.

42. Ces remarques s'appliquent particulièrement à la transition du fausset à la voix de poitrine; car c'est celle qui présente le plus de difficultés. Les chanteurs le savent bien; et pour masquer autant que possible la disgrace naturelle de ce passage dans une gamme descendante, ils ont soin de continuer l'emploi du fausset assez bas pour que les sons de poitrine qui devront lui succéder se trouvent dans une partie de ce registre où leur émission est plus facile. Et néanmoins ce moment est toujours perceptible et donne lieu à une sensation qui n'échappe jamais à l'auditeur attentif.

Notre théorie donne encore la raison de ce singulier phénomène, que personne n'avait songé à analyser au point de vue physiologique. Nous savons que, dans le fausset, le contour de la glotte est rendu fixe. Dans la voix de poitrine, au contraire, le degré de constriction que présentent les cordes vocales doit changer pour chaque ton. Tont est dans cette différence. Que la transition du premier au second registre puisse, à force d'art, se dissimuler, il n'y a là rien d'inattendu; car il ne s'agit alors pour l'exécutant que de passer à un état de la glotte bien déterminé, état qui est de même nature pour toute l'échelle du fausset, et conséquemment avec lequel il a pu se familiariser par un long exercice. Mais descendre du fausset aux sons de poitrine, c'est vouloir saisir de prime saut un degré de contraction qu'il est aussi difficile qu'important de rencontrer juste; car la tension des cordes vocales n'ayant rien de constant dans ce registre et y variant pour chaque ton, l'habitude ne peut servir à indiquer au chanteur le degré qu'il doit alors lui donner, puisque ce degré n'est qu'une des innombrables variétés de tension qui correspondent à la série des notes de poitrine.

43. Un second obstacle non moins puissant vient de l'impossibilité qu'il y a de faire *parler* une anche aussitôt qu'on y pousse l'air. Constamment, il s'écoule un certain temps entre le moment où l'on commence à souffler et celui où le son éclate. De là, dans l'anche humaine comme dans les instrumens artificiels, une pause forcée, une courte suspension de son qui ajoute encore à l'effet désagréable dont s'accompagnent, lors de la transition, les premières notes de poitrine.

DÉMONSTRATION EXPÉRIMENTALE DE LA THÉORIE DU FAUSSET.

44. Ainsi, toutes les particularités du fausset trouvent dans la théorie proposée leur raison suffisante. Abordons maintenant un ordre de preuves encore plus directes. Nous avons établi que le mécanisme de la flûte permet seul de comprendre les caractères musicaux du second registre. Montrons que, avec ce même mécanisme, on peut en réalité reproduire des effets qui sont rigoureusement identiques à ceux que présente la voix de fausset.

Il est généralement admis que, pour former les sons de poitrine, les lèvres vocales vibrent à la manière d'une anche. Professant donc, comme nous le faisons, que le fausset est produit quand ces lèvres se changent en lames rigides, il était naturel que nous songeassions tout d'abord à chercher ce qui arrive lorsqu'on met en jeu une anche dont les lames ont été rendues incapables de vibrer. Car cette analogie entre les deux phénomènes, vital et mécanique, était aussi étroite que possible; et nulle expérience ne pouvait créer pour notre théorie un contrôle plus sûr et plus décisif. Disons immédiatement que son résultat a été aussi concluant en notre faveur que nous devions l'espérer. Voici comment il faut procéder pour la répéter.

Si, prenant entre les lèvres une anche de basson ou de hautbois, on la fait *parler* suivant son mécanisme ordinaire, on reconnaît sans peine que les sons produits représentent exactement ceux du registre de poitrine. Alors, sans rien changer à la position des lèvres, sans cesser de souffler, glissez une pince (une pince à disséquer, par exemple), de manière que ses mors appuient légèrement par leurs extrémités sur les faces latérales de l'anche. Au même instant, vous observerez un changement complet dans la nature du son. De plein et vibrant, il devient tout à coup aigu, doux et sifflant. C'est le passage des sons anchés aux sons flûtés, de la voix de poitrine au fausset; car la comparaison est si frappante qu'on se surprend involontairement à la faire, et elle se présente naturellement à l'esprit dès qu'on vient donner une idée du résultat obtenu.

Pour répéter cette expérience avec succès, quelques précautions sont nécessaires. Mais ces précautions même serviront à montrer mieux encore la saisissante analogie de la voix de poitrine et du fausset avec les sons de l'anche libre et ceux de l'anche dont on a suspendu les vibrations. Ainsi, il faut un peu ralentir le courant d'air; circonstance tout à fait en harmonie avec nos règles sur l'émission du fausset (Voy. n. 31), et si bien établie d'ailleurs par les expériences de Müller, qui en a fait une des conditions de sa formation. (Voy. ouvr. cité.) Ainsi, le son produit avec l'anche comprimée est plus aigu que le son anché qui précédait; et cette différence rappelle parfaitement l'intervalle diatonique qui existe entre les deux registres. — Quant au degré de pression à exercer avec la pince, il doit être assez fort pour interrompre les vibrations de l'anche, mais ne sera pas porté au point d'y intercepter le courant d'air. Avec un peu d'habitude, on arrivera bientôt à rencontrer le degré de force convenable. On pourrait aussi, comme nous l'avons souvent fait, remplacer l'action de la pince par le rapprochement des dents. Dès que leur extrémité a touché les faces de l'anche, le son se transforme instantanément, et il continue à sortir flûté tant que dure ce contact, qui doit être très léger.

45. Les conséquences de cette expérience se comprennent d'elles-mêmes. Il suffit de l'énoncer pour en faire juger toute la portée. Ainsi s'explique un fait constaté par M. Magendie, fait dont les corollaires, maintenant éclairés par l'expérience qui nous est propre, vont devenir d'autant plus probans qu'il a été observé sur un appareil offrant une plus grande ressemblance avec l'instrument vocal. « En faisant, dit M. Magendie, des essais avec le larynx artificiel de M. Cagnard-Latour, il m'est arrivé plusieurs fois, *en tendant fortement les lames de gomme élastique*, de faire sortir des sons qui étaient aux sons ordinaires de l'instrument, à peu de chose près, ce qu'est le fausset aux sons de poitrine. » (Voy. Précis élém. de physiol.. t. 1, p. 323.) Voilà bien notre expérience; voilà bien sa signification, reconnue par M. Magendie. A la vérité, l'illustre physiologiste n'a pas songé à en tirer les déductions qu'elle nous a fournies; il se borne à l'énoncer sans commentaires, et comme à titre d'observation fortuite. Mais cette circonstance n'altère en rien sa haute valeur scientifique, et assurément ce n'est pas parce qu'elle a été recueillie hors de toute vue systématique qu'elle sera pour notre théorie une preuve moins puissante!

46. Nous pouvons encore rapprocher de ces résultats obtenus avec un larynx artificiel des expériences faites sur le larynx humain. On a vu plus haut que, en soufflant de l'air entre les cordes vocales, convenablement tendues, d'un cadavre, Müller a fait sortir des sons « qui ressemblent complètement à ceux de la voix de fausset. » (V. ouvr. cité, p. 93.) L'explication de cet auteur n'est point acceptable, avons-nous dit; mais elle

s'appuie sur des faits réels ; et il faut bien tenir compte de ceux-ci. Or, ce qui frappe surtout dans l'exposé des résultats fournis par ses expériences, c'est que toujours le moment où le son produit devient son de fausset a été celui où les vibrations des cordes vocales avaient diminué de manière à n'être plus perceptibles que sur leurs bords. N'est-ce pas là l'exacte reproduction de notre expérience, l'imitation fidèle de ses conditions et de ses résultats?

47. Voilà donc notre théorie, et voilà aussi, ce nous semble, établi en sa faveur tout l'ensemble de preuves que l'on peut réunir dans les questions de ce genre. Elle éclaire l'histoire musicale du fausset, explique tous ses caractères, le suit jusque dans ses moindres nuances; elle reproduit de la manière la plus frappante, sur le larynx naturel et artificiel, les propriétés distinctives de cette voix; enfin, sa concordance parfaite avec les lois connues d'acoustique vient d'être prouvée! Qu'exige-t-on de plus pour la démonstration? Une hypothèse qu'aucun fait d'observation ne trouve rebelle, que confirme l'analogie la plus rigoureuse, a-t-elle besoin d'autres argumens? Nous imposerait-on l'obligation de prouver par des vivisections que les choses se passent ainsi sur le vivant?... Mais a-t-on jamais exigé des théories sur la voix les plus en faveur ces preuves matérielles? Non: le rapprochement plus ou moins justifié des sons produits avec ceux de tel ou tel instrument de musique, la désignation, en second lieu, des moyens que le larynx humain possède pour reproduire le mécanisme de cet instrument, voilà tout ce qu'on leur a demandé. Et c'est avec raison; car là où, par l'essence même des choses, il est impossible de saisir la nature sur le fait, il faut savoir renoncer à ces démonstrations *de visu* et poursuivre la vérité par une autre voie.

DES CONDITIONS PHYSIQUES DE L'APPAREIL VOCAL DANS LE FAUSSET.

48. Il ne nous reste plus maintenant qu'à faire voir comment les conditions diverses d'un instrument du genre de la flûte peuvent être réalisées dans l'organe vocal par le jeu combiné des élémens qui le composent. Or, dans les tuyaux à bouche, le son ne peut être formé sans deux parties constituantes : une ouverture à contour rigide et un tuyau porte-voix susceptible de varier de capacité. C'est donc la physique qui nous dicte l'ordre à suivre dans l'examen des modifications que subit l'appareil phonateur pour satisfaire à cette double indication.

OUVERTURE. L'orifice qui représente l'embouchure se trouve constitué par la glotte. A cet effet, ses lèvres sont maintenues dans un état tel que la colonne d'air ne peut plus les faire vibrer, ou du moins, ne les fait plus vibrer que comme, dans la flûte, le contour de l'embouchure. Mais cet état quel est-il? Cette rigidité qu'acquièrent les cordes vocales leur est-elle imprimée par la contraction du thyro-aryténoïdien? Tient-elle au mouvement de bascule du cartilage thyroïde, dont l'effet est de tendre ces cordes par leurs bouts? Faut-il admettre la coexistence de ces deux causes? Devrons-nous encore supposer ici, dans le tissu musculaire des ligamens vocaux, cette *force statique*, signalée par Barthez, et qui serait indépendante de la contraction proprement dite. Ainsi que l'a si bien exprimé M. Geoffroy-Saint-Hilaire : « on ne peut, dans ce cas, que se livrer à des conjectures, et nous ne nous en permettrons aucune. » (Ouv. cité, p. 340.) Mais ce qui n'est point conjectural, ce qui résulte de cette incertitude même, c'est qu'avec tant de moyens d'exécution, le phénomène ne saurait être rejeté comme inexplicable. Or, malgré le mystère qui entoure encore son mécanisme intime, peut-on conserver sur sa réalité le moindre doute quand on sait, d'une part, qu'il est possible (voy. n° 48), de l'autre, qu'il est nécessaire (v. n° 34)?

49. Une objection se présente cependant ici : nous allons y répondre. S'il est vrai, dira-t-on, que le fausset est d'une exécution facile, si, comme il a été établi plus haut, son emploi semble reposer l'exécutant et l'auditeur, comment une telle propriété pourrait-elle se concilier avec cet état de fixité forcé et permanent des cordes vocales? N'y a-t-il pas là une sorte de contradiction entre l'expérience et la théorie : la première montrant le peu de fatigue que coûte ce mode de chant, la seconde enseignant au contraire que son mécanisme est à peu de chose près celui de l'effort?

Cette difficulté n'est qu'apparente; car l'objection ne repose que sur une notion inexacte du mécanisme de l'effort. Ce serait en effet prendre de ce phénomène une idée fausse que d'attribuer à l'occlusion seule de la glotte les signes visibles de fatigue qui l'accompagnent et qui empêchent de le prolonger. Ce n'est pas de l'occlusion de la glotte qu'ils proviennent; c'est surtout de la nécessité d'imprimer aux muscles expirateurs une contraction exagérée. En voulez-vous la preuve? Maintenez la glotte resserrée, mais sans chercher à chasser l'air avec plus de force que dans la respiration ordinaire. Tant que vous ne joindrez pas à cet acte un déploiement énergique des puissances expiratrices, il y aura à peine vestige de contention, pas de gonflement des jugulaires, ni de rougeur de la face, etc. Il suit de là que la sensation de l'effort ne tient pas exclusivement, ne tient qu'en faible partie à l'état de la glotte. Ainsi, dans le fausset, les bords de cet orifice peuvent fort bien devenir rigides, persister dans la même situation pendant toute la durée de ce chant, sans que rien à l'extérieur doive nécessairement trahir l'effort.

La fixité des cordes vocales, dans le fausset, étant admise, il serait curieux de rechercher si le diamètre de la glotte y varie selon la hauteur des sons à produire. La question est assez difficile; car si d'un côté le rétrécissement de l'orifice explique bien les changemens de tonalité (1), l'autre ils peuvent aussi s'interpréter sans cette circonstance, puisque, pour certains auteurs, les variations de longueur du tuyau vocal suffiraient à elles seules pour en rendre compte. Il est du reste fort probable que les deux conditions concourent à former le ton. C'est ainsi que les choses se passent dans la flûte traversière, où le joueur, pour monter la gamme, avance la lèvre afin de rétrécir l'embouchure, en même temps que le doigté lui sert à diminuer la longueur du tuyau. Et l'existence d'un pareil concours d'agens dans l'organe vocal est d'autant plus vraisemblable que les conditions physiques de ce double mécanisme s'y trouvent réunies.

50. TUYAU VOCAL. Nous nous arrêterons peu sur la disposition du tuyau porte-voix dans l'émission des notes de fausset. Les changemens qu'il subit relativement à la tonalité durant les sons de poitrine se trouvent assez exactement décrits dans les traités classiques pour qu'il soit inutile d'y revenir ici; car ces changemens sont à peu près les mêmes pour les deux registres. De même que le hautbois et la flûte emploient un tuyau presque semblable, de même la voix de poitrine et le fausset, analogues de ces deux instrumens, n'apportent aucune différence dans les variations du tuyau vocal. Remarquons seulement que, le fausset atteignant des notes plus élevées, toutes les modifications du tuyau qui accompagnent l'acuité du son sont portées, dans cette espèce de voix, à un degré beaucoup plus prononcé que dans celle de poitrine. Ainsi, à la limite supérieure du second registre, on voit le larynx élevé au point que le bord supérieur du thyroïde a cessé d'être perceptible au doigt, et l'ouverture de l'arrière-bouche a perdu plus de la moitié de son ampleur naturelle. Mais, quelque remarquables, quelque prononcés que soient ces changemens, gardez-vous bien de leur accorder plus d'importance qu'ils n'en méritent réellement. Comme nous l'avons déjà dit, ils sont relatifs, non à la nature, mais à l'élévation du ton; et, loin de concourir à sa formation ou de le produire, ainsi que l'avaient pensé Bennati et surtout M. Colombat, ils n'ont d'autre but et d'autre effet que de proportionner le tuyau porte-voix à la tonalité du son engendré dans la glotte. — Toutefois ici, comme dans la voix de poitrine, l'influence des variations du tuyau n'a rien de constant ni d'absolument nécessaire. En donnant les sons de fausset d'une certaine manière, en les *sombrant*, on peut parcourir l'échelle entière de ce registre, sans que le larynx ait changé de hauteur. Cette observation, d'abord signalée par nous pour les sons de poitrine, a été depuis lors étendue par M. Garcia à ce qu'il appelle registre de *fausset-tête*. Du reste, le mécanisme de ce *fausset sombré*, ses caractères et les effets musicaux qui en résultent rentrent complètement dans ce que nous avions les premiers établi, d'une manière générale et détaillée, dans notre travail sur la voix sombrée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Rapport sur l'organisation du service sanitaire des ateliers de la Pointe de Grave*; par M. Mabit fils. 2° *De la cautérisation par divers caustiques, et de son emploi thérapeutique dans un grand nombre de maladies, soit internes, soit externes.* (Suite.) 3° *Obstruction fécale coïncidant avec une hernie inguinale irréductible; autopsie, dilatation excessive du colon transverse entraîné vers l'anneau inguinal par l'épiploon contenu tout entier dans le sac her-*

(1) On sait que, dans les tuyaux à bouche, si l'ouverture de la bouche est trop étroite, le tuyau octavie, c'est-à-dire il rend quelque son plus élevé que le son fondamental qui convient à sa longueur (v. Biot, PRÉCIS ÉLÉM. DE PHYSIQUE EXPÉRIM., t. I, p. 412). Dans les instrumens artificiels, c'est là une cause d'imperfection, parce que le son fondamental est le plus plein, le mieux formé de tous ceux que peut rendre le tuyau. Mais dans le larynx humain où les dimensions du porte-voix peuvent à chaque instant se modifier selon le diamètre que prend l'ouverture, cette faculté d'octavier n'est plus un défaut mais un avantage, et elle devient un moyen de faire varier le ton.

niaire; par M. E. Bermond. 4° *De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le* delirium tremens; par M. Harigoyen (L'auteur, d'après les succès que cette pratique lui a valus, conseille l'émétique administré à doses rasoricnnes. Son effet curatif est extrêmement prompt. M. Hirigoyen pense que ce médicament agit principalement sur la moelle et sur les nerfs du système ganglionnaire, parties dont, selon lui, la lésion est le point de départ des symptômes dans le délire nerveux des blessés, qu'il étudie ici.) 5° *De l'efficacité de la belladone dans le phymosis et le paraphymosis accidentels*; par M. P. de Mignot.

OBSTRUCTION FÉCALE COÏNCIDANT AVEC UNE HERNIE INGUINALE IRRÉDUCTIBLE; par M. E. BERMOND.

OBS. — Un homme de 30 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche ancienne et volumineuse, avait depuis plusieurs mois des selles difficiles et séparées par de longs intervalles. Trois jours avant de faire appeler M. Bermond, il avait ressenti des coliques; puis le ballonnement du ventre s'était prononcé. A l'examen, on trouva les symptômes suivans: facies grippé, pouls régulièrement faible, vomissemens spontanés et assez fréquens de bile verdâtre, intolérance de l'estomac pour toute espèce de boissons, hoquets de temps en temps, coliques violentes par intervalles, constipation opiniâtre.

La tumeur herniaire offrait tous les caractères d'une épiplocèle simple. Elle était indolente à la pression, sans rougeur. Le doigt s'engageait aisément dans l'anneau inguinal de ce côté.

Une cause interne présidait évidemment à cet appareil symptomatique; car il n'y avait nulle apparence d'un étranglement dans le canal herniaire. Mais quelle était cette cause?....... Dans l'impossibilité de la déterminer d'une manière certaine, on dut s'en tenir à une médication presque empirique. La saignée générale, les saignées locales au voisinage de la hernie et autour de l'ombilic, les bains, les lavemens excitans, les injections forcées, les vomi-purgatifs violens, les potions anti-spasmodiques, les embrocations narcotiques sur le ventre, l'ingestion même de balles de plomb furent successivement employés. Le malade succomba au bout de deux jours.

AUTOPSIE. — La totalité de l'épiploon était contenue dans le sac herniaire, libre d'adhérences. Il était bosselé, épaissi, noueux, comme charnu. La portion qui passait à travers le collet du sac, sans le remplir, constituait un cordon volumineux, court, lisse et dur, tandis que tout ce qui demeurait dans le sac était susceptible d'être étalé. Le pédicule se terminait brusquement vers l'anneau inguinal interne, au niveau duquel il avait amené le colon transverse, dilaté en une immense poche pleine de gaz et de matières fécales. Le colon transverse, à son origine, n'avait pas abandonné sa ligne ordinaire de niveau avec les parties élevées des colons ascendant et descendant. La partie la plus déclive du grand sac anormal avait une portion minime pincée dans l'anneau inguinal interne; ramenée sans effort dans le ventre, elle s'est montrée hyperémiée.

Les intestins grêles étaient distendus par des gaz stercoraux. Le colon descendant et le rectum étaient au contraire rétrécis.

Le péritoine offrait partout, sur les intestins grêles, des traces d'une légère inflammation.

M. E. Bermond exprime l'opinion que la herniotomie n'était point indiquée chez ce malade, soit à cause de l'impossibilité où le chirurgien s'était trouvé de reconnaître pendant la vie le pincement d'une aussi petite portion d'intestin, soit à cause de la distension du colon par les fèces, distension tenant à la traction exercée sur cet intestin par l'épiploon déplacé, et qui aurait entraîné la mort, malgré la herniotomie.

Nous ne partageons cet avis qu'à demi. Sans doute, ici, l'opération n'était pas indiquée, à ce point de vue que le chirurgien puisse être blâmé pour ne l'avoir point pratiquée. Les difficultés du diagnostic sont pour lui une excuse plus que suffisante. Mais on ne peut douter si, par une heureuse inspiration, il avait été conduit à la faire, qu'elle n'eût eu sur les suites de l'affection une heureuse influence. D'abord, elle eût remédié à ce pincement de l'intestin qui était certainement une des causes, sinon la cause unique des accidens. En second lieu, le sac une fois ouvert, il est positif que l'opérateur aurait cherché à réduire l'épiploon; or, cette réduction, fût elle demeurée incomplète, aurait néanmoins agi favorablement pour rétablir le cours des matières, puisqu'elle aurait diminué la traction exercée sur le colon par l'épiploon, cause principale de cette accumulation de matières fécales.

DE L'EFFICACITÉ DE LA BELLADONE DANS LE PHYMOSIS ET LE PARAPHYMOSIS ACCIDENTELS; par M. DE MIGNOT.

Ce travail appelle la plus sérieuse attention, non que l'agent thérapeutique qui y est préconisé soit dépourvu de valeur, mais parce que l'art possède contre la même maladie des moyens plus sûrs, et qu'il serait dangereux de voir adopter les idées exclusives dont la pratique de M. de Mignot offre l'exemple.

Lorsque le gland et le prépuce sont le siége d'inflammation ou de chancres, il arrive fort souvent que leur volume mutuel subit une disproportion telle que le malade ne peut plus découvrir le gland, ou que s'il lui a fait franchir de vive force l'orifice préputial, il devient ensuite impossible de le replacer dans sa gaîne tégumentaire. Voilà le phymosis et le paraphymosis accidentels. M. de Mignot remarque que la maladie offre trois périodes successives. Dans la première, inflammation simple, resserrement du prépuce; dans la seconde, douleur, gonflement, œdématie. Enfin, à la troisième, teinte livide et bleuâtre, engourdissement des parties, menace de gangrène.

A toutes les époques de l'affection, l'auteur emploie la belladone; seulement, dans les premiers jours, il l'associe aux antiphlogistiques; dans les deux dernières périodes, il l'emploie de concert avec les lotions toniques et astringentes, telles que la décoction de roses rouges, de colombo, de cachou, de quinquina. L'administration de la belladone se fait soit en pommade dont on frictionne les parties à découvert, dans le paraphymosis, soit en solution injectée entre le prépuce et le gland, dans le cas de phymosis.

Lorsqu'il y a des chancres, la pommade suivante lui paraît préférable:

Onguent napolitain double..............	30 grammes.
Extrait de belladone....................	4 —
Baume du Pérou liquide..................	q. s.

Ce traitement par la belladone est long: il dure de trois à quinze jours dans les cas simples, de trente à quarante dans les cas compliqués. Cette lenteur pourrait prêter à quelques objections; mais, répond M. de Mignot, « il ne s'agit pas d'agir avec trop de précipitation; on sait que dans les affections syphilitiques, la nature choisit quelquefois un point de l'économie pour y séquestrer le principe du mal et l'empêcher d'infecter les voies circulatoires. Une longue élimination est souvent nécessaire au malade, en ce qu'elle épure le sang et produit une guérison sans rechute. » Heureusement, et pour l'honneur de l'époque actuelle, on peut aujourd'hui se contenter de signaler le danger de ces idées rétrogrades: il est devenu inutile de s'arrêter à les réfuter. Quel praticien voudrait se prêter à laisser suppurer un chancre qu'il serait en son pouvoir de fermer? M. de Mignot condamne, et avec beaucoup de raison, l'incision du prépuce faite pour le phymosis vénérien. C'est étendre du double la surface chancreuse, en inoculant le virus aux parties incisées; c'est retarder la guérison sans détruire le gonflement et en redoublant la douleur.

Mais si nous approuvons sans réserve la proscription ainsi formulée contre le débridement, nous demanderions à M. de Mignot moins de rigueur contre la méthode de cautérisation à laquelle, malgré quelques concessions, il ne nous semble pas accorder une place suffisamment honorable. Il est positif que c'est le plus sûr et le plus expéditif des traitemens employés contre le phymosis compliqué de chancres. A l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, où passent pourtant tant de cas graves, tant de chancres longtemps négligés, l'opération *dite du phymosis* est tombée en désuétude absolue; l'injection répétée entre le gland et le prépuce d'une solution concentrée de nitrate d'argent suffit à tous les besoins, et donne *constamment* des guérisons exemptes d'accidens et de suites fâcheuses. Nous ne pouvons donc adopter, quoique prêts à l'employer à titre d'adjuvant parfois utile, la médication que M. de Mignot voudrait lui substituer.

Le cas même de paraphymosis qu'il cite ici comme exemple de succès dû à la belladone pourrait fournir contre ce moyen un puissant argument. Lisez l'observation, vous verrez que « sous l'influence de la belladone, la douleur diminue notablement; mais pendant trois jours encore, la tuméfaction semble augmenter et le mal fait des progrès rapides. Le bourrelet se creuse de rides profondes au niveau de l'étranglement, il *se déchire* même dans le sens de sa circonférence, et plusieurs excoriations s'ajoutent aux chancres qui existaient auparavant. Plus tard, la tuméfaction diminua et la réduction fut possible. » Evidemment, chez ce malade, la belladone a été complètement insignifiante, et l'amélioration que l'auteur rapporte à cet agent a résulté en réalité de la gangrène et de la déchirure du prépuce, terminaison ordinaire des cas de ce genre quand ils sont abandonnés à eux-mêmes ou soumis à une thérapeutique insuffisante.

II. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

OBSERVATION DE CARDITE PARTIELLE; ABCÈS AU SOMMET DU VENTRICULE GAUCHE; TRAJET S'OUVRANT A LA SURFACE DU CŒUR; par le professeur GINTRAC.

Dans la plupart des cas d'inflammation du tissu musculaire du cœur, l'inflammation a débuté par le péricarde, et le plus souvent sous l'in-

fluence d'une attaque de rhumatisme, puis paraît s'être étendue ensuite à la substance même du cœur, qui présentait jusqu'à une certaine profondeur les traces manifestes d'une phlegmasie aiguë. Dans le fait que nous allons analyser, la phlegmasie paraît avoir commencé d'abord dans l'épaisseur même de la paroi du ventricule, et n'avoir atteint le feuillet viscéral du péricarde que consécutivement.

Obs. — Brugière, âgé de 68 ans, coutelier, d'une constitution robuste, d'un caractère irascible, était depuis un an sujet à des palpitations du cœur. Le 1er février 1843, à la suite d'un accès de colère, les palpitations devinrent extrêmement fortes, il y eut une gêne considérable de la respiration, et les membres inférieurs commencèrent à s'infiltrer. Reçu à l'hôpital le 15 février, Brugière y présente l'état suivant : respiration courte, sifflante; décubitus horizontal impossible; sommeil impossible, à cause de l'orthopnée. Toux, crachats sanguinolens, et qui bientôt ne présentent que du sang pur; battemens du cœur forts, mais irréguliers et qui s'entendent par l'auscultation dans une grande partie du thorax. Le sifflement extrêmement sonore du bruit respiratoire ne permet pas de constater s'il existe quelque bruit spécial. La percussion exercée sur le thorax indique de la matité à la partie supérieure et droite. Le pouls petit, la peau froide, le visage exprimant une anxiété profonde. Aucune lésion notable des fonctions digestives; une petite saignée du bras ne produit aucun soulagement, et le malade meurt après neuf jours de séjour à l'hôpital et avoir présenté du délire pendant les deux derniers jours.

Autopsie. Le poumon droit offre, dans son lobe moyen, une infiltration sanguine qui ne l'empêche pas, quand on le met dans l'eau, de surnager. Le péricarde, environné d'une couche épaisse de graisse, contient environ 12 ou 15 grammes d'un liquide épais, jaune-rougeâtre, composé de pus et de sérosité sanguinolente. Le feuillet séreux du péricarde a un peu de rougeur. Le cœur est volumineux, sa face antérieure. surtout à gauche, est recouverte d'une couche de pus épais, concret, membraniforme, disposée par plaques distinctes. Vers le milieu de la face antérieure du ventricule gauche, la lame séreuse altérée se détache facilement du tissu propre de l'organe et laisse voir dans le tissu du cœur une ouvertore ovalaire ayant un demi centimètre de longueur de haut en bas. Les cavités droites et l'oreillette gauche n'offrent rien d'anormal. Le ventricule gauche contient plusieurs caillots d'un sang très noir. La partie inférieure de ce ventricule est séparée du reste de son étendue par une lame épaisse, non organisée, et formant une cloison sous laquelle se trouve un liquide épais, purulent et couleur lie-de-vin. Les fibres musculaires avec lesquelles ce liquide est en contact sont grisâtres et ramollies, et baignées de pus qui paraît avoir surtout pénétré entre elles du côté de la paroi antérieure, où l'on trouve un trajet fistuleux disposé de bas en haut et d'arrière en avant, très près de la cloison interventriculaire, et qui vient aboutir à l'ouverture déjà signalée de la face antérieure du cœur. Ce conduit n'est point tapissé par une sorte de membrane muqueuse, mais est inégal et paraît formé par l'écartement des fibres, soit ramollies, soit lacérées, entre lesquelles le pus avait fusé. Aucun des autres organes n'offre d'altération remarquable.

Ce cas offre un exemple d'inflammation partielle du cœur, avec production d'un abcès dans l'intérieur du ventricule gauche, et dont le pus paraît s'être écoulé à la fois à l'extérieur et à l'intérieur du ventricule, sans cependant se mêler, dans le second cas, avec le sang de la circulation, dont il était séparé par une cloison membraneuse qui, à la fois, empêchait le mélange et prévenait l'issue du sang par le trajet fistuleux. M. Gintrac fait remarquer, avec raison, que la diminution causée dans la capacité du ventricule par cette disposition causait la gêne manifeste de la circulation qu'indiquaient le tumulte et l'irrégularité des battemens du cœur, l'orthopnée, la petitesse du pouls, la réfrigération de la surface du corps, l'anxiété de la physionomie.

Il ressort encore de ces dispositions que l'abcès n'aurait pu, si le malade avait survécu, donner lieu, comme cela paraît être arrivé dans d'autres occasions, à la formation d'un anévrisme propre du cœur, ce qui ne peut avoir lieu que quand l'abcès situé dans la paroi du ventricule ne s'ouvre que d'un côté et surtout dans la cavité même du ventricule.

Mémoire sur l'atrophie du cœur; résumé de l'état de la science sur cette question; par le docteur Issartier.

Ce travail résume assez exactement l'état actuel de la science sur l'atrophie du cœur, que l'on ne peut appeler une maladie, ni une simple altération, puisque malgré les nombreuses recherches faites sur le poids du cœur, on n'a pu encore arriver à fixer le poids ou l'épaisseur du cœur normal et du cœur atrophié. Tout ce que l'on a dit sur les symptômes et la marche de l'atrophie du cœur n'a que peu de valeur et est fondé plutôt sur des inductions théoriques que sur la pratique, qui est restée muette sur ce point. On en doit dire autant du diagnostic et du traitement, dont les premiers élémens sont encore à trouver.

Observation d'ossification avec oblitération de la veine-porte; par le professeur Gintrac.

L'observation suivante, qui laisse à désirer sous le point de vue de la symptomatologie, offre pourtant encore assez d'intérêt pour que nous croyions devoir en reproduire ici les principaux traits.

Obs. — Pierron, âgé de 45 ans, d'une forte constitution, a été longtemps militaire; mais, retiré du service depuis deux ans, il était employé comme manœuvre. Sujet à des palpitations, à de la gêne dans la respiration, il avait été traité à l'hôpital du Gros-Caillou d'un commencement d'ascite, et avait été soulagé, mais demeurait plus ou moins souffrant. Depuis deux ans, la dyspnée, les battemens du cœur, la tuméfaction du ventre et l'œdème des membres inférieurs l'obligèrent à cesser tout travail. Une saignée et quelques purgatifs ne lui procurèrent aucun soulagement.

Le 10 juin, admis à l'hôpital St-André, il présentait les symptômes suivans : dyspnée considérable augmentant surtout par la marche; battemens du cœur énergiques, tumultueux, avec un bruit de soufflet distinct et léger bruit de râpe sur la région sternale. Pouls calme, mais plein. Abdomen distendu, météorisé au centre et mat sur les côtés, avec fluctuation manifeste. Langue sèche et rouge sur les bords et à la pointe, et couverte d'un enduit brunâtre; gencives saignantes, mais non livides; quelques épistaxis; soif, anorexie, céphalalgie et parfois des éblouissemens. (Saignée de 400 grammes, dont le caillot est mou, non couenneux; tisane diurétique; on y joint la digitale et la scammonée, puis le suc de sureau.) Les symptômes s'amendaient, quand, à la suite d'un excès de régime, la distension du ventre augmenta, le pouls s'affaiblit et le malade mourut.

Autopsie. Infiltration générale. Le cœur est volumineux; l'aorte présente, à son origine et sur une étendue d'un diamètre environ, une tache rougeâtre violacée, parsemée de plaques blanchâtres arrondies, saillantes, de consistance cartilagineuse et de quelques autres plaques d'un rouge assez foncé, assez analogue, pour l'aspect, à une affection pustuleuse. Le péritoine, sans trace d'inflammation, contient environ 2 kilogrammes de sérosité limpide. Le foie est pâle, petit, comme ratatiné et à surface mamelonnée et blanchâtre. La vésicule biliaire contient une quantité moyenne d'un liquide jaune, peu épais. Les canaux biliaires n'ont aucune disposition anormale. La veine-porte, au-dessus du point de jonction des veines splénique et mésentérique supérieures, est remplie par un caillot fort ancien adhérant à la membrane interne, d'une couleur noirâtre foncée et assez ferme. Sur le même point, les parois de la veine-porte présentent plusieurs lames osseuses, dont les trois principales ont de 1 à 2 centimètres de longueur sur 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et qui sont presque toutes anguleuses. Elles sont placées entre la membrane interne et la moyenne, mais peu adhérentes. Toutes les veines de l'abdomen qui aboutissent à ce vaisseau sont gorgées de sang et variqueuses. La rate est allongée, comme marbrée et blanchâtre à l'extérieur; à l'intérieur, d'un rouge foncé. La muqueuse gastrique a une teinte brunâtre.

M. Gintrac pense que l'ascite a été la conséquence de l'oblitération et de l'ossification de la veine-porte, et fait remarquer que, bien que l'oblitération de ce vaisseau fût complète, la sécrétion de la bile n'a été que modifiée, mais non suspendue; tandis que la nutrition du foie a été sensiblement altérée. Le sang de la veine-porte, dit-il, n'est donc ni étranger à la nutrition hépatique, ni exclusivement indispensable à la sécrétion de la bile.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Examen de la doctrine des constitutions épidémiques*; par M. Forget. 2° *De l'emploi thérapeutique de la lumière*; par M. Riche. 3° *De la nature des maladies épidémiques*; par M. Godelier. 4° *De l'étiologie des fièvres intermittentes*; par M. Forget. 5° *Considérations sur la spécificité du bubon vénérien*; par M. Schützenberger. (L'auteur, partageant les idées de M. Ricord, admet que le bubon est tantôt sympathique, tantôt spécifique ou virulent. Quoiqu'il regarde les bubons d'emblée virulens comme exceptionnels, il ne les croit pas impossibles et rapporte l'observation d'un cas où le pus d'un bubon fut inoculé avec résultat positif, quoique le malade ne portât aucune lésion appréciable sur les organes génitaux. Mais le dernier coït, au moment où le sujet fut examiné, datait de trois semaines, temps bien suffisant pour qu'un chancre eût pu parcourir ses périodes sans laisser après lui de traces visibles. Cette observation demeure donc non avenue, et la question, faute de faits contradictoires, reste telle que M. Ricord l'a posée.) 6° *Déchirure de la veine-cave inférieure, suite de chute; épanchement sanguin circonscrit; bruit de souffle analogue au souffle placentaire, entendu dans toute la partie postérieure du tronc*; par M. Netter. 7° *Des anomalies dans la descente des testicules, de leurs conséquences pathologiques et de leurs applications à la médecine légale et à la réforme militaire*; par M. Pétrequin. (Extrait du Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale que M. Pétrequin vient de publier.) 8° *Observation d'extirpation de l'astragale*; par M. Oustalet. (L'astragale luxé dans son articulation avec le tibia fut facilement extrait. Les suites furent simples; déjà le calcanéum commençait à se souder avec le tibia, lorsqu'une indigestion emporta le malade le 35e jour de l'accident.)

DÉCHIRURE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE; ÉPANCHEMENT SANGUIN CIRCONSCRIT; BRUIT DE SOUFFLE ANALOGUE AU SOUFFLE PLACENTAIRE; par M. NETTER.

Cette observation est intéressante et instructive. Si le diagnostic des lésions de même espèce est malheureusement encore presque tout entier à créer, on peut dire qu'elle apporte à cette étude un tribut des plus propres à la faire rapidement progresser.

OBS. — Le 23 avril 1843, un homme de 44 ans tomba du haut d'un premier étage. Après un affaissement assez prolongé, la réaction s'établit. La guérison, achetée par un traitement antiphlogistique modéré, semblait avancer, lorsque le 30 un état fébrile se prononça. On fit alors une exploration plus détaillée, dont nous transcrivons le résultat: A la partie antérieure de la poitrine, le bruit respiratoire est entendu partout: il est normal. L'oreille appliquée à la région précordiale, il est facile de reconnaître un bruit de souffle profond qui s'entend en même temps que les bruits du cœur, sans cependant se confondre avec eux. A la partie postérieure, on constate un bruit de souffle très intense, tout à fait superficiel, évidemment isochrone avec les pulsations artérielles. Ce souffle avait une grande analogie avec le souffle dit placentaire ou utérin, dont il ne différait que par une plus grande intensité. Il s'entend à droite et à gauche, de haut en bas dans toute la région postérieure de la poitrine. Il couvre le bruit respiratoire qu'on ne perçoit que très difficilement. Plus tard, ce dernier bruit fut entièrement masqué. La percussion ne révèle aucune matité anormale.
Les jours suivans, oppression, toux, crachats rouillés. (Saignée, tartre émétique à dose contro-stimulante.)
Dans les cinq derniers jours, les extrémités inférieures s'infiltrèrent. Le bruit de souffle fut toujours le même, si ce n'est en avant, du côté gauche, où le râle crépitant fut momentanément constaté. Ce qui nous étonna néanmoins, ajoute l'auteur, c'est que ce bruit de souffle dont le maximum d'intensité était en arrière, à la base de la poitrine du côté droit, s'entendît dans toute la partie postérieure du tronc, depuis les omoplates jusqu'au sacrum et même sur la cuisse.

AUTOPSIE. Pneumonie double du sommet, greffée, dans le poumon gauche, sur des tubercules.
Epanchement sanguin dans différentes portions du péritoine. L'épiploon gastro-hépatique est d'un rouge noir, coloration évidemment produite par du sang veineux épanché. Les viscères abdominaux enlevés, on aperçoit entre les deux reins, sur le côté gauche de la colonne vertébrale, une tumeur bleuâtre fluctuante, ayant la forme d'un triangle alongé, de 13 centimètres environ dans sa plus grande dimension. A droite, cette tumeur est recouverte par l'aorte qui passe sur sa face antérieure et est ainsi détachée de la colonne vertébrale sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Un peu plus à droite, la tumeur est en rapport avec la face postérieure de la veine cave, avec laquelle elle communique immédiatement au-dessus de l'origine des veines iliaques primitives. Sa cavité contient du sang veineux et des caillots assez consistans. Les veines iliaques primitives, principalement la droite, sont dilatées et ont dans leur intérieur des caillots consistans.

Le bruit de souffle était évidemment dû à l'épanchement sanguin; le mécanisme de sa production se comprend, du reste, aisément. L'épanchement formait une poche circonscrite qui avait poussé l'aorte en avant. Ce vaisseau artériel était donc aplati; or l'on sait que le rétrécissement des artères peut donner lieu à la formation d'un bruit de souffle. Si ce bruit, qui ne né dans la région lombaire, se propageait néanmoins jusqu'au haut de la poitrine, c'est que la colonne vertébrale, corps solide et bon conducteur, le transmettait à l'extrémité cervicale. On connaît la force du bruit que perçoit l'oreille appliquée à l'extrémité d'une poutre qui est frappée d'un léger coup à l'extrémité opposée.
Cette observation apprend, en définitive, qu'il est indispensable d'appliquer l'oreille sur les régions abdominale et lombaire dans les cas de lésion traumatique, surtout quand ces lésions sont le résultat de violences et qu'un médecin légiste doit intervenir.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'APHONIE SYMPATHIQUE OU CONSENSUELLE; par le docteur SMITH.

L'aphonie spasmodique ou nerveuse est la maladie que l'auteur désigne sous le nom d'aphonie sympathique ou consensuelle. Elle paraît rare et même souvent méconnue aujourd'hui que la médecine est étudiée trop exclusivement dans les hôpitaux. Nous ne citerons que quelques-unes des considérations générales que l'auteur a données sur cette maladie, car il n'a point eu la prétention d'en donner une histoire complète et encore moins de signaler un point scientifique nouveau; mais nous reproduirons très abrégées les quatre observations qu'il a rapportées et qui forment la partie la plus importante de son travail.
Les distinctions qu'établit l'auteur entre l'aphonie spasmodique et celle qui provient d'une lésion organique de l'appareil de la voix sont vraies dans quelques cas, mais ne suffiraient pas pour beaucoup d'autres; ainsi nous reconnaissons que quelquefois l'aphonie spasmodique se manifeste subitement et disparaît avec la cause qui l'a provoquée; que le malade qui en est atteint peut dans quelques cas faire entendre avec effort quelques sons plus ou moins faibles, tandis que dans l'aphonie dépendant de lésions organiques le malade est complètement muet; enfin qu'elle peut avoir ses périodes tantôt régulières, tantôt irrégulière, ce qui provient de la cause primitive dont elle émane; mais nous croyons que dans un grand nombre de cas, c'est dans l'ensemble des phénomènes propres aux affections nerveuses, dans la disposition et l'organisation du sujet, enfin dans la connaissance habituelle de ses maladies, quelquefois même dans l'effet des médications que l'on devra chercher les bases d'un véritable diagnostic.
Nous admettons également avec M. Smith que l'on doit employer dans quelques cas les vomitifs et les purgatifs; mais peut-être n'a-t-il pas assez insisté sur l'emploi des antispasmodiques de tout genre, moyens qu'une école moderne a fait abandonner, a même ridiculisés, mais qui bien entendu, et appliqués avec intelligence produisent des effets souvent puissans; car les mauvaises dispositions que certaines habitudes, certaines influences ont causées peuvent souvent être détruites par des influences, par des habitudes opposées.

APHONIE PARAISSANT AVEC LES MENSTRUES ET PERSISTANT PENDANT LEUR ÉCOULEMENT.

OBS. I.—La femme B., âgée de 43 ans, constitution lymphatique, était malade depuis deux ans. A une hémorragie utérine avait succédé une leucorrhée abondante, avec induration et sensibilité du col de la matrice. Tout à coup aphonie complète au moment où ses menstrues apparaissent abondantes. (Le repos, la diète et une potion où entrait de l'élixir de Haller avec un peu d'opium). Quatre jours s'écoulent sans amélioration. Le cinquième, on voit à peine quelques taches de sang, la parole devient de plus en plus facile, et la voix était entièrement revenue le dixième jour. J'ai vu trois fois cette aphonie se répéter sur le même sujet à l'entrée des menstrues et durer pendant leur écoulement. Cette femme est morte d'une maladie de matrice au commencement de 1838.

Cette observation laisse à désirer beaucoup de renseignemens utiles, et l'auteur n'en a pas tiré tout le parti qu'il pouvait en disant qu'on ne peut attribuer cette maladie à aucune autre cause qu'à l'influence réciproque des organes de la génération sur l'organe de la voix.

APHONIE A LA SUITE D'UNE ÉMOTION MORALE.

OBS. II. — Mlle W., âgée de 24 ans, constitution nerveuse, après une très vive et très pénible discussion, éprouve deux syncopes de suite et va perdre une troisième fois connaissance sur une pierre sépulcrale, et dès ce moment elle est atteinte d'aphonie. Le lendemain, même état. (Potion antispasmodique, repos du corps et de l'âme.) Le jour même la parole revient à dix heures du matin et dure jusqu'à minuit. A minuit, l'aphonie reparaît et dure jusqu'au lendemain dix heures du soir. La malade fait entendre qu'aussi longtemps que l'aphonie dure elle ressent dans le dos et surtout dans les lombes des douleurs qui diminuent aussitôt que la parole revient. Point de paralysie, pouls spasmodique, état normal de toutes les fonctions. (Purgatif à prendre à l'heure à laquelle l'aphonie se déclare.) Deux jours de suite l'aphonie se montre et disparaît à la même heure que les jours précédens. J'ordonne le sulfate de quinine, et sous son influence l'aphonie diminue graduellement.

APHONIE APPARAISSANT PENDANT LA MARCHE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. III. — Jeune fille, âgée de 12 ans, arrivée au commencement de la seconde période d'une fièvre typhoïde assez grave, est prise d'aphonie et ne peut répondre aux questions qui lui sont adressées que par un son inintelligible. La fièvre typhoïde suit son cours, et ce n'est que pendant la convalescence que l'aphonie disparaît sous l'influence des nervino-toniques, après avoir duré pendant sept jours.

APHONIE A LA SUITE D'UNE CHUTE SUR LA POITRINE.

OBS. IV. — M. C., âgé de 26 ans, constitution robuste, en jouant avec ses camarades, glisse, tombe et se frappe la poitrine contre le coin d'un banc. Vive douleur à la poitrine, et au bout de dix minutes convulsions qui en durent cinq et sont suivies d'une aphonie complète. On ne trouve aucune fracture ni luxation, mais il reste des mouvemens convulsifs du côté droit avec hoquet, et qui deviennent plus violens lorsqu'on appuie sur le point contus; présence d'esprit; absence de paralysie. Le malade peut, en suspendant la respiration, suspendre pour quelques instans les mouvemens et le hoquet spasmodique. (Vomitif et potion antispasmodique.) Le lendemain, les convulsions sont plus violentes, l'aphonie et le hoquet persistent. Pouls 60, langue blanchâtre, etc. (Saignée de 600 grammes, sinapisme sur les mollets.)
Le quatrième jour, une consultation est réunie. La pression sur les 3e et 4e vertèbres dorsales produit des attaques convulsives aussi fortes que la pression faite sur la poitrine. L'auscultation n'indique rien d'anormal. (Des sangsues sont appliquées sur le point douloureux du rachis et sur la poitrine; cataplasmes sinapisés sur les pieds; 10 centigrammes de calomel toutes les heures jusqu'à effet.)
Le cinquième jour, les mouvemens sont moins violens le matin, et cessent

complétement ainsi que le hoquet et l'aphonie dans la journée. Le malade reprit ses forces graduellement.

Ce cas est pour nous un exemple fort remarquable de cette *irritation spinale* décrite depuis quelques années par les auteurs anglais, et qui, malgré les soins que nous avons pris d'appeler sur ce point d'une si grande importance pratique l'attention des médecins français, est encore trop souvent méconnue.

V. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles origioaux suivans : 1° *Notice sur la constitution médicale qui a régné à Nîmes pendant les premiers mois de l'année* 1843 ; par M. Alric. 2° *De la fièvre typhoïde;* par M. Guépratte. 3° *De l'inflammation et des abcès de la prostate, extrait des leçons de M. Lallemand;* par M. Courty. 4° *Précis de la doctrine médicale de l'école de Montpellier;* par M. Alquié. 5° *Vice de conformation d'un fœtus, attribué à l'influence de la compression;* par M. Raizon.

DE L'INFLAMMATION ET DES ABCÈS DE LA PROSTATE, D'APRÈS M. LALLEMAND; par M. COURTY.

Dans les abcès de la prostate, dit M. Lallemand, qu'ils se soient fait jour vers l'extérieur au périnée ou au rectum, il y a deux cas bien distincts : celui où la fistule s'ouvre intérieurement à la surface de l'urètre, et celui où elle s'ouvre dans la vessie elle-même. Les deux cas sont bien différens. Dans le premier, l'urine ne s'engage dans la fistule qu'en petite quantité et d'noe maoière intermittente. Mais si le foyer s'est vidé dans la vessie, on aura beau mettre une sonde à demeure, on ne sera pas sûr d'empêcher l'urine de passer par le trajet fistuleux. Ce n'est pas que l'orifice vésical de celui ci soit plus large que les yeux de la sonde; mais il est plus déclive, il occupe un plan inférieur; c'est donc par lui et non par la sonde que s'écoulera toute l'urine qui arrivera dans la vessie.

Quand les abcès de la prostate s'ouvrent d'abord dans le rectum, la maladie peut se borner là; mais il n'en est rien s'ils commencent par s'ouvrir dans l'urètre ou dans la vessie. Chaque fois qu'il entre de l'urine dans la prostate, un peu plus tôt, un peu plus tard, l'abcès s'étend jusqu'au rectum et le perfore.

VICE DE CONFORMATION D'UN FOETUS, ATTRIBUÉ A L'INFLUENCE DE LA COMPRESSION; par M. RAIZON.

Un fœtus vint au monde, cyanosé et avec une imperforation de l'anus. Il mourut quelques jours après. Outre ces anomalies, il en existait une sur laquelle l'auteur appelle plus spécialement l'attention. C'était un arrêt de développement de la jambe et d'une portion de la cuisse gauche. Cette portion du membre, d'ailleurs régulièrement conformée, paraissait appartenir à un fœtus de 4 à 5 mois et était recouverte d'une membrane privée d'épiderme, analogue aux membranas muqueuses, à la superficie de laquelle rampaient quelques veines assez grosses et assez saillantes. Vers le tiers inférieur de la cuisse, une forte dépression circulaire limitait la peau bien développée de la partie supérieure du membre. La peau de la plante du pied était à l'état normal.

Sur le coude droit existait une petite dépression dont le fond était tapissé par une membrane semblable à celle qui recouvrait la jambe gauche. Cette membrane s'appliquait parfaitement sur la saillie de l'olécrâne, lorsque le bras était fléchi sur l'avant-bras.

M. Raizon croit qu'on pourrait expliquer cette conformation singulière, en considérant la forme et la circonscription des parties anormales, d'un côté, et de l'autre, la position que le fœtus prend d'ordinaire dans le sein de la mère. L'intégrité de la plante du pied, la lésion du coude, la circonscription nette du mal sur la cuisse gauche doivent faire effectivement supposer une cause qui a agi par contact. On serait tenté d'admettre que dans ce cas la pression a été due au voisinage du placenta.

Cette interprétation paraîtra d'autant moins inadmissible, que M. Raizon ne prétend en aucune manière l'appliquer à tous les genres de vices de conformation. La réserve de son langage, à cet égard, est digne d'être citée pour modèle aux généralisateurs, quand même, dont notre époque abonde. « Ce fait, dit-il en terminant, fût-il accompagné de plusieurs outres qui pourraient rendre les conclusions plus précises, je ne pense pas que des considérations aussi secondaires puissent infirmer ou confirmer les lois d'organogénie posées par les anatomistes de notre époque qui se sont occupés spécialement d'embryologie et de tératologie. Mais elle pourrait faire disparaître certaines difficultés en faisant rentrer dans les lois générales quelques monstruosités qui paraîtraient s'y refuser parce qu'elles seraient produites par la cause accidentelle que je viens de signaler. »

REMARQUES SUR LA REVACCINATION PRATIQUÉE SUR UN GRAND NOMBRE DE SUJETS; par le docteur VILLARET.

La question de l'utilité ou plutôt de la nécessité de la revaccination est assez importante pour qu'on ne néglige aucun des documens propres à l'éclairer; nous dirons plus même ; d'après le doute où est restée l'Académie de médecine sur ce point, il est du devoir de la presse médicale de recueillir et de publier tous les faits que révèle l'observation journalière. Les résultats suivans, obtenus, non pas en pays étranger, mais en France et sur des soldats français, sont dans des conditions qui permettent de constater leur authenticité. Voici comment M. Villaret expose ceux qu'il a recueillis.

« Etant arrivé vers la fin de 1839 au 7e régiment de dragons, et me trouvant commodément placé pour faire des expériences sur une grande échelle, je résolus d'en profiter, surtout dans l'intérêt de l'armée, car à cette époque la variole faisait de grands ravages à Tours, où se trouvait le régiment, frappant même quelquefois les variolés et les anciens vaccinés. Voici la manière dont je procédai sur les 645 hommes dont le corps se composait au mois de décembre 1839, et qui furent examinés avec le plus grand soin. Je constatai que 153 avaient eu la variole et en portaient des marques évidentes; 401 avaient été vaccinés avec succès; 41 l'avaient été sans succès certain; 50 n'avaient jamais eu la variole et n'avaient pas été vaccinés. Pressé par l'épidémie, je vaccinai d'abord les hommes qui n'avaient ni eu la variole ni été vaccinés, et sur 50, 13 furent réfractaires au vaccin, et les autres présentèrent des pustules très caractérisées. Les 13 furent revaccinés encore et fournirent 8 nouveaux succès; les 5 autres n'éprouvèrent aucun effet et résistèrent également à une troisième vaccination, où le nombre des piqûres fut même multiplié.

» Je vaccinai alors les 41 hommes chez lesquels le vaccin n'avait pas eu de succès certain. Il prit parfaitement chez 22 et échoua complètement chez 19. Ces derniers, revaccinés une seconde fois, fournirent 11 succès.

» J'attaquai ensuite la catégorie des 401 hommes qui avaient été vaccinés avec succès, et la revaccination réussit chez 307 et échoua sur les autres. Une nouvelle opération faite sur ces derniers réussit seulement sur sept d'entr'eux.

» Enfin, je vaccinai les 153 variolés, et l'opération réussit très bien sur 97 seulement; une seconde revaccination n'obtint pas le moindre résultat. »

Tels furent les résultats obtenus par M. Villaret en 1839. Dans les années suivantes, 1840, 41 et 42, tous les hommes qui arrivèrent au corps (et qui s'élevèrent au nombre de 760) furent visités également avec la plus sérieuse attention et distribnés par classe comme l'avaient été ceux dont il a été question pour 1839, puis soumis à des vaccinations et revaccinations répétées jusqu'à trois fois, et avec des résultats analogues à ceux que nous venoos d'indiquer et que nous allons reproduire dans le tablean suivant, et qui comprendra ceux de l'année 1889.

ÉTAT DANS LEQUEL ÉTAIENT LES HOMMES EN ARRIVANT AU RÉGIMENT.

Années.		Nombre.	Revaccinés avec succès.	Revaccinés sans succès.
1839.	Variolés	153	97	56
	Vaccinés avec succès	401	314	87
	Variolés sans succès certain.	41	23	8
	Ni variolés, ni vaccinés	50	45	5
1840.	Variolés	43	27	16
	Vaccinés avec succès	195	179	16
	Vaccinés sans succès	66	50	16
	Ni variolés, ni vaccinés	32	35	2
1841.	Variolés	45	30	12
	Vaccinés avec succès	109	99	10
	Vaccinés sans succès	10	6	4
	Ni variolés, ni vaccinés	36	35	1
1842.	Variolés	35	29	6
	Vaccinés avec succès	143	124	19
	Vaccinés sans succès	7	5	2
	Ni variolés, ni vaccinés	39	37	2
	Total.	1405	1143	262

Dès que la revaccination de la catégurie des hommes qui n'avaient jamais été ni variolés ni vaccinés fut terminée, l'épidémie cessa de frapper violemment dans le régiment, quoique cependant quelques cas de varioles se manifestassent encore, soit chez les anciens vaccinés, soit même chez les nouveaux. Mais, chez ces derniers, la variole était extrê

mement bénigne et se réduisait à un petit nombre de pustules éparpillées sur le corps. La maladie était incomparablement plus sérieuse chez les variolés et surtout chez les réfractaires à la vaccine, que chez les anciens vaccinés.

L'auteur a vu aussi la variole se déclarer chez cinq hommes qui étaient sous l'influence du vrai vaccin, et, dans ce cas, les pustules de la variole, qui, du reste, était bénigne, et celles du vaccin suivirent séparément leurs périodes.

A mesure que la revaccination avançait dans les autres catégories, les cas de variole diminuaient, et tout fut fini lorsque tous les hommes eurent été soumis à l'insertion préservatrice. Quoique depuis cette époque, le régiment se soit trouvé dans des villes où l'épidémie régnait, il n'a cependant encore compté que des cas fort légers qu'on peut classer dans les varioloïdes volantes et qui ont porté spécialement sur ceux qui avaient résisté à toutes les revaccinations.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES PHÉNOMÈNES DE L'ENCÉPHALE; par le docteur A. ALQUIÉ.

Nous reconnaissons avec l'auteur de cette communication que le seul moyen dans l'état actuel de parvenir à la solution de la question qu'embrassent ces études, est de recueillir et de comparer entre elles un grand nombre d'observations; mais nous n'admettons pas, comme il paraît le faire, que cette méthode puisse et doive nécessairement amener à la vérité, car il serait possible qu'elle n'amenât qu'au doute, c'est-à-dire au point où en était M. Alquié lorsqu'il entreprit ces recherches, bien que la même méthode eût déjà été employée bien des fois par ceux qui l'avaient précédé. Nous devons cependant examiner s'il n'a pas été plus heureux ou plus logique qu'eux, et avertir qu'avant d'entreprendre ses études, il a voulu ignorer complètement les opinions et les explications déjà émises sur ce point, sans chercher cependant à nous rendre compte des moyens qu'il a employés soit pour ignorer, soit pour oublier des opinions et des explications qui font partie de la science, au moins en tant qu'erreurs ou hypothèses. Nous ferons encore remarquer, avant de procéder à l'analyse, que bien que ce travail semble devoir, d'après le titre, être rangé parmi les travaux anatomiques que les élèves de l'école de Montpellier ont souvent trop négligés, cependant, M. Alquié fait connaître qu'il ne donne point aux altérations dont il va s'occuper une valeur exagérée et telle que celle que leur ont attribuée quelques élèves d'une école rivale. « Selon moi, dit-il, et l'école à laquelle j'appartiens, les altérations organiques sont le plus souvent les effets d'une lésion dynamique du corps humain, d'une affection morbide inflammatoire, scrofuleuse, cancéreuse ou autre. Néanmoins ces désordres anatomiques montrent la partie de l'encéphale qui se trouvait spécialement atteinte, et c'est en ce sens qu'on peut les considérer comme la source médiate des symptômes correspondants aux fonctions du système nerveux. Dans beaucoup de cas, ces phénomènes encéphaliques entrent dans la composition des états morbides et plus fréquemment ils en sont des épiphénomènes ou des symptômes accessoires. »

C'est par l'étude des phénomènes de l'intelligence que l'auteur commence ses recherches, et c'est à cette partie seulement que se rapportent ses premiers travaux. Il se propose donc de rechercher dans l'histoire des cas cliniques quel est l'organe de cette fonction supérieure; car il lui paraît rationnel de supposer des instruments à l'intelligence, à la mémoire, à la parole, comme un œil pour la vision, une langue pour le goût, une main pour le tact, une matrice pour la gestation.

Les conclusions que l'auteur a tirées de ce travail reposent spécialement sur quatre observations qu'il a recueillies lui-même et rapportées avec détails, mais autour de chacune desquelles il en a groupé un certain nombre d'autres empruntées à divers auteurs et qui avaient offert les mêmes lésions et les mêmes phénomènes morbides, au moins pour ce qui concerne l'intelligence. Ainsi ayant constaté une profonde déchirure avec épanchement sanguin dans le corps strié chez une femme qui avait succombé quatre jours après une attaque subite d'apoplexie, et n'avait offert aucun trouble de l'intelligence pendant les trois premiers jours, il en conclut que le corps strié n'est pas le siége de l'intelligence et signale ensuite quelques autres cas analogues rapportés par MM. Andral, Leroux, Rochoux et autres. Il suit la même marche à l'occasion de la couche optique rapportant un cas et en rappelant plusieurs où elle avait été lésée sans que l'intelligence en eût été notablement troublée. Les lésions de la protubérance cérébrale lui paraissent également n'exercer aucune influence sur l'intelligence d'après deux faits empruntés aux contemporains. Il en est de même de la désorganisation du cervelet à laquelle il croit le même principe applicable, puisque l'intelligence reste nette dans les cas où cet organe est lésé profondément; c'est au moins ce qui ressort de deux ou trois faits cités très brièvement et empruntés à MM. Larrey, Abercrombie et Gama. Enfin, le bulbe rachidien de la moelle allongée ne peut pas prendre de part à l'intelligence, car on l'a vu lésé dans un cas rapporté il y a quelques années, et où l'intelligence était restée libre. Ce n'est donc dans aucun des organes profonds ou centraux de l'encéphale que M. Alquié trouve le siége de l'intelligence, mais dans les circonvolutions cérébrales et surtout dans celles qui occupent la partie supérieure du cerveau; c'est ce qui semble ressortir au moins d'un cas rapporté ici avec développement et de quelques autres empruntés. Quant aux circonvolutions des parties inférieures de la base du cerveau, elles serviraient très peu, d'après quelques observations, à l'acte de l'intelligence ou plutôt elles ne seraient que des organes supplémentaires de la pensée dans les cas de désorganisation; absolument comme on voit dans tous les organes symétriques, l'un d'eux suffire pour assurer la continuation de la fonction.

Ces doctrines ont déjà été présentées trop de fois à la science comme nouvelles et sont appuyées ici de faits trop peu nombreux pour que nous devions examiner leur valeur réelle, et rechercher si la science ne possède pas un nombre assez considérable de faits entièrement contradictoires à ceux sur lesquels s'appuie le professeur de Montpellier.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 26 FÉVRIER.

Cette séance a été consacrée à la proclamation des prix et encouragemens décernés pour le concours de l'année 1842.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

L'Académie a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. le docteur Laurent, pour ses RECHERCHES EXPÉRIMENTALES, ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR L'HYDRE COMMUNE ET SUR L'ÉPONGE FLUVIATILE, RECHERCHES COMPRENANT LES MODES DE REPRODUCTION ET L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE CES ANIMAUX A TOUTES LES ÉPOQUES DE LA VIE.

Une mention honorable a été accordée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Robert-Latour, pour son travail intitulé : RECHERCHES ET EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LE MÉCANISME DE L'INFLAMMATION, SUR LA PATHOLOGIE DES ANIMAUX VERTÉBRÉS A SANG FROID, mémoire dans lequel l'auteur s'est proposé de démontrer, par des expériences, que chez ces animaux l'inflammation et la suppuration n'ont jamais lieu.

L'Académie a décidé, en outre, l'insertion dans le prochain volume des mémoires des savans étrangers, du travail de M. Léon Dufour, intitulé : RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES DIPTÈRES, etc.

PRIX RELATIF AUX ARTS INSALUBRES.

Une récompense de 4,000 fr. a été décernée à M. Martin, inventeur d'un procédé d'extraction de l'amidon des farines, sans altération du gluten et sans fermentation putride.

Un prix de 3,000 fr. est accordé à M. Lamy pour son système d'épuration du soufre par des procédés et appareils salubres et économiques.

Un prix de 2,000 fr. à MM. Jarrin et Loogcoté, pour avoir imaginé un moyen de prévenir les graves inconvéniens qui résultent de la stagnation et des infiltrations souterraines des eaux provenant des féculeries.

2,000 fr. ont été accordés, à titre d'encouragement, à M. Chuard, pour ses tentatives de construction d'un appareil propre à faire prévoir la formation des mélanges détonans, soit dans les mines, soit dans les lieux habités où l'on fait usage du gaz Light.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

L'Académie a décerné un prix de 8,000 f., à partager, à MM. Stromeyer et Dieffenbach; à M. Stromeyer pour avoir le premier institué et exécuté sur des cadavres l'opération du strabisme, et à M. Dieffenbach, pour avoir le premier pratiqué avec succès cette opération sur l'homme vivant.

5,000 fr. ont été accordés à titre de récompense à MM. Bourgery et Jacob, auteurs de l'ICONOGRAPHIE D'ANATOMIE CHIRURGICALE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

4,000 fr. sont accordés, au même titre, à M. Thiber, pour ses pièces artificielles d'anatomie pathologique.

Une récompense de 3,000 fr. a été donné à M. Longet pour la partie pathologique de son ouvrage sur L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

Une récompense de 2,000 fr. à M. Valleix, pour son TRAITÉ DES NÉVRALGIES.

Des mentions honorables ont été accordées à M. Amussat pour ses RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES BLESSURES DES VAISSEAUX SANGUINS;

A MM. Serrurier et Rousseau pour leur ouvrage sur LES MALADIES DES VOIES AÉRIENNES DE L'HOMME ET DE CERTAINS ANIMAUX;

A M. Philippe Boyer, pour avoir, dans un ouvrage spécial, fortement contribué à propager le traitement des ulcères par la compression à l'aide de bandelettes de diachylon gommé, pour avoir fait profiter du bénéfice de ce traitement un grand nombre d'individus de la classe pauvre, et avoir ainsi servi à l'humanité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Chaumas, de Metz, son correspondant.

CORRESPONDANCE.

ANTAGONISME ENTRE LE TYPHUS TRAUMATIQUE ET LE SCROFULE.

M. BRUNACHE adresse la communication suivante :

Au moment où la question de l'antagonisme pathologique soulevée par M. Boudin est à l'ordre du jour, il est peut-être opportun de signaler à l'attention de l'Académie deux faits qui tendent à attribuer au typhus traumatique une action antagonistique ou curative contre l'affection scrofuleuse.

Le 2 octobre 1841, le nommé Gros (Auguste), soldat au 20e léger, entra à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Doué d'une constitution éminemment scrofuleuse, il portait au-dessus de la clavicule droite un ulcère scrofuleux d'un aspect grisâtre, de la surface d'une pièce de 50 centimes, et qui s'était développé depuis 15 jours, à la suite d'un engorgement des ganglions cervicaux. Les bords de l'ulcère étaient légèrement décollés, et à son centre venait s'ouvrir un trajet fistuleux qui remontait à un pouce vers les ganglions engorgés.

Pendant un mois, le malade fut traité par l'iode administré intérieurement et extérieurement, par des injections tantôt émollientes dans le trajet fistuleux, tantôt par le nitrate d'argent. Le 1er novembre, la maladie ne présentait pas la moindre amélioration, quand Gros fut atteint de pourriture d'hôpital. Quatre jours après, l'ulcère du cou avait acquis une surface très étendue, mais déjà l'engorgement des ganglions cervicaux avait complètement disparu.

Le 8e jour, la pourriture d'hôpital avait cédé à un traitement énergique, mais purement antiphlogistique ; le 12e jour, la plaie était cicatrisée, et peu de temps après, le malade sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri et n'ayant plus aucun caractère de la diathèse scrofuleuse.

J'ai revu le malade cinq mois après sa sortie de l'hôpital dans un très bon état de santé.

Toste (Benoît), chasseur du 20e léger, fut admis à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 15 avril 1841. Ce malade, d'un teint blond, d'un tempérament lymphatique, était affecté depuis plus d'un mois d'un gonflement considérable du coude droit ayant tous les caractères d'une tumeur blanche. Les extrémités osseuses qui composent cette articulation étaient manifestement tuméfiées et douloureuses; tout mouvement de l'avant-bras sur le bras était impossible; il y avait une large ulcération à la partie postérieure du coude, sur le point correspondant à l'olécrâne, à la surface de laquelle plusieurs trajets fistuleux venaient s'ouvrir et permettaient de constater à l'aide d'un stylet le ramollissement de cette portion d'os.

Pendant sept mois, l'état du malade, loin de s'améliorer, alla en s'aggravant, malgré l'emploi de l'iode à l'intérieur, et comme topique, malgré l'usage des bains de mer, l'application du fer rouge et la compression. Plusieurs nouveaux trajets fistuleux s'étaient fait jour autour de l'articulation ; l'amaigrissement était très prononcé et les forces affaiblies.

Depuis plusieurs jours, on cherchait à familiariser le malade avec l'idée du sacrifice de son membre, quand, le 2 novembre 1841, il fut infecté par la pourriture d'hôpital. Sous l'influence des mêmes moyens mis en usage dans le cas précédent, cette complication avait disparu le 10 du même mois, et le 25 toutes les plaies, tous les trajets fistuleux étaient cicatrisés.

A cette époque, le volume de l'articulation était infiniment moindre qu'avant l'invasion de la pourriture d'hôpital, bien qu'il fût encore plus grand que celui de l'articulation correspondante; les mouvemens de l'avant-bras sur le bras étaient rétablis en partie et n'occasionnaient plus la moindre douleur au malade.

J'ai revu également ce militaire plusieurs mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, et à cette époque les saillies osseuses du coude conservaient encore un volume plus grand que dans l'état normal; mais elles n'étaient le siége d'aucun travail pathologique. Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras s'opérait librement; celui d'extension était incomplet. D'ailleurs, le malade jouissait alors d'une très bonne santé.

RÉTRÉCISSEMENS VALVULAIRES DE L'URÈTRE.

M. GUILLON adresse une nouvelle lettre sur ce sujet. On se rappelle que M. Mercier avait élevé une réclamation sur le procédé que M. Guillon dit avoir employé depuis un assez grand nombre d'années pour guérir la difficulté d'uriner et l'ischurie, produites par les *rétrécissemens valvulaires* de l'orifice interne de l'urètre. M. Guillon a recherché les titres invoqués par M. Mercier, et ne les a trouvés, dit-il, que dans un mémoire lu par ce dernier, en 1836, à la société anatomique ; mémoire qui lui a paru reproduire simplement ce qui a été dit sur ce sujet par divers auteurs, notamment par Morgagni, par Sœmmering et M. Amussat, et ne contenir aucun indice sur la thérapeutique des maladies de la prostate et du col de la vessie.

M. Guillon se plaint en outre que M. Mercier ait attendu pour réclamer, sa lettre du 28 novembre, où il n'est question des *rétrécissemens valvulaires* de l'orifice interne de l'urètre que d'une manière incidente.

Enfin, dans sa seconde lettre, M. Mercier dit « que tandis qu'il s'agissait de valvules au col de la vessie, M. Guillon répond par des *cas de rétrécissemens de l'urètre*; à quoi M. Guillon réplique, que si dans le compte qu'il a rendu de la séance tenue le 4 août 1831, par la société de médecine pratique, M. le docteur Morel, alors secrétaire de cette société, s'est servi du mot *rétrécissement*, c'est que réellement c'était l'expression générique consacrée par l'usage; que M. Mercier l'a employée lui-même dans l'EXAMINATEUR MÉDICAL, où il dit, en parlant des valvules urétro-vésicales : *Ces brides me paraissent devoir rendre compte de la plupart des rétrécissemens spasmodiques de l'urètre.*

Cette dénomination de *rétrécissemens valvulaires de l'orifice interne de l'urètre* donne en effet une idée exacte de la maladie qu'on désigne de la sorte et qui s'oppose à la sortie de l'urine.

M. Guillon répond enfin au passage de la lettre précitée dans laquelle M. Mercier dit : *que les valvules au col de la vessie étaient tout à fait inconnues en France avant la publication de ses recherches*, par la citation d'un passage du *Traité des maladies de la vessie et de l'urètre, considérées particulièrement chez les vieillards, par Sœmmering*, où il est plusieurs fois question de ces valvules.

Voici ce passage :

« Howschip a donné, avec une planche coloriée, la description d'un pli contre nature formé par la membrane interne de la vessie, et qui, s'étendant des orifices des uretères à l'endroit où l'urètre traverse la prostate, faisait fonction de soupape toutes les fois que le malade voulait uriner. Celui-ci mourut enfin avec les symptômes d'un rétrécissement de l'urètre. » (P. 110.)

« Lorsque le lobe moyen de la prostate s'engorge, il s'avance comme un mamelon dans la cavité de la vessie, pousse devant lui la membrane interne de cet organe, et lui fait éprouver une distension plus ou moins considérable. A mesure que la tumeur augmente, elle perd sa forme mamelonée, s'élargit des deux côtés, et forme un repli transversal en attirant devant elle la membrane qui recouvre les deux lobes latéraux également engorgés. Ce repli, *semblable à une valvule placée à l'entrée de l'urètre*, s'oppose à la sortie de l'urine, surtout quand le malade redouble d'efforts pour chasser ce liquide; celui-ci ne peut jamais sortir entièrement, et sa rétention finit par devenir complète. » (P. 155.)

L'auteur joint à cette lettre une pièce d'anatomie pathologique en carton pâte de M. le docteur Thibert, représentant l'espèce de barrière à l'orifice interne de l'urètre, si bien décrite par Sœmmering. Elle démontre, ainsi qu'on l'a dit, combien il est difficile de sonder les malades dans ces circonstances, et avec quelle facilité on fait des fausses routes.

RAPPORTS.

EAUX MINÉRALES.

M. HENRY est appelé à lire trois rapports, au nom de la commission des eaux minérales, en réponse à trois lettres ministérielles.

Le premier est relatif à une nouvelle source minérale découverte à Sail (département de la Loire).

Le second, à la source de Paillères (département du Gard), dans les propriétés de madame la marquise d'Ax d'Axat.

Le troisième a pour objet la détermination analytique des eaux d'Hauterive. D'après les analyses de la commission, les eaux d'Hauterive présenteraient les mêmes élémens que les eaux de Vichy.

Les conclusions des deux premiers rapports, successivement mises aux voix, ont été adoptées sans aucune observation.

M. NACQUART demande la parole sur le troisième rapport. La commission, à ce qu'il lui semble, aurait dû se borner à énoncer le résultat pur et simple de l'analyse des eaux d'Hauterive, sans prendre, comme elle l'a fait, pour terme de comparaison, les eaux de Vichy, qui n'étaient point ici en cause.

M. HENRY : La commission n'a agi ainsi que dans l'intention de rendre son rapport plus complet. La lettre ministérielle n'étant point explicite a cet égard, elle a pensé qu'il lui était laissé toute latitude pour s'éclairer sur l'objet de ses recherches.

M. NACQUART : C'est précisément parce que la lettre du ministre ne demande point explicitement une analyse comparative, qu'il me semble inopportun de l'avoir faite.

On demande la lecture de la lettre ministérielle.

M. ROCHOUX : La proposition de M. Nacquart me paraît aller contre la liberté de l'Académie et le libre arbitre des rapporteurs; l'Académie n'a à se préoccuper que d'objets purement scientifiques; elle doit rester entièrement étrangère à toute considération d'intérêts individuels.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Nacquart à formuler sa proposition.

M. NACQUART : Je demande le renvoi du rapport à la commission. — Appuyé.

M. LONDE partage l'avis de M. Nacquart; on doit éviter, dit-il, en comparant

les eaux d'Hauterive avec celles de Vichy, de mettre des intérêts privés en présence.

M. Bégin : Je ne vois pas pourquoi on renverrait le rapport à la commission : on n'implique point le rapport sur son exactitude, mais sur la convenance d'un de ses passages ; c'est à l'Académie elle-même à décider si elle veut le maintenir ou le supprimer.

M. Bouley demande la parole pour une question préalable. A-t-il été délivré un certificat de puisement ?

(Le rapporteur répond négativement.)

M. Bouley : En ce cas, le rapport ne peut être accepté qu'à titre de renseignement provisoire. J'en demande le renvoi à la commission jusqu'à ce que les formalités administratives aient été remplies.

M. Londe : Je puis attester l'authenticité des échantillons sur lesquels a opéré la commission ; car c'est moi-même qui ai présidé à leur envoi ; j'ai recueilli l'eau des sources d'Hauterive, j'ai racheté les bouteilles que j'ai adressées au ministre du commerce, et j'en ai reconnu le cachet lorsqu'elles sont parvenues à l'Académie.

M. Henry : Si j'ai fait mon rapport sans le certificat de puisement exigé par les réglemens, c'est que, d'une part, je ne pouvais avoir la moindre incertitude sur l'exactitude de l'envoi, et que d'ailleurs ce rapport était instamment demandé par le ministre.

M. Caventou demande si la proportion d'acide carbonique signalée par la commission dans les eaux de Vichy est inférieure à celle des eaux d'Hauterive.

M. Henry : Les proportions ne varient entre les différentes sources que de quelques millièmes ; mais la moyenne est la même.

M. le Président prie MM. Bégin et Nacquart de formuler leurs propositions.

M. Gerdy demande la parole pour la position de la question.

M. Guibourt réclame le maintien du rapport.

(Bruit et confusion tels qu'il est impossible de rien saisir.)

M. Caventou (parvenant à se faire entendre au milieu du bruit) : L'Académie, en votant les conclusions du rapport, me paraîtrait s'engager dans une voie difficile. Nous avons sans doute la certitude morale que les deux eaux en question sont identiques ; mais, vu les intérêts privés qui vont se trouver en présence, l'Académie doit voter avec une complète connaissance de cause. Or, la commission n'a pas eu entre ses mains les certificats de puisement : c'est là une lacune grave. Je propose donc, et je le fais à regret, à cause de la manière consciencieuse dont le rapport est fait d'ailleurs, je propose de regarder le rapport comme non avenu pour manque de formalité.

M. Bouley insiste pour l'annulation du rapport.

M. le Président : Il y avait tout à l'heure deux propositions : l'une de M. Nacquart, consistant à renvoyer le rapport à la commission ; la seconde, de M. Bégin, qui voulait que l'Académie décidât immédiatement si elle entendait adopter le rapport tel quel ou avec la suppression des passages relatifs à l'analyse comparative des deux eaux. La question se trouve actuellement compliquée par le nouvel incident qui vient d'être soulevé relativement à un défaut de formalité. Au point où en est venue la discussion, je crois qu'il s'agit maintenant de décider si le rapport sera ou non renvoyé à la commission.

M. Bouley : Ma proposition est plus formelle : elle consiste à prononcer l'annulation du rapport.

M. Bégin : Il y a trois propositions : la première, annuler le rapport ; la deuxième, renvoyer le rapport à la commission ; la troisième, statuer de suite sur sa rédaction. C'est dans cet ordre, il me semble, qu'elles doivent être mises aux voix.

M. le Président met aux voix l'annulation du rapport. 23 membres se prononcent pour, 16 contre.

L'annulation est prononcée.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

DISCUSSION SUR LES TUMEURS DU SEIN.

M. Cruveilhier : MM. Desportes, Amussat, Bérard et Lisfranc m'ont adressé, dans la dernière séance, des objections très fondées, sans doute, au point de vue où ils se sont placés. Je leur demande la permission de ne pas répondre pour l'instant à leur argumentation, et cela par la raison que je considère cette discussion comme interminable autrement que par de nouveaux faits. Comment s'entendre, en effet, quand les uns n'admettent qu'exceptionnellement l'existence des tumeurs fibreuses dans les mamelles ; que, pour d'autres, les corps fibreux ne sont que des squirrhes en germe ; enfin que, dans une troisième opinion, tantôt ces corps dégénèrent, tantôt ils ne dégénèrent pas. Il faut le reconnaître, ces dissidences tiennent surtout à ce que le mot corps fibreux n'a pas la même acception dans mon vocabulaire et dans celui de mes collègues, qui eux-mêmes ne sont pas d'accord entre eux sur ce qu'ils entendent par là. Il est donc évidemment impossible que nous nous entendions. Il est évident pour moi que mes honorables collègues n'ont entamé aucune de mes propositions, et que mes réponses ne les auront nullement convaincus. Toutefois, cette discussion n'aura pas été inutile ; elle aura eu au moins pour résultat de mettre à nu le vide des connaissances chirurgicales sur cette question. C'est avec grande raison que M. Bérard a déclaré que, pour tous les chirurgiens, le diagnostic des tumeurs du sein était impossible ; c'était aussi l'opinion de Boyer. Mais, au temps de Boyer comme aujourd'hui encore, l'anatomie pathologique des mamelles était à faire.

La conséquence de la doctrine professée par les chirurgiens est, comme tout le monde le sait, l'extirpation dans tous les cas. C'est contre cette conséquence que je me suis élevé. Ceux de mes honorables collègues qui ont pu croire que je faisais peser une sorte d'accusation sur les chirurgiens ont certainement été dans l'erreur ; je n'ai prétendu accuser que l'insuffisance de la science. Or, tout se résout à mes yeux dans une question d'anatomie pathologique.

Voici les divers points que je crois devoir être étudiés ; je pourrai tous les résumer dans les questions suivantes :

1° L'espèce morbide *tissu fibreux* est-elle susceptible ou non de dégénérer en cancer ? Existe-t-il des faits positifs qui établissent la dégénération de ces corps ?

2° La mamelle est-elle sujette au développement de ce tissu fibreux, c'est-à-dire de corps non susceptibles de dégénérer ?

3° Dans le cas affirmatif, existe-t-il des caractères positifs à l'aide desquels on puisse distinguer ces corps fibreux d'avec des cancers circonscrits ou enkystés ?

4° Existe-t-il un certain nombre de cancers purement locaux dans le principe, si bien qu'en les enlevant à temps on prévienne toute chance de récidive ? ou bien y a-t-il des cancers tels que leur extirpation ne fasse que donner de nouvelles forces à la maladie ?

Telles sont les questions dont la solution éclairerait tout ce qui est relatif aux tumeurs du sein. Je demande à ne pas les développer dans ce moment-ci, non que je recule devant une discussion qui aurait pour objet de les éclairer, mais parce que ce résultat me semble actuellement impossible. Je propose donc qu'on suspende provisoirement cette discussion, et qu'on nomme une commission pour étudier ces diverses questions, et si l'Académie y consent, je réclame l'honneur d'en faire partie.

M. Roux observe que plusieurs membres, qui n'ont pas encore pris part à cette discussion, sont inscrits pour parler ; il ne conviendrait peut-être pas de leur retirer ainsi la parole. Il y aurait, dit-il, un moyen de tout concilier, ce serait de laisser parler les deux ou trois membres inscrits, en priant ceux d'entre nous qui ont déjà pris la parole et qui se proposaient de répliquer, d'y renoncer. Je déclare, pour ma part, renoncer à ce que j'avais à dire.

M. Lisfranc : Il m'a semblé jusqu'à présent qu'il s'agissait de discuter les propositions et les idées émises dans le mémoire de M. Cruveilhier. M. Cruveilhier maintenant paraît vouloir déplacer la discussion et la transporter sur le terrain de l'anatomie pathologique. Le mémoire de M. Cruveilhier avait pour but, si je ne me trompe, de prouver que les tumeurs du sein peuvent être diagnostiquées ; c'est là la question en débat ; il ne faut pas que des questions subsidiaires viennent la faire perdre de vue.

M. Cruveilhier : M. Lisfranc ne paraît n'avir pas lu mon mémoire, sans quoi il y aurait vu qu'il s'agit de deux questions : du diagnostic anatomique et du diagnostic clinique. Or je crois avoir démontré que jusqu'à présent le diagnostic anatomique n'existait pas encore. Je dis que tant que ce diagnostic ne sera pas établi, l'autre ne sera pas possible. Dans ma conviction il existe des tumeurs fibreuses du sein ; eh bien ! la première chose à faire était d'en établir les caractères anatomiques avant de songer à en étudier les signes diagnostiques cliniques.

M. Blandin : Les questions qui ont été traitées par M. Cruveilhier sont très positives ; ce sont une question d'anatomie pathologique et une question de diagnostic. Il arrive très formellement à cette conclusion que les tumeurs fibreuses ne doivent point être opérées. Aujourd'hui il déplace la question. C'est une fin de non recevoir que nous ne pouvons pas accepter. Pendant l'espèce de sursis que demande M. Cruveilhier, nous resterions sous le coup des accusations qu'il a dirigées contre nous. Ma proposition est donc que l'Académie continue la discussion sur le même terrain, c'est-à-dire sur les propositions du mémoire de M. Cruveilhier.

M. Lisfranc : Il n'appartient à personne, et à moi moins qu'à tout autre, de déprécier ici l'anatomie pathologique. Mais je ne saurais m'empêcher de dire que dans la question dont il s'agit on n'aura rien fait tant qu'on n'aura pas établi le diagnostic clinique. La question à vider est celle-ci, savoir : dans l'état actuel de la science une tumeur du sein donnée doit-elle ou non être enlevée ? Or je déclare la solution de cette question actuellement impossible.

M. Roux : M. Cruveilhier détruit son propre ouvrage. Il vient de nous dire tout à l'heure que le diagnostic anatomique des tumeurs du sein n'est pas fait, et dans son mémoire il indiquait des signes diagnostiques qu'il donnait comme certains.

M. Cruveilhier : On m'accuse de démolir moi-même mon ouvrage ; on dit que je soulève des questions subsidiaires, que je cherche à déplacer l'objet de la discussion. Je ne comprends pas en vérité ces reproches. Lorsque en médecine, comme en chirurgie, comme en anatomie pathologique, toutes les questions se touchent, se tiennent la main, comment peut-on prétendre isoler celle-ci, la restreindre au seul point de vue sous lequel on l'a envisagée jusqu'ici ? — M. Cruveilhier cherche à démontrer que ses nouvelles propositions ne sont pas en dehors de la question.

M. Castel : Selon M. Cruveilhier, cette question n'est pas actuellement susceptible d'une solution. Pourquoi donc l'a-t-il soulevée ? Il accuse l'imperfection de la science sur ce point, mais l'anatomie pathologique manque-t-elle ? est-elle née d'hier ? ou vous l'avez tous oubliée, ou vous n'avez su en déduire aucune conséquence. Les faits ne nous manquent pas cependant ; il suffit de comparer la texture de la mamelle avec le tissu fibreux. Rappelez-vous ce qu'a dit Bichat à cet égard, que le tissu glandulaire est le plus éloigné du tissu fi-

breux. (Ici le bruit et les interruptions nous empêchent d'entendre.) M. Castel termine en demandant la continuation de la discussion.

M. LE PRÉSIDENT : Je vais mettre la proposition de M. Cruveilhier aux voix. (Bruit; opposition.)

M. PRUS : Il y a dans la discussion deux points : un point de fait et un point de doctrine. MM. les chirurgiens se sont tous exclusivement attachés au point de fait; quant à la question de doctrine, elle n'a pas été encore soulevée. M. Cruveilhier en a touché quelques mots, mais personne ne lui a encore répondu sur ce point. Il me semble que quand même on déciderait actuellement la question de fait, qu'on déclarerait que la pratique actuelle doit être continuée, cela n'impliquerait pas au fond la question de doctrine, et ne devrait pas par conséquent nous éloigner du tout d'adopter la proposition de M. Cruveilhier. Je demande donc que dans tous les cas la proposition de M. Cruveilhier soit réservée.

M. GERDY : La proposition de M. Cruveilhier doit être mise aux voix. Si elle n'est pas adoptée, il sera passé outre à la discussion.

Plusieurs personnes réclament la parole à la fois.

Il est cinq heures passées, le président lève la séance au milieu du bruit, sans qu'aucune détermination ait été prise.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA MORVE ET DU FARCIN CHRONIQUES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES SOLIPÈDES; par A. TARDIEU, D. M. (Dissertation inaugurale.) — Paris, 1843; 186 pages in-4°.

De tous les travaux qui ont été faits parmi nous depuis quelques années, il n'y en a pas de plus importans que ceux qui ont pour objet les études sur la morve. Ce n'est pas cependant que cette étude soit complète; loin de là, elle ne fait pour ainsi dire que de naître; mais que de progrès elle a faits déjà depuis l'époque où, il y a quelques années, l'attention fut appelée sur ce sujet par le récit, dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, de quelques cas de communication de la morve des animaux à l'homme, empruntés à une publication anglaise! D'abord reçue avec doute, repoussée même par quelques-uns de ceux qui, depuis, s'en sont occupés avec le plus d'intérêt, cette question a toujours grandi depuis, et aujourd'hui elle touche à presque tous les points de la science, depuis la pathogénie jusqu'à l'économie domestique. C'est ainsi que les cas de morve chez l'homme, qui étaient si rares dans les premières années qu'on les comptait sans peine, se multiplient maintenant d'une manière prodigieuse et bien digne de servir de leçon à ceux qui ont des idées arrêtées sur tous les points de la science, et des explications pour tous les phénomènes. Ces progrès, qui sont dus aux efforts d'un certain nombre d'investigateurs et à la bonne direction qu'ils ont suivie dès le commencement, sont déjà assez avancés pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en tracer un exposé rapide et de signaler les points nombreux par lesquels ces études rentrent déjà dans le cercle des connaissances antérieures, et ceux qui réclament de nouvelles recherches et promettent l'agrandissement de la science. Ne pouvant en ce moment nous livrer à ce travail, nous allons ajouter encore aux matériaux qui devraient entrer dans sa composition, en analysant sommairement les faits contenus dans la thèse de M. Tardieu, et qui, nous pouvons le dire d'avance, sont un utile complément des travaux antérieurs.

La morve aiguë a dû, en raison de sa fréquence, de sa forme tranchée et de l'identité constante de ses caractères, fixer l'attention des premiers observateurs; et, en effet, cette partie peut être regardée comme complète; mais il n'en est pas de même de la morve chronique, qui est encore l'objet de nombreuses discussions. C'est à cette partie spécialement que M. Tardieu a consacré ses recherches, étudiant d'abord la morve et le farcin chroniques chez les solipèdes, assuré que la comparaison de cette maladie chez ces derniers et chez l'homme ne peut manquer d'être utile à la science vétérinaire et à la médecine humaine.

Après les nombreuses discussions qui ont eu lieu sur la morve et le farcin chroniques, l'auteur, obligé d'établir son point de départ, émet l'opinion que la morve et le farcin identiques, dans leurs causes spécifiques, diffèrent par leurs caractères nosologiques; que la lésion nasale est caractéristique de la morve, et que, à l'état chronique, le farcin chez l'homme et le farcin chez le cheval peuvent présenter des phénomènes différens sans cesser de se correspondre spécifiquement. Si donc nous opposons le farcin chronique à la morve chronique, nous verrons que ces deux maladies sont contagieuses, fréquentes chez les solipèdes, et que, tandis que la morve est caractérisée par un engorgement et une induration des ganglions de l'auge, un écoulement nasal et l'ulcération de la membrane pituitaire, en même temps que par un dépérissement général qui se termine le plus souvent par la mort ou par le développement de la morve aiguë, le farcin se reconnaît à des espèces de cordes sous-cutanées formées par les veines ou les vaisseaux lymphatiques superficiels, à un engorgement des ganglions, à une éruption de boutons tendant à s'ulcérer, parfois à un empâtement des membres, quelquefois à des symptômes généraux, et souvent par la complication de la morve chronique. Nous devons dire encore que cette dernière, qui ne succède jamais à la morve aiguë, se présente avec les symptômes suivans, qui se développent, dans le plus grand nombre des cas, successivement : glandage de l'auge, jetage par les narines avec élevures suivies d'ulcérations ou chancres dans les fosses nasales. Dans le farcin, les engorgemens des lymphatiques et l'éruption de boutons sous-cutanés qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes pendant des mois et des années, sont les principaux phénomènes morbides.

L'anatomie pathologique ne révèle que les lésions relatives aux symptômes que nous venons d'énumérer; ainsi pour le farcin, les boutons qui sont sous-cutanés ou superficiels et dont nous ne pouvons donner ici la description, puis les engorgemens des ganglions et des vaisseaux lymphatiques et certaines tumeurs offrant de l'analogie avec les tumeurs granuleuses.

Les altérations qui appartiennent à la morve sont : 1° celles que présentent les fosses nasales si bien étudiées par M. Rayer, celles qu'on trouve dans le larynx, la trachée et les bronches, regardées jusqu'ici comme rares et que M. Tardieu a trouvées huit fois sur vingt-quatre autopsies de chevaux atteints de morve chronique. Ces lésions que l'auteur décrit ici avec beaucoup de détails consistent en de petites élevures blanches, assez semblables à des papilles très dilatées tantôt simples, tantôt se prolongeant sur la longueur des plis longitudinaux. En s'agglomérant, elles forment des espèces d'étoiles qu'on a confondues avec les véritables cicatrices qu'on trouve aussi dans les conduits aériens. A un degré plus avancé, ces élevures présentent d'abord une injection prononcée, puis un ramollissement, puis une ulcération qui, en vertu de leur nombre, envahit presque toute la muqueuse, et se cicatrise sur un point pendant qu'elle s'étend sur un autre. Quant au tissu pulmonaire, on y rencontre un grand nombre de granulations miliaires qui ont été confondues par quelques personnes avec les tubercules, mais que M. Rayer a démontré être propres à la morve chronique, puis des noyaux ecchymotiques formant des masses rougeâtres, jaunes ou blanches, suivant leur état de résorption et entourées de parties saines, au milieu desquelles elles semblent être infiltrées; enfin les altérations des os qui sont surtout remarquables sur ceux de la face et du crâne souvent envahis par la nécrose.

La morve et le farcin chroniques reconnaissent également deux ordres de causes : d'une part, la contagion; de l'autre, des circonstances individuelles très variées, et surtout toutes celles susceptibles de déterminer un état cachectique de l'économie : la mauvaise alimentation, la disposition vicieuse des écuries, les lésions mécaniques, les opérations chirurgicales (résorption purulente) et l'hérédité; mais quelle que soit la valeur de toutes ces causes il en est une qui les domine toutes, c'est la contagion qu'une foule de faits récens met hors de doute et dont M. Tardieu étudie avec soin les divers mode de développement.

Le traitement de la morve et du farcin est encore à trouver; aussi nous passons immédiatement à l'étude du farcin et de la morve chroniques chez l'homme.

Le farcin chronique, plus fréquent que la morve chronique, peut exister avec elle ou sans elle. Toujours le résultat chez l'homme de la transmission du farcin ou de la morve des solipèdes, il est caractérisé surtout par des abcès multiples, dégénérant en ulcères fistuleux, des douleurs articulaires et musculaires, des angioleucites spécifiques, et une altération profonde de la constitution et se terminant le plus ordinairement par la morve aiguë; les engorgemens lymphatiques si fréquens chez le cheval sont fort rares chez l'homme et surtout ne sont jamais primitifs chez lui, mais seulement consécutifs ou symptomatiques, d'une angioleucite traumatique. La peau n'offre pas non plus cette éruption farcineuse si caractéristique chez les animaux. L'auteur rapporte ou indique 22 observations de farcin chronique qu'il a recueillies et qu'il distribue en cinq séries distinctes : 1° dix terminées par la morve; 2° une terminée par des symptômes aigus étrangers à la morve et suivis de mort; 3° trois terminées par la mort et sans accidens aigus; 4° six terminées par la guérison; 5° deux dont la terminaison n'est pas connue. Il signale aussi quelques formes qui s'écartent assez du farcin proprement dit pour qu'il n'ait pas cru devoir en faire autant de variétés : ce sont l'angioleucite farcineuse et les ulcères farcineux.

La morve chronique, qui, chez l'homme, est constamment le résultat de la transmission de la morve ou du farcin du solipède est toujours caractérisée par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aériennes, des douleurs articulaires et musculaires et des symptômes généraux de cachexie accompagnés le plus souvent du farcin et se terminant par la

morve aiguë ou par la mort. Les douleurs articulaires et rhumatismales du farcin se font aussi invariablement sentir dans la morve chronique, dans laquelle elles sont aussi plus violentes et durent plus longtemps. Il n'y a également ni engorgement lymphatique, ni éruption pustuleuse comme dans la morve aiguë. Outre la forme simple, M. Tardieu distingue encore deux variétés qu'il désigne sous les noms de morve chronique farcineuse et de morve chronique non farcineuse.

LÉSIONS ANATOMIQUES. La morve et le farcin chronique se terminant le plus souvent par la morve aiguë, les lésions produites par les accidens aigus masquent ou effacent souvent celles qui sont propres à l'état chronique, et qui cependant sont assez nombreuses et assez importantes pour devoir être étudiées. Ces lésions, qui occupent la peau et le tissu cellulaire, les fosses nasales et les lèvres, la cavité buccale et le pharynx, le larynx et la trachée, les poumons, les systèmes lymphatique et osseux et l'appareil articulaire, n'avaient pas encore été décrites aussi exactement et aussi complètement que le fait M. Tardieu, au travail duquel nous sommes obligés de renvoyer les lecteurs.

Sous le point de vue de l'étiologie, la morve et le farcin chronique ne diffèrent pas de la morve et du farcin aigu, puisque par la contagion une forme se transmet souvent par une autre forme. Dans tous les cas, la contagion est la cause déterminante. Celle du cheval à l'homme est aujourd'hui généralement admise et incontestée, celle de l'homme à l'homme paraît également incontestable, et le fait du jeune Rocher, élève des hôpitaux, mort en 1841 de la morve aiguë qu'il avait gagnée en pansant un palefrenier atteint de farcin chronique, n'est pas le seul exemple de cette transmission de l'homme à l'homme. On en trouvera six autres, que M. Tardieu a réunis, et qui tous offrent le caractère d'authenticité désirable.

Quant au rapport qui existe entre les formes transmises, voici le résultat des faits cités par M. Tardieu, et qui tous appartiennent aux formes chroniques. Ainsi la maladie a donc été produite :

Pour le farcin :	12	fois par la forme chronique.
	4 —	les formes aiguë et chronique réunies.
	2 —	la forme aiguë.
	13 —	une forme non indiquée.
Pour la morve :	9 —	la forme chronique.
	1 —	une forme non indiquée.

La contagion pouvant être médiate ou immédiate, il est intéressant d'étudier quel est le mode le plus fréquent. Voici quel a été ce mode dans les cas de morve et de farcin chronique recueillis par M. Tardieu :

Sur 32 observations de farcin :	13	contagion médiate.
	7	contagion immédiate.
	2	non indiquée, probablement médiate.
Sur 9 d'angioleucites ou ulcères :	9	contagion immédiate.
Sur 10 de morve :	6	contagion médiate.
	3	contagion immédiate.
	1	non indiquée.

Nous voudrions jeter avec l'auteur un coup d'œil sur le diagnostic différentiel, c'est-à-dire sur les différences qui séparent la morve et le farcin de quelques autres maladies avec lesquelles elles offrent sur certains points quelque ressemblance et avec lesquelles surtout on a affecté souvent de les confondre. Nous en rapprocherions successivement l'ozène, les lésions syphilitiques des fosses nasales, de la bouche, du pharynx et des voies aériennes, certaines lésions de la peau et du tissu cellulaire, certaines lésions des os, les tubercules des voies aériennes et des poumons, et les productions scrofuleuses, mais ces simples indications suffisent pour faire voir que M. Tardieu a rempli autant qu'il était possible à l'époque actuelle le cadre qu'il s'était tracé.

Quant au traitement de la morve et du farcin chroniques, il n'est pas plus avancé que celui de la morve aiguë, et les mêmes moyens ont été essayés avec un insuccès à peu près égal dans ces divers états pathologiques. Peut-être l'auteur est-il trop sévère pour l'emploi des moyens empiriques à la recherche desquels sont en ce moment beaucoup de médecins. Conseiller de s'en rapporter au traitement rationnel, c'est bien souvent indiquer l'emploi de ce qu'il y a de moins rationnel ; et pour nous, dût notre amour-propre scientifique en souffrir, dût le besoin si généralement senti des explications n'être pas satisfait de longtemps, nous aimerions mieux une médication empirique bien efficace que la plupart des traitemens qu'on oppose aujourd'hui sous le nom de rationnels à la fièvre typhoïde, au rhumatisme, etc. Quelques essais assez heureux sur l'emploi des préparations d'iode sont mentionnés par M. Tardieu, qui termine par conseiller, en attendant que la science ou l'empirisme aient fourni ce qu'on leur demande, d'obéir à l'impulsion de la saine raison, qui veut qu'on attaque le mal dans sa source, c'est-à-dire que l'on abatte les chevaux morveux et farcineux.

VARIÉTÉS.

Monsieur le rédacteur.

Je viens de lire dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE un long article qui contraste singulièrement avec la modération de mon feuilleton des 12 et 19 janvier dernier, en même temps qu'avec les principes développés récemment dans votre journal sur la liberté de discussion scientifique et sur les devoirs de la critique. Lorsque celle-ci se préoccupe plus des personnes que de la science, toute discussion sérieuse devient impossible, et le silence serait, sans aucun doute, la meilleure réponse. Mais il y a dans cette lettre certains faits et certaines allégations qu'il m'importe de rétablir sous leur véritable jour. J'espère de votre impartialité que vous voudrez bien insérer ces quelques mots dans votre prochain numéro.

La première idée d'une médication morale de la folie remonte, dit-on, aux premiers temps de l'antiquité. Ne croirait-on pas vraiment que nous ayons nié les titres des prêtres de l'Égypte, d'Arétée, de Cœlius Aurelianus, etc., à la reconnaissance de la postérité? Nous avons depuis longtemps étudié ces *monumens de la science antique*, pour lesquels on semble professer aujourd'hui une si respectueuse admiration. Une chose nous étonne néanmoins, c'est qu'on ait attendu pour reconnaître l'excellence des idées de nos illustres devanciers, que M. le docteur Leuret les ait remises en honneur et surtout admirablement développées et appliquées tant à Bicêtre que dans sa pratique civile. Car, après avoir lu la prétendue réponse faite à mon article, tout aussi bien qu'avant, je ne trouve rien à retrancher ni à ajouter à ce que j'ai raconté des réformes introduites à Bicêtre tant par M. Ferrus que par M. Leuret. J'ai dit dans quel état se trouvait le service de M. Ferrus à l'époque où il était encore médecin en chef de la division des aliénés, et où j'étais encore moi-même élève de ce service. J'ai dit et je répète sans crainte d'être contredit par aucune des personnes qui ont vu comme moi le service de M. Ferrus, que le régime moral des malades y était très peu pris en considération, qu'à part les travaux des champs, on s'occupait peu de les distraire de leurs idées délirantes, etc. Les faits d'ailleurs que j'ai rapportés, et auxquels on n'a répondu que par de vaines allégations, ne suffisent-ils pas d'ailleurs pour établir la vérité de mes assertions? Nous répéterons donc, puisqu'on nous y oblige, que, depuis la démission de M. Ferrus, il a été organisé à Bicêtre, sur *la demande faite* par M. Leuret à M. Cochin et à M. le comte Hervé de Kergorlay, membres du conseil général des hôpitaux, une école d'écriture, de lecture, d'orthographe, de déclamation, etc., et une école de musique et de chant en commun ; que, de plus, les malades sont souvent exercés à la marche comme des soldats à l'exercice, que l'heure du lever a été avancée et celle du coucher retardée; que toute la journée et les *heures de la veillée* sont utilement employées à des travaux manuels ou intellectuels de toute espèce; qu'enfin, tous les malades en traitement ou incurables sont réunis dans des réfectoires communs pour prendre leurs repas (1); toutes choses parfaitement inconnues à Bicêtre et ailleurs avant M. Leuret, et adoptées depuis dans plusieurs hospices, tant de Paris que des départemens.

Voilà, Monsieur, ce que je crois devoir répondre à la lettre insérée dans votre dernier numéro, pour rétablir les faits. Je laisse de côté beaucoup d'autres assertions de moindre importance, pour me borner à celles dont l'examen pouvait offrir quelque intérêt à la science.

E. LILLE, D.-M.-P.

Paris, le 27 février 1844.

— M. Vaissière, ancien bijoutier, se dit possesseur d'un remède secret à l'aide duquel il prétend guérir les tumeurs blanches et autres dépendances de l'affection scrofuleuse. M. Vaissière paraît avoir appliqué son remède avec succès, au dire de plusieurs personnes, et même de M. G., docteur en médecine, qui est venu témoigner devant le tribunal. — Vu les antécédens honorables du délinquant, qui exerce plutôt dans un but de bienfaisance que de spéculation, le tribunal, malgré les conclusions contraires du ministère public, a renvoyé M. Vaissière de la poursuite. Par suite de ce jugement, M. Vaissière continuera-t-il, ou le condamnera-t-il pas à appliquer son remède ?

(1) Ce dernier fait remonte à l'époque où M. Ferrus était encore médecin en chef. M. Leuret, chargé du service pendant son absence, sollicita et obtint de M. Cochin et de M. le comte Hervé de Kergorlay qu'on établit des réfectoires pour les aliénés en traitement, bienfait dont jouissaient déjà les incurables, avec cette différence fondamentale toutefois, que les malades ne seraient servis que par eux-mêmes, différence dont nous avons fait ressortir toute l'importance dans notre article.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 10. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 9 MARS 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDES SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur Bouchut, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté; médecin adjoint du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris, membre de la Société anatomique.

(Suite et fin. — Voir les numéros 6 et 7.)

PRONOSTIC.

Si nous voulions restreindre ces considérations de pronostic à l'épidémie observée dans l'hôpital Necker, le résultat, tout en ayant l'exactitude nécessaire, donnerait une fausse idée de la gravité de la fièvre puerpérale. Nous en avons indiqué le motif dans notre introduction, en disant que nous avions surtout observé les accidens secondaires de l'épidémie, tandis qu'à la Maternité, par exemple, on ne rencontrait que les accidens primitifs, les plus sérieux de tous. Or à l'hôpital Necker, nous avons observé 54 femmes atteintes par la fièvre puerpérale; 25 d'entre elles, c'est-à-dire la moitié, ont succombé. A la Maternité, sur 250 malades, il y a eu 230 décès; proportion toute différente, infiniment plus considérable, comme on le voit, d'où il suit que le moment du développement des accidens contribue beaucoup à leur donner de la gravité. Il semble démontré que plus on s'éloigne de la délivrance moins grandes soient les chances de mortalité.

Le lieu de l'accouchement n'influe pas moins sur la gravité du mal, ainsi 36 de nos malades avaient accouché à la Maternité; 19, c'est-à-dire un peu plus de moitié, succombèrent; au contraire, 16 étaient restées chez elles et furent néanmoins atteintes par l'épidémie; 6 seulement ont succombé. Quoiqu'il ne paraisse pas très rigoureux de conclure à l'aide d'un si petit nombre d'observations, ces faits en appellent d'autres, et l'on peut penser *à priori* qu'ils viendront confirmer cette opinion, que la fièvre puerpérale développée dans la ville est beaucoup moins dangereuse que celle qui apparaît dans les maisons d'accouchement.

CAUSES.

Lorsqu'en traitant de la nature de la fièvre épidémique des femmes en couches, nous cherchions à remonter à la source du mal et à en saisir l'élément primitif, nous désirions connaître la cause matérielle qui favorise son développement. Il s'agit en cet instant de déterminer quelles en sont les causes prédisposantes sans nous écarter, toutefois, des observations faites sur nos malades.

Placés en dehors et dans un lieu éloigné du foyer épidémique, il nous est impossible de nous occuper des questions de contagion et d'encombrement auxquelles les auteurs accordent une importance si considé

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE. — AU RÉDACTEUR.

Mon cher confrère,

Notre correspondance a subi une interruption dont il est inutile d'expliquer les motifs; vos lecteurs les connaissent. Nous voulions laisser aux événemens leur cours et ne pas jeter, au milieu d'un conflit judiciaire, des appréciations auxquelles on n'aurait jamais accordé l'impartialité qui eût été dans notre pensée. Cette réserve, le bon goût la commandait autant que la justice : elle convenait aux situations et aurait contribué à effacer les hommes derrière une question de principe dont la solution ne pouvait, ne devait plus sortir de la polémique des journaux; mais, pourquoi ne pas le dire tout haut? La Gazette seule a donné l'exemple de cette réserve; ailleurs on s'est dispensé de l'imiter. La guerre des personnalités n'a pas cessé dans les colonnes, grandes et petites, d'un journal qui a mis les principes au service des inimitiés particulières, et les inimitiés privées au service des principes; attaques directes, insinuations, allusions de mensonge, on n'a rien épargné pour le succès d'une campagne judiciaire où l'on avait engagé avec une habileté incontestable et sous les enseignes d'une déclaration de principes incontestés, tout un peuple de signataires abusés sur la portée réelle du manifeste et sur le but des soi-disant hérauts-d'armes. Toute cette effervescence d'animosités et de rivalités finira par tomber à plat; la vertueuse croisade, organisée contre un homme sous prétexte de principes, ne peut manquer de se dissoudre par les mêmes causes qui ont présidé à sa formation; l'opinion publique gravitera lentement vers la vérité. Les parts seront faites alors des deux côtés; c'est beaucoup déjà, mon cher confrère, que vous puissiez compter sur celle de la dignité dans la tenue; elle vous appartient sans contredit; vos collaborateurs n'ont pas eu à rougir du ton de la rédaction de cette feuille durant les phases de votre lutte, quoiqu'ils en aient ressenti le contre-choc; tel d'entre eux, pour n'avoir point rompu à votre détriment la neutralité que lui imposaient la délicatesse et de strictes convenances, a eu à subir les plus lâches et les plus infâmes insinuations; répandues par un calomniateur anonyme, elles ont circulé dans le prétoire et pénétré dans quelques maisons; elles tendaient à porter atteinte tout à la fois à la probité du magistrat qui a occupé le siége du ministère public, à la dignité de votre avocat, à l'honneur de votre collaborateur; les démentis les plus péremptoires n'ont pu mettre un terme à l'intempérance injurieuse de certaines plumes qui exploitent, comme une bonne fortune, une fortuite coïncidence d'origine religieuse entre trois personnes également au dessus des attaques de la plus misérable calomnie : que de bon goût, de loyauté et de noblesse en cette façon d'écrire et d'agir!

Puisqu'il s'agit de tribunaux et de justice, un fait très grave vient de se passer qui intéresse la profession tout entière. Un M. V..., orfèvre en retraite, a inventé un spécifique contre les scrofules, les tumeurs blanches et autres affections de cette nature; tout inventeur de spécifiques opère des miracles; le nôtre n'y a pas manqué : voyez-vous s'avancer vers le siége des magistrats, en

rable ; mais il nous est du moins permis d'étudier l'influence de la température et des localités sur la production de l'épidémie qui sévissait à la fois dans la Maternité et dans l'intérieur de la ville. Ces causes sont presque les seules sur lesquelles nous puissions porter notre investigation. Nous nous occuperons ensuite de déterminer avec soin la valeur de quelques causes occasionelles qui n'eussent pu agir sous l'influence d'une cause générale épidémique susceptible de convertir les plus légères altérations en accidens fort sérieux et trop souvent funestes. Parmi ces causes, il faut classer l'état antérieur de santé, les difficultés de l'accouchement, l'influence des manœuvres obstétricales, des accidens qui succèdent à l'accouchement, les hémorragies utérines, les tranchées, etc.

Dans l'impuissance où étaient les médecins de pénétrer la cause de la fièvre puerpérale, ils recherchèrent dans les conditions atmosphériques une influence qui pût leur rendre compte des épidémies qu'ils observaient. Les opinions les plus opposées ont été soutenues sans que la science ait profité beaucoup de ces dissertations sur le froid et l'humide opposés à la chaleur dans la production des accidens. Nous voyons même avec quelque regret les grands noms de Doublet, Chaussier, Dugès, Baudelocque, associés à ces recherches minutieuses sur les variations de température qui existent au moment des épidémies comme après leur cessation. Cependant je suis loin de blâmer absolument de telles recherches ; car, si elles n'ont jamais rien démontré jusqu'ici, il n'est pas impossible qu'un jour on ne puisse en retirer quelque avantage.

Nous n'avons nullement besoin des relevés statistiques fournis par le thermomètre pour croire à cette observation clinique qui démontre que les suites de couches sont surtout fâcheuses dans les pays froids, et nous appuierons cette opinion des auteurs précédemment cités par le relevé de nos observations qui indique une fréquence bien plus considérable de la maladie dans les mois les plus froids de l'année. Ainsi, nous avons eu

En Janvier	5	malades.	En Juillet	1	malades.
Février	6	—	Août	1	—
Mars	7	—	Septembre	3	—
Avril	8	—	Octobre	4	—
Mai	6	—	Novembre	4	—
Juin	3	—	Décembre	6	—

L'épidémie a, comme on le voit, prédominé dans la saison froide et humide ; et, si l'on se rappelle la température de l'année dernière, on doit savoir combien ont été réguliers les changemens survenus aux solstices et aux équinoxes. Ce fut à l'équinoxe du printemps que la température fut la plus basse et la plus humide de toute l'année.

Cependant en dehors des conditions atmosphériques appréciées par le bureau des longitudes, conditions qui, relativement à la production des épidémies, ne donnent que des résultats dont la valeur est fort contestable, on ne peut, en présence de ces fléaux qui passent sur les cités et déciment les populations, s'empêcher d'admettre, comme malgré soi, qu'il existe dans l'atmosphère une modification puissante qui échappe à l'analyse, et dont on ignore complètement la nature. Cette modification qui manifeste sa terrible influence en déterminant au même moment une série d'affections dont la marche et l'expression sont semblables, se révèle encore par l'instabilité des moyens thérapeutiques utiles dans l'épidémie présente, inefficaces, nuisibles même dans celle qui doit lui succéder.

Admettons donc avec les auteurs les éventualités qui résultent de constitutions atmosphériques que nous ne connaissons pas, et nous serons édifiés sur l'étiologie de quelques épidémies qui frappent une contrée tout entière ; mais comment expliquerons-nous celle de la fièvre puerpérale qui sévit dans une petite localité, dans une maison particulière. L'atmosphère n'est-il pas le même *intra* et *extra muros* ? quel rôle peut-il jouer dans la production de l'épidémie ? Nous ne le savons pas et devons probablement toujours l'ignorer : il est inutile de faire plus de conjectures.

L'influence pernicieuse des quelques localités sur le développement de ces épidémies est plus évidente sans qu'on puisse davantage s'en rendre compte. Elle est démontrée par tant de faits qu'on ne pourrait la contester sans désavantage, et la fièvre puerpérale en particulier fournirait de nombreux argumens aux promoteurs de cette opinion qu'il ne faudrait pas complètement généraliser.

Les auteurs qui, depuis quelques années, ont écrit sur la fièvre puerpérale, en s'appuyant sur les faits recueillis à la Maternité ou à la Clinique d'accouchemens, croyaient le foyer épidémique limité au lieu de leur observation et ont accordé une immense valeur à l'influence de la localité. Comment résister, disent les uns, aux émanations qui s'élèvent des égouts pour les eaux, les débris d'alimens, les fèces et pénètrent jusque dans les salles de la Maternité ? Comment, disent les autres, l'épidémie ne se développerait-elle pas à la Clinique dont les salles sont merveilleusement disposées, mais trop voisines des pavillons d'anatomie et continuellement infectées par l'odeur qui s'en exhale ? Il semble, en effet, que ces considérations soient sans réplique. Je ne nie pas leur valeur, mais il est nécessaire d'amoindrir leur portée ; car elles ont jeté sur les maisons d'accouchement une défaveur connue du public et partagée par beaucoup de médecins. Il suffira de dire que la fièvre puerpérale fait aussi des victimes parmi les femmes de la ville qui ne sont pas soumises à ces influences, et que la maladie n'y règne pas seulement comme affection sporadique, mais bien en véritable épidémie. Ainsi, pour revenir sur un résultat déjà indiqué et dont la véritable place se trouve ici, parmi les victimes de l'épidémie qui se sont présentées à l'hôpital Necker, 16 femmes étaient accouchées chez elles et avaient été frappées dans leur domicile, et sur ce nombre une était de Clichy et l'autre de Vaugirard.

Qu'ils se rassurent donc ceux qui en présence de faits de fièvre puerpérale observés dans la pratique civile, en accusent la contagion et pensent que les germes de la maladie ont été portés par un médecin des hôpitaux. Qu'ils se rassurent ceux qui poussent la sincérité de leur croyance jusqu'à s'accuser eux-mêmes d'avoir causé la mort de leurs clientes. Qu'ils apaisent leurs remords, car dans l'épidémie de l'année dernière, 16 femmes du peuple, confiées à des médecins de la capitale qui ne fréquentent guère nos hôpitaux, ont été atteintes par la maladie.

Quand elle s'observe à la fois dans la ville et dans les maisons d'accouchement, c'est toujours dans ce dernier lieu qu'elle sévit avec plus d'intensité. Il en est de même pour toutes les maladies épidémiques développées dans les hôpitaux ; elles y offrent plus de gravité, et la mortalité est plus considérable.

Il est d'autres causes éloignées que nous avons qualifiées de causes occasionnelles dont l'influence semble favoriser l'action épidémique et déterminer l'invasion de la maladie. Ces causes sont, chez quelques femmes, la débilité produite par les privations de la misère, les chagrins, la dé-

---

pleine audience, une demi-douzaine d'enfans et d'adultes guéris radicalement par l'ex-orfèvre, qui d'un mal de jambe, qui de tumeurs au cou, qui de n'importe quoi ? Entendez-vous les hymnes de reconnaissance qui s'élèvent autour du prévenu ? Ce ne sont pas seulement des témoins à décharge, mais des témoins à jubilation et à congratulation ; l'émotion s'en mêle, les larmes coulent, l'organe du ministère public s'en attendrit ; au lieu d'un réquisitoire, il ne trouve dans les plis de sa robe que des actions de graces ; bref, l'acquittement est prononcé au milieu des témoignages non équivoques de la satisfaction des assistans, et notre Esculape en orfèvrerie ou notre orfèvre en médecine sort, accompagné de ses cliens, suivi de ses cliens et sûr d'en avoir recruté beaucoup d'autres. Quelle réclame vaudrait d'ailleurs pour lui le retentissement de ce procès ? Maintenant, une petite question, s'il vous plaît, à l'adresse du tribunal qui a rendu le verdict : M. V..., acquitté, continuera-t-il d'exercer la médecine ? Une loi défend aux officiers de santé de pratiquer certaines opérations sans l'assistance d'un docteur en médecine ; l'administration de remèdes assez puissans pour faire disparaître en peu de temps et d'une manière complète des engorgemens chroniques, les états les plus avancés de la cachexie scrofuleuse, constitue certainement une opération intérieure, médicale d'une passable importance ; M. V..., qui n'est pas même officier de santé, tiendra-t-il d'un jugement de première instance le privilége exceptionnel de pratiquer cette spécialité, de faire besogne de curation au lieu et place des médecins, d'en remontrer aux plus célèbres de nos confrères à l'endroit de certaines maladies ? Les pénalités stipulées par le législateur contre l'exercice illégal de l'art ont un double objet : le premier et le plus important consiste à prémunir la santé publique contre les artifices dangereux de l'industrie, contre les atteintes de l'ignorance entreprenante et de la cupidité qui exploite la substance humaine, vivante et palpitante ; l'autre but est de protéger contre le dommage d'une concurrence illicite, effrontée et mal venue, une profession scientifique, nécessaire à la société, et qui repose sur un ensemble de garanties officielles ; entre la médecine et la société, il existe un pacte de réciprocité : celle-ci concède un privilége ou plutôt un sacerdoce conservateur de la vie humaine ; celle-là l'achète au prix de sacrifices de temps, d'argent, et surtout au prix d'études et d'épreuves déterminées. Il fut un temps où il suffisait de prendre patente pour être apte à traiter les malades ; il n'en est plus ainsi ; la profession médicale a droit aujourd'hui à une protection efficace ; elle a pour elle les dispositions répressives de la loi, et quand un guérisseur sans titre légal est acquitté, non seulement la société reçoit une atteinte dans ses conditions de sécurité matérielle, mais encore une classe nombreuse de citoyens se trouve mulctée, sacrifiée. Ajoutons que de semblables verdicts, même alors qu'ils sont rendus d'enthousiasme ou motivés par des circonstances particulières, font plus de mal que vingt condamnations de charlatans ne font de bien : c'est un encouragement à la fraude, à l'industrie ; nous savons bien que ce résultat n'entre point dans la pensée des juges, mais il s'opère inévitablement ; les commères, les spéculateurs d'arcanes et de panacées se le tiendront pour dit : moyennant un certain appareil de reconnaissance larmoyante, moyennant l'exhibition d'une demi-douzaine de cures, ils pourront se faire pardonner le traitement aventureux d'un nombre illimité de dupes, et gagner, avec le procès, le prix d'une réclame.

Les journaux vous ont entretenu, mon cher confrère, d'un autre procès qui a

bauche et l'excès du travail; chez d'autres, ces causes sont plus directes et se rapportent soit à la longueur du travail et à diverses manœuvres réclamées par les obstacles à la parturition, soit à des accidens survenus pendant les couches, l'impression du froid, les écarts de régime et la funeste habitude qu'ont les femmes de vouloir se lever dès les premiers jours qui suivent l'accouchement. Jamais ces causes n'ont autant d'action qu'au moment des épidémies; mais il faut dire aussi que souvent le fléau n'a pas besoin de cette intervention et se déclare en quelque sorte d'une manière spontanée. Toutes nos malades appartenaient à cette classe du peuple qui vit de son travail et de ses bras; quelques-unes seulement dans une position plus élevée, victimes d'une première faute, avaient peut-être souffert de nombreuses privations sans nous le dire et avaient assurément éprouvé les angoisses morales qui ont tant de prise sur les nouvelles accouchées.

Aucun fait ne se rattache aux difficultés de l'accouchement ou à des manœuvres obstétricales; dans la plupart des cas, le travail a été facile, naturel, et quelquefois seulement un peu trop prolongé. Presque toutes les malades ont été atteintes sans pouvoir remonter à la cause de leur mal, et avouer d'écarts de régime; quelques-unes avaient commis l'imprudence de se lever trop tôt; une seule avait été exposée au froid. Celle-ci, au deuxième jour de la couche, fut placée près d'une fenêtre ouverte le temps qu'on mettait à changer son lit; elle se sentit refroidir et conserva un frisson qui dura pendant quatre heures. La fièvre se déclara et elle eut, comme complication puerpérale, un phlegmon du tissu cellulaire environnant le genou, avec inflammation de cette jointure, un phlegmon diffus de toute la jambe et un phlegmon extra-articulaire autour du poignet.

TRAITEMENT.

L'énumération des nombreuses variétés de fièvre puerpérale suffit, je crois, pour démontrer qu'on ne peut en aucune façon assigner de traitement exclusif à cette maladie, qui, d'ailleurs, semble se jouer des formules de la thérapeutique.

Il faut, après avoir puisé dans les ressources médicales un moyen capable de dompter cette influence pernicieuse que les anciens, dans leur langage métaphorique, appelaient *le génie de l'épidémie*, appliquer à chacune des formes de la maladie le remède qui doit les combattre. C'est, comme on le voit, une médication difficile et complexe, dans laquelle il faut toute la sagacité du maître pour réussir. Il n'est pas, à mon avis, d'affection épidémique qui demande de la part du médecin autant de ressources intellectuelles et de fécondité thérapeutiques. Guidé par des succès antérieurs constatés à l'Hôtel-Dieu, et par la connaissance qu'il avait prise du caractère de l'épidémie dernière, M. Trousseau, à l'exemple de Doulcet et des médecins du siècle passé, prescrivit l'ipécacuanha à dose vomitive à la plupart de nos malades. Il ordonnait 1 gramme à 2 grammes de poudre à prendre en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Cette prescription était remplacée les jours suivans par l'usage de purgatifs assez énergiques, et, de préférence, par des purgatifs drastiques, l'huile de croton en particulier. Ensuite, il envoyait à l'adresse de chaque complication des émissions sanguines ou des topiques destinés à les combattre, suivant la circonstance, d'une manière plus spéciale. Il nous répétait ce qu'il disait jadis dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu : « Malgré l'affection locale, administrez l'ipécacuanha et les évacuans, et vous disposerez toujours l'organisme à une réaction avantageuse contre l'infection épidémique. » Souvent, en effet, sous l'influence de cette médication, on obtenait une disparition rapide des accidens, ou au moins une amélioration notable. . . . .

Cependant, M. le professeur Trousseau a fait une étude trop approfondie des maladies épidémiques pour croire à la spécificité de ces moyens. Il est le premier à soutenir ce fait, que tel agent thérapeutique naguère fournissant de très beaux résultats perd toute son importance au bout de quelques mois, en vertu des conditions spéciales difficiles à caractériser. Cette observation est surtout exacte lorsqu'il s'agit de constater les moyens destinés à combattre les épidémies.

En effet, si l'on jette un coup-d'œil rapide sur les médications alternativement employées dans la fièvre puerpérale, on trouve une liste si étendue, qu'on se croit en droit de conclure à l'impuissance de la thérapeutique. Il est vrai que l'effrayante mortalité qui accompagne l'épidémie justifie ces doutes, malheureusement trop bien fondés; mais il ne faut pas que le scepticisme aille jusqu'à méconnaître l'évidence. Or, il est incontestable, d'après la tradition, que les saignées, pratiquées par Gordon, Hey, Denman, avaient d'heureux résultats; que l'épidémie dont parle Doulcet, rebelle à tous les moyens thérapeutiques, céda à l'administration de l'ipécacuanha, et ainsi à l'égard de tant d'autres remèdes prétendus spécifiques. On se rend compte de l'instabilité de ces moyens par le fait empirique dont nous parlions il n'y a qu'un instant; le remède utile hier cesse de l'être aujourd'hui. Pourquoi? Tout le monde l'ignore, et l'on exprime cette observation en disant que le génie épidémique a changé de caractère. . . . .

Dans une telle occurrence, sachons qu'il y a des épidémies de fièvre puerpérale qui résistent à tous les agens employés contre elles, que d'autres paraissent se modifier sous l'influence d'un médicament qui, dans une épidémie prochaine, n'aura plus de valeur et devra être remplacé par un autre. Voyons enfin, d'après l'analyse de nos observations, quelle fut notre manière d'agir.

Comme nous l'avons dit, aussitôt qu'une malade atteinte de fièvre puerpérale arrivait dans notre service, on lui administrait l'ipécacuanha. Lorsque la fièvre était légère, et qu'il n'y avait d'autre complication qu'une métrite, la maladie disparaissait très rapidement Quand, au contraire, le mal paraissait plus grave, et que, parmi les affections locales, il s'en trouvait quelqu'une qui fût sérieuse, alors le médicament triomphait moins souvent et ne contribuait qu'à établir un amendement passager. Enfin, dans quelques cas, la médication parut être entièrement inutile et sans effet; les malades succombèrent avec une précipitation désolante.

Rarement l'ipécacuanha fut donné plusieurs fois de suite; s'il paraissait inefficace, après l'avoir réitéré, on prescrivait aussi des purgatifs drastiques qui semblèrent produire des résultats avantageux. L'eau-de-vie allemande, à la dose de 40 grammes, l'huile de croton tiglium, à la dose de 3 gouttes dans un loock, en déterminant d'abondantes garderobes, semblaient améliorer l'état des malades.

Aucune des femmes ne fut primitivement soumise à la saignée; lorsqu'on pratiqua cette opération, ce fut longtemps après le début des accidens, et pour combattre des complications puerpérales.

Ces complications furent combattues d'une manière différente, suivant

---

en pour objet la punition d'un méfait nouveau, la falsification du thé; des thés avariés et vendus à vil prix ont été remis dans le commerce après avoir été rectifiés par des procédés dangereux pour la santé publique; des thés noirs ont été ramenés à l'état de thés verts par l'emploi de sels vénéneux. Ainsi cette substance précieuse que la Chine nous livre parfaitement pure et qui a franchi plusieurs milliers de lieues marines, se détériore entre les mains de nos industriels et compromettra l'existence des consommateurs!... Mais que dire en présence des faits révélés au sujet de l'altération des vins! la chambre des députés doit s'occuper prochainement d'une proposition tendant à la réprimer; elle puisera des données curieuses dans un travail de M. Lagrange, rapporteur de la proposition Mauguin. Nous ne parlons pas de l'imitation des vins étrangers avec nos vins du Midi, ni des coupages et mélanges, parfois avantageux pour corriger les propriétés des vins de crû médiocre; mais on introduit dans les vins des corps étrangers, on fabrique des vins artificiels, on fait des préparations vraiment dégoûtantes, même alors qu'elles ne menacent pas la santé, et le marché régulateur de la France, Paris est le lieu où la sophistication s'exerce sur la plus grande échelle et produit les effets les plus désastreux. La majeure partie du vin, consommée par le peuple de Paris, est de l'eau fermentée sur des corps sucrés, tels que sirops de fécule et de raisin, fruits secs, sucre brut, etc., avec addition d'alcool, de vinaigre, d'acide tartrique, et une neuvième ou dixième partie de gros vin du Midi. Les *baquetures*, c'est-à-dire les restans d'eau et de vin recueillis sur les comptoirs sont remises au cuvage chez les débitans, et comme, au mépris des prescriptions de police, l'étain des comptoirs n'est presque jamais au titre, ces résidus dégoûtans, imprégnés de sels saturnins et souvent des matières animales qui ont servi au collage des vins, mêlent à la masse des liquides en fermentation des élémens nuisibles pour ceux qui en feront usage. On n'en finirait pas à mentionner toutes les manœuvres du génie sophisticateur, opérant sur les boissons; les falsifications sur le vin seulement sont estimées pour Paris à 160,000 hectolitres par an!.... Et ce système de fraude s'applique avec le même cynisme à toutes les matières alimentaires, à tout ce qui concerne la subsistance, le vêtement, la chaussure, etc.; les denrées les plus nécessaires à la vie sont celles qui exercent le plus le talent des empoisonneurs patentés; c'est à Paris surtout que l'on peut dire à présent de toute nourriture :

Rien n'est plus commun que le nom,
Rien n'est plus rare que la chose.

On peut dire, sans être taxé de pessimisme, que la falsification est le caractère général de notre époque : falsification littéraire et scientifique, falsification commerciale, falsification alimentaire.... tout est faux et faussé; la probité s'en va, l'industrie nous reste. Trois causes ont déterminé et perpétuent ce fatal ordre de choses : 1° la concurrence effrénée qui s'est emparée du commerce et qui le précipite dans les voies du trafic le plus frauduleux; il n'est point jusqu'aux médicamens qui n'en deviennent l'objet; combien de fois le remède infidèle trahit la pensée du médecin! combien de fois le fébrifuge qui doit prévenir le retour d'un accès pernicieux est-il lâchement remplacé par une substance sans vertu! 2° l'insuffisance des dispositions légales qui n'opposent à la fraude que des peines légères, des peines de simple contravention, tandis qu'en vérité

la nature de l'affection, suivant son siége et l'importance de l'organe envahi. C'est alors, qu'après avoir administré l'ipécacuanha, si la réaction fébrile était intense et s'il existait une phlegmasie d'un organe ou d'un tissu, nous n'hésitions pas à ouvrir la veine ou à appliquer un nombre considérable de sangsues. Ainsi, la saignée a été mise en pratique dans plusieurs cas de pneumonie et de pleurésie, dans la péritonite, la *phlegmatia alba dolens*, etc. Nous avons appliqué des sangsues au nombre de 80 et 100 sur le ventre des femmes frappées de péritonite autour de leurs articulations, dans quelques cas d'arthrite puerpérale.

Nous n'avons pas employé d'une manière soutenue les bains, les cataplasmes et les lotions émollientes qu'on a l'habitude d'employer en pareille circonstance. Ce sont des moyens hygiéniques qui ont une grande valeur, il est vrai, mais qui sont incapables de modifier la marche de la maladie. Les bains nous ont rendu quelques services dans les cas de complications vers les annexes de l'utérus, et en particulier pour les abcès du bassin. Quant aux cataplasmes, leur usage journalier ne nous a paru avoir d'autre avantage que de calmer l'impatience des malades. Cependant, il est plusieurs circonstances dans lesquelles on a fait usage de cataplasmes médicamenteux. A une période avancée de la péritonite, nous prescrivions avec avantage des applications faites avec le mélange de la poudre de ciguë avec les parties intégrantes du cataplasme ordinaire, parties égales de chaque. Dans plusieurs cas d'arthrite, après avoir combattu, par les antiphlogistiques, les accidens inflammatoires, nous nous servions d'un topique sous forme de cataplasme fait avec :

Mie de pain	1000 grammes.
Alcool camphré	100
Eau.	q. s.

Le tout arrosé avec 5 grammes de dissolution d'extrait d'opium, 5 gram. d'extrait de belladone, et saupondré avec 5 grammes de poudre de camphre. Ce cataplasme était maintenu à l'aide de bandes de toile cirée, de flanelle et de toile ordinaire, superposées de manière à empêcher l'évaporation et la décomposition putride. Il restait huit jours en place; c'est sous son influence que nous avons obtenu l'ankylose de trois articulations du genou, devenues le siége de la suppuration, et d'une articulation du coude affectée au même degré.

Enfin, nous mentionnerons les préparations mercurielles données à l'intérieur à quelques malades, plutôt pour obtenir un effet purgatif que comme spécifiques de la fièvre puerpérale. Elles ont été appliquées à l'extérieur sous forme de frictions sur le ventre, dans tous les cas de péritonite ou de métro-péritonite, sans avoir pu obtenir une amélioration évidente. Ces médicamens n'ont d'ailleurs pas occasionné d'accidens, si ce n'est une seule fois une salivation mercurielle un peu intense. Nous prenions cependant la précaution d'observer les gencives, et l'on faisait cesser les frictions et nettoyer la peau déjà soumise à la médication, lorsqu'apparaissait le gonflement des gencives.

Il est enfin une quantité d'autres prescriptions faites pour remplir certaines indications fournies par les symptômes des diverses affections locales. Cette action thérapeutique ne concerne en aucune façon la fièvre épidémique des femmes en couches, et se rapporte aux lésions organiques qui viennent la compliquer. L'énumération de ces agens sera beaucoup mieux placée à la suite de l'histoire de chaque complication en particulier.

Parmi ces complications, il en est une qui a excité à un degré extrême l'intérêt et l'attention des médecins : c'est la *phlegmatia alba dolens*. Nous en avons fait l'objet d'un second travail, qui sera publié prochainement dans ce journal.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS UN CAS D'HYDROPISIE PÉRITONÉALE, CONSÉCUTIVE A UNE PÉRITONITE PUERPÉRALE ; par le docteur DEBAVAY.

Depuis les heureux résultats obtenus par M. Bondin (1), médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, et par plusieurs médecins qui exercent en Algérie, de l'emploi des préparations arsénicales dans les fièvres intermittentes, on doit reconnaître aujourd'hui cette vérité proclamée déjà par Hevogt, professeur à Jéna, que l'acide arsénieux est un des plus puissans fébrifuges et que parfois il est supérieur au quinquina. Ce n'est point seulement dans les fièvres intermittentes que l'emploi de cet agent thérapeutique offre de précieuses ressources ; on connaît son action efficace et bien constatée par les expériences nombreuses de Biett, dans certaines maladies de la peau; son utilité signalée par Fowler, pour combattre les névralgies, est mise hors de doute par les succès obtenus dans un grand nombre de cas par un médecin distingué du midi de la France; enfin, et ce qui rend incontestable cette utilité, c'est l'heureuse réussite obtenue cette année à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Natalis Guillot, sur un malade atteint d'une névralgie double de la face, datant de l'année 1813, et survenue à la suite de deux blessures, l'une sur le front, l'autre à la joue, occupant tout le trajet des rameaux nerveux de la 5e paire et guérie au bout de trois mois.

L'arsenic a réussi entre les mains de M. le professeur Trousseau, dans un cas d'ascite compliquée d'engorgement des glandes mésentériques. Nous avons été témoin de ce fait bien digne de fixer l'attention des praticiens dans une maladie où l'art est si souvent impuissant. Voici comment ce professeur, dans une leçon clinique qu'il fit le 18 janvier 1842, racontait l'histoire de cette maladie.

OBS. I. — « Au n° 28 de la salle Sainte-Thérèse (hôpital Necker) se trouve la sœur d'un médecin distingué de Paris; elle vent être soignée à l'hôpital ; elle est âgée de 30 ans. Il y a environ trois ans ses règles se supprimèrent; un médecin constata une hydropisie péritonéale, et un autre médecin d'Auxerre lui fit successivement onze ponctions. Elle entra à cette époque dans notre service, et y resta seize mois. Au bout de peu de jours, on lui fit une ponction, à la suite de laquelle on put constater dix à douze tumeurs dans le mésentère. Je n'espérais pas la guérir; et dans le traitement que je lui fis subir je lui administrai l'arsenic à la dose d'un quart de grain par jour. Au bout de cinquante-trois jours et après la treizième ponction, l'affection, à l'aide de la compression, s'emble s'amender ; on n'observe plus les tumeurs bosselées et séparées ; elles

(1) TRAITÉ DES FIÈVRES DE MARAIS. Paris, 1842.

elle constitue l'un des plus énormes délits qui se puissent commettre contre l'intérêt social ; tous les jours on assiste à l'affligeant scandale de condamnations exorbitantes en sens inverse : le pauvre mendiant, coupable d'avoir tendu la main, la mère égarée par la faim de ses enfans et dont la main décharnée a saisi convulsivement un pain d'étalage, subissent des châtimens que l'on épargne à l'infâme boulanger qui frustre d'une ou deux livres de pain la table de l'ouvrier; 3° enfin l'indifférence des gouvernans pour tout ce qui ne touche pas à l'impôt ou à la politique.

Lorsque cette lettre vous parviendra, vous et moi saurons s'il nous faudra payer patente comme par le passé, en compagnie des charcutiers, rouliers, tripiers, etc. Vous connaissez les conclusions favorables de la commission, ainsi que les manifestations de quelques confrères députés au sein de la chambre ; d'autres voix sans doute s'élèveront encore en faveur de notre cause, qui nous paraît à peu près gagnée. Que d'efforts ce succès aura coûtés, que de pétitions, de protestations et de dissertations ! Or, il arrive ce que l'on observe ordinairement, c'est que près de toucher au but de tant de réclamations légitimes, quelques-uns de nos confrères se demandent si c'est bien ou mal, si nous avons compris nos véritables intérêts en sollicitant avec tant de persévérance une immunité dont le premier effet sera d'éliminer des listes électorales bon nombre de médecins ; de là, dit-on, l'amoindrissement social de notre profession; de là des reviremens possibles dans certains colléges où un petit nombre de médecins forme l'appoint de telle ou telle candidature ; de là la perte imminente de l'influence politique dévolue au corps médical. Ces considérations ont ébranlé quelques adversaires de la patente, et peu s'en faut que tel de nos confrères qui l'a flétrie avec le plus de véhémence, ne la caresse aujourd'hui comme un brevet d'importance électorale, comme un moyen de se cramponner ou de parvenir à l'électorat dont il tire ou tirera le meilleur parti possible dans l'intérêt des siens... Pour nous, mon cher confrère, nous sommes peu touché de ces raisonnemens, et nous persistons dans notre répugnance pour un impôt qui assimile au trafic commercial la plus noble des missions dont l'homme puisse être chargé; nous nous préoccupons aussi de la condition présente de l'immense majorité des médecins, condition très éloignée de la prospérité et qui leur fait de la patente une chose onéreuse, après tant d'autres tributs qu'ils ont payés à l'état. Ne soyons pas plus affamés de crédit politique que MM. les avocats, qui ne paient point, qui ne veulent point payer patente, et qui occupent pourtant dans le monde politique une tout autre place que nous. Non, non, n'ajournons pas nos vœux d'abolition de la patente jusqu'après l'adjonction des capacités aux listes électorales ; commençons par secouer le joug du fisc pour mieux courir après ce dernier résultat ; aussi bien, il pourrait se faire attendre, et notre modique budget continuerait d'être grevé de ce honteux impôt. Le bien-être d'abord, ensuite la glorification politique de notre profession, s'il se peut. Ceux d'entre nos confrères qui pensent autrement auront toujours la ressource d'imiter l'exemple d'un avocat de ma connaissance, homme d'esprit et de talent qui aspire à un siége parlementaire et qui, pour se rendre éligible, a pris patente de marchand de vin ; c'est là une spirituelle critique de la législation qui met les hommes de l'intelligence à la suite des hommes d'argent ; nos médecins-candidats en politique n'auront même pas besoin de s'ingénier à trouver une heureuse dénomination de patente ; le projet de loi place après les médecins une classe de patentables sous le nom d'*opérateurs*. Con-

se présentent sous forme de gâteau. Continuation de l'arsenic. Au bout d'un certain temps, plus de tumeurs; on continue la ciguë qui avait été donnée conjointement avec l'arsenic. Bientôt il n'y a plus d'eau dans le péritoine; après six semaines les règles reparaissent, et elle jouissait d'une santé parfaite. »

Parlant de l'état actuel de la malade, le professeur continue ainsi :

« Il y a cinq semaines, elle éprouva de nouvelles souffrances; on constate un kyste de l'ovaire. Elle est rentrée ici depuis trois jours. Le kyste est à droite; il est de la grosseur de la tête d'un enfant. Je vais recommencer la médication que j'ai suivie; si la tumeur fait des progrès, je ferai la ponction, et je tâcherai d'obtenir la soudure avec les parois du ventre en employant l'acupuncture (1). »

L'affection pour laquelle cette malade est rentrée à l'hôpital, qu'elle soit ou non la conséquence éloignée de celle pour laquelle elle avait été traitée antérieurement, ne détruit en aucune manière les bons effets obtenus primitivement par l'administration de l'arsenic; la guérison s'est parfaitement soutenue pendant plus de deux ans. On pourrait objecter que la ciguë administrée avec l'arsenic a pu, seule, produire ce résultat; que, dans tous les cas, ces médicamens ayant été administrés en même temps, il doit rester du doute dans l'esprit de l'observateur sur l'efficacité de l'un d'eux. L'observation suivante, mieux que toutes les discussions théoriques, répond à cette objection.

Obs. II.—La dame L. (Sophie), âgée de 38 ans, d'une forte constitution, habitant une campagne dans les environs de Metz, vint me consulter dans les premiers jours du mois de septembre 1840, pour une hydropisie péritonéale dont elle était atteinte depuis près de quinze mois. Cette dame avait toujours joui d'une bonne santé; elle avait eu trois enfans et des couches très heureuses; elle me raconta qu'à la suite de sa dernière couche et au bout de quelques jours, ayant éprouvé de vives contrariétés, elle fut prise de douleurs abdominales très aiguës; que ses lochies se supprimèrent, et qu'à ces douleurs vinrent se joindre des vomissemens et de la fièvre. D'après d'autres détails que je ne crois pas nécessaire de mentionner ici, je pus m'assurer qu'elle avait été atteinte de péritonite puerpérale. Cette maladie traitée mollement par les antiphlogistiques avait duré trois semaines; la malade se crut bien guérie; cependant des douleurs passagères et obtuses qu'elle ressentait parfois dans divers points de l'abdomen, sa convalescence qui semblait se prolonger, lui laissèrent de l'inquiétude sur le parfait rétablissement de sa santé. Cet état, qui ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations habituelles, dura environ six semaines. Ce fut alors qu'elle s'aperçut de l'augmentation lente et progressive du volume de son ventre. Un médecin lui prescrivit l'usage d'une tisane diurétique, des pilules dont elle ne put m'indiquer la composition et des frictions sur l'abdomen avec la teinture scillitique. Dans les premières semaines de l'emploi de ces médicamens, la malade en éprouva du soulagement, et la diminution du volume du ventre fut très marquée; mais au bout de quelque temps le ventre prit de nouveau un accroissement considérable, et malgré tous les traitemens employés pendant longtemps elle n'éprouva plus aucune amélioration.

État actuel. Le ventre est très volumineux, dur, tendu, et la fluctuation manifeste du liquide contenu dans la cavité abdominale ne permet point de se méprendre sur le diagnostic de la maladie. On observe en outre tous les phénomènes généraux de l'hydropisie abdominale idiopathique; l'exploration attentive des organes qui auraient pu donner lieu secondairement à cette affection n'indique pas cette complication; l'état général de la malade est assez satisfaisant. M'étant assuré que tous les moyens ordinaires de traitement n'avaient eu jusqu'ici aucun résultat, me rappelant les bons effets obtenus par M. le professeur Trousseau dans l'observation précitée, ayant égard à la bonne constitution de la malade, au bon état des organes digestifs, je n'hésitai point à essayer le traitement par l'acide arsénieux au moyen de pilules contenant chacune un vingtième de grain de la substance médicamenteuse, à prendre une le matin et une le soir. Point d'effet marqué pendant les premiers jours; puis survinrent quelques coliques légères avec un peu de diarrhée. Ces accidens ayant acquis plus d'intensité (1) par suite de l'usage de trois pilules, il fallut suspendre l'emploi du médicament et revenir à deux pilules, quelquefois à une seule, alternant ainsi successivement ce nombre ou suspendant complètement le traitement pendant plusieurs jours, suivant les indications. Au bout de six semaines, j'eus la satisfaction d'observer que l'abdomen était moins tendu, qu'il avait sensiblement diminué de volume, qu'en même temps les urines étaient plus limpides et plus abondantes, que la peau, qui avait toujours été très sèche, était souple et parfois un peu moite; je prescrivis alors, conjointement avec l'acide arsénieux, l'usage de la compression uniforme de l'abdomen au moyen d'une ceinture élastique. Enfin, après six mois de traitement qui ne fut contrarié que par la nécessité de diminuer, d'augmenter ou de suspendre complètement l'emploi du médicament actif, il n'y avait plus que très peu de liquide dans le péritoine; les règles qui avaient été supprimées reparurent comme de coutume; tous les organes reprirent successivement leurs fonctions, et dans les premiers jours du mois de mars 1841 il n'y avait plus de sérosité surabondante dans le péritoine; madame L. avait repris son embonpoint habituel et jouissait d'une parfaite santé.

J'ai appris récemment que cette guérison s'était bien maintenue.

Les signes commémoratifs, l'état actuel de la malade ne laissaient aucun doute sur le diagnostic, et les heureux effets obtenus par l'administration de l'arsenic prouvent jusqu'à l'évidence l'efficacité de ce médicament dans ce cas particulier; cependant, je suis loin de penser que cette observation puisse servir de règle générale dans de pareilles circonstances; j'ai voulu seulement éveiller l'attention des praticiens sur l'utilité de l'emploi des préparations arsénicales dans l'ascite idiopathique. Ce fait, joint à celui de M. le professeur Trousseau, doit, je crois, les engager à tenter de nouveaux essais, et éloigner ces craintes chimériques (2) qui font encore aujourd'hui redouter en France l'emploi d'un médicament qui, administré par des médecins habiles et prudens, est appelé à rendre de si précieux services à la thérapeutique.

(1) N'ayant pu suivre cette dernière maladie, nous ne connaissons pas les résultats obtenus par ce traitement à l'époque indiquée.

(1) Il est permis d'attribuer ces accidens passagers à la forme de préparation plus encore qu'au médicament lui-même. En employant une solution *très étendue* (1 décigr. d'acide arsénieux dans un litre d'eau distillée), M. Boudin a pu, à diverses reprises, dans certaines maladies chroniques de la peau et dans la syphilis rebelle et invétérée, porter GRADUELLEMENT le médicament au-delà de 15 centigr. par jour, sans provoquer, même passagèrement, le plus léger accident, alors que des coliques se manifestaient chez les mêmes individus, quand le médicament était donné dans un véhicule moins abondant et en une seule fois.

(2) On sait que, dès son appel à l'hôpital militaire de Versailles, M. Boudin n'a pas hésité un seul instant à soumettre au traitement par l'acide arsénieux plusieurs centaines de malades atteints de fièvres intermittentes, dont un très grand nombre avait résisté pendant longtemps à la quinine administrée, soit au corps, soit dans divers hôpitaux.

---

naissez-vous cela? — Non. — Ni moi non plus; tenez cependant, j'imagine qu'il s'agit de rebouteurs, rajusteurs, arracheurs de dents en plein vent et autres artistes *ejusdem farinæ* que le législateur a courtoisement accolés aux médecins.... et parlez donc de nous maintenir la patente!...

La faculté de médecine est absorbée par les concours d'agrégation qui se passent sans beaucoup de bruit; espérons que bonne justice sera rendue à tant de travail et de science qui s'agite et fermente dans l'arène; ce n'est point sans quelque tristesse que l'on assiste à ces luttes; là encore la concurrence est extrême. Il y aura beaucoup moins d'élus qu'il n'y a de candidats dignes de l'être; carrière si pleine de labeurs et de désenchantemens, par quel prestige attirez-vous encore une si nombreuse affluence de jeunes talens et d'organisations choisies? Que de travaux sans résultats, que d'espérances sans lendemain, que de vocations sans pâture! Au moins le jury leur a épargné le chagrin de l'élimination, et quoique la Gazette ait soutenu l'utilité de cette mesure, nous sommes loin de blâmer ce témoignage de distinction décerné comme une palme collective à la masse des compétiteurs; bien entendu que quand un règlement fixera la proportion obligée de candidats par place vacante, le jury s'y conformera, car il a mission d'appliquer les règlemens, non de les annuler ou d'en établir à sa guise.

L'Académie traîne filandreusement sa discussion sur les tumeurs fibreuses; béni soit M. Cruveilhier, qui a fourni à tous nos chirurgiens en nom et renom l'occasion de professer devant l'Académie, de poser en maîtres, et d'écrire devant le public, chacun sa page dans l'histoire de la science. Bienheureuses tumeurs du sein! elles ont prouvé encore une fois qu'une Académie peut discuter tout un mois sans faire faire un seul pas à la science. Après tous ces longs discours complaisamment élaborés et plantureusement débités, que sait-on de plus sur la matière de la controverse? Encore si l'ordre présidait à ces exercitations académiques; mais on ne s'entend plus, on s'exclame, on déclame, on réclame. Après les solos, les duos, nous avons le final : tous parlent à la fois, et plus d'un académicien, ballotté par ce flux et reflux d'argumens, confiné dans une salle non en rapport avec sa destination actuelle, marmotte entre les dents le refrain si connu d'un comique : Je voudrais bien m'en aller..... Une vacance nouvelle a été déclarée; le corps académique se renouvelle avec rapidité; sa statistique ne laisse pas que d'ouvrir aux ambitions un champ d'éventualités favorables; il compte en effet, dans ses rangs, 8 octogénaires, 20 septuagénaires, 40 sexagénaires, 44 membres entre 50 et 60 ans, 24 entre 40 et 50 ans, 3 entre 30 et 40. La mortalité de l'illustre compagnie a été de 13 en 1840, de 5 en 1841, de 6 en 1842, et de 1 en 1843; ce qui fait 6 1/4 sur 100. ...

M. Chevallier nous semble avoir eu une idée heureuse en appelant l'attention publique sur l'efficacité que pourraient avoir les eaux minérales prises sur les lieux en hiver ou dans les autres saisons non adoptées pour leur usage. Les sources minérales perdent-elles de leur action en hiver? Leur emploi serait-il intempestif pendant cette période de l'année, et si elles constituent vraiment une sorte de merveilleuse pharmacie de la nature, comment les maladies qu'elles modifient avantageusement en été, ne le seraient-elles pas en hiver? Beaucoup de sources, celles surtout qui attirent les affections de poitrine, sont situées dans des localités dont le climat est doux en hiver, comparativement au climat des pays où les malades attendent le retour de la belle saison. Quoi qu'il en soit,

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

V. JOURNAL DE MÉDECNE DE LYON.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur l'emploi de la compression au moyen de l'air condensé, dans les hydarthroses, et sur la possibilité de réduire certaines luxations spontanées de la hanche;* par M. Pravaz. 2° *Observations sur l'emploi du marchantio contre la gravelle, de la renouée dans la diarrhée, du suc de feuilles d'artichaut contre la jaunisse;* par M. Levrat-Perrotton. (Les deux premières plantes sont administrées en décoction concentrée. Quant aux feuilles d'articbaut, on en donne le suc à la dose de 125 à 250 grammes par jour.) 3° *Fragmens d'un voyage médical en Allemagne;* par M. Bouchacourt. 4° *Rapport sur deux travaux relatifs à la syphilis;* par M. Gauthier. 5° *Rapport sur un mémoire de M. Bonjean, relatif à l'empoisonnement par l'acide prussique;* par M. Monchon. 6° *Incision sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques afférens aux ganglions de l'aine, comme moyen préservatif des bubons;* par M. Diday. 7° *Etude physiologique de l'instinct chez l'homme et chez les animaux, dans l'état sain et dans l'état de maladie;* par M. Gabillot. (Premier article.) 8° *Mémoire sur une épidémie de pseudo-syphilis;* par M. Aliès. 9° *Rapport sur un mémoire de M. Gosse, relatif aux quarantaines;* par M. Nepple. 10° *Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique de M. Pétrequin : rapport fait sur cet ouvrage au nom d'une commission;* par M. Brachet. (Voir pour le compte rendu de ce traité, GAZ. MÉD., 1844.)

INCISION SOUS-CUTANÉE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES AFFÉRENS AUX GANGLIONS DE L'AINE, COMME MOYEN PRÉSERVATIF DES BUBONS; par M. DIDAY.

Plusieurs des journaux qui ont cité la proposition de M. Diday ont dirigé contre elle quelques observations critiques. Il nous suffira de la reproduire ici telle qu'elle a été communiquée à la société médicale de Lyon, pour montrer comment l'auteur justifie ce nouveau moyen, et surtout dans quelles limites il entend lui-même en restreindre l'emploi.

M. Diday avait, à l'époque de sa première publication, appliqué deux fois ce procédé. Il l'a depuis répété une douzaine de fois encore. Il a pour but de prévenir la formation, ou tout au moins la suppuration des bubons qui accompagnent les chancres des parties génitales.

L'objet de ce procédé est d'empêcher que le virus syphilitique ne soit transporté du chancre aux ganglions lymphatiques. Il consiste dans l'incision sous cutanée des vaisseaux lymphatiques qui sont les agens de ce transport. On fait cette incision, dès que la tuméfaction commençante des ganglions d'un côté annonce ou fait craindre le développement ultérieur d'un bubon.

L'opération est simple : elle se pratique suivant les principes qui sont communs à toutes les applications de la méthode sous-cutanée. Un pli étant fait à la peau dans la direction de l'arcade crurale, le chirurgien plonge perpendiculairement sous ce pli, en dedans de la tumeur ganglionnaire, et de haut en bas, un ténotome droit à pointe aiguë, dont le tranchant regarde les parties profondes. Il coupe alors dans ce sens, et dans l'étendue de trois centimètres au plus, ce qui se présente devant lui. Puis, retournant l'instrument, il le retire le tranchant tourné vers la peau, de manière à raser celle-ci et à diviser les tissus immédiatement contigus à sa face interne. Deux emplâtres de diachylum gommé, maintenus sur la plaie extérieure pendant deux ou trois jours, préviennent toute suppuration.

Dans cette petite opération, on coupe les lymphatiques afférens dans l'endroit où ils convergent entre eux avant d'entrer dans le ganglion. Il ne faut pas intéresser les parties à une grande profondeur. Cela serait inutile; car les ganglions superficiels de l'aine étant en général ceux qui s'engorgent et suppurent exclusivement dans ces cas, il suffit, pour prévenir les bubons, de couper les vaisseaux lymphatiques superficiels qui leur correspondent.

Le point le plus délicat est de fixer la période d'évolution du chancre, à laquelle cette incision préventive doit être pratiquée. Si le chancre des parties génitales est déjà en voie de cicatrisation, ou même seulement de *réparation* au moment où l'engorgement ganglionnaire a commencé, au moment où le chirurgien est appelé à agir, l'opération paraît à peine nécessaire. Mais si, au contraire, le chancre est encore alors à la *période de progrès*, s'il est situé près du frein du prépuce, s'il suppure abondamment, l'opération est parfaitement justifiée; et il est rationnel d'y avoir recours, vu surtout son innocuité absolue, caractère qu'elle partage avec les divers procédés émanés de la méthode sous-cutanée. On comprend, du reste, comment la difficulté de distinguer le moment où elle serait superflue de celui où elle devient utile expose à ne la pratiquer que trop tard et, partant, quelquefois à l'époque où l'absorption du virus s'est déjà opérée. Souvent donc elle devra échouer et échouera par ce motif sans qu'on soit pour cela en droit de contester son efficacité considérée d'une manière absolue.

MÉMOIRE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE PSEUDO-SYPHILIS; par M. ALIÈS.

La commune de R..., près Luxeuil, compte une population de 700 habitans. En 1840 et 1841, des symptômes très semblables à ceux de la syphilis s'y déclarèrent sur près de 80 individus. Les phénomènes principaux et les plus constans consistèrent en tubercules muqueux développés au pourtour de l'anus et des parties génitales. La rumeur publique en attribua l'origine à un habitant du pays qui avait contracté la maladie avec des femmes infectées, et, de retour dans ses foyers, l'aurait communiquée à sa famille, d'où elle se répandit dans le village.

L'auteur hésite à se prononcer sur la véritable nature de ces symptômes. A la vérité, leur physionomie, leur siége était bien celui des maladies spécifiques; et, d'autre part, le mercure les a rapidement guéris, tandis que les sujets qui ont refusé de se soumettre à l'administration de ce médicament ont vu leur affection persister beaucoup plus longtemps. Cependant, l'ordre d'apparition et de succession des accidens, leur mode de transmission, celui de terminaison, laissent à M. Aliès quelques don-

---

c'est là un intéressant sujet de recherches, et l'on doit féliciter M. Chevallier de l'avoir indiqué.

Pascal a dit : vérité en deçà, mensonge au-delà des Pyrénées : pour certains journaux de médecine, c'est la même chose; seulement le filet, limite conventionnelle entre le texte et les annonces, remplace pour eux les Pyrénées : puritains au-dessus du filet, rien de moins que cela au-dessous; lisez plutôt : « Le docteur G., avantageusement connu par un exposé de la méthode résolutive pour la guérison *sans opération* des maladies des yeux, *même de celles réputées incurables*, etc. » Et l'on ajoute que l'ouvrage du susdit docteur devient le *vade-mecum* des mères de famille; il va sans dire qu'on le trouve chez l'auteur dont l'adresse suit; puis viennent, toujours au-dessous du filet protecteur du puritanisme médical, les chocolats dynamiques au houblon et au noyer, le sirop de pointes d'asperges, etc. D'où je conclus que si le filet n'existait, il faudrait l'inventer... pour les journaux qui font de la science et qui n'en est pas tout à fait.

Ayez-vous reçu certaine circulaire ou plutôt certaine sommation en biographie? Je m'explique : naguère on se contentait de vous attirer par voie détournée et captieusement dans le guet-apens de la biographie. Je m'explique encore : on frappe à votre porte, un jeune homme à l'air respectueux et plus ou moins orné de moustache se présente, le dos fléchi, le chapeau à la main; il vient solliciter de votre obligeance quelques renseignemens sur votre passé; il vous apprend que votre nom appartient à l'histoire... contemporaine, et que le besoin de publier votre acte de naissance est généralement senti. Après quelques instans d'entretien, vous reconduisez votre homme; huit jours après, vous recevez un superbe exemplaire de votre biographie et peu de temps après une note à payer pour frais de célébrité. Ce tour est usé : le public a vu la corde; la plume des biographes est au repos; mais non le crayon des dessinateurs ni les presses lithographiques. O vous tous, médecins, chirurgiens, dentistes, oculistes, et autres miliciens de notre docte armée, si le désir vous advient de voir vos faces exposées à la contemplation des badauds, à l'admiration des provinciaux et... au sourire de qui de droit, sachez qu'un tarif très modéré vous permet de partager cette béatitude avec les *illustrations* qui décorent les étalages quotidiens du quai Voltaire et de la rue du Coq-Saint-Honoré; sachez encore que les susdites illustrations ont consulté le même tarif et payé au même taux; il y a du crayon, de la ressemblance et de l'exposition pour toutes les bourses, depuis 100 fr. jusqu'à 300. La réclame au portrait vaut bien ce léger sacrifice; et c'est quelque chose encore que d'envoyer des exemplaires du portrait aux amis et connaissances.

Le temps me presse, mon cher confrère, je suis obligé de renvoyer le surplus de mes nouvelles à notre prochain ordinaire.

X.

— La chambre des députés a voté sans opposition l'article qui consacre l'abolition de la patente des médecins.

tes. Un grand nombre des malades ont nié s'être exposés à l'infection; de plus, les symptômes consécutifs ont manqué complètement.

D'après le récit très succinct de l'auteur, nous ne pouvons que partager ses hésitations, quoique beaucoup moins disposés que lui, cependant, à admettre une origine spontanée pour des accidens si analogues aux phénomènes les plus ordinaires, les plus normaux, si l'on peut ainsi dire, de l'infection vénérienne.

VI. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

ÉTUDES CHIMIQUES ET ANATOMIQUES SUR LA FORMATION DES CAILLOTS DANS LE SYSTÈME CIRCULATOIRE, SOUS L'INFLUENCE DE LA PNEUMONIE; CAILLOTS DANS LES SINUS CÉRÉBRAUX, DANS LES PNEUMONIES COMPLIQUÉES DE DÉLIRE; par le docteur MALHERBE.

Au moment où l'attention d'un grand nombre de médecins est portée vers l'étude des altérations chimiques du sang et où plusieurs surtout se livrent à des recherches spéciales sur quelques-unes des moins appréciables de ces altérations, il semble naturel de ne pas négliger complètement une altération que présente souvent ce liquide, toujours évidente et qui, si elle ne se lie pas intimement à la nature de la maladie primitive, joue certainement un rôle important, soit de cause soit d'effet, dans les derniers instans de l'existence. Pourquoi à la suite de certaines maladies et dans certains cas seulement l'appareil vasculaire sanguin contient-il des caillots plus ou moins anciens? Pourquoi, dans certains autres cas, trouve-t-on le sang liquide et souvent même dans un état de putréfaction plus ou moins avancée? Telles sont les questions qu'a cherché à éclairer M. Malherbe dans un travail un peu long, et qui contient de bons matériaux bien que les conclusions laissent encore beaucoup à désirer; nous signalerons surtout l'un des points qui a le plus occupé l'auteur dans son travail et qui n'occupe qu'un plan très secondaire dans les conclusions par lesquelles il le termine, c'est l'influence qu'il attribue à la présence des caillots formés dans les sinus cérébraux chez les sujets qui succombent à la pneumonie compliquée de délire, et à laquelle il rapporte tous les symptômes cérébraux graves que présentent ces sujets avant de succomber. Sa conviction est telle même qu'il ne balance pas à attribuer à cette cause le délire observé dans beaucoup de cas de pneumonies et d'autres affections où on n'a pas constaté la présence des caillots dans les sinus cérébraux; toutefois il reconnaît encore quelques autres causes du délire dans certaines affections aiguës; ce sont: 1° l'intoxication alcoolique; 2° la complication d'une méningite; 3° des secousses morales; 4° le délire ataxique; mais il n'admet cette dernière forme de délire que pour répondre à une nécessité de la pratique et comprendre les cas de pneumonie compliquée de délire et sur lesquels le musc exercé souvent une si heureuse influence.

Quant aux causes qui contribuent à la formation des concrétions fibrineuses dans le système circulatoire, M. Malherbe indique les quatre suivantes: 1° le ralentissement du cours du sang; 2° la superfibrination du sang; 3° la présence du pus dans l'économie; 4° la phlegmasie aiguë ou chronique des parois du cœur et des vaisseaux. Ces quatre points auraient besoin de recevoir plus de développement encore que ne leur en a donné l'auteur, et surtout d'être appuyés par un nombre bien plus considérable d'observations que les trois qu'il rapporte bien qu'elles soient fort complètes et qu'elles aient leur valeur réelle pour cette question. Nous reproduisons ici les dernières conclusions par lesquelles M. Malherbes termine son mémoire:

1° La pneumonie donne fréquemment lieu au développement de concrétions fibrineuses dans les différentes parties du système circulatoire.

2° Les caillots occupent parfois la plus grande partie du système veineux; et, en général, alors on trouve des caillots formés à des époques différentes.

3° Le danger est notablement accru, dans la pneumonie, quand les concrétions fibrineuses envahissent rapidement les cavités du cœur ou oblitèrent les sinus de la dure-mère. La lésion secondaire devient alors cause de mort.

4° Dans le traitement de pneumonie et de tous les cas où existe une cause puissante de coagulation du sang, on doit éviter la saignée trop copieuse, portée, par exemple, au point de produire la syncope ou une dépression trop forte ou trop permanente du pouls.

VII. ANNALES MÉDICALES BELGES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Des inconvéniens qui peuvent résulter du suréchauffement des tuyaux aspirateurs en fonte, employés pour les calorifères;* par M. Vandenbroeck. 2° *Laryngite chronique avec aphonie; cautérisation de la partie supérieure du pharynx et du larynx au moyen d'une solution de nitrate d'argent;* par M. Rul-Ogez. 3° *Sur l'état physique et moral de certaines classes ouvrières;* par M. Vandenbroeck. 4° *Observation d'un accouchement prématuré artificiel;* par M. Poupart. (Le diamètre sacro-pubien mesurait 3 pouces seulement. Le fœtus était au huitième mois révolu. Provoqué par la dilatation du col au moyen de l'éponge, l'accouchement fut très heureux pour la mère et pour l'enfant.) 5° *Tentatives de viol; observation;* par M. Didot. 6° *Observations de médecine pratique;* par M. Crommelinck. 7° *Bec-de-lièvre; division des os maxillaires supérieurs; absence du voile palatin; influence de l'imagination sur la forme du fœtus;* par M. Depoorter. (Cette difformité congénitale existait chez une enfant dont la mère avait eu l'imagination frappée par la vue d'une blessure semblable faite à un ours par un coup de feu. Une autre femme enceinte ayant vu cette enfant mit au monde une petite fille ayant un vice de conformation absolument pareil.) 8° *De la médication tonique;* par M. Jourdain. 9° *Du traitement de la phthisie;* par M. Delstanche. 10° *Tentative de viol; seconde observation;* par M. Didot.

LARYNGITE CHRONIQUE; CAUTÉRISATION AVEC LA SOLUTION DE NITRATE D'ARGENT; par M. RUL-OGEZ.

La médication employée par M. Rul-Ogez n'a rien de nouveau que le moyen dont il a usé pour l'appliquer. Au lieu de se servir, pour porter la solution caustique sur le larynx, d'une tige de baleine recourbée à la flamme d'une bougie presque à angle droit, comme le fait M. Trousseau, il a préféré la sonde de Bellocq, non armée du mandrin qui se visse au ressort d'acier destiné à pousser le bouton olivaire. Ainsi incomplète, la sonde de Bellocq possède toutes les conditions nécessaires pour remplir l'office de porte-caustique laryngien. L'anneau fixé à l'extrémité antérieure sert à recevoir le doigt indicateur droit qui, aidé du pouce, maintient solidement l'instrument. Le bouton olivaire est percé d'une ouverture qui permet d'y passer à plusieurs reprises le fil destiné à y fixer une petite éponge. La courbure courte et prononcée de la sonde remplace avantageusement l'extrémité recourbée à angle de la baleine de M. Trousseau, et par sa concavité s'adapte mieux à la disposition de l'arrière-bouche. Du reste, le procédé opératoire est le même que celui de M. Trousseau. La tête étant maintenue, la bouche ouverte, la langue abaissée, on porte profondément l'éponge. Un mouvement de déglutition instinctif soulève alors le pharynx et le larynx; on en profite pour ramener l'instrument en avant. Fixée dans cette position, l'éponge accroche l'épiglotte, au moment où le larynx redescend; et le liquide dont elle était imbibée coule ainsi dans le larynx. Si l'on voulait cautériser plus profondément le larynx, ajoute M. Rul-Ogez, on devrait armer le ressort d'acier de la sonde de Bellocq de son mandrin; on pourrait alors, en le poussant, faire pénétrer le bouton olivaire armé de l'éponge à une plus grande profondeur dans le larynx, ce qui ne prolongerait guère la durée de l'opération et produirait beaucoup plus d'effet.

— Le procédé de M. Rul-Ogez comme celui de M. Trousseau ont un inconvénient grave. L'éponge étant pressée par les bords de l'arrière-bouche, au moment où elle franchit ce passage, elle n'arrive sur le larynx qu'exprimée du liquide dont on l'avait imbibée; où, si elle en conserve encore une petite quantité, les mucosités dont elle s'est recouverte durant ce passage empêchent qu'il ne coule librement dans le larynx. Nous proposons le procédé suivant qui élude ce double écueil. Il est fondé sur ce fait, vulgaire pour tout chirurgien praticien, savoir: que lorsqu'on a fini d'évacuer la vessie avec une algalie creuse, il suffit de maintenir l'ouverture du pavillon fermée avec le doigt pour que l'urine reste dans la sonde et ne s'en échappe qu'au moment où on lève le doigt. L'application de cette remarque à la cautérisation laryngienne est toute simple. Faites construire une petite sonde d'argent creuse, à courbure très prononcée, surtout vers son bec, ouverte par un seul œil placé sur sa concavité, et tout à fait près de l'extrémité. Versez y une petite quantité du liquide caustique, que vous empêcherez de sortir par la seule précaution de tenir l'orifice extérieur fermé avec le doigt. Cela fait, introduisez-la en contact avec l'ouverture du larynx, de la même manière qu'on fait pénétrer l'éponge dans le procédé de M. Trousseau. Une fois le moment venu d'agir, on lève le doigt et le liquide se répand, en aussi petite quantité

qu'on le juge convenable, au pourtour de l'orifice supérieur du larynx, et dans cet orifice même.

DU TRAITEMENT DES PHRÉNOPATHIES; par le docteur CROMMELINCK.

Nous trouvons, sous ce titre, quelques considérations générales sur le traitement des maladies mentales, et spécialement sur celui qui peut être employé chez les idiots, et qui, depuis quelques années, est mis en pratique à Bicêtre par M. Séguin. Nous regrettons que les vues de l'auteur ne soient pas formulées de manière à pouvoir être reproduites par l'analyse, et que l'observation d'une jeune idiote qu'il a soumise au traitement ne soit pas complète encore. Cependant, comme cette observation n'en serait pas moins d'un haut intérêt, lors même que l'amélioration obtenue jusqu'ici chez cette jeune fille ne ferait plus à l'avenir de nouveaux progrès, nous allons présenter quelques-uns des principaux faits consignés par M. Crommelinck, et qui paraissent confirmer les vues de M. Séguin, lesquelles, au reste, ont déjà obtenu un si beau succès dans l'application qu'il en a faite lui-même sur quelques idiots de Bicêtre.

OBS. — Sara, âgée de 5 ans, constitution lymphatique, maigreur excessive, marche difficile et titubante, tourne constamment sur la pointe des pieds, en circonscrivant un petit cercle. Une fois qu'elle a le pied à terre, elle ne peut rester immobile; mais couchée sur le dos, le ventre, assise par terre ou dans un fauteuil, il lui est de toute impossibilité de quitter sa position, et jamais, du reste, elle ne fait le moindre effort pour cela. Des cris de colère, de rage, peuvent seuls faire supposer qu'elle veut changer de position. Si, sur sa route, elle rencontre une élévation, une marche d'escalier, par exemple, elle est arrêtée; l'idée de lever le pied ne lui vient pas, de sorte qu'elle trébuche et tombe. Quoi qu'on puisse lui mettre dans les mains, elle l'en laisse échapper aussitôt, et même les alimens, pendant que ses cris frénétiques annoncent qu'elle a faim. Quelque danger qui la menace, elle ne porte point les mains en avant pour le repousser ou l'éviter. Sa tête est d'une conformation des plus remarquables. Le front est élevé, arrondi et d'une dimension ordinaire; mais la voûte crânienne est légèrement aplatie; parallèlement à la suture fronto-pariétale existe une dépression, une espèce de rainure assez profonde. La partie occipitale est fortement prononcée, de sorte qu'au premier abord la tête paraît dejetée en arrière. Le reste du corps est très bien conformé; les fonctions s'exécutent bien, sauf une diarrhée qui vient de temps en temps, bien que le ventre reste souple, sans douleur, qu'il n'y ait jamais de fièvre, et que l'appétit soit toujours bon. Il faut qu'on lui mette la viande dans la bouche et qu'on lui touche les lèvres pour qu'elle les écarte. Il est une foule de mets qu'elle rejette presque toujours, mais il en est un pour lequel elle devient une enfant presque intelligente : ce sont des noix de toute espèce et surtout les amandes. Dès qu'elle en voit, elle s'agite, se démène et deviendrait vraiment furieuse si on ne se hâtait de lui en donner. C'est aussi la seule chose qu'elle *saisit*, mais ne mesurant aucunement la distance.

Jusqu'à l'âge de dix-huit mois, ses parens ne s'étaient aperçus de rien d'extraordinaire, sinon qu'elle ne parlait pas encore. Plus tard même, elle perdit l'habitude de deux ou trois mots qu'elle avait commencé à prononcer. Rien ne peut fixer ses yeux; ni à la vue, ni à la parole, elle ne reconnaît personne. L'ouïe est insensible à toute espèce de sons, excepté à ceux du piano et du fredonnement de la voix, mais non de la pleine voix, qui reste sans effet sur elle. Au milieu de l'accès de rage le plus violent, un accord de piano coupe net en deux l'émission du cri et suspend tout mouvement quelconque. Elle a des préférences pour certains airs, et surtout pour celui de la folle.

On n'a pu trouver aucune cause morale à laquelle il fût possible de rattacher cette absence d'action intellectuelle. Il n'y a jamais eu ni aliénés, ni idiots dans sa famille; son frère, plus âgé qu'elle, et ses sœurs, sont des enfans d'une gentillesse et d'une intelligence supérieures; les parens sont des personnes remarquables sous tous les rapports.

Reçue le 11 septembre 1843, à l'établissement, elle fut soumise à un traitement approprié par M. Crommelinck et voici les changemens qui s'étaient déjà opérés dans son état le 29 octobre. Les accès de fureur ont complétement disparu, et c'est à peine s'il lui reste quelques momens d'impatience; elle donne la main à la première demande, s'assied seule dans son fauteuil ou s'en relève, dîne à la même table que la famille, se sert de sa fourchette comme un enfant de son âge et prend elle-même son verre. Couchée sur le dos ou sur le ventre, elle se met sur le séant. Elle commence à prononcer quelques mots : *papa, maman*, etc., fait quelques distinctions. Pour le physique, elle a beaucoup changé et surtout grandi en taille et en embonpoint. Les instrumens à vent et le chant (excepté le fredonnement) restent sans effet sur elle. Le piano conservait toujours son influence. Le célèbre guitariste *don* HUERTA produisit, dans deux séances différentes, sur cette enfant, un effet bien puissant, par les accords merveilleux de son instrument. La physionomie de l'enfant suivait littéralement les inflexions de cette harmonieuse musique; tour à tour elle pleurait ou riait, s'asseyant et marchant à grands pas, s'approchant ou s'éloignant de l'instrument et voulant s'en emparer; puis elle reste dans une immobile attention, une profonde inspiration indiquant seule, de temps en temps, sa présence. La nuit qui a suivi la première séance a été la meilleure de celles que l'enfant avait déjà passées à l'établissement.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire et observations sur quelques maladies des os maxillaires*; par M. Delavacherie. 2° *Extraction de calculs engagés dans l'urètre*; par M. Langlet. (Extraction de six petits calculs par une incision faite au périnée.) 3° *Nouvelle preuve de la vertu préservatrice de la vaccine*; par M. Debourge. 4° *Deux observations de tétanos*; par M. Goris. (Le tétanos avait succédé à une blessure par instrument piquant et tranchant. La guérison, dans les deux cas, paraît avoir été due à l'application de deux vésicatoires depuis la nuque jusqu'au sacrum, large de 2 pouces, de chaque côté de la colonne vertébrale.) 5° *Mémoire sur l'emploi du feu dans le traitement de la gangrène de la verge*; par M. Pétrequin. (Mémoire déjà analysé et apprécié dans la GAZ. MÉD.) 6° *Mémoire sur les luxations causées par le relâchement et l'alongement des ligamens*; par M. Putégnat. (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 841.) 7° *Souvenirs d'un voyage médical en Allemagne*; par M. Marinus. (Premier article.) 8° *Vaste abcès urineux consécutif à une perforation de la vessie, qui avait son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois antérieures de l'abdomen, du scrotum et du périnée et en imposa pendant la vie pour un épanchement d'urine dans la cavité péritonéale*; par M. Raikem. (Premier article.) 9° *Lettre sur l'emploi du tartre émétique à haute dose dans un cas d'hémoptysie*; par M. Joly.

AMPUTATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, DE L'OS MALAIRE, DE L'APOPHYSE ZYGOMATIQUE ET D'UNE PORTION DE L'APOPHYSE PTÉRYGOÏDE POUR UN OSTÉO-SARCÔME; par M. DELAVACHERIE.

Les observations semblables à celle-ci ne manquent pas dans la science; et, en second lieu, elle n'est pas un exemple de terminaison heureuse. Malgré ces deux motifs, nous n'hésitons pas, dans l'intérêt de nos lecteurs, à en reproduire les principaux détails.

OBS. — Un homme de 50 ans se présenta à l'hôpital pour être traité d'un gonflement considérable de toute la partie supérieure droite de la face. Le début du mal ne datait que de trois mois.

Au premier examen, il n'y avait à douter ni sur le siége ni sur la nature de l'affection : un polype fibreux occupait le sinus maxillaire. Mais ce polype était-il partiellement dégénéré? Les parties environnantes participaient-elles au mal? Enfin quelles étaient les limites de ce mal? Toutes ces questions étant indispensables à résoudre, et leur solution ne pouvant s'obtenir sans avoir mis à nu le sinus maxillaire, M. Delavacherie exécuta le procédé suivant :

Une première incision, à partir du grand angle de l'œil, à hauteur de l'union de l'apophyse montante de l'os maxillaire avec l'apophyse orbitaire interne, dirigée d'abord perpendiculairement en bas jusqu'à trois lignes du bord libre de la lèvre supérieure, puis obliquement en dehors, de manière à contourner la commissure des lèvres et à décrire un cercle à convexité inférieure, embrassant toute la tumeur en dedans et en bas.

Une seconde incision a commencé à l'angle externe de l'œil, à un pouce en dehors de l'union du malaire à l'apophyse orbitaire externe, passant à quelques lignes au devant du conduit auditif, va rejoindre inférieurement la première incision.

Le lambeau est disséqué et relevé sur le front. La tumeur mise à découvert, on peut constater l'étendue du mal. Toute la paroi externe du sinus maxillaire et l'os malaire sont dégénérés et font corps avec la masse morbide. Le plancher de l'orbite n'est plus osseux; il est transformé en substance fibreuse. Il n'y avait pas à hésiter sur le parti ultérieur à prendre.

Un premier coup de gouge divisa l'os malaire à son union avec le frontal jusqu'à la fente sphénoïdale; un deuxième coup coupa l'apophyse zygomatique; un troisième désarticula l'apophyse montante d'avec le frontal et l'os propre du nez; un quatrième dégagea le plancher de l'orbite; un cinquième servit à disjoindre la suture palatine. Enfin, après avoir détaché le voile du palais par une incision transversale, une large gouge dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière par le plancher de l'orbite, tout en désunissant le maxillaire d'avec l'apophyse ptérygoïde, servit à abattre l'os dans la bouche et à terminer toutes ses désarticulations. L'extrémité fourchue de l'apophyse ptérygoïde faisait partie de la masse enlevée. Des brides musculaires et aponévrotiques qui retenaient encore la tumeur furent divisées. On lia et tordit quelques grosses artères, entre autres la maxillaire interne.

Au bout d'une demi-heure, le sang s'étant arrêté, on réunit au moyen de dix-huit points de suture.

La masse enlevée pesait 10 onces. Les parois du sinus n'offraient pas la moindre trace osseuse. L'os jugal et l'apophyse zygomatique avaient également disparu. Tout cet espace était occupé par une tumeur fibro-celluleuse dégénérée en plusieurs points et contenant, surtout à son centre, de la matière encéphaloïde ramollie.

L'opération avait été faite le 23 juillet 1841. Le malade n'éprouva aucun accident grave. Sorti de l'hôpital dans le courant de septembre non encore guéri, mais en état de reprendre ses travaux, il y rentra le 13 novembre. Une récidive avait eu lieu. Le voile du palais et le pharynx participaient à l'affection cancéreuse. Aucune opération ne pouvait plus être tentée. Le 4 mai 1842, la mort mit un terme à ses souffrances.

OBSERVATION DE CROUP AIGU DANS LEQUEL UNE MEMBRANE LONGUE DE CINQ POUCES A ÉTÉ EXPULSÉE PAR LE SEUL SECOURS DU VOMITIF DE HUFELAND; par le docteur RIVER.

Nous ne reproduirons pas ce fait, qui n'offrirait aux lecteurs que les symptômes bien prononcés d'un cas de croup arrivé à une gravité extrême chez un enfant âgé de 3 ans, et chez lequel l'expulsion d'une membrane rendue sous l'influence des efforts pour vomir déterminés par le traitement amena un soulagement immédiat et la disparition de tous les accidens du croup. Le seul point de quelque importance qu'offre cette observation, c'est la longueur de cette membrane, qui était sous forme de tube, avait 5 pouces de long, et sur laquelle serpentaient des lignes rougeâtres semblables à de petites veines. Cette fausse membranes avait été déchirée par les parens, avides de l'examiner, de sorte que M. River n'en vit que quelques fragmens attachés aux linges sur lesquels on les avait étendus. Au reste, la disparition subite d'accidens jusqu'alors très graves vient à l'appui de l'opinion de l'auteur, qui pense que ce tube membraneux était un produit de l'exsudation de la muqueuse de la trachée artère, et qui se détacha entièrement et sur tous les points à la fois sous l'influence des efforts déterminés par le vomitif.

AFFECTION CHRONIQUE DE L'ESTOMAC SIMULANT UN CANCER DU PYLORE, GUÉRIE OU AU MOINS CONSIDÉRABLEMENT AMENDÉE PAR LES PURGATIFS; par le docteur DAUMERIE.

Cette observation n'est remarquable que parce qu'elle offre un exemple des cas si fréquens, il y a quelques années, dans lesquels on ne voyait que des inflammations ou des altérations organiques, quand souvent les accidens étaient le produit de causes tout à fait différentes. Ainsi, le sujet de cette observation, qui éprouvait depuis quatorze mois des douleurs assez vives dans la région épigastrique, avec vomissemens continuels, anorexie, amaigrissement complet, état fébrile peu prononcé, et une constipation qui ne permettait de selles que tous les douze et quinze jours, et avait été traité déjà par deux médecins, dont l'un avait prescrit un traitement antiphlogistique complet et sévère; l'autre, au contraire, un traitement très excitant, et avec une aggravation presque égale dans les deux cas, fut délivré de ses souffrances par le docteur Daumerie, à l'aide de purgatifs énergiques.

IX. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843, contiennent les articles originaux suivans: 1° *De la kératectomie ou abrasion de la cornée dans les opacités anciennes de cette membrane*; par M. Desmarres. (V. GAZ. MÉD., 1843, n. 25.) 2° *Des coups sur la tête et sur les yeux*; par M. Gnépin. (Rien de nouveau.) 3° *Histoire de l'ophthalmie dans les Etats italiens*; par M. Deconde. 4° *Recherches sur l'emploi de quelques combinaisons du cyanogène dans le traitement des maladies des yeux*; par M. Florent Cunier. 5° *Mémoire sur l'asthénopie ou affaiblissement de la vue*; par M. Mackenzie. (Traduit des journaux anglais. Premier article.) 6° *Recherches nouvelles sur le mécanisme des mouvemens des paupières; sur l'insertion précise des muscles de l'œil à la sclérotique; sur les diverses couleurs de l'iris et leurs proportions dans nos climats, etc.*; par M. Pétrequin. (Cet article est la reproduction des principaux passages relatifs à l'ophthalmologie, que contient le TRAITÉ D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, publié tout récemment par M. Pétrequin.) 7° *Fait pathologique extraordinaire*; par M. Bary. 8° *Cataracte opérée avec succès chez une femme aveugle depuis vingt-cinq ans*; par M. Jans. (Procédé par abaissement. La vue est revenue; seulement il a fallu, en quelque sorte, refaire l'éducation de la rétine et du nerf optique, qui avaient désappris à sentir.) 9° *Kératite scrofuleuse ulcérée; hypolympha remplissant la moitié de la chambre antérieure de l'œil gauche; emploi du calomel et du polygala senega; guérison*; par M. Faria de Mattos.

SUR L'EMPLOI DE QUELQUES COMBINAISONS DU CYANOGÈNE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DES YEUX; par M. FLORENT CUNIER.

Dès l'année 1837, M. Turnbull (de Londres) a expérimenté avec succès l'application topique de l'acide cyanhydrique dans les ophthalmies, l'amaurose, l'iritis, les opacités de la cornée, etc. Il imbibait de cet acide dilué une éponge avec laquelle il faisait frictionner le front pendant quelques minutes. Plus tard, il se contentait de faire tenir une fiole pleine d'acide, ouverte tout près de l'œil. Le contact de la vapeur faisait dilater la pupille, et les vaisseaux de l'œil s'injectaient. Cependant le malade n'éprouvait aucune douleur, malgré ces signes locaux d'irritation. Cet effet, selon M. Turnbull, tient à ce que l'action de l'acide est à la fois stimulante et sédative; et c'est même à la combinaison de ces deux pouvoirs distincts qu'il attribue l'efficacité toute particulière de cet agent.

Dans la présente note, M. Cunier fait connaître les résultats de son expérience personnelle sur la même médication. Un jeune homme, lymphatique à l'excès, était atteint depuis quarante-neuf jours d'une photophobie des plus intenses, avec épiphora et blépharospasme. Les traitemens les plus divers et les plus rationnels employés avec une persévérance infatigable avaient échoué, lorsque M. Cunier prescrivit la lotion suivante, pour imbiber des compresses à maintenir constamment sur les paupières, en renouvelant le liquide toutes les demi-heures.

Acide cyanhydrique médicinal (acide cyanhydrique uni à huit fois son volume d'eau), 1 drachme. Faites dissoudre dans: eau distillée de belladone, 3 onces.

Cette application fit rougir les tégumens sans y développer ni chaleur, ni douleur. Au bout de vingt-huit heures, le malade pouvait entr'ouvrir les paupières, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus de six semaines. On put dès lors pratiquer des instillations avec un liquide composé de 15 gouttes d'acide sur 3 onces d'eau distillée de belladone. M. Cunier put, dès ce moment, examiner les yeux à son aise; il y remarqua, outre une vascularisation prononcée de la conjonctive, deux petits points ulcérés et un peu de nébulosité sur les cornées. Continuation des lotions et des instillations. Le sixième jour de ce traitement, la pupille était large et immobile; mais les yeux n'étaient plus injectés, *la cornée avait repris tout son éclat*. On cessa l'emploi du médicament, qui fut remplacé encore durant quelques jours par des lotions avec 6 grains de cyanure de potassium dans 2 onces d'eau de belladone. La guérison fut parfaite. La pupille revint bientôt à son état normal.

Ce succès remarquable devait encourager M. Cunier. Sur quatre autres malades, il a répété la même médication. Les lotions et les instillations (quand le spasme des paupières rendait celles-ci possibles) en ont toujours formé la base. Il y a seulement ajouté, dans quelques cas, des frictions à pratiquer tous les quarts d'heure sur le front, les paupières et les tempes, avec gros comme un haricot de la pommade suivante:

Cyanure de zinc..........	6 grains.
Axonge..................	de 2 à 3 gros.

Sous l'influence de ces moyens, l'auteur a vu le blépharospasme, le larmoiement céder, les ulcérations cornéennes se cicatriser, les taches même de cette membrane disparaître rapidement lorsqu'elles étaient récentes. Un pannus vasculaire torpide, avec ulcération centrale, s'est très promptement amélioré par l'effet de la solution de cyanure de potassium et de la pommade avec le cyanure de zinc. Le malade, qui à les cornées coniques et qui ne pouvait plus se conduire, lisait le gros caractère d'imprimerie après quinze jours de traitement.

M. Fleussu a traité quelques cas de cataracte commençante par l'acide cyanhydrique et le cyanure potassique. L'effet a été nul. Dans les amblyopies irritatives, le résultat a paru quelquefois favorable; mais, en général, il y a eu aggravation de la maladie. Dans l'amaurose torpide, la dilatation pupillaire a été augmentée; nul autre effet n'a été obtenu.

M. Fleussu a aussi essayé l'acide cyanhydrique en vapeur, comme le fait M. Turnbull. Des effets toxiques manifestes ont dû en faire abandonner l'emploi.

En définitive, M. Cunier conseille de restreindre l'emploi de cette médication aux ulcères de la cornée, qu'elle cicatrise très promptement, et aux épanchemens dans les chambres oculaires, dont elle provoque la résorption, toujours si lente à obtenir. Quant à la préparation à choisir, il donne la préférence au cyanure de zinc, comme étant moins dangereux à manier et surtout moins variable dans ses effets que les autres combinaisons.

FAIT PATHOLOGIQUE EXTRAORDINAIRE; par M. BARY.

OBS. — Une petite fille, âgée de 11 ans, s'occupant à la couture depuis deux ans, était d'une bonne santé habituelle. Dans les premiers jours d'août, elle se plaignit de gêne en se mouchant; la pituitaire de la fosse nasale gauche était sèche. Bientôt il survint du larmoiement, et une tumeur se montra à la base du nez vers l'angle interne de l'œil du même côté.

Le 20 août, pour la première fois, on vit sortir de l'œil, rouge et enflammé, de petites pelotes de fil de différentes couleurs et dimensions.

Appelé sur-le-champ, M. Bary n'ajouta point foi à ce qu'on lui rapportait; mais bientôt il acquit la conviction que la chose était réelle. Plusieurs confrères constatèrent le fait avec lui. Ils trouvèrent qu'une ouverture ayant son siége vers le milieu de la caroncule lacrymale livrait passage à ces corps étrangers. L'ouverture est infundibuliforme et disparaît immédiatement après l'expulsion de chaque pelote de fil. En y introduisant un petit stylet boutonné, on le fit pé-

nétrer dans le sac lacrymal. Il n'existe aucune communication entre la bouche et le sinus maxillaire.

Cette enfant a l'habitude, comme presque toutes les couturières, de mordre et d'arracher avec les dents certains bouts de fil; puis elle les rassemble en pelotes dans la bouche et les avale. Une partie de ces fils, ainsi rassemblés en pelotes, paraît prendre chez elle la voie des ouvertures postérieures des fosses nasales, passer dans le canal nasal, de là dans le sac lacrymal, d'où ils sont venus se frayer une ouverture dans le centre de la caroncule lacrymale.

Cette explication, la seule vraisemblable d'ailleurs qu'on pût donner d'un fait aussi étrange, fut effectivement justifiée par l'événement; car l'enfant ayant cessé, d'après l'ordre du médecin, de mâcher ses bouts de fil, il ne s'est plus rien présenté à l'orifice de l'ouverture de la caroncule.

Jamais aucune pelote de fil n'est sortie par les fosses nasales.

X. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de juillet, août et septembre 1843, contiennent seulement la continuation des deux travaux suivans : 1° *Exposé critique de la chirurgie plastique*; par MM. d'Ammon et Baumgarten. 2° *Recherches sur la méningo-encéphalite des enfans*; par M. Delcour.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 MARS.

ÉLECTRO-CHIMIE.

M. BECQUEREL dépose, au nom de son fils, M. Edmond Becquerel, un mémoire qui a pour titre : DES LOIS QUI PRÉSIDENT A LA DÉCOMPOSITION ÉLECTRO-CHIMIQUE DES CORPS.

Le but que s'est proposé M. Becquerel dans ce mémoire a été de chercher à savoir si la décomposition qui résulte du passage d'un courant électrique à travers une combinaison de deux ou plusieurs élémens a lieu en proportions définies, suivant la théorie chimique des équivalens. M. Becquerel a examiné l'action décomposante de l'électricité sur des séries de corps bien analysés. Ainsi il a successivement soumis à l'expérience tous les chlorures métalliques, les oxides et l'eau oxigénée, les acétates et les hyponitrites de plomb, etc. Les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Lorsqu'une combinaison binaire ou ternaire est soumise à l'action décomposante de l'électricité et qu'elle est décomposée, la décomposition se fait toujours en proportions définies, de telle sorte que, pour un équivalent d'électricité employé, un équivalent de l'élément électro-négatif, ou du moins du composé qui joue le rôle d'acide dans la combinaison, se porte au pôle positif, et la quantité correspondante de l'élément électro-positif, ou qui joue le rôle de base, se porte au pôle négatif. Cette loi peut être encore formulée ainsi : un équivalent d'une combinaison formée par la réunion d'un équivalent d'acide et d'une quantité correspondante de base exige toujours un équivalent d'électricité pour être décomposé électro-chimiquement.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE DES TUBERCULES.

M. LEBERT lit un travail développé sur ce sujet. Voici les conclusions de son mémoire :

1° Les élémens microscopiques constans des tubercules sont : des granules moléculaires, une substance interglobulaire hyaline et les corpuscules ou globules propres aux tubercules. Ils ont de 0,05 à 0,01 millim.; leur forme est irrégulière, anguleuse, à angles arrondis; leurs contours sont ordinairement nets et tranchés; ils renferment dans leur intérieur jaunâtre un peu opalin un certain nombre de granules moléculaires, mais point de noyau. L'eau, l'éther et les acides faibles ne les altèrent pas; les acides concentrés, de même que l'ammoniaque liquide et la solution concentrée de potasse caustique, les dissolvent.

2° Les variations des dimensions des globules du tubercule sont indépendantes de l'âge et des organes dans lesquels les tubercules sont déposés. Le tubercule jaune cru est le plus propre pour leur étude.

3° L'opinion que la substance tuberculeuse et ses globules ne sont qu'une modification du pus est réfutée par l'inspection microscopique, qui montre des différences tranchées entre les corpuscules du tubercule et ceux du pus; ces derniers sont plus grands, régulièrement sphériques, contenant de 1 à 3 noyaux, et offrant une surface grenue comme framboisée. Ils sont ordinairement libres et isolés, tandis que ceux du tubercule, surtout à l'état cru, sont étroitement unis ensemble. Les globules du cancer sont deux à quatre fois plus grands, et renferment un noyau dans lequel on trouve souvent un à trois nucléoles.

4° Dans le sarcocèle, ainsi que dans le squirrhe et dans l'encéphaloïde du sein, on rencontre quelquefois une substance jaunâtre caséeuse, qui ressemble beaucoup au tubercule, mais l'inspection microscopique n'y démontre que des noyaux de globules de cancer infiltrés de graisse. Ces noyaux, en s'altérant, peuvent offrir quelque ressemblance avec les corpuscules du tubercule.

5° Lorsque le tubercule se ramollit, sa substance interglobulaire se liquéfie, les corpuscules se désagrègent, s'arrondissent et peuvent, en absorbant du liquide, paraître plus volumineux; cela ne constitue pas un accroissement, mais au contraire un commencement de décomposition.

6° Le pus qui se trouve mêlé aux tubercules ramollis provient des parties qui l'entourent, et n'est nullement une transformation de la substance tuberculeuse elle-même; mais le pus altère promptement le tubercule et rend ses élémens difficiles à connaître.

7° Les globules du tubercule ramolli finissent par se dissoudre en un liquide granuleux, et le ramollissement passe ainsi à l'état de diffluence.

8° L'état crétacé des tubercules se montre, sous le microscope, sous forme de granules minéraux amorphes, mêlés souvent de cristaux de cholestérine et d'élémens de pigment. Une partie des globules tuberculeux est alors résorbée, tandis que l'autre peut persister pendant longtemps à l'état intact.

9° On trouve quelquefois dans le tubercule, de la graisse, de la mélanose; des fibres des globules verdâtres et des cristaux ayant la forme du phosphate ammoniaco-magnésien.

10° Les élémens de l'inflammation, de l'exsudation, de la suppuration, et les diverses formes d'épithélium se trouvent quelquefois accidentellement mêlés sous le microscope avec les élémens du tubercule et ont ainsi donné lieu à des erreurs sur la composition de ces derniers.

11° Le siége des tubercules dans les poumons est ordinairement le tissu cellulaire élastique intervésiculaire. Cependant ils sont quelquefois sécrétés dans les vésicules pulmonaires ou dans les bronches capillaires.

12° Le tissu ambiant des tubercules est ou à peu près normal ou enflammé, phlogose, soit lobulaire, soit lobaire, qui n'offre point de caractère spécifique.

13° Le degré de consistance des poumons qui sont le siége d'une inflammation aiguë ou chronique dépend de leur contenu en fibrine, en blastème liquide ou en globules. Beaucoup de fibrine avec peu de blastème et peu de globules produit l'induration. La prédominance de beaucoup de liquide et de globules produit le ramollissement. Un mélange égal de ces divers élémens produit une consistance moyenne.

14° Les granulations grises demi-transparentes des poumons sont composées de granules tuberculeux, de substance inter-globulaire plus abondante et plus transparente dans le tubercule jaune et de fibres pulmonaires plus ou moins intactes. Elles ne sont, du reste, pas toujours le point de départ du tubercule jaune miliaire; ce dernier peut se former d'emblée comme tel.

15° Les études microscopiques réfutent l'opinion que la granulation grise est le produit de l'inflammation.

16° La caverne tuberculeuse est un ulcère pulmonaire tout à fait analogue à l'ulcère cutané ou intestinal tuberculeux, et elle n'est pas nécessairement la conséquence d'un travail de suppuration. En général, la phthisie est accompagnée d'une diathèse ulcéreuse.

17° Le liquide des cavernes contient les élémens suivans : *a*, de la matière tuberculeuse à globules boursouflés ou diffluens; *b*, des globules de pus quelquefois en petite quantité; *c*, des globules puoïdes; *d*, des globules granuleux; *e*, du mucus ou du muco-pus; *f*, des globules du sang; *g*, des fibres pulmonaires; *h*, du pigment noir; *i*, de l'épithélium; *j*, des cristaux; *k*, des globules de graisse. Du reste, on trouve rarement tous ces élémens ensemble.

18° Sous cette couche liquide se trouvent des fausses membranes, sous lesquelles on rencontre une véritable membrane pyogénique fibro-vasculaire. Elle est ordinairement incomplète, parceque les excrétions tuberculeuses successives la soulèvent et la déchirent.

19° Cette membrane pyogénique est un effet curatif de la nature tendant à isoler la caverne pour la cicatriser. La cicatrisation est souvent favorisée par une sécrétion fibreuse nouvelle, accompagnée dans un certain nombre de cas d'une sécrétion crétacée.

20° L'expectoration des phthisiques renferme les élémens suivans : *a*, du mucus; *b*, des globules du pus; *c*, de l'épithélium; *d*, une substance granuleuse abondante, provenant probablement d'une certaine quantité de matières tuberculeuses différentes; *e*, des petites pellicules jaunâtres, débris de fausses membranes; *f*, des fibres pulmonaires; *g*, des vésicules graisseuses; *h*, des globules du sang mêlés de fibrine; *i*, des grands globules granuleux; *j*, des petits vibrions et des restes d'alimens qui n'y sont mêlés qu'accidentellement, provenant souvent de vases malpropres.

21° L'expectoration des phthisiques n'offre donc en général point de caractères particuliers. Les fibres pulmonaires qu'on y rencontre quelquefois constitueraient le seul indice certain qu'on a affaire à des cavernes tuberculeuses. Du reste, la plus grande partie de l'expectoration provient des bronches et point des cavernes.

22° L'épaississement de la plèvre qui accompagne ordinairement la tuberculisation des poumons n'a pas sa seule cause dans l'inflammation, mais aussi dans une augmentation de nutrition. La plèvre devient plus vasculaire, parce qu'elle reçoit une partie du sang des capillaires oblitérés de la surface des poumons; elle devient ainsi un organe supplémentaire de circulation dans la phthisie, et elle augmente encore les anastomoses avec la circulation aortique par ses adhérences intimes avec les parois thoraciques.

23° Il ne se forme, ni autour des tubercules, ni dans les fausses membranes, [illegible] lèvres, des vaisseaux nouveaux indépendans de la circulation générale. Les recherches embryogéniques et pathogéniques nous ont conduit à l'opinion que les vaisseaux nouveaux ne se formaient que d'une manière centrifuge, provenant toujours de la circulation générale.

24° La transformation cartilagineuse des fausses membranes n'est qu'un déve-

loppement fibreux dense; leur ossification n'est qu'un amas ou un dépôt de substances minérales ou amorphes.

25° Les tubercules du système osseux sont plus rares qu'on ne l'admet généralement aujourd'hui. On prend souvent pour tel du pus concret. En cas de doute, le microscope seul peut décider.

26° Il faut séparer des maladies scrofuleuses les affections tuberculeuses ainsi que les inflammations chroniques des yeux, des glandes, de la peau, des os, et des articulations dans lesquelles l'examen attentif ne ferait point découvrir d'élémens dyscrasiques particuliers. En un mot, la détermination rigoureuse des caractères propres aux scrofules devient un besoin de plus en plus urgent dans la science.

27° Les granulations grises des méninges montrent d'une manière bien évidente, dans une trame fibreuse, les globules propres aux tubercules.

28° Le foie est quelquefois le siége d'une tuberculisation très étendue, et alors on le confondrait facilement avec le cancer; de même que ce dernier offre quelquefois l'apparence du tubercule. Dans le premier cas, le microscope montre les globules du tubercule; dans le second, les globules déformés de l'encéphaloïde.

29° La dégénérescence graisseuse du foie et celle du cœur, très bien décrites par M. Bigot, montrent, dans la phthisie pulmonaire, une tendance au dépôt graisseux interne, tandis que la graisse disparaît partout dans les organes externes.

30° La perforation intestinale produite par des tubercules du péritoine amène dans des cas très rares une inflammation adhésive avec les parois abdominales et la formation d'un anus contre nature, qui permet au malade de vivre encore pendant quelque temps. Cette fistule intestinale trouve son analogie dans les fistules bronchiques qu'on rencontre quelquefois chez les phthisiques, soit sur le sternum, soit sur le col.

31° La consistance du tubercule cru sous-muqueux des intestins est en général moins ferme que dans d'autres organes. L'ulcère tuberculeux intestinal ne montre point de pus; on y voit des débris de la membrane muqueuse et de la musculaire mêlés aux globules différens du tubercule et de plus de l'épithélium cylindrique, dont les jeunes cellules pourraient être prises pour des globules du pus.

32° On rencontre quelquefois sur cette membrane muqueuse intestinale malade des excroissances polypeuses, mélanitiques et tuberculeuses.

33° Dans des cas fort rares, on trouve de la matière tuberculeuse entre les parois des artères.

34° Le péricarde contient quelquefois beaucoup de matières tuberculeuses dans des anciennes fausses membranes. Dans un cas d'adhérence du péricarde avec le cœur et toutes les parties ambiantes, il s'était établi des anastomoses entre les vaisseaux de l'artère coronaire et les vaisseaux de la surface des poumons.

35° Les tubercules et le cancer ne s'excluent pas mutuellement. On les rencontre non seulement ensemble, mais il n'est pas même démontré qu'ils s'entravent dans leur marche et leur développement. On ne saurait en général mettre assez de réserve dans l'énonciation des lois d'exclusion en pathologie.

FONCTIONS DES VAISSEAUX CHYLIFÈRES ET DES VEINES.

M. Chatin, docteur ès sciences, envoie le résumé suivant des recherches qu'il a faites sur ce sujet. Si personne, dit-il, ne conteste l'absorption des élémens nutritifs par les vaisseaux chylifères, deux opinions partagent, au contraire, les savans sur le rôle de ce système de vaisseaux par rapport aux substances toxiques. Suivant l'une de ces opinions, les chylifères absorberaient indifféremment toutes les substances déposées dans la cavité digestive. D'un autre côté, les expériences de Tiedemann, Gmelin, etc., et principalement celles de M. Magendie, conduisent à faire admettre que l'absorption des substances nuisibles à l'économie ne s'effectue que par le système veineux.

La perfection des procédés chimiques, qui permet de retrouver des quantités infinitésimales d'arsenic et d'antimoine, en les engageant dans des combinaisons avec l'hydrogène, a porté l'auteur à jeter dans la balance des opinions quelques expériences tentées avec ces corps.

Exp. I. — J'ai empoisonné huit chiens, en déposant dans l'estomac de chacun d'eux 50 grammes d'acide arsénieux mêlé à du lait et liant l'œsophage.

Le sang de tous ces animaux, extrait tant du cœur que des gros vaisseaux, a été incinéré par le nitrate de potasse. Le produit de l'incinération a fourni par l'appareil de Marsh, modifié suivant le précepte de l'Académie, un anneau et des taches d'arsenic, dont tous les caractères ont été constatés.

Le chyle obtenu par l'incision des canaux thoraciques des huit chiens, réuni et traité comme l'avait été le sang, ne m'a pas fourni la plus légère trace d'arsenic.

Exp. II. — J'ai répété l'expérience précédente en substituant à l'acide arsénieux une quantité double de tartrate de potasse et d'antimoine et faisant périr les chiens une heure après l'administration des poisons par l'ouverture des carotides. L'antimoine a été retrouvé dans le sang, et nullement dans le chyle.

Exp. III. — 3 kilog. de sang, provenant de divers malades qui prenaient l'émétique à haute dose m'ont donné une quantité très sensible d'antimoine.

KÉRATOPLASTIE.

M. Feldmann envoie à l'Académie un second mémoire sur la kératoplastie, contenant les résultats des vingt expériences kératoplastiques faites, dans le laboratoire de M. Flourens au Jardin des Plantes.

M. Feldmann dit, sous forme de proposition générale :

La kératoplastie est intéressante sous le point de vue physiologique ; car elle nous démontre un exemple de *greffe animale*, par la transplantation de la cornée ;

Elle l'est aussi sous le point de vue pratique, car elle a été faite déjà deux fois sur l'homme.

Ajoutons encore que les expériences kératoplastiques offrent une occasion favorable, d'une part, de s'exercer sur les yeux d'êtres vivans aux opérations oculistiques en général, et, de l'autre, de pouvoir étudier pendant la durée des expériences, de la manière la plus facile, un grand nombre de maladies des yeux, c'est-à-dire l'inflammation dans tous ses degrés et toutes ses suites. M. Feldmann traite ensuite les différentes questions de kératoplastie, savoir : celle de la transplantation, de la transparence, des méthodes, des instrumens et celle du travail organique de la réunion.

Voici les remarques de l'auteur sur le travail organique de la réunion :

1° La réunion de la cornée étrangère, avec l'œil opéré, se fait ou par première ou par seconde intention, ou par les deux modes à la fois.

Par première intention, quand les bords cornéaux sont en contact entre eux, ou quand ils ne sont séparés l'un de l'autre que par un petit intervalle. Dans ce dernier cas, une exsudation plastique très marquée, fournie par les parties voisines, surtout par l'iris, a lieu entre les bords cornéaux.

Par seconde intention, quand l'intervalle entre les bords cornéaux est considérable.

2° La vascularisation se fait (pour les cas de première intention) dans la cornée nouvelle de la manière suivante : il arrive un ou plusieurs assez gros vaisseaux du fond de la conjonctive, avançant jusqu'au bord de la cornée étrangère ; arrivés là, ces vaisseaux font pénétrer le sang dans la cornée nouvelle, en y formant des vaisseaux nouveaux visibles, ou en remplissant les anciens vaisseaux, jusqu'alors invisibles, de la cornée étrangère. Toujours est-il que ces vaisseaux sont dans le commencement excessivement fins, des filets sanguins, et ils partent de leur vaisseau troncal comme des rayons ou des arborisations. Ces vaisseaux commencent par apparaître dans le fond de la substance cornéale, comme si le vaisseau troncal se plongeait d'abord dans la profondeur du tissu, pour y déposer les premières gouttes de sang.

3° La transparence de la cornée appliquée, qui subsiste dans les premiers jours après l'opération, disparaît plus tard. La cornée change de couleur à mesure que la vascularisation se développe dans son tissu ; elle finit par devenir plus ou moins opaque.

4° L'humeur aqueuse, écoulée pendant l'opération, se reproduit très vite, de sorte qu'elle relève et fait bomber une cornée restée flasque au-devant du globe oculaire, peu de temps après l'opération.

5° Quand une partie de la cornée nage, pour ainsi dire, dans le pus sécrété par les parties voisines mises à nu, et quand en même temps les paupières, surtout leurs bords, exercent une friction un peu anormale sur la cornée, celle-ci se ramollit et perd facilement sa conjontive. Alors il n'y a plus moyen que cette cornée, privée de sa conjonctive, et macérée par le pus, subisse le travail de la réunion.

6° La cornée, réellement transplantée, finit par se rapetisser par suite de la résorption de la moitié, ou plus, de son étendue, et par devenir tantôt aplatie, tantôt bombée. Les points de cicatrisation sont adhérens à l'iris.

APPLICATION DU CAOUTCHOUC A LA STOMATONOMIE.

M. Delabarre fils envoie un mémoire sur l'emploi du caoutchouc dans la chirurgie dentaire. M. Delabarre utilise la propriété qu'a le caoutchouc de se gonfler par la chaleur de la bouche, pour l'appliquer au décrpisement des dents et régulariser la denture, qui peut être régularisée sans enlever quelque dent. Il se sert de coins de caoutchouc, pour écarter momentanément les dents malades et pour favoriser l'emploi des moyens convenables. Enfin, il propose de substituer l'emploi du caoutchouc à tous les autres moyens usités dans les maladies du sinus maxillaire, lorsqu'il s'agit de guérir un abcès ou une hydropisie de cette cavité, qui en aura exigé l'ouverture dans sa partie la plus déclive, ouverture qu'il s'agit d'entretenir béante pour pratiquer des injections et permettre au pus de s'écouler facilement. En général, il propose l'usage de ce moyen pour un certain nombre de cas où il est important d'opérer de douces et lentes dilatations.

TÉNOTOMIE.

M. J. Guérin adresse la lettre suivante :

« L'Académie a reçu, dans sa dernière séance, une lettre relative aux abus et aux dangers de la ténotomie, où, entre autres allégations, que je crois inutile de relever, on prétend que je fais la section des muscles dans la paralysie, et que plusieurs sujets admis pour cet objet dans les salles de mon service y auraient succombé.

Relativement à la première allégation, je dirai qu'il ne m'est jamais arrivé de diviser des muscles pour remédier à des paralysies ; comme tous ceux qui pratiquent la ténotomie, je divise des muscles rétractés et pas d'autres. Si, chez quelques-uns des malades que j'ai opérés, il s'est trouvé en même temps des muscles rétractés et des muscles paralysés, ce n'est que par une grossière méprise qu'on a pu croire que j'appliquais aux uns l'opération exclusivement réservée pour les autres. Je ne pratique donc pas la ténotomie contre des paralysies.

Relativement à des malades qui seraient morts à l'hôpital, on a pu, par le laconisme de cette allégation, laisser croire qu'ils étaient morts dans mon service et des suites de mes opérations, tout en se réservant le bénéfice d'une affirmation plus conforme à la vérité. Le fait est qu'aucun malade n'est mort dans mes salles des suites du traitement orthopédique ; et pour être, à cet égard, beaucoup plus explicite que l'auteur de la lettre, j'ajouterai que *depuis que je pratique la ténotomie*, soit en ville, soit à l'hôpital, je n'ai eu, sur plus de quatre mille opé-

rations, à regretter la mort d'aucun malade (1). Ce résultat, contre lequel il ne s'élèvera aucun fait, est peut-être propre à rassurer les personnes dont l'opinion aurait été égarée par des allégations peu réfléchies, ou des prétextes mal fondés.»

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

DÉCLARATION DE VACANCE.

M. LE PRÉSIDENT déclare qu'il y a une place vacante à l'Académie par suite du décès de trois de ses membres. Vu que sur ces décès deux ont eu lieu dans la section de médecine opératoire, c'est à cette section que devra être affectée la nomination. La candidature est en conséquence déclarée ouverte.

CORRESPONDANCE.

RÉTRÉCISSEMENS VALVULAIRES.

M. MERCIER répond à la dernière lettre de M. Guillon. Il objecte contre l'expression de *rétrécissement valvulaire*, employée par M. Guillon, que les valvules du col de la vessie ne s'accompagnent pas de rétrécissement; bien plus, dit-il, dans les cas de valvules prostatiques, cet orifice est toujours plus ou moins dilaté. Les passages cités par M. Guillon prouveraient, ajoute M. Mercier, que ce chirurgien ne sait pas ce que j'entends par valvules prostatiques. Il est question d'une sorte de dernier terme des tumeurs du lobe moyen. Or, dès la première phase de leur développement, mes valvules prostatiques forment une bride transversale aplatie de haut en bas. Ce qui les caractérise surtout, et ce qui fait toute l'importance de ma remarque, car c'est ce qui les a fait méconnaître, c'est qu'on ne voit rien lorsqu'on regarde du côté de la vessie. La forme indiquée par Sœmmering se rapporte à ce que j'ai nommé tumeurs à large base.

M. Mercier prie, dans cette même lettre, M. le président d'ouvrir le paquet cacheté qu'il a déposé le 10 décembre 1839. Dans ce paquet se trouvent décrits: 1° un instrument propre à extraire de la vessie les graviers ou fragmens de calculs; 2° un autre instrument destiné à inciser les valvules du col de la vessie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DES MAMELLES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les tumeurs fibreuses des mamelles.

M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'il a été fait une proposition par M. Cruveilhier à la fin de la dernière séance. La discussion était engagée sur cette proposition; il consulte l'Académie pour savoir si elle désire que la discussion sur la proposition de M. Cruveilhier continue, ou si elle veut aller immédiatement aux voix.

M. LISFRANC demande la parole contre la proposition. Il dit quelques mots qui paraissent rentrer dans la discussion générale, et est aussitôt rappelé à la question...

M. LE PRÉSIDENT invite les membres à ne parler strictement que sur la proposition. Si personne ne demande la parole, il va mettre la proposition aux voix.

M. CASTEL : Il n'y a rien à mettre aux voix; la discussion est terminée.

(Aux voix, la clôture. — Il y a en décision prise. Oui! Non!)

On demande la lecture de la fin du procès-verbal de la dernière séance. (Il y est dit que la séance dernière a été levée sans qu'il ait été pris aucune décision et sans que la discussion ait été close.)

M. LE PRÉSIDENT : Puisque la clôture est demandée, je vais la mettre aux voix.

M. LISFRANC insiste pour qu'on donne de nouveau lecture de la proposition de M. Cruveilhier.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture de cette proposition. (Voir la séance précédente.)

Après une discussion assez orageuse, l'ajournement demandé par M. Cruveilhier est mis aux voix et rejeté à une très grande majorité. La discussion continuant, la parole est donnée à M. Blandin, le premier inscrit sur la liste.

M. BLANDIN : Depuis que cette discussion est commencée, il a été dit bien des choses pour ou contre les propositions contenues dans le mémoire de M. Cruveilhier. Cependant, on est bien loin encore, à mon avis, d'avoir épuisé la question. Je crois que le moyen de jeter quelque lumière sur ce sujet, c'est de rester parfaitement dans les termes de la question. Aussi mettrai-je de côté ce qui a trait au cancer, quoique du plus grand intérêt. La question a été envisagée jusqu'à présent sous deux points de vue différens. M. Cruveilhier l'a considérée sous le point de vue anatomo-pathologique, ses adversaires sous le point de vue clinique. Il s'agirait de déterminer d'abord quel est le meilleur de ces deux points de vue. Ce qu'il y a de capital dans la question soulevée par M. Cruveilhier est un point de thérapeutique et non d'anatomie pathologique. Le point de vue anatomo-pathologique me paraît mal choisi; la preuve, c'est que même à l'amphithéâtre, lorsqu'on a sous les yeux une tumeur de sein, on éprouve de grandes hésitations; et l'on voudrait qu'on n'en eût pas à l'examen des malades! cela n'est pas possible.

Avant d'entrer dans les questions particulières soulevées par M. Cruveilhier, je dirai que notre confrère me paraît avoir été sous le coup d'une préoccupation qui l'a empêché de mieux choisir son point de vue. Il paraît être parti de ce fait que le cancer est toujours une maladie primitivement générale et par conséquent inévitablement sujette à récidive. La conséquence de ce point de vue est la proscription de toute opération. Vous avez entendu dire à M. Cruveilhier qu'il y a incompatibilité entre le cancer et les tumeurs fibreuses. Avec une pareille idée, il ne peut pas logiquement admettre la dégénérescence de ces tumeurs. On en conçoit la raison.

Voici pour moi le résultat de cette discussion. M. Cruveilhier a dit que les tumeurs fibreuses de la mamelle étaient très communes; nous, nous disons, au contraire, que les corps fibreux sont très rares dans la région mammaire, comparativement aux autres régions. Plusieurs chirurgiens m'ont assuré qu'ils n'en avaient jamais vu. Pour moi, j'en ai à peine vu quelques cas. Et qu'on ne vienne pas nous dire que nous ne sommes pas compétens pour juger une pareille question. Qu'est-ce qui serait plus compétent que les chirurgiens qui voient tous les jours des faits de ce genre. Comment M. Cruveilhier a-t-il étudié ces tumeurs? Sur des pièces réunies dans des collections. Il n'a donc eu sous les yeux qu'un seul des deux élémens de la question, tandis que nous les avons eu tous les deux sous les yeux.

J'ai dit à M. Cruveilhier que je lui portais le défi de diagnostiquer les tumeurs fibreuses d'avec certains cancers. Il n'a pas répondu à ce défi : je l'y invite de nouveau. Il a dit que les tumeurs fibreuses étaient caractérisées par leur dureté, leur mobilité, par un aspect lobulé, par la facilité avec laquelle elles se laissent énucléer; les tumeurs auxquelles je fais allusion sont également dures, mobiles, lobulées, et je ne saurais dire avec quelle facilité on parvient dans un grand nombre de cas à les énucléer. J'ai rencontré environ six cas de ce genre dans le courant de l'année. Dans une des précédentes séances, je crois avoir un peu embarrassé M. Cruveilhier en lui présentant une tumeur extraite de la voûte palatine. Il a déclaré la reconnaître pour une tumeur cancéreuse; eh bien! cette tumeur était dure, mobile, lobulée, énucléable, etc. J'ai voulu depuis soumettre cette tumeur à l'examen microscopique; j'en ai appelé à l'habileté et à l'expérience de M. Mandl, qui a trouvé dans cette tumeur des globules cancéreux. Mais la trame de la tumeur était fibreuse, de sorte qu'on trouvait à la fois deux élémens, l'élément fibreux et l'élément cancéreux. On voit combien dans de pareils cas il y a de sujets d'incertitude, même après un examen anatomique et microscopique, et l'on prétend qu'il est possible de diagnostiquer ces tumeurs sur le vivant!

M. Cruveilhier objecte sa loi d'incompatibilité. Dans la préoccupation où il est, il croit qu'une tumeur qui a été enlevée, par cela même qu'elle n'aurait pas récidivé, n'était point une tumeur cancéreuse; il en fait une tumeur fibreuse. Une pareille assertion peut être taxée d'inexactitude. L'un des caractères des tumeurs fibreuses, dit M. Cruveilhier, est leur innocuité, la lenteur de leur marche. Il semble conclure de ce que l'accroissement de ces tumeurs marche ordinairement avec une extrême lenteur, qu'elles ne dégénèrent jamais. Cela n'est pas plus exact.

M. Cruveilhier a fait une objection beaucoup plus sérieuse. Il a dit qu'il avait vu à la Salpêtrière un très grand nombre de tumeurs fibreuses et qu'il n'en avait jamais vu dégénérer aucune. Cette assertion est très grave. Cependant je ne crois pas que ce soit au fond une preuve très rigoureuse de ce qu'avance notre collègue. Les malades sur lesquelles ont porté ces observations sont dans des conditions particulières; ce sont de vieilles femmes; les tumeurs en question ont été vues plus particulièrement dans l'utérus, c'est-à-dire dans un organe qui a cessé de fonctionner et qui est tombé dans une sorte d'inertie. Ne voit-on pas combien sont différentes les conditions des femmes moins avancées en âge, particulièrement de celles qui sont à l'âge critique? D'ailleurs, comme tout le monde le sait, chez les vieilles femmes les tissus ont plus de tendance à subir la dégénération crétacée, tandis que chez les femmes d'un âge moyen la tendance à la dégénérescence cancéreuse est beaucoup plus prononcée.

Permettez-moi, avant d'aller plus loin, de faire justice d'une théorie qu'on nous prête gratuitement et à laquelle M. Cruveilhier ne tient pas beaucoup sans doute. Il semble croire que nous considérons les tumeurs fibreuses comme représentant les germes du squirrhe, comme des squirrhes à la première période; c'est une erreur. De ce que nous croyons à la dégénération possible des tumeurs fibreuses en cancers, ce n'est pas une raison du tout d'admettre l'identité de nature de ces deux sortes de tumeurs. Telle n'est pas du moins notre opinion.

Disons maintenant quels sont les motifs qui nous paraissent militer, ou constituer au moins de fortes présomptions, en faveur de la dégénérescence. La dure-mère, le périoste, les cartilages, le tissu osseux lui-même sont susceptibles de dégénérer; pourquoi le tissu fibreux jouirait-il d'une sorte d'immunité que n'auraient point les tissus que je viens d'énumérer? Examinons des faits. Je reviens sur la tumeur de la voûte palatine que je citais tout-à-l'heure. M. Mandl m'a fait voir d'une manière bien distincte une double organisation dans son tissu, deux élémens, l'élément fibreux et l'élément cancéreux. Je rappellerai encore une autre pièce que j'ai mise récemment sous les yeux de M. Cruveilhier, c'était une tumeur fibreuse de la cuisse dans le centre de laquelle on trouvait un noyau de matière noire, une sorte de dégénérescence mélanique.

(1) Un journal de médecine prétend qu'un des opérés dont parle M. Guérin aurait été pris de tétanos et aurait succombé des suites de cet accident. Cette allégation sans fondement ne peut être que le résultat d'une méprise. Il s'agit dans la lettre de M. Guérin de *ténotomie*. Or, il maintient que, depuis qu'il pratique la *ténotomie*, aucun de ses opérés de la *ténotomie* n'a été pris de tétanos et n'a succombé. On espère que le journal en question, tiré de sa méprise, s'empressera de rectifier son assertion.

j'invoquerai ici le souvenir de M. Martin-Solon qui a vu avec moi en ville une tumeur énorme durant depuis vingt ans; après l'avoir enlevée nous reconnûmes qu'elle était formée d'un tissu encéphaloïde des mieux caractérisés. Cette tumeur était restée pendant de longues années stationnaire et indolente, au point que M. Martin-Solon, la croyant une tumeur fibreuse, s'était longtemps opposé à l'opération; ce n'est que lorsqu'il ta vit prendre tout à coup un accroissement rapide qu'il consentit à l'opération. Moi aussi, j'ai cru, et je crois encore comme M. Martin-Solon, que c'était bien réellement une tumeur fibreuse, mais une tumeur fibreuse qui a dégénéré. Je citerai un quatrième fait, ce sera le dernier. Il y a trois ans, je fus appelé à examiner une femme qui avait été déjà vue par plusieurs de nos confrères les plus habitués à voir des affections cancéreuses de l'utérus, notamment MM. Lisfranc, Marjolin, Récamier. Au premier examen, je conçus de suite l'opinion qu'il s'agissait d'un cancer du col et du corps même de l'utérus. Il ne restait aucun doute à cet égard dans l'esprit des chirurgiens consultants; ils partageaient tous l'opinion que cette femme était perdue. La malade fut confiée aux soins de M. le docteur Valette d'Orléans et aux miens. Ayant reconnu que la tumeur offrait un certain rétrécissement vers la partie supérieure, je proposai de tenter l'application d'une ligature autour de cette sorte de pédicule. L'opération fut approuvée et pratiquée; la tumeur se détacha au bout de quelques jours. Toute l'extrémité inférieure était formée par du tissu cancéreux, tandis que la portion pédiculée était entièrement fibreuse. J'ai revu cette malade depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

En résumé, s'il est impossible d'asseoir sur des bases certaines le diagnostic des tumeurs de la région mammaire; la conséquence la plus naturelle qu'on en puisse tirer, c'est qu'il faut les enlever. J'ajouterai en outre qu'il faut les enlever, non seulement parce qu'il n'est pas possible de les distinguer les unes des autres, mais encore parce que, de quelque nature qu'elles soient, elles peuvent dégénérer.

M. Cruveilhier : Ce n'est pas, comme on l'a prétendu, par fin de non recevoir que j'ai demandé l'ajournement de la discussion, mais parce que je crois que les élémens de la question ne sont pas encore bien déterminés. D'après M. Blandin, il y aurait deux points de vue dans cette question, un bon, un mauvais; je ne l'aurais envisagée que sous le mauvais point de vue seulement. A cet égard, il se trompe; j'ai étudié mon sujet sous deux points de vue, scientifique ou théorique et pratique, et j'ai été conduit, par les considérations et les faits de ces deux ordres différens, à reconnaître que les tumeurs fibreuses ne dégénèrent pas. M. Blandin a cité quatre faits qu'il croit tout à fait concluans contre mon opinion. Le plus concluant, à ses yeux, serait le dernier, celui qui a trait à la tumeur utérine. Je crois que cette tumeur n'était pas un cancer, que ce qu'il a pris pour de la matière encéphaloïde n'était tout simplement qu'un détritus, résultant de l'étranglement de la tumeur. Dans le fait de la tumeur palatine, j'ai reconnu effectivement que la tumeur était composée de tissu cancéreux et de tissu fibreux; mais cela veut-il dire que ce tissu fibreux ait dégénéré? Ne sait-on pas que les cancers ont souvent une trame fibreuse. Enfin, le prétendu cas de mélanose dans le centre d'une tumeur fibreuse n'était, selon moi, autre chose que le résultat d'une suffusion sanguine, une sorte d'ecchymose analogue à ce que l'on rencontre sur la muqueuse gastro-intestinale dans les gastro-entérites chroniques. Voilà pour quelques-uns des points de doctrine qui ont été avancés par M. Blandin. J'arrive au point de vue pratique, la question de diagnostic. Lorsque je suis consulté pour une tumeur mammaire sphéroïdale, circonscrite, occupant, soit le mamelon, soit la circonférence de la glande mammaire, roulant sous le doigt, parfaitement détachée des tissus, distincte de la glande, je me pose cette question : ce ne peut pas être une induration résultant d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique de la mamelle, car elle ferait corps avec la mamelle; ce ne peut pas être non plus un cancer diffus, car il tiendrait également à cet organe; ce ne peut pas être un ganglion lymphatique engorgé, puisqu'il n'en existe pas dans cette région. Ce ne peut donc être qu'un kyste ou une tumeur fibreuse. Un kyste, je ne crois pas qu'on ne puisse point le diagnostiquer, à moins qu'il ne soit situé sous la mamelle ou dans son épaisseur. Il suffit pour cela de placer le kyste entre les deux doigts, la tumeur cède et rebondit ensuite comme un corps élastique. Il ne peut donc y avoir à hésiter qu'entre un cancer circonscrit, enkysté et un corps fibreux. C'est là toute la difficulté. Eh bien! la difficulté diminuera, si l'on veut bien tenir compte de l'extrême rareté des cancers enkystés, et de la très grande fréquence, au contraire, des tumeurs fibreuses. Si cela était une foisadmis, on aurait, au moins à défaut de certitude, une très grande présomption que l'on a affaire dans ces cas à une tumeur fibreuse. Voici encore un caractère qui peut contribuer à rendre cette distinction moins difficile. Les corps fibreux se développent généralement avant l'âge critique, tandis que c'est le plus ordinairement vers cette époque qu'on voit survenir les tumeurs cancéreuses. La marche, le mode de développement de ces tumeurs fournissent aussi des indications qui peuvent éclairer ce diagnostic.

Au résumé, je ne prétends pas avoir résolu toutes ces questions; mon but a été principalement de les poser de manière à en rendre la solution possible. Cette solution est, j'en conviens, très difficile; mais, dans mes idées, elle est possible. Jusqu'à présent, elle se résout dans un calcul de probabilité.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'une luxation du poignet en arrière; lue le 21 novembre 1843 à la Société médicale d'émulation de Lyon, par M. le docteur Keisser.

Obs. — Madame Bonquier, âgée de 60 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution frêle, fit, le 23 septembre, une chute sur des carreaux; ayant la main droite embarrassée, elle voulut se retenir avec la main gauche, qui supporta tout le poids du corps. En se relevant, Mme Bonquier éprouvait une vive douleur dans le poignet et ne pouvait exécuter aucun mouvement. Elle me fit aussitôt appeler; j'arrivai une demi-heure après l'accident.

Je trouvai l'articulation du poignet dans l'état suivant :

Flexion de la main sur l'avant-bras, impossibilité de la ramener dans l'extension; en arrière, saillie de 3 centimètres environ, au-dessus de laquelle correspond un enfoncement; en avant l'extrémité inférieure du radius formait une saillie à peu près égale à celle qu'on observait en arrière. Je cherchai à obtenir la crépitation en faisant exécuter de petits mouvemens dans tous les sens, je ne pus pas la sentir. L'impossibilité de ramener la main dans l'extension, l'absence de crépitation, me persuadèrent que j'avais affaire à une luxation du poignet; je tentai la réduction.

Je fis faire la contre-extension sur l'avant-bras, je saisis moi-même d'une main la main de la malade pour faire l'extension, et, de l'autre, je cherchai à faire rentrer les os déplacés dans leur articulation, ce que j'obtins, non sans douleur; il me fut facile de sentir les os reprendre leur place.

Ce résultat obtenu, j'essayai alors de faire exécuter les mouvemens qui, auparavant, avaient été impossibles; j'eus la satisfaction de pouvoir faire exécuter les mouvemens d'extension et de flexion. Pendant ce temps, je tenais le pouce sur l'apophyse styloïde du cubitus et l'index sur celle du radius; par ce moyen, je m'assurais si ces apophyses étaient immobiles et si les mouvemens ne se passaient pas plutôt un peu au-dessus de l'articulation du poignet. Les apophyses étaient entièrement immobiles; je cherchai de nouveau s'il y avait de la crépitation, je n'en sentis nullement. En abandonnant le poignet à lui-même, après la réduction, les parties restèrent en place et la difformité ne se renouvela pas.

Je plaçai une bande roulée autour du poignet, je mis des petits coussinets de coton, l'un en arrière, sur le dos de la main, et l'autre en avant, sur l'extrémité inférieure du radius. J'appliquai ensuite des attelles en bois, que je fixai au moyen d'une seconde bande.

Au bout de vingt-cinq jours, malgré mes observations, la malade voulut enlever les attelles en bois; je les remplaçai par des attelles en carton, qu'elle ne garda que huit jours. Elle se contenta de tenir une bande roulée autour du poignet, dont elle avait soin cependant de ne pas se servir. Mais, le cinquième jour, après qu'elle eut enlevé l'appareil, elle me fit appeler, voyant que son poignet tendait à se porter dans la flexion, et qu'il formait une saillie en arrière qui augmentait de jour en jour. Je remis les attelles en bois, que je ne laissai enlever qu'au bout de vingt jours. Après cette époque, je laissai le poignet libre, en recommandant de faire faire quelques mouvemens; l'articulation était raide, mais elle ne tardait pas à se déformer.

En lisant cette observation, on se demandera s'il existait une luxation du poignet ou une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Tout le monde sait que Dupuytren a nié la possibilité de la luxation du poignet. M. Velpeau pense aussi qu'on a toujours confondu cette luxation avec une fracture du radius. En effet, d'après ces auteurs, les tendons des extenseurs en arrière, des fléchisseurs en avant, retenus dans des gaînes très fortes, s'opposent à la luxation du poignet; il est bien certain que ces luxations doivent être très rares, mais je crois que l'on ne peut pas en nier la possibilité.

L'exemple précédent me paraît être assez probant. Je dirai d'abord que le sujet de cette observation est une personne dont les articulations sont assez mobiles, offrant par conséquent moins de résistance aux déplacemens.

S'il y avait eu une fracture au lieu d'une luxation, il n'aurait pas été impossible d'amener la main dans l'extension, ce que je n'ai pu obtenir avant la réduction; après, au contraire, il m'a été facile d'étendre et de fléchir la main sur l'avant-bras. Parlerai-je de la sensation que j'ai éprouvée en opérant la réduction, sensation que tout le monde a ressentie lorsque deux surfaces articulaires déplacées rentrent dans leurs rapports normaux, et qu'il serait difficile de confondre avec autre chose. S'il n'y avait pas eu réduction, mais simplement rapprochement entre deux fragmens d'os, la difformité aurait reparu en abandonnant les parties à elles-mêmes, ce qui a toujours lieu dans le cas de fracture. S'il y avait eu fracture, ce qui n'a pas eu lieu dans cette circonstance et pendant que je faisais exécuter les mouvemens de flexion et d'extension l'apophyse styloïde du radius aurait été mobile, car elle aurait fait partie du fragment inférieur. L'absence de crépitation, quoique cependant on ne la sente pas toujours facilement dans ces cas de fracture, peut être une raison pour croire à la luxation, car elle prouve au moins qu'il n'existait aucun symptôme de fracture.

Il ne me reste plus qu'une observation relative à ce sujet, c'est la tendance au déplacement, qui existait trente jours après l'accident. S'il y eût eu fracture, je crois qu'après cette époque, bien que ce fût une personne âgée, la consolidation aurait été assez avancée pour ne pas permettre de déplacement, puisque la malade ne se servait pas de sa main. Dans une luxation, au contraire, où des ligamens ont été distendus outre mesure et probablement rompus, il n'est pas étonnant que l'articulation

n'ait pas acquis assez de solidité au bout de trente jours pour s'opposer à un déplacement lent des surfaces articulaires.

J'ajouterai que je n'ai pas observé la forme en Z du poignet dont parle M. Velpeau dans les cas de fracture, ni l'écartement des tendons des muscles radiaux.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET TOPOGRAPHIQUE, CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS SES APPLICATIONS A LA PATHOLOGIE, A LA MÉDECINE LÉGALE, A L'OBSTÉTRICIE ET A LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par J.-E. PÉTREQUIN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc. — Un vol. in-8°. 1844. Paris, chez J.-B. Baillière et Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine; à Lyon, chez Guyot, libraire, rue Mercière, 39.

On entend répéter tous les jours que l'anatomie topographique a la première place dans les études médicales, que l'importance de ses services est aujourd'hui universellement reconnue. Sans vouloir décourager d'aussi honorables illusions, nous dirons, nous, que cette place n'est pas encore assez élevée, que ces services sont loin d'être estimés ce qu'ils valent en réalité. Ce n'est ici ni l'injuste boutade d'un pessimiste donnant tort à tout ce qui existe, ni la réclame d'un faiseur d'annonces intéressé à faire table rase pour rehausser d'autant la valeur de l'*article à placer*. Consultez à cet égard l'opinion publique : partout, elle vous montrera cette science regardée comme objet de raffinement, en quelque sorte, comme faisant partie du perfectionnement bien plus que de l'*obligé* d'une bonne éducation médicale. Interrogez les élèves, les docteurs qui ont encore présens les souvenirs du temps d'amphithéâtre : tous, s'ils sont francs, répondront qu'ils ont *fait* de l'anatomie descriptive, et qu'ils ont *suivi un cours* d'anatomie des régions. Différence bien significative qui se retrouve flagrante dans la pratique, où l'on compte cent anatomistes, *décriveurs* irréprochables de l'insertion d'un muscle ou du trajet d'une artère, pour un seul chirurgien anatomiste qui saura calculer l'étendue, la direction et la profondeur d'une incision d'après la connaissance exacte des parties qu'elle doit intéresser et de celles dont il faut l'éloigner.

Pour être méconnue par l'esprit public, cette lacune n'en est pas moins profonde, ni moins déplorable. Qu'elle soit dans nos habitudes bien plus que dans nos mœurs, qu'elle tende tous les jours à se combler, c'est ce qui ne peut être mis en question. Mais enfin, comment subsiste-t-elle encore? Pourquoi, malgré le nombre et l'extrême popularité des ouvrages destinés à vulgariser le goût de cette science, si peu de personnes se résignent-elles à l'honorer d'un culte réellement pratique? Pourquoi?...... Nous devons ici le dire sans détours, cet abandon est un mal qu'on ne saurait trop sérieusement combattre, et pour en trouver le remède, il faut bien en signaler la cause.

Si la critique est ordinairement une tâche pénible, ce devoir prend un tout autre caractère quand, loin de paraître dicté par une préoccupation jalouse, il ne s'accomplit évidemment que dans un but de progrès, que pour préparer les voies à quelque chose de meilleur que ce qui existe. Il nous sera donc permis, à ce point de vue, de dresser ici l'inventaire succinct de ce que la science moderne possède sur le présent sujet. Or, trois ouvrages, à des titres divers, se partagent aujourd'hui la faveur publique : l'un, premier essai d'un homme maintenant très haut placé, se recommande surtout par l'abondance des recherches historiques et l'étendue des descriptions; mais il pèche par la surcharge des citations. Là, souvent, l'érudition tue la pratique au milieu des nombreux matériaux amoncelés sans discussion et sans ordre; ses défauts sont devenus aussi populaires que sa réputation, et l'auteur, du reste, semble les avoir reconnus, en se résignant, dans ces derniers temps, à publier lui-même, sous forme de manuel, à l'usage des lecteurs moins patiens, un nouveau traité, extrait trop bref de son trop prolixe ouvrage. Un autre, plus concis dans sa forme, plus pratique, plus positif dans l'esprit de sa rédaction, est parfait dans quelques chapitres. Il serait plutôt digne d'être pris pour modèle s'il n'y avait parfois à lui reprocher un vague très regrettable dans les descriptions anatomiques, si quelques unes de ses parties ne semblaient évidemment sacrifiées, à côté de certaines autres dont l'intéressant développement ne sert le plus souvent qu'à former un fâcheux contraste. Le troisième enfin, fruit de l'imagination chirurgicale la plus capricieuse de notre époque, plein d'aperçus pathologiques plus neufs que légitimes, n'est, il faut bien le dire, *anatomie* que par le titre. C'est, si vous voulez, le recueil des conceptions d'un auteur ingénieux, à l'occasion des diverses régions du corps humain; mais, quant à la description de ces régions, elle manque absolument : dans ces pages, d'ailleurs bien remplies, il faut la deviner, non la lire. Et l'on peut avec vérité dire de ce singulier ouvrage qu'il est un guide utile à consulter dans le cabinet, au lit du malade, avant une opération, partout, en un mot, hors à l'amphithéâtre.

Outre les imperfections propres à chacun d'eux, tous ces ouvrages prêtent d'ailleurs à des reproches communs. Ils sont d'abord exclusivement chirurgicaux, et ne tiennent que peu de compte des déductions applicables à la pathologie interne. Puis enfin (autre tort qu'on ne pardonne guère) ils sont tous bien vieux; et nul d'entr'eux, depuis six ans, ne s'est rajeuni dans une édition assez récente pour que les importans progrès accomplis durant cet intervalle dans toutes les branches de l'art aient reçu ce qu'on pourrait appeler le *baptême anatomique*, c'est-à-dire cette interprétation féconde qui de l'étude approfondie des parties fait jaillir de nouveaux corollaires.

Il y avait donc, on le voit, opportunité pour un nouvel essai dans ce genre; opportunité dont on pouvait d'autant moins contester le bénéfice au nouveau venu qu'il lui était aisé de signaler un large vide au milieu de ses devanciers. Ce n'était pas une place à se faire faire parmi eux; c'était une place à prendre. Examinons si M. Pétrequin a su mieux remplir le programme que tant d'auteurs éminens avaient déjà formulé avant lui, sans parvenir à une exécution qu'ait ratifiée le suffrage public.

L'objet dont, avec raison, l'on se préoccupe tout d'abord en ouvrant un ouvrage de cette espèce, c'est la méthode adoptée pour l'exposition. En anatomie, les faits sont constans; ils sont limités. La même somme d'idées appartient donc à chaque auteur; et, sauf un petit nombre d'exceptions, sauf les minuties qui n'ont de prix que pour les habiles du métier, il n'est guère donné à personne d'agrandir le domaine matériel où cette science est renfermée depuis des siècles. La méthode seule imprime à chaque traité une physionomie particulière; c'est elle qui donne une nouvelle vie aux vérités les plus surannées, elle qui fait la différence entre la rapsodie rebattue et le livre attachant dont chaque page offre à l'élève un précepte utile, au praticien un conseil à méditer. Là où les rapports sont tout, l'art de les enchaîner occupera naturellement le premier rang; et l'on comprend à peine comment, après avoir passé en revue les divers plans suivis par les auteurs d'anatomie topographique, M. Velpeau a pu conclure en laissant chacun à peu près *libre de la présenter à sa manière.* Nous comprenons tout autrement l'importance de ce point. Non! tant qu'il y aura besoin de combattre l'insouciance des lecteurs, tant que l'ordre et le style pourront quelque chose pour retenir l'attention et provoquer l'étude, il ne saurait être indifférent pour un écrivain didactique de suivre telle ou telle marche.

Si M. Pétrequin peut, sous ce point de vue, faire valoir quelques droits, ce n'est pas pour avoir formulé une méthode nouvelle, c'est pour s'être rigoureusement astreint à suivre celle que tous ses devanciers avaient proclamée comme la meilleure, mais que tous ensuite avaient désertée dès les premières pages. Ici l'ordre était dicté par la nature même, qui, dans le corps humain, nous offre une série de régions; dans chaque région, une série de couches ou de plans superposés; dans chaque couche, une série d'objets. Quoi donc de plus simple, de plus logique, que d'examiner successivement, d'abord la nomenclature et les rapports des régions entr'elles, puis la composition des couches ainsi que leurs rapports mutuels, enfin la forme et les rapports des objets dans chaque couche? Il est pourtant digne de remarque qu'aucun des trois auteurs classiques n'a complètement marché dans cette voie. L'un ne fait à proprement parler que de l'anatomie descriptive distribuée par régions; l'autre, quoique plus souvent dans la bonne route, laisse encore à regretter de trop nombreuses excursions; et le troisième borne en général à une sèche et stérile énumération ce qu'il appelle l'*anatomie des plans*.

M. Pétrequin avait remarqué ces infractions; il a su les éviter. Fidèle à la *méthode naturelle*, il subordonne tout à la stricte observation de ses règles. C'est là le principal caractère de son livre; c'en sera (nous le disons à l'honneur d'un siècle sérieux et positif comme le nôtre) la grande condition de succès. Dans ses tableaux clairs et frappans de vérité, la bonne ordonnance est telle que chaque objet montre à l'œil toutes ses faces, sans que pour cela la perception de l'ensemble soit rendue confuse par le fini des détails. Délimitation de la région; énumération de ses couches; exposition successive de chacune d'elles avec les organes qui la constituent, voilà l'ordre de l'ouvrage tout entier. Ceux qui le trouveraient trop uniforme n'en rejetteront pas la faute sur l'auteur : c'est à la nature elle-même qu'ils devront adresser leurs critiques, car elle seule en a donné l'idée et le modèle.

Tontefois, et quelqu'exact qu'il pût être, un pareil sommaire ne serait ni bien instructif, ni bien attachant. La notion des rapports réveille si immédiatement l'idée des applications, que, dès l'origine de cette science, l'anatomie chirurgicale a été l'inséparable compagne de l'anatomie topographique. L'association même semblait tellement naturelle que, à tort mais généralement, ces deux expressions étaient, dans beaucoup de bouches, devenues synonymes. Dans cette seconde partie de sa tâche, M. Pétrequin a su rester encore fidèle à son principe. Considérés isolément ou groupés en appareils, les organes offrent tantôt des maladies locales, tantôt des affections d'ensemble. Pour placer toujours la conséquence pathologique à côté de l'objet dont l'étude en suggère l'idée, il fallait donc, suivant les circonstances, semer çà et là ou rassembler en faisceau les notions *pratiques*. C'est ce qu'a bien senti l'auteur; et, selon qu'il se présente sur son chemin des maladies ou des opérations ayant trait à un organe, à une couche, à une région, il rattache à l'organe, il dissémine dans la couche, il rejette à la fin de la région les remarques de détail on d'ensemble qu'a fait naître l'examen poursuivi à ces divers points de vue. Cette méthode permet également et les avis succincts du praticien et les considérations dogmatiques nécessairement plus développées; et en réservant à chacun d'eux sa place propre, elle en double la valeur. On devine aussi l'attrayante variété qu'elle répand sur un sujet qu'il est toujours si difficile et si utile de savoir orner.

Comme anatomiste, M. Pétrequin a laissé sur chaque page de son œuvre les traces visibles d'un esprit que distinguent la sévérité et l'exactitude. Mais ces qualités, quoique de premier ordre, ne suffisaient pas. Pour constituer les régions, pour simplifier à propos, en réunissant ce qui peut rentrer sous un même chef, pour concilier dans la juste mesure la froide diction anatomique et la confabulation plus verbeuse où entraîne le charme des déductions, il fallait et du tact, et de l'expérience, et une surveillance vigilante de soi et de ses propres tendances. Plusieurs chapitres offrent, sous le rapport des descriptions, l'exemple d'innovations heureusement tentées dans l'arrangement des matériaux; l'aisselle, le périnée, l'aine surtout, ce dédale jusque-là inextricable, sont les régions que nous citons de préférence pour faire juger de la valeur des réformes que M. Pétrequin a pu introduire dans un sujet déjà travaillé par tant de mains. Les articulations et leur structure si complexe ont été partout le sujet d'une exploration attentive, parfois de remarques nouvelles. Plus d'une fois aussi, on trouvera avec intérêt, au milieu d'une région, un procédé opératoire inédit dont la place dénote la source et auquel l'anatomie même de la partie a fourni son origine et sa justification.

Si, rompant pour un instant l'harmonie de ce livre, on fait abstraction de la partie anatomique proprement dite, les considérations pathologiques ne paraîtront inférieures ni en nombre ni en richesse. Attaché, depuis six ans, au service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Pétrequin pouvait mieux qu'un autre utiliser les occasions de cette position, admirable pour contrôler sur le vivant l'exactitude des théories contemporaines et la convenance des procédés opératoires le plus récemment préconisés. Mais son rôle ne s'est pas borné à enregistrer et à vérifier les découvertes d'autrui. Auteur lui-même de travaux dont le nombre et l'importance rendent l'énumération aussi superflue qu'elle serait difficile, il a donné trop de gages de sa fécondité dans toutes les branches de l'art, pour avoir pu rester simple rapporteur des opinions étrangères, sans y ajouter le poids de sa propre expérience. On retrouvera donc ici, et chacune à sa place naturelle, la série des idées originales qu'il avait déjà déposées dans des monographies isolées; et plusieurs conceptions non encore publiées prouveront presqu'à chaque chapitre qu'il a apporté à la rédaction de son livre cet esprit d'investigation sérieuse qui sait attacher aux sujets les plus épuisés l'intérêt d'une analyse toujours basée sur les faits, toujours dirigée en vue de la pratique. Il n'échappera pas, en effet, que chacune des règles qu'émet M. Pétrequin a été suggérée d'abord, puis contrôlée par l'observation. C'a été encore là pour lui une heureuse nécessité de sa situation : formé, élevé, pour ainsi dire, au milieu des malades, un médecin ne théorise point; il ne le veut pas, il ne le pourrait.

Parmi les idées propres à l'auteur, il en est qui ont déjà dans la science un rang honorable. Nous les citerons de préférence à celles qui, inédites jusqu'ici, seront consultées plus avantageusement dans le livre même, avec tous leurs développemens. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent les recherches de M. Pétrequin sur le phénomène de l'érection (GAZ. MÉD., 1836), sur la mensuration de l'urètre (Ibid., 1843), sur les usages de la trompe d'Eustache et les surdités résultant de son oblitération (Ibid., décembre 1839), sur la part de l'épiglotte dans les actes de la phonation (Ibid., mai 1840), sur les monstruosités (Ibid., avril 1837), sur les fonctions de la capsule de Glisson (Ibid., juillet 1838), le strabisme artificiel comme remplaçant ou aidant la pupille artificielle (Ibid., 1841), l'entropion musculaire (Ibid., sept. 1841), la périnéoraphie (Ibid., décemb. 1840), les restaurations de la face (Ibid., mars 1842), le staphylôme (Ibid., juillet 1838), les résections du membre inférieur (Ibid., janv. 1837), l'emploi de la noix vomique (Ibid., oct. 1838), etc. Par ce simple catalogue des travaux dont il a en peu d'années enrichi nos colonnes, on peut juger de l'activité de l'auteur, et se faire une idée des remarques et des préceptes dont chaque région a dû lui fournir le thème.

Quant à l'ordre de succession des chapitres, le choix ne pouvait être arbitraire. Le tronc et les membres forment le corps humain : c'est la seule division naturelle; la seule admissible, par conséquent, dans un livre, dont la fidèle reproduction de la nature est l'unique but. Mais, avant de commencer une étude, il faut en faire connaître l'objet; il faut dire comment on procédera à son examen. Deux chapitres préliminaires traitent DU CORPS HUMAIN et DE L'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE en général. Dans ces pages où la banalité est d'ordinaire l'écueil, on peut prendre un avant-goût de la manière dont l'auteur élague de son cadre toute superfluité étrangère. Avare de mots, mais prodigue de choses, s'il aborde toutes les questions, il sait les quitter à propos; la discussion, cependant, n'en souffre aucun dommage, et son laconisme ne laisse jamais un regret au lecteur.

Si jusqu'à présent, en déroulant le plan et l'exécution générale de cet ouvrage, nous l'avons beaucoup et sincèrement approuvé, il ne faut pas croire pourtant qu'il n'y ait que du bien à en dire; il ne faut pas croire non plus qu'on n'en ait dit que du bien. A peine annoncé, le livre de M. Pétrequin a eu ses détracteurs. C'est le sort commun des derniers venus d'une famille déjà nombreuse. Pauvres enfans, accueillis à leur entrée dans le monde par ceux-là mêmes dont ils viennent diminuer le patrimoine, qu'il leur faut de vitalité pour résister aux étreintes perfides de ces protecteurs intéressés à leur perte! Mais l'œuvre de M. Pétrequin a des gages de durée et de force qui le défendront contre tout mauvais vouloir; et c'est parce que nous le croyons solidement constitué et capable de supporter l'examen, que nous rapporterons ici les principales observations que la critique lui a adressées.

La première objection porte plutôt sur la forme. L'auteur donne beaucoup de place à ses propres remarques, à ses expériences. On l'a dit; et nous le répétons ici d'après un critique peu suspect de partialité. M. Pétrequin, s'il veut écouter nos conseils, acceptera cette observation. Mais s'ensuit-il un grief sérieux contre son œuvre? Cette marche qu'on lui reproche, n'est-elle pas, après tout, la meilleure et la plus instructive? Pesez mûrement ceci; qu'un homme qui a peu vu par lui-même fasse appareil de son érudition, il n'y a là rien que de convenable et surtout de prudent. A celui qui n'a pas par devers lui les élémens d'un jugement, on ne saurait défendre d'aller les demander aux auteurs qui l'ont précédé dans la même carrière. Mais lorsqu'un écrivain a la conscience de son individualité, lorsqu'il est, de son propre fonds, assez riche, assez indépendant pour pouvoir exprimer sur chaque question un avis motivé, par grâce, n'étouffez pas en lui cette heureuse tendance! C'est un défaut, j'y consens, de substituer son expérience à celle d'autrui. Mais n'est-ce pas un défaut aussi, et bien plus profond et bien plus incurable, que de se retrancher sans cesse derrière l'autorité d'un nom, de renoncer volontairement au droit de juger par soi-même et de faire, pour ainsi dire, de la vérité, en matière de science, une question de vote où la majorité prononce toujours en souveraine sans se donner la peine justifier ses décisions! Pour nous, sans doute, les deux excès sont un mal; mais le second nous paraîtrait plus blâmable parce qu'il ne tendrait à rien moins qu'à abâtardir peu à peu le sens public. Nous lirons donc, dans le livre de M. Pétrequin, le récit de ses expériences, de sa pratique, ou de ses opinions sur les diverses branches de l'art avec bien plus de plaisir et avec un tout autre fruit que nous n'y aurions trouvé la série si souvent ressassée des doctrines anciennes et modernes, étrangères et contemporaines. Notre choix, cependant, n'a rien d'exclusif; l'érudition proprement dite, qui occupe dans cet ouvrage une place discrète et convenable, pourra être complétée par le lecteur qui voudrait approfondir particulièrement tel ou tel point.

Le style prêterait peut-être à quelques observations plus fondées. Voulant se renfermer en un seul volume, sans négliger rien d'essentiel ou même d'utile, l'auteur devait rechercher avant tout la concision. Partout donc *il a évité d'être long*..... Mais l'on sait où mène cette préoccupation et M. Pétrequin le savait mieux que personne. Aussi, à force d'art, est-il parvenu à éloigner l'obscurité. Notre prétention doue risque de paraître bien exigeante; mais c'est de cet art même que nous nous plaindrions. La clarté est parfaite; mais, de loin à loin, on voit ce qu'elle a coûté.

Dans cet ouvrage, avons-nous entendu dire, la médecine occupe une petite place, à côté de la chirurgie. Ici encore l'observation est juste; mais il faut s'expliquer. Cette disproportion existe à un très haut degré dans tous les traités du même genre. Et même, si l'on veut être juste,

on conviendra qu'elle est sensiblement moindre dans celui de M. Pétrequin. Sur une foule de points, il établit des rapprochemens et tire des inductions profitables à la pathologie interne, là où ses prédécesseurs n'avaient fait qu'une énumération stérile de tissus et d'organes. Aussi a-t-il pu, en tête de son livre, substituer au nom vulgairement usité d'anatomie *chirurgicale* celui d'anatomie *médico-chirurgicale*. Voilà sans doute ce qui explique l'objection. Car si, incontestablement, la médecine proprement dite a, dans ce livre, une part plus large que dans ceux des anciens auteurs, incontestablement aussi, la chirurgie y prédomine trop encore pour que les deux sciences aient légitimement pu se partager à portion égale l'honneur du titre. Mais cette inégalité était dans la nature; on n'aurait pu la faire disparaître qu'au prix de déductions forcées ou de digressions étrangères au sujet.

Telle est l'impression générale que produira le livre de M. Pétrequin. Pour nous, c'a été une impression de plaisir. Ce plaisir, nous ne chercherons pas à le dissimuler, car il a sa source dans un sentiment bien au-dessus des considérations de personne. Jaloux, avant tout, des progrès de la science, nous devions applaudir à la publication d'une œuvre sérieusement conçue, loyalement exécutée, où tout, pensées et style, forme et fond, se trouve réuni pour propager le goût des utiles notions dont elle offre l'exposition complète. En renfermant sous un seul volume l'ensemble des idées que contiennent les anciens traités, et l'histoire, en outre, des découvertes accomplies depuis cinq ans, l'auteur a acquis des droits à la reconnaissance de ceux qui s'intéressent à la vulgarisation de l'anatomie. Là sera sa récompense pour le travail souvent ingrat et pénible d'une rédaction hérissée de difficultés. Un autre mobile l'encourageait encore dans cette tâche. *Noblesse oblige*, dit-on : il est d'autres positions qui imposent à un cœur bien né la même sorte de contrainte. Élevé au poste de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Pétrequin a voulu montrer qu'il succédait de droit comme de fait à l'illustre série de prédécesseurs qui ont rendu ce titre difficile à porter, et où l'on ne compte qu'un bien petit nombre de rois fainéans. L'ouvrage que nous annonçons est le fruit de cette louable ambition; il la légitime. Si nous y avons signalé quelques taches, l'auteur ne pourra s'en affliger; ce sont les droits de la critique; ce sont ses conditions de vie. Alger périrait, disait le spirituel abbé Desfontaines, s'il n'était pas toujours en guerre avec quelqu'un.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Il a été publié dans le dernier BULLETIN de la Société anatomique une note sur l'emploi de la créosote pour la conservation des pièces anatomiques. Cette note exacte, en ce sens qu'elle reproduit fidèlement les faits que j'ai exposés à la Société il y a un mois, est cependant incomplète; car, depuis lors, j'ai multiplié mes expériences, et les résultats que j'ai obtenus me paraissent si importans, que je crois de mon devoir de leur donner toute la publicité désirable.

Un cadavre, ou une partie quelconque de cadavre, plongé dans la solution suivante :

Eau ordinaire.................. 1 litre.
Créosote.................. 10 gouttes.

se conserve admirablement avec toutes ses propriétés physiques. Les muscles et tous les autres tissus conservent exactement leur flexibilité et leurs couleurs normales; ils ne se racornissent en rien; les instrumens ne sont nullement altérés par ce mélange. Toutes les pièces d'anatomie pathologique, n'importe l'altération, n'importe l'organe, se conservent dans toute leur intégrité. Les objets en putréfaction même avancée, lavés dans cette préparation, perdent instantanément leur odeur cadavérique, et cette odeur ne reparaît plus si on laisse les objets macérer pendant vingt-quatre heures seulement.

Les pièces d'anatomie pathologique conservées depuis vingt ans dans l'alcool ont perdu leur coloration morbide, leur forme, leur volume et leur élasticité; plongées pendant trois ou quatre jours dans le mélange sus-indiqué, ces pièces reprennent l'aspect, le volume et la flexibilité qu'elles avaient le jour de l'autopsie.

Les pièces conservées depuis longtemps par dessiccation reprennent rapidement toutes leurs propriétés anatomiques, alors qu'elles auraient été vernies un grand nombre de fois.

Depuis que j'ai montré ces résultats à la Société anatomique, j'ai continué les expériences que j'avais commencées sur les liquides morbides, et je suis arrivé à lever les obstacles qui jusqu'alors s'opposaient à leur conservation.

Suivant la nature du liquide à conserver, 4, 5, 6, 8, 10 gouttes de créosote par litre suffisent. Par ce procédé, les globules sanguins, purulens, etc., se conservent sans subir aucune modification dans leur couleur, ni dans leur forme.

Par là, le sang peut être conservé à la suite de la saignée dans les différentes maladies, et on pourra désormais en faire des collections qui, par la suite, seront *peut-être* d'une grande utilité pour le diagnostic. Il en est de même des diverses espèces de pus, d'urines, de liquides épanchés dans les cavités, etc., etc.

Ces quelques gouttes de créosote, qui suffisent pour conserver les liquides, n'en troublent nullement la pureté.

Ces résultats m'ont engagé à faire d'autres essais qui, je l'espère, ne seront pas sans résultats importans. La créosote en vapeur pénètre les corps organisés et prévient leur putréfaction. En sorte qu'un cadavre, soumis à cette évaporation par des moyens simples, que je ferai incessamment connaître plus en détail, se sature de créosote, et la conservation indéfinie, c'est-à-dire l'embaumement, se fera désormais par une méthode excellente, je crois; et sans qu'il soit nécessaire de pratiquer sur le cadavre aucune mutilation, aucune incision.

Agréez, etc.

J.-B. PICHÉ,
Conservateur-adjoint du Muséum Dupuytren.

Paris, 25 février 1844.

— Le tribunal de police correctionnelle vient de condamner les sieurs Maximilien Dehaut à 600 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et vente de remèdes secrets; Félix Dehaut à 500 fr. d'amende pour vente de remèdes secrets, et Blancard, pharmacien, à 500 fr. d'amende pour vente de la médecine Leroy. Des poursuites avaient été dirigées contre les trois délinquans comme ayant causé des homicides par imprudence. Ils ont été renvoyés des fins des poursuites sur ces chefs.

— LA GAZETTE MÉDICALE avait été induite en erreur par un autre journal lorsqu'elle a annoncé que M. le docteur Fournet venait de mourir à Nice. Nous sommes heureux d'apprendre, au contraire, que notre honorable confrère est dans un état de santé qui lui permettra de revenir bientôt en France.

— VOL AU MAGNÉTISME. William Bowen n'a pas d'autre profession que celle de servir de sujet pour les démonstrations de son frère John Bowen, professeur de mesmérisme et de crânilogie à Londres. Accusé d'avoir volé une chemise de batiste à une ouvrière en linge, sa voisine, il a été amené, à deux audiences différentes, devant les magistrats de Worship-Street.

L'inspecteur de police qui a arrêté William a dit : Lorsque cet individu a été amené à la station de police, il était comme engourdi, et cependant répondait juste, par intervalle, à certaines questions. Son frère est venu le voir et a dit que William était tombé dans un sommeil magnétique, et qu'il se réveillerait seulement dans la matinée de samedi; il se trouvait dans le même état lorsqu'il a paru pour la première fois devant le tribunal.

M. BINGHAM, magistrat : En effet, nous n'avons pas cru qu'il fût possible de procéder à l'instruction de l'affaire dans la situation où se trouvait alors le prévenu; il paraît cependant que les effets du magnétisme ont cessé avant l'époque annoncée.

M. JOHN BOWEN : Rien n'est cependant plus certain que l'état de mon frère. Outre l'infirmité qui le rend propre aux opérations du mesmérisme, opérations si étonnantes pour le vulgaire, il a encore une propriété fort étrange; les saillies du crâne indiquent le développement intérieur de plusieurs des organes observés par Gall et Spurzheim; mais ces mêmes organes ne jouissent pas en tout temps de leur entière puissance. Les passions correspondantes ne s'exaltent que par intervalles. Ainsi, je me trouvais dernièrement avec mon malheureux frère dans un café; l'organe de la destructivité s'étant épanoui tout à coup, il a saisi un couteau avec lequel il voulait frapper tous ceux qui l'entouraient. Le coma ou sommeil magnétique a mis fin à son accès. Il a ainsi l'organe de l'acquisivité, c'est-à-dire du vol. C'est dans un moment où il était dominé à la fois par cette affection instinctive et par le coma qu'il a pris une chemise qui ne lui appartenait pas, et l'a mise en gage sans savoir d'où elle venait.

LE MAGISTRAT : Le prétendu développement de certains organes, le coma, le magnétisme ou le mesmérisme, ne sauraient servir d'excuse à des délits.

M. TILT, huissier : J'ai appris de M. Wakefield, médecin de la prison, qu'au moment où on lui a amené le détenu, il l'a trouvé endormi; il lui a posé un vésicatoire derrière le cou, et a dit que, si le moyen ne réussissait pas, il lui ferait raser les cheveux et lui appliquerait ensuite un vésicatoire sur toute la superficie du crâne. Le dormeur s'est à l'instant réveillé.

William Bowen a été condamné à 25 fr. d'amende et à 50 fr. pour la restitution de l'objet volé.

— M. COSTE ouvrira, au collége de France, par autorisation spéciale du ministre de l'instruction publique, son cours d'embryogénie comparée, le lundi 11 mars prochain, à une heure précise, et le continuera les vendredis et lundis suivans à la même heure.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX; par M. W. MACKENZIE, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie, etc., traduit de l'anglais, avec notes et additions, par MM. S. Laugier et G. Richelot, etc. — 1 beau vol. in-8° de 800 pages, texte compacte, sur deux colonnes. Le roi a souscrit à cet ouvrage pour ses bibliothèques.

Paris, 1844, chez B. Dusillion, éditeur, rue Laffitte, 40.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Nº 11. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 16 MARS 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

MÉMOIRE SUR LE SUC GASTRIQUE ET SON RÔLE DANS LA NUTRITION; par M. Claude Bernard, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, et préparateur du cours de physiologie au collége de France.

PRÉLIMINAIRES.

Parmi les agens nombreux et variés que l'estomac met en usage pour opérer la chymification, celui qui doit occuper le premier rang et qui mérite le plus de fixer notre attention, c'est certainement le fluide acide qui vient baigner les alimens au moment de leur ingestion dans la cavité stomacale.

Depuis les premières expériences de Réaumur et de Spallanzani, le suc gastrique a été l'objet de recherches et de discussions multipliées qui ont permis de fixer d'une manière définitive l'existence de ce liquide et les caractères qui le distinguent.

Les derniers travaux provoqués par l'Académie des sciences ont encore mieux démontré l'importance du suc gastrique dans la digestion, et il est prouvé aujourd'hui, par les expériences les plus précises, que c'est sous l'influence de ce fluide acide que les matières alimentaires sont chymifiées dans l'estomac, c'est-à-dire y éprouvent cette sorte de dissolution ou de mutation spéciale qui leur permet désormais d'être absorbées et de pénétrer dans l'économie.

Feuilleton.

VARIA.

Enfin un monument a été élevé à Molière, dans la capitale, près de 170 ans après sa mort. Certes, voilà une gloire qui a eu le temps de mûrir, de se fonder, le temps n'a fait que la rendre plus solide; désormais, c'est une gloire d'airain. Nous ne dirons rien ni de la statue noire et rabougrie du grand homme, ni de la façade monumentale, en apparence de borne-fontaine, ni de la cérémonie de l'inauguration, ce serait sortir de notre cadre. Constatons seulement que dans tout ce qui a été dit et écrit à ce sujet, on a eu le bon goût de s'abstenir de ces plaisanteries communes, usées, rebattues, désormais sans portée, sur notre profession. Faisons pourtant quelques remarques relatives aux pièces de Molière contre les médecins. La première, c'est qu'on croit qu'il n'a attaqué que les ridicules des médecins de l'époque, c'est une erreur; il n'y a qu'à lire plusieurs scènes du Malade imaginaire, et l'on se convaincra que Molière s'attaqua à la médecine elle-même. Ainsi (acte III, scène 3), Beralde, beau-frère d'Argan, malade imaginaire, lui dit nettement que quand un médecin vient vous parler d'aider, de secourir, de soulager la nature, etc., etc., *il vous dit justement le roman de la médecine*. Plus loin : « Dans les discours et dans les choses, ce sont deux sortes de personnes que vos grands médecins. Entendez-les parler, les plus habiles gens du monde; voyez les faire, les plus ignorans du monde. » Est-il rien de plus clair et de plus positif. Beralde engage ensuite Argan à voir quelqu'une des comédies de Molière. *Argan* : « C'est un bon impertinent que votre Molière, avec ses comédies, et je le trouve bien plaisant d'aller jouer d'honnêtes gens comme les médecins ! » *Beralde* : « Ce ne sont point les médecins qu'il joue, mais le ridicule de la médecine. » Encore une fois, rien n'est plus formel que cette attaque.

Une seconde remarque à faire, c'est que Molière, vivant familièrement avec plusieurs médecins, notamment avec le docteur Mauvillain, suivit quelque temps d'excellens conseils qu'ils lui avaient donnés pour sa santé et dont il se trouvait bien. J'ai consigné ce fait ailleurs (Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc.) et j'y ai ajouté quelques développemens. Ces conseils prescrivaient à Molière : 1° de continuer l'usage du lait, dont il avait éprouvé de bons effets; 2° de ne plus jouer la comédie, ce qui fatiguait sa poitrine; 3° de vivre éloigné de sa femme, Armande Béjart, coquette évaporée, femme sans cœur, dont il était excessivement jaloux. Molière méprisa ou délaissa ces conseils, et il mourut d'une attaque d'apoplexie pulmonaire. Il n'avait alors que 51 ans; or, combien de chefs-d'œuvre n'aurait-il pas encore produits, si les sages conseils des médecins eussent été suivis avec persévérance et ponctualité!

Enfin, une dernière remarque, c'est que les plaisanteries de ce grand comique n'avaient pas à leur apparition la même célébrité qu'elles ont eu depuis. Molière n'eut que plus tard une immense et légitime réputation. Aussi les médecins du

La chimie organique s'est beaucoup occupée, dans ces derniers temps, de la composition du suc gastrique, et elle a cherché surtout à déterminer quel en est le principe actif ou chymificateur. Les chimistes ont attribué cette puissance à différentes substances. Suivant MM. Tiedemann et Gmelin, le suc gastrique doit ses propriétés dissolvantes aux acides chlorhydrique, acétique et butyrique, que l'analyse y montre à l'état de liberté. D'après MM. Schultz, Swan et Müller, cette force chymifiante ne ferait que se développer par les acides, et elle résiderait dans une matière spéciale à laquelle ils donnent le nom de *pepsine*. MM. Saudras et Bonchardat admettent que la dissolution est surtout opérée par l'action de l'acide chlorhydrique libre. Pour M. Dumas, la matière active du suc gastrique doit être comparée à une sorte de ferment, et M. Blondlot, adoptant cette opinion, pense que l'acidité de ce fluide est due au bi-phosphate de chaux qu'il contient, etc.

Enfin, tout récemment M. Payen a isolé le principe actif du suc gastrique auquel il donne le nom de *gastérase*.

On voit donc que s'il est prouvé aujourd'hui que la conversion des alimens en chyme s'opère par l'intervention du fluide gastrique, on est encore loin d'être d'accord sur la nature de l'agent spécial qui le produit, et, par suite, sur la nature intime de cette transformation elle-même.

En un mot, la chymification n'est-elle qu'une simple dissolution alimentaire, ou bien, par l'influence du suc gastrique, se passe-t-il encore dans les matières contenues dans l'estomac certaines modifications moléculaires qui ne sont que le début des mutations ultérieures qu'elles sont appelées à subir dans nos tissus?

Presque tous les chimistes ont admis la dissolution simple. Ils ont regardé le suc gastrique comme un agent dissolvant qui ne fait que désagréger, sans les modifier, les molécules des alimens solides pour les faire passer dans les voies de l'absorption.

En assimilant ainsi la puissance du suc gastrique à celle d'un menstrue chimique dont l'action naîtrait et finirait dans l'estomac, les partisans de la dissolution ont donné à ce fluide un rôle tout à fait secondaire dans la digestion, puisque son action sera pour ainsi dire suppléée, et deviendra inutile toutes les fois que les substances ingérées seront préalablement rendues liquides et capables d'être absorbées directement : ils ont, de cette façon, séparé complètement la chymification des autres phénomènes de la nutrition.

Nous rangeant dans l'opinion opposée, nous pensons qu'une interprétation si restreinte de la chymification est insuffisante pour la physiologie.

En effet, malgré les travaux des chimistes les plus distingués sur ce sujet, le liquide chymificateur n'a pu encore être remplacé par aucun autre des dissolvans auxquels on a voulu le comparer.

Poussant l'expérimentation physiologique plus loin qu'on ne l'avait fait, nous allons essayer de démontrer qu'il y a dans la chymification quelque chose de plus qu'une dissolution ou une simple catalyse.

Pour cela, placés à un autre point de vue que les partisans de la dissolution, nous ne nous bornerons pas à déterminer comment les alimens sont dissous dans l'estomac, mais nous chercherons surtout à établir par quelles conditions ils peuvent se métamorphoser dans le sang et servir aux phénomènes généraux de la nutrition.

Nous verrons que, considérée ainsi, la chymification doit être réunie aux autres phénomènes nutritifs dont elle n'est que le point de départ, et que le suc gastrique est le véhicule indispensable à toutes les actions moléculaires qui se passent dans les alimens, depuis leur digestion dans l'estomac jusqu'à leur conversion en produits ultimes.

Le suc gastrique devient donc un des agens les plus importans dans les phénomènes de la vie, et si le rôle que nous lui assignons se trouve bien démontré, on pourrait dire, sans craindre d'aller trop loin, que la chymification est aussi impossible sans le suc gastrique que la respiration sans l'oxygène.

Nous diviserons notre travail en deux parties : dans la première, nous rechercherons l'origine et la nature physiologique du suc gastrique. Dans la seconde, nous étudierons les usages du fluide gastrique, surtout au point de vue de la nutrition.

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'ORIGINE ET DE LA NATURE PHYSIOLOGIQUE DU SUC GASTRIQUE.

§ Ier. — DES CARACTÈRES DU SUC GASTRIQUE ET DE SA PRÉSENCE DANS L'ESTOMAC.

Les caractères du suc gastrique sont aujourd'hui trop bien connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Nous rappellerons seulement qu'à l'état pur c'est un liquide à réaction franchement acide, limpide, d'apparence aqueuse, d'une saveur légèrement salée et aigrelette, et d'une odeur *sui generis*, jusqu'à un certain point analogue à celle du petit lait. Enfin, nous ajouterons que ce fluide jouit de propriétés antiseptiques très prononcées, qu'il agit directement sur les matières alimentaires et les transforme en pâte chymeuse.

D'après les analyses données par M. Blondlot, la composition chimique du suc gastrique est la suivante :

Eau.		99
Sels.	Phosphate acide de chaux.	1
	Phosphate d'ammoniaque.	
	Chlorure de sodium.	
Matières organiques.	Principes aromatiques.	
	Mucus.	
	Matière particulière.	
		100

La muqueuse stomacale seule a le privilége de former ce fluide acide, et elle se sépare en cela du reste de la muqueuse intestinale, qui donne lieu, dans tous les autres points de son étendue, à des sécrétions neutres ou alcalines. La production du suc gastrique suit immédiatement l'ingestion des alimens, et elle est indispensable à la chymification. Mais, bien que ce liquide spécial n'arrive en abondance que lorsqu'il y est sollicité par la présence des matières alimentaires, la surface interne de l'estomac n'en offre pas moins constamment, et dans tous les temps, une réaction acide.

Cette opinion n'est cependant pas généralement adoptée, et plusieurs auteurs avancent que, hors le temps de la digestion, c'est-à-dire chez les animaux à jeun, l'estomac produit toujours une sécrétion muqueuse à réaction neutre ou alcaline. Ces assertions différentes ne s'excluent point,

---

temps ne s'en émurent pas autant qu'on le croit, si ce n'est les médecins de la cour si ouvertement bafoués dans l'AMOUR MÉDECIN. La Bruyère, qui vécut peu de temps après cette époque, dit nettement qu'on a beau railler les médecins, que la confiance qu'on a en eux ne diminue pas, non plus que leur fortune, etc. Dans un endroit, il s'écrie même : *O Fagon-Esculape!* Guy-Patin, si bien à l'affût de tout ce qui pouvait intéresser l'honneur de la profession, en parle peu dans ses lettres (1), et cependant, quoiqu'il fût vieux, il a pu voir et entendre la plupart de ces comédies. Il ne faut pas croire non plus que les médecins du temps de Molière étaient des pédans à rabat, des ignorans, des Diafoirus, des Purgons qu'on faisait bien d'immoler à la risée publique. Non certes, Guy-Patin, Riolan, Rivière, Chartier, Baillou, Pecquet, Guillemeau, Claude Perrault, Charles Pison, Duverney, Dodart, Colot (Philippe), et en dehors de la France, Harvey, Ruisch, Stenon, Malpighi, Borelli, Mercuriali, Thomas Bartholin, Spigel, Fabrice, Dehilden, Scultet, Leeuwenhoek, Sanctorius, et tant d'autres belles intelligences, n'étaient pas des savans à dédaigner et à railler. Molière a donc pu faire rire ses contemporains et la postérité de quelques ridicules grossis au microscope dramatique, mais il n'a jamais eu d'influence ni sur la médecine en elle-même, ni sur les vrais médecins. La médecine est un besoin naturel et social, elle existera tant que les hommes seront exposés à la douleur et aux maladies, c'est à dire tant qu'il y aura des hommes.

— Voudrait-on bien nous dire enfin ce que c'est que la *grippe*, puisqu'il faut l'appeler par son nom? N'est-ce qu'une simple affection catarrhale? Est-ce une maladie à part, une affection nerveuse, compliquée de bronchite? Nous n'en savons rien. Messieurs les *grippistes*, s'il en est, comme Broussais le prétendait, ont-ils une explication satisfaisante à nous donner? Je ne sais. Il est pourtant curieux de voir des recherches qu'on dit profondes, selon le mot consacré, sur une foule de maladies bizarres, assez rares pour que des médecins ne les observent jamais, tandis que les affections les plus communes, les plus journalières auxquelles nous et nos familles sommes continuellement exposés, sont tout à fait négligées et ignorées. Il n'y a que les bonnes femmes qui s'en occupent et qui les soulagent. Toutefois attendez,.. qu'un praticien puritain, de ceux qui se mettent au-dessus des théories, qui vouent les hypothèses au mépris, veuille bien l'étudier; tout aussitôt des centaines d'observations seront recueillies, racontées, énumérées, avec autopsies cadavériques bien entendu. Mais un principe fondamental et par conséquent des préceptes qui en naissent comme d'une tige féconde, c'est autre chose. Qu'en résulte-t-il? Qu'il faut toujours en revenir à la cruelle devise de Montaigne : QUE SCAY-JE?

— LA VIE D'UN MÉDECIN EN VOYAGE (THE LIFE OF A TRAVELLING PHYSICIAN), tel est le titre d'un livre publié à Londres, et qui, dit-on, a eu beaucoup de succès. A ce sujet, on a soulevé une question très délicate. On a demandé jusqu'à quel point un médecin avait le droit de publier *ses mémoires*, ses vrais mémoi-

(1) Si le temps et ma santé le permettent, j'ai préparé des travaux pour une *nouvelle* édition de ces fameuses *lettres*, ouvrage si piquant, si original, et en définitive si peu connu. Non seulement la médecine comme science et comme profession, mais les sciences, l'histoire et la philosophie de l'époque y sont présentées sous un aspect digne du plus haut intérêt.

comme on pourrait le croire, et les expériences suivantes vont expliquer leur apparente contradiction.

Si l'on examine les liquides que contient l'estomac d'un animal, pendant la digestion, on constate, dans tous les cas, qu'ils donnent une réaction acide très marquée; tous les observateurs sont unanimes sur ce point. Mais si l'on tue subitement un animal à jeun depuis vingt-quatre heures, et qu'on examine la cavité stomacale aussitôt après la mort, on y rencontre le plus souvent, il est vrai, une certaine quantité de liquide muqueux neutre, ou quelquefois même alcalin.

Il faudrait bien se garder d'en conclure, comme l'ont fait MM. Tiedemann et Gmelin, M. le docteur Beaumont et M. Blondlot, que la muqueuse gastrique est neutre ou alcaline dans cette circonstance; car si on enlève avec précaution les mucosités, au moyen d'une éponge fine ou d'une petite boulette de charpie, et qu'on place sur la muqueuse ainsi nettoyée un papier de tournesol, on voit constamment la réaction acide apparaître. Elle n'était, en effet, que masquée par l'enduit muqueux qui empêchait le suc gastrique de se manifester avec son caractère acide. Si l'on répète la même opération sur la muqueuse des intestins, on ne retrouvera nulle part, comme nous l'avons déjà dit, l'existence d'un liquide acide.

Ainsi donc, un état constant d'acidité distingue spécialement l'estomac, et chez les animaux où cet organe semble se confondre, pour son volume, avec le reste de l'intestin, on peut toujours en déterminer les limites à l'aide de ce caractère. Les âges n'y apportent pas de changemens sensibles; seulement, j'ai cru voir que l'acidité était plus intense chez les animaux adultes.

Mais un fait bien digne de remarque, c'est que la muqueuse de l'estomac est acide avant la naissance, et même à une époque très peu avancée de la vie intra-utérine.

Sur deux fœtus humains, l'un de sept semaines environ, et l'antre au troisième ou quatrième mois de la vie fœtale, j'ai vu dans l'estomac une petite quantité de liquide offrant une acidité très marquée, tandis que la surface de l'intestin grêle donnait une réaction légèrement alcaline.

Sur un petit veau de quatre mois de vie intra-utérine, la caillette renfermait un liquide bien manifestement acide; les intestins présentaient une réaction neutre, de même qu'une certaine quantité d'un fluide rougeâtre contenu dans la cavité péritonéale (1). Enfin, sur des petits chiens, des petits chats et des cabiais naissans, j'ai toujours rencontré la muqueuse stomacale acide.

Si, comme cela n'est pas douteux, le suc gastrique constitue l'agent essentiel de la chymification, on est en droit de se demander les usages de cet acide pendant la vie intra-utérine. Sans rien préjuger sur la solution de cette question, nous nous contenterons de signaler ce fait intéressant, qui, en s'ajoutant plus tard à de nouvelles recherches, pourra peut-être servir à éclairer les phénomènes encore si mystérieux de la nutrition dans le fœtus.

(1) Il est indispensable, pour faire ces observations, d'examiner les fœtus à l'état frais; car, s'ils se trouvent dans un commencement de putréfaction, l'acidité de l'estomac a disparu ou souvent même est remplacée par une réaction alcaline.

§ II. — DE L'ORIGINE DU SUC GASTRIQUE ET DE SA NATURE.

Chez les animaux à jeun, le fluide gastrique se réduit à une sorte de couche qui humecte la face interne de la membrane muqueuse stomacale; mais lorsque l'estomac entre en fonction, c'est-à-dire pendant la chymification, ce liquide est versé en grande abondance; c'est alors qu'il peut être recueilli et étudié.

L'observation nous apprend qu'au moment de l'ingestion des alimens, la muqueuse gastrique est le siége d'un afflux sanguin considérable. La surface interne de l'estomac devient turgescente, se colore d'un rouge intense; le réseau capillaire se gonfle et passe à un véritable état érectile, qui semble être la condition indispensable de la production abondante du suc gastrique.

On peut se convaincre de ces faits en comparant les estomacs de deux animaux tués subitement, l'un étant à jeun et l'autre étant en pleine digestion. La muqueuse stomacale du premier sera pâle, exsangue, affaissée, tandis que, chez le second animal, elle offrira tous les caractères d'éréthisme et de turgescence que nous avons indiqués. M. le docteur Beaumout, sur l'homme, et M. Blondlot, sur des chiens, ont pu observer directement ces phénomènes pendant la vie, dans un estomac qui digère. Ils ont vu en outre, au moment du contact des matières alimentaires, la muqueuse de l'estomac turgide laisser suinter le suc gastrique qui se réunissait sous forme de gouttelettes limpides comme une rosée qui ruisselait de toutes parts dans l'estomac. Puis ce liquide se trouvait bientôt porté sur les alimens et mélangé avec eux, à la faveur des mouvemens péristaltiques qui devenaient alors très rapides.

J'ai pu moi-même constater l'exactitude de ces assertions sur des chiens préparés à cet effet dans le laboratoire de M. Magendie.

D'après ce qui vient d'être établi, il est donc bien positif que le suc gastrique s'échappe par la surface interne de l'estomac; mais d'où provient ce liquide singulier, où se prépare-t-il, et quels sont ses organes de formation?

Toutes les fois que nous rencontrons dans l'économie un liquide produit, nous pouvons lui assigner deux sources différentes : tantôt il est formé dans un tissu glandulaire, et c'est un liquide *sécrété*; tantôt il s'exhibe directement d'un réseau vasculaire, et c'est un liquide *exhalé*.

Pour que le suc gastrique soit dans les conditions d'un fluide sécrété, il faut donc nécessairement que nous trouvions dans la membrane interne stomacale des glandes pour le préparer, c'est-à-dire des canaux plus ou moins ramifiés, venant s'ouvrir à la surface libre de la muqueuse, pour y verser le liquide gastrique qu'ils contiendraient déjà formé.

Or, à part les cryptes muqueux constatés dans l'estomac, comme dans tout le reste de l'intestin, on n'a jamais pu découvrir dans la membrane villeuse de l'estomac d'autres organes glandulaires en rapport avec la sécrétion du fluide gastrique.

C'est donc à la classe des liquides *exhibés* que le suc gastrique appartient. Recherchons maintenant, dans la texture de la membrane interne stomacale qui le produit, les conditions spéciales de sa formation.

Les élémens anatomiques de cette muqueuse sont de trois ordres :

---

res, comprenant nécessairement les malades qui se sont confiés à son savoir et à sa discrète prudence. Cette question est plus difficile à décider qu'on ne croit. Dans notre état, il est une responsabilité secrète que l'honnête homme s'impose à lui-même; il trouve, dans sa conscience, un surveillant caché qui ne lui pardonne ni ses oublis, ni ses erreurs, ni ses imprudences; éviter le scandale le plus possible, tel doit être le but de tout praticien honnête, et l'on peut dire judicieux. Le médecin est le prêtre de la société civile; son caractère est sacré, que sa vie et ses actions y correspondent. Ainsi, rien de ce qu'on lui confie ne doit être divulgué sans le consentement du malade. Non seulement il en doit être ainsi sous le rapport de la probité, mais encore dans l'intérêt de l'homme de l'art. On ferait un livre effrayant des malheurs que se sont attirés des médecins, pour un mot dit avec légèreté, pour une lettre peu réfléchie, un geste malencontreux. Qu'on se rappelle qu'Astruc eut un procès dispendieux pour avoir désigné un de ses malades par un *vir quidam;* ce dernier mot lui coûta beaucoup d'argent et beaucoup d'ennuis. Qui ne se rappelle la déplorable mort de l'illustre Delpech? Et pourtant, dans ce cas, il n'y avait que du soupçon; mais ce soupçon était entré dans le cœur et la tête d'un homme violent, et le résultat fut terrible. Soyons discrets, soyons prudens, ne faisons de *mémoires* que dans le forum de notre conscience.

— Il y a toujours une vieille et sourde guerre entre les praticiens vulgaires et les écrivains; bien souvent il n'est rien de plus ridicule, de plus faux que leurs prétentions réciproques. Ce qu'il y a de vrai, c'est que si un praticien, même célèbre, meurt sans avoir écrit un mot, c'en est fait en peu de temps de sa réputation, de ses souvenirs et de son nom : *Periit memoria cum sonitu.* Il est pénible de le dire; mais la pommade de Dupuytren, à côté de la pommade du lion, des clyso-pompes à jet continu, et autres merveilles de ce genre, est peut-être ce qui contribue le plus à rappeler aux contemporains le nom de ce grand chirurgien. Quelle gloire! Quel piédestal dans la quatrième page des journaux! Il y a pourtant des esprits étroits, resserrés dans tous les diamètres, qui sont bien convaincus que les hautes théories de la science sont en opposition avec les connaissances pratiques. Véritables acéphales de l'intelligence, ils ont les yeux du corps et non de l'esprit; par cela même, ils voient peu, ils voient mal, ou ne voient pas du tout. Ils ont des mains, ils font, ils agissent; mais leurs idées étant stériles, ils manquent de logique et par conséquent de sens commun médical; aussi ne pensent-ils jamais par eux-mêmes. J'ai connu autrefois un médecin de cette espèce, vieux praticien, encroûté, entêté, routinier, de l'intelligence la plus rachitique. Un jour cependant il lui passa par la tête de faire aussi un *mémoire* scientifique, sur les caractères de la fièvre bilieuse. Il me l'apporta en manuscrit : Tenez, confrère, me dit-il, d'un ton de paternité satisfaite, lisez ce travail; il n'y a pas d'esprit là-dedans. Et il faut convenir qu'il avait parfaitement raison. Non seulement l'esprit, mais la raison, le simple bon sens, faisaient défaut complètement; des idées communes et mal conçues, des faits interminables, observés sans discernement, exposés sans méthode; un style incorrect, plat et nauséabond, obscur, embrouillé, véritable *cœcum* où tout s'accumulait, tel était le travail de ce grand praticien, méprisant quiconque perdait son temps à tenir la plume. L'horizon de ses idées théoriques n'était pas plus étendu. Comme je lui demandais pourquoi il faisait un si grand usage de l'émétique; car il l'employait dans tous les cas indistinctement, voici sa réponse textuelle :

1° les cryptes ou follicules qui sont affectés à la sécrétion du mucus, et sur lesquels nous ne reviendrons pas ; 2° le réseau vasculaire ou tissu intermédiaire ; 3° des petits corpuscules particuliers décrits récemment par M. Gruby.

Le réseau vasculaire ou tissu intermédiaire présente la disposition villeuse bien caractérisée. Les villosités de l'estomac, un peu moins allongées que celles de l'intestin grêles, sont pourvues d'un épithélium de même nature. En vertu de leur identité complète de structure avec les villosités de l'intestin, qui ne produisent nécessairement aucun liquide acide, nous leur assignerons les mêmes usages dans l'absorption, et nous les regarderons comme étrangères à la production du suc gastrique. Mais ce n'est pas là tout : outre les villosités, il existe encore dans l'estomac un autre réseau vasculaire dépourvu d'épithélium, entourant les petits organes que nous avons mentionnés plus haut. Ces corpuscules, récemment décrits par M. Gruby, et que la complaisance de cet habile micrographe m'a mis à même de constater, ne se rencontrent que dans l'estomac. Ils existent en très grande quantité dans toute l'épaisseur de la muqueuse, et représentent, quant à leur forme, de petits croissans dont les deux extrémités libres se terminent à la surface interne de la muqueuse de l'estomac. Ils sont encore entourés de vaisseaux très déliés, et constituent des organes pleins, formés d'une sorte de tissu celluleux ne laissant nulle part des interstices, et dans la disposition desquels on ne constate jamais ni cavité, ni orifice.

Il n'y a donc pas la moindre analogie entre la conformation de ces petits corps et celle d'une glande. Cependant, si l'on considère leur rapport intime avec le réseau vasculaire, on reste convaincu qu'ils ont un rôle à remplir dans la production du suc gastrique. Ils peuvent agir, en effet, en vertu de leur texture feutrée à la manière de petits filtres que le suc gastrique doit traverser pour arriver jusqu'à l'estomac.

Ils serviraient, pour ainsi dire, à exercer sur les matériaux du sang une action plus intime que celle qui se passe dans les exhalations ordinaires.

Cette action est d'autant plus probable que le fluide gastrique, comme nous le verrons, est le plus parfait de tous les liquides exhalés.

En définitive, le siége anatomique d'exhibition du suc gastrique est dans le réseau musculaire stomacal dépourvu d'épithélium, auquel on doit joindre, comme annexés au perfectionnement de la même fonction, les petits corpuscules de M. Gruby.

La condition physiologique de cette exhibition se trouve à son tour dans l'afflux de sang qui rend l'estomac turgide pendant la chymification. C'est à ce moment, en effet, que le fluide gastrique s'échappe instantanément en traversant le tissu de la muqueuse, comme si c'était un véritable filtre qui laisserait passer certaines parties et retiendrait les autres.

Cette exhibition spéciale du suc gastrique des matériaux du sang ne serait donc, suivant nous, ni une exhalation simple, ni une sécrétion ; la physiologie expérimentale va, en effet, nous le démontrer, et prouver que notre interprétation des faits anatomiques est l'expression exacte de la vérité.

Les expériences que nous avons instituées dans cette vue se divisent en deux catégories. Dans la première série, les résultats expérimentaux nous indiqueront l'origine précise du suc gastrique et le mécanisme de sa production. Dans la deuxième série d'expériences, nous irons plus loin ; non contens de savoir d'où émane le suc gastrique, nous rechercherons quelle est sa nature physiologique, et nous essaierons de la démontrer expérimentalement.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Origine du suc gastrique et mécanisme de sa production.

Nous avons dit que le suc gastrique se produisait par l'exhibition directe de certains matériaux de la masse sanguine, qui s'accumulaient, pour ainsi dire, dans la muqueuse stomacale au moment de la digestion : appuyons cette proposition de preuves expérimentales.

Exp. I. — Sur un chien à jeûn et bien portant, après avoir ouvert largement les parois abdominales, j'ai isolé avec soin le tronc cœliaque, et j'ai lié toutes les artères qui en naissent, excepté les coronaires stomachiques, puis j'ai fendu transversalement la paroi antérieure de l'estomac, dont j'ai nettoyé et essuyé avec soin la surface interne, au moyen d'une éponge fine. L'expérience étant ainsi préparée, j'ai tué subitement l'animal par la section du bulbe rachidien, et j'ai poussé immédiatement dans les artères de son estomac 80 centilitres de sang artériel chaud, qu'on venait de tirer de la carotide d'un autre chien (1).

On doit employer une pression douce et lente : on peut la calculer et la rendre égale à celle du cœur au moyen de la seringue à manomètre de M. Poiseuille.

Sous l'influence de cette injection du sang artériel chaud, on voit la muqueuse stomacale se colorer, s'injecter et laisser suinter à sa surface libre une sorte de rosée transparente. Ce liquide exsudé offre, comme le suc gastrique, une réaction acide, et il est à regretter qu'on ne puisse jamais en obtenir une assez grande quantité pour le recueillir et étudier son action dissolvante.

Cependant, on ne saurait se soustraire à la puissance d'analogie qui existe entre la manière dont se forme le suc gastrique et cette sorte de transsudation acide qu'on produit artificiellement dans l'estomac.

Si l'on objecte que le liquide acide qui a suinté à la surface de l'estomac existait antérieurement dans le tissu de la muqueuse, et que l'injection sanguine que j'y ai poussée n'a fait que le déplacer et le mener au-dehors en gonflant les vaisseaux, je répondrai par une autre expérience.

En effet, si on mélange préalablement au sang artériel qui doit être injecté une très petite quantité (2 ou 3 grammes) d'une solution faible de cyanure jaune ferruré de potasse, qui n'altère pas les élémens sanguins, on retrouvera toujours ce sel dans le liquide acide qui s'exhibe de la muqueuse, preuve évidente que cette exhibition est due aux élémens du sang injecté et que son produit ne saurait être considéré comme le fait d'une exhalation antérieure.

Nous allons voir, par les expériences suivantes, que c'est de cette manière que les choses se passent pendant la vie.

Exp. II. — Dans une première expérience, j'ai fait prendre un repas assez copieux de viande hachée à un jeune chien, vigoureux et de taille moyenne.

Un quart-d'heure après, c'est-à-dire lorsque l'estomac devait être le siége d'un afflux considérable de suc gastrique, j'ai injecté dans la jugulaire de l'animal 15 grammes d'une solution faible de cyanure jaune ferruré de potasse (1 gramme de sel cristallisé pour 100 grammes d'eau distillée).

(1) Pour tirer rapidement et convenablement ce sang, il faut ajuster à la carotide une seringue dont le piston soit très doux. Le sang remplit bientôt la seringue en soulevant le piston par sa propre force d'impulsion. Au moyen de ce procédé très expéditif, on n'expose pas le sang à l'air et on n'a pas à craindre sa coagulation.

« Apprenez, mon jeune confrère, que plus on récure une marmite, plus la soupe est de bonne qualité. » Mais c'était un médecin des plus occupés, *courant la pratique*, comme il le disait du matin au soir, travaillant à la solution de ce grand problème : gagner le plus d'argent possible, dans le plus bref délai possible.

— Une société scientifique a célébré, à Londres, le 30 décembre dernier, sous la présidence du lord Dudley Stuart, le *trois centième* anniversaire de la publication du célèbre ouvrage de Copernic, médecin, DE ORBIUM COELESTIUM REVOLUTIONIBUS, fondement et origine de l'astronomie moderne. Ceci rappelle les quinze cents éditions d'Horace, les trois mille éditions de l'IMITATION de Jésus-Christ. Qu'ils sont rares les ouvrages qui jouissent d'une semblable perennité de réputation ! Il ne faut pas s'en étonner, ces livres portent l'empreinte du génie élevé à sa plus haute puissance ; or, quoi de plus rare ? Il faut convenir encore qu'il y a des livres qui réussissent et d'autres qui restent dans un injuste oubli, sans causes bien connues, par caprice des événemens. La fortune des livres, comme on l'a remarqué, ferait le sujet d'un bon livre : *Quidam merentur famam, quidam habent*, dit Juste Lipse. (*Epistol.* I, *cent.* I.) Ce qui ne veut pas dire que les livres oubliés soient bons, il s'en faut de beaucoup ; le très grand nombre, au contraire, n'est méprisé, négligé, que parce qu'ils méritent de l'être ; ils n'étaient pas marqués du sceau de la vie.

— Au milieu de la bataille de Waterloo, peu de temps après le court entretien que j'eus avec Larrey (GALERIE MÉDICALE, n° XIV), m'étant réuni à deux de mes collègues, nous fûmes abordés par un petit commissaire des guerres, adjoint provisoire, qui nous demanda brusquement ce que *faisaient* et ce que *disaient* les blessés. Nous répondîmes, à cette singulière et impertinente question, que nous n'en savions rien, que ce n'était pas là notre affaire. Alors le petit commissaire des guerres adjoint provisoire, piqué de notre réponse, haussant le ton, répliqua que, méconnaissant son autorité, il porterait plainte et nous ferait passer à un conseil de guerre. On peut juger du peu de cas que nous fîmes de ses menaces. Mais le lendemain, nous fûmes complètement vengés. Une partie de l'armée avait passé, dans un désordre inouï, le pont de la Sambre, à Charleroi ; soldats, officiers, chirurgiens, nous nous reposions tous de nos fatigues, lorsque nous vîmes le héros administratif, modestement à pied, cheminant dans la boue ; comme il portait ses hardes en paquet sur *son dos*, un *vieux de la vieille* dit tout haut : « Voilà un commissaire très prudent, il a soin de marcher *devant* son bagage. » Cette saillie de bon comique fit éclater de rire tous les assistans. L'embarras du maintien, la rougeur au front du pauvre bafoué, surtout nous ayant aperçus, nous prouvèrent que la plaisanterie avait porté coup. Comme vingt-neuf ans se sont écoulés depuis la fatale journée de Waterloo, j'ignore le destin du petit commissaire des guerres adjoint provisoire ; peut-être est-il mort, peut-être a-t-il prospéré ; car c'est un bon métier que flatter, ramper et gratter du papier.

— Voulez-vous savoir la cause des mouvemens du cœur ? La voici d'après l'explication qu'en donne Aristote dans son livre des *problêmes*. Je me sers d'une vieille traduction imprimée, en 1606, comme plus vraie et plus ingénue. « C'est à cause que l'esprit qui l'a engendré est plus subtil que l'air ; lequel, pour sa ténuité et subtilité, cherche lieu plus ample, en remplissant la concavité du cœur, dont s'ensuyt et provient sa dilatation. C'est comme le gland mis au

Cette solution circule avec le sang et traverse tous les tissus organiques sans produire le moindre accident quand on l'injecte à cette dose.

Le chien n'en fut nullement incommodé, et il mangea encore de la viande qu'on lui offrit aussitôt après l'injection du cyanure dans la jugulaire.

Vingt-cinq à trente minutes après (1), l'animal fut tué subitement par la section du bulbe rachidien.

Voici ce qu'on trouva à l'autopsie :

L'estomac, dont la membrane interne était turgide, contenait le bol alimentaire mélangé dans sa périphérie d'une certaine quantité de liquide gastrique à réaction bien acide. Cette partie, la plus extérieure des alimens, étendue d'un peu d'eau distillée et jetée sur un filtre, donna un liquide acide qui précipitait en bleu par les sels de fer. La surface interne de l'estomac, non lavée, prenait une coloration bleue intense dans tous les points où l'on laissait tomber quelques gouttes d'un sel de fer.

Les alimens n'ayant pas encore eu le temps de franchir le pylore, l'intestin grêle n'en contenait pas. Il y avait seulement des matières muco-glaireuses à réaction neutre ; les ayant étendues d'eau distillée et jetées sur un filtre, la liqueur qui passa était neutre et ne donnait lieu à aucun précipité bleu par les sels de fer. La muqueuse intestinale non lavée ne donna elle-même, dans aucun point, une réaction indiquant la présence du cyanure ferruré de potasse.

Toutes les sécrétions furent ensuite examinées avec soin.

Les glandes salivaires, soit en divisant leur tissu, soit en incisant leurs conduits excréteurs, ne donnèrent, par les sels de fer, aucune réaction en bleu indiquant la présence du cyanure ferruré de potasse.

Le fluide pancréatique était dans le même cas. Les séreuses du péricarde et du péritoine ne donnaient pas de coloration bleue quand on les humectait avec une dissolution d'un sel de fer. Le liquide céphalo-rachidien recueilli et examiné avec soin n'indiquait pas de trace de cyanure ferruré de potasse aux réactifs. Les urines, légèrement acides, précipitaient en bleu très abondamment par l'addition de quelques gouttes de persulfate ou de perchlorure de fer.

Ces expériences, que j'ai répétées un très grand nombre de fois avec les mêmes résultats sur des chiens et des chats, demandent, pour bien réussir, d'être faites sur des animaux bien portans et préférablement jeunes.

Les conséquences qu'on en peut tirer sont :

1° Que le suc gastrique se produit au moment de la digestion par une sorte de perspiration instantanée de certains principes du sang qui diffère essentiellement des sécrétions ou des exhalations séreuses ;

2° Que cette perspiration ne se fait que dans l'estomac.

Chacune de ces propositions demande à être développée en variant les expériences pour les entourer encore d'argumens nouveaux.

Le cyanure ferruré jaune de potasse introduit dans la circulation n'a pu arriver dans l'estomac que parce que le suc gastrique qui se formait au même moment l'a entraîné avec lui : ce qui le prouve, c'est que le passage de cette substance dans l'estomac n'a pas lieu quand on l'injecte sur un animal à jeun, c'est-à-dire chez lequel il ne se produit pas de suc gastrique.

D'un autre côté, puisque le suc gastrique contient du prussiate de potasse dès qu'il y en a dans le sang, il devient évident que ce suc se sépare instantanément : en effet, huit ou dix minutes après l'injection sur un animal qui commence à digérer, on peut déjà constater de la manière la plus facile la présence du cyanure ferruré de potasse dans l'estomac.

Cette production du fluide gastrique, avons-nous dit, semble être une émanation directe du sang différente des phénomènes de sécrétion ou d'exhalation.

La vérité de cette proposition se trouve démontrée par l'absence de cyanure ferruré de potasse dans les glandes et les membranes séreuses.

Mais, comme on pourrait objecter que la salive, la sérosité, etc., ne contenaient pas de prussiate, parce qu'elles avaient été sécrétées avant l'introduction de ce sel dans le sang, j'ai varié l'expérience de la manière suivante :

Exp. III. — Sur un chien jeune et bien portant, auquel je venais d'injecter la dose ordinaire de cyanure ferruré de potasse (1), j'ai excité simultanément plusieurs sécrétions : celle du suc gastrique, en donnant à manger à l'animal ; celle des larmes, en lui jetant du tabac dans les yeux ; celle de la salive, en lui mettant du poivre dans la gueule.

Aussitôt les yeux devinrent larmoyans, et je recueillis les larmes sur des lanières de papier buvard, qui s'en trouvèrent ainsi imbibées. J'opérai de la même façon pour la salive, en introduisant des lanières de papier dans la gueule très humide. Le chien ayant alors été tué, j'ouvris son estomac, et je mouillai encore des morceaux de papier buvard dans le liquide gastrique. Ces trois papiers furent ensuite trempés dans une dissolution de sulfate de fer : celui qui était imbibé de suc gastrique prit bientôt une teinte bleue très marquée, tandis que les deux autres ne changèrent pas de couleur.

En versant également un sel de fer sur la muqueuse stomacale, on avait un précipité de bleu de Prusse qu'on n'obtenait pas en agissant sur la face interne des conduits salivaires, ou sur la conjonctive encore mouillée de larmes.

Cette expérience me semble à l'abri d'objections, puisque nous avons opéré, dans ce cas, sur des liquides qui avaient été produits tous en même temps et pendant que le cyanure ferruré de potasse était dans la circulation, comme l'a prouvé le sang de l'animal dont le sérum contenait encore de cette substance au moment de la mort.

Il faut donc admettre que, de tous les liquides sécrétés ou exhalés mentionnés plus haut, le suc gastrique seul est toujours imprégné des matériaux étrangers introduits dans la masse sanguine, qu'il semble être une émanation plus directe du sang, et qu'il se trouve ainsi lié de la manière la plus intime aux conditions organiques normales ou morbides de son fluide générateur. Nous verrons plus tard combien ces considérations deviendront fécondes, et quelles sont les conséquences importantes qui en découlent pour la pathologie.

Il nous reste à prouver que le suc gastrique ne se forme que dans l'estomac. L'expérience qui va suivre ne laissera, je crois, aucun doute à ce sujet.

Exp. IV. — J'ai fait manger à un chien une soupe contenant 4 grammes de lactate de fer préalablement dissous. J'attendis environ une demi-heure pour qu'il y eût une partie des alimens descendus dans l'intestin : alors je donnai au

(1) Il faut toujours attendre ce laps pour être bien certain qu'il n'existe plus de cyanure dans le sang.

(1) Ces expériences pourraient se faire avec d'autres sels, mais je préfère le prussiate de potasse, parce que cette substance circule dans le sang sans se décomposer, et qu'elle se reconnaît à des quantités très minimes.

feu ; la chaleur incontinent resoult l'humidité d'iceluy en fumée et le faict tressauter. » Eh bien ! cette explication qui nous paraît si absurde a satisfait les philosophes, les sages, les savans, pendant près de mille ans, jusqu'à la grande découverte de Harvey. Supposons maintenant le même nombre de siècles dans l'avenir, et mettons en présence de l'arrière postérité, notre savoir, nos doctrines et nos prétentions actuelles ; il est à peu près certain que nos explications des phénomènes de l'économie feront pitié aux médecins de cette époque ; ils ne pourront comprendre comment des hommes doués d'un peu de sens ont pu se contenter de pareilles interprétations des secrets et des lois de la vie. Et puis croyons à ce moi, gros d'orgueil et de suffisance ; soyons vains, superbes, intolérans, pour les opinions des autres. Pauvre nature humaine qui conserve toujours quelque chose de sa boue primordiale !

— Quand il s'agit de l'analyse des symptômes d'une maladie, on recommande de distinguer l'élément *bilieux*, l'élément *sanguin*, l'élément *adynamique*, etc. C'est bien ; mais pourquoi se taire sur l'élément *moral*, ce ressort si puissant, si efficace, dans la main de celui qui sait l'employer à propos ? Voici un fait dont nous pouvons garantir l'authenticité, à l'appui de l'assertion qui précède : En 1814, à l'époque où Paris fut attaqué par l'armée des alliés, un officier reçut, dans la plaine de Saint-Denis, un coup de feu qui lui fracassa la jambe. Il fut décidé qu'on l'enverrait dans un des hôpitaux de la capitale ; mais les moyens de transport manquant absolument, on le mit sur un âne, qu'une paysanne effrayée conduisait à Paris avec son bagage et ses ustensiles de ménage. Avant de franchir la barrière, la petite caravane ayant fait halte, on plaça le blessé à terre sur un matelas, et la femme s'assit à côté de lui. Comme elle était jeune et jolie, l'officier ne put s'empêcher d'en faire la remarque et de lui passer la main sous le menton. Cette femme pour ainsi dire stupéfaite de cette action de la part d'un homme qu'elle croyait mourant, s'écria : *Tiens ! c't'autre qui pense encore à la bêtise !* Le blessé partit aussitôt d'un éclat de rire prolongé. Il racontait que pendant son traitement qui fut long et accompagné d'accidens, le souvenir de l'expression triviale, mais singulière et énergique, de la jeune paysanne excitait toujours en lui, malgré ses douleurs, une envie de rire qu'il ne pouvait maîtriser. Il affirmait, non sans raison, que ce sentiment de gaîté contribua, sous plus d'un rapport, à soutenir son moral et aider puissamment à son rétablissement.

— Depuis longtemps on nous enseigne que la chair, le sang, les nerfs constituent l'homme ; que le bœuf, le mouton, le vin, la bière modifient nos opinions ; qu'elles naissent et se développent sous l'influence de nos alimens, de notre atmosphère, de tout ce que nous entendons, voyons et touchons, qu'elles poussent et fructifient au sein de nos organes, comme la bulbe au sein de la terre. Il y a du vrai dans cette opinion, mais il faut savoir l'y reconnaître. Tout ne se fait pas ici d'une manière instinctive, le moi *choisit* tel ou tel aliment, il *recherche* une atmosphère plutôt qu'une autre, il se règle d'après certains principes, il se *conforme* à une méthode d'hygiène qu'il a su apprécier, examiner, approfondir, etc. Le matérialisme pur est donc peu conséquent, et les assertions de cette manière de philosopher tout à fait sans fondement. Nos corps passent par toutes les révolutions de la matière, soit ; mais la persistance du moi est toujours identique dans le fond, parce que c'est là l'être en lui-même. Plus on se nourrit aux entrailles de la science, plus on se pénètre de cette vérité. Mais le pourquoi, le

chien un lavement de lactate de fer qu'il garda, et je procédai immédiatement à l'injection de la dose ordinaire de cyanure ferruré de potasse par la jugulaire: l'animal n'éprouva aucun accident de toutes ces opérations; il mangea un peu de viande qu'on lui offrit, et il fut sacrifié 25 minutes après l'introduction du prussiate de potasse dans le sang.

Le canal intestinal fut enlevé avec soin, et après l'avoir ouvert et étalé dans toute son étendue, on constata que les matières renfermées dans l'estomac étaient colorées et imprégnées par le précipité d'hydrocyanate d'oxyde bleu de fer ou bleu de Prusse, résultant de la combinaison du lactate de fer avec le prussiate de potasse apporté par le suc gastrique qui arrive d'une manière incessante pendant la digestion stomacale.

Le commencement du duodénum contenait aussi quelques parcelles chymeuses colorées en bleu, mais le reste de l'intestin grêle et le gros intestin n'offraient nulle part ce phénomène de combinaison, quoiqu'ils eussent été, comme l'estomac, arrosés avec un sel de fer (1).

Ces faits parlent d'eux-mêmes sans qu'il soit besoin de les commenter davantage. Ils viennent corroborer les expériences précédentes, et apportent un nouvel appui aux conclusions que nous avons énoncées touchant l'origine du suc gastrique, savoir :

1° Que ce fluide est une production exclusive de la muqueuse stomacale;

2° Qu'il est formé instantanément au moment de l'ingestion des alimens, et que sa production continue tant qu'il reste des matières dans l'estomac;

3° Que le suc gastrique ne se forme qu'à la faveur d'un afflux de sang très considérable, dont l'estomac est le siége pendant la digestion;

4° Qu'un des caractères capitaux de ce fluide est de représenter toujours l'état du sang au moment de sa formation;

5° Enfin, que le fluide gastrique doit être considéré comme une exhibition de certains principes du sang au travers de la muqueuse de l'estomac.

SECONDE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Recherches sur la nature physiologique du suc gastrique.

La réaction acide de ce suc gastrique, comparée à l'état alcalin du sang, indique qu'il s'est passé, au moment de son exhibition, et dans les élémens du sang, des modifications intimes qu'il importe d'étudier, pour se faire une juste idée de la nature physiologique du suc gastrique. Il nous faut donc rechercher la cause et les principes de cette acidité, et déterminer d'abord dans quel milieu anatomique elle se produit.

L'expérience suivante va nous montrer nettement le lieu de cette production.

Exp. I. — Si sur un animal on injecte simultanément, par une jugulaire, du cyanure ferruré de potasse, et, par l'autre, une solution étendue de proto-sulfate de fer (c'est à dessein que je choisis le sulfate de fer, nous verrons plus loin la raison de cette préférence), ces deux substances circulent dans le sang et ne déterminent pas entre elles de réaction apparente (1), tandis qu'elles se combinent d'une manière évidente dans le suc gastrique.

Cette double injection fut faite sur un chien de forte taille et très vigoureux, un quart d'heure après un repas assez copieux.

L'animal fut un peu stupéfié par cette injection; cependant il se remit bientôt et mangea encore après.

Une heure et demie après, le chien fut sacrifié, et j'ouvris immédiatement son estomac; mais à mon grand étonnement, je dois le dire, je trouvai le bol alimentaire imprégné d'un précipité bleu très évident, tandis que la muqueuse stomacale turgescente n'offrait en aucun point cette coloration.

J'examinai ensuite avec le plus grand intérêt tous les organes et tous les tissus du corps, et nulle part je ne rencontrai de réaction bleue.

Cette expérience a été répétée trois fois avec des résultats identiques, de sorte qu'il n'y a pas à en douter. Les considérations auxquelles elle peut donner lieu sont intéressantes à plus d'un titre; mais nous en tirerons seulement la conséquence que le suc gastrique n'est acide qu'au moment où il est versé sur la surface libre de la muqueuse stomacale; car, puisque la réaction des sels s'opère dans le liquide gastrique, il est évident que si ce fluide eût été acide, en traversant la membrane interne de l'estomac, le bleu de Prusse s'y serait déposé, et tout son tissu eût été comme teint par cette coloration qui résiste au lavage.

Cette acidité toute superficielle de la muqueuse de l'estomac se vérifie du reste avec la plus grande facilité : si on gratte très légèrement la surface villeuse d'un estomac acide avec la lame d'un scalpel, on verra que la réaction acide disparaît immédiatement dans le point gratté, preuve que toute l'épaisseur du tissu muqueux n'est pas imbibé du suc gastrique acide. Mais, de ce que le suc gastrique ne revêt son caractère acide que lorsqu'il est dans l'estomac, il ne faut pas en inférer, comme l'a fait Montègre, que ce fluide est sécrété alcalin, et que c'est par une réaction secondaire, ou une sorte de fermentation, qu'il devient acide. Nous savons, en effet, que de la muqueuse vivante d'un animal qui a une fistule stomacale, on voit le suc gastrique sourdre en gouttelettes acides, alors qu'il n'a pu certainement avoir subi aucune réaction secondaire.

C'est donc dans la séparation moléculaire que la muqueuse de l'estomac exerce sur les principes du sang, qu'il faut chercher la cause de l'acidité du fluide stomacal.

Et d'abord, si nous consultons les analyses chimiques du suc gastrique (2), nous remarquerons que les acides lactique, butyrique, acétique, phosphorique, chlorhydrique, qu'il contient, se rencontrent déjà tout formés dans le sang. Et si nous voulons rester logiques, il faut dire que l'action de la membrane muqueuse de l'estomac consiste à *séparer du sang les acides que ce liquide contient.*

(1) Beaucoup d'observateurs ont signalé une réaction acide dans le cœcum, et ils ont cru pouvoir induire de cette particularité qu'il se formait là en quelque sorte une deuxième digestion. Il n'en est rien; car jamais il ne se produit de fluide semblable au suc gastrique dans le cœcum, et l'acidité qu'on y remarque n'appartient pas à la muqueuse cœcale, mais elle est due à une transformation lactique que les matières intestinales éprouvent quand elles contiennent des principes sucrés. Les expériences de M. Blondlot ne laissent aucun doute à cet égard. Sur des chiens, j'ai constaté moi-même cette réaction acide, après la mort, toutes les fois que j'ajoutais beaucoup de sucre à leurs alimens, et jamais je ne l'ai rencontrée quand je leur ai donné de la viande seule.

(1) Il se passe probablement dans l'expérience que nous citons un phénomène fort bien connu en chimie, c'est-à-dire qu'il se formerait des hydrocyanates avec les alcalis du sang, et que l'oxyde de fer resterait dissous à la faveur des matières organiques. Cependant j'avoue que si ce cas peut s'expliquer, il n'en serait pas de même pour un certain nombre d'autres combinaisons que j'ai tentées dans le sang.

(2) Analyses de Tiedemann et Gmelin, etc.

comment, la vue translucide de ces phénomènes ne sont pas donnés à l'homme. La réalité qui tombe dans nos sens n'est pas toute la réalité, mais nous ne pouvons la découvrir. Malgré notre indomptable, notre éternel désir de pénétrer au-delà du perceptible, de nous élever au-dessus de la réalité, il y a des barrières infranchissables à notre nature; soumettons-nous donc comme les anges à la nécessité d'ignorer.

— Voici ce qu'on lit dans un journal (nous abrégeons quelques détails) : Un homme s'est fait une réputation aux environs de Paris, de guérir les hydrophobes; il passe pour avoir un moyen curatif certain. Un maire du voisinage est mordu par un chien; cet individu lui fait prendre un breuvage, puis il le cautérise; la cautérisation tardive et mal faite n'eut aucun effet. Le malheureux succomba. Action du procureur du roi, procès, débat, condamnation. Puis le journal ajoute : « *Malgré les efforts* de son avocat, l'inculpé a été condamné à 25 francs d'amende. » Comme on le voit, et comme on l'a dit par ironie, 25 fr. d'amende, le châtiment est sévère, mais il le fallait. O dérision! ô démence de la loi! comment ne pas voir qu'il y a non seulement ici exercice illégal de la médecine, mais un véritable homicide, un crime et non pas un délit?

Dans ce procès ainsi que dans un autre du même genre, un docteur en médecine a avoué qu'il *exploitait*, telle est son expression, la réputation de l'accusé. Ce même médecin patronait aussi avec son diplôme, un *rebouteur* et un *médecin d'urines*, et l'on se partageait les profits. Le journal rapporte même le traité fait entre les charlatans et le docteur en médecine; très certainement l'opprobre est du côté de ce dernier. Qu'on vienne maintenant parler de garanties suffisantes dans la loi actuelle, nous dire que la réorganisation-projet est à peu près superflue, que cette halte dans le vide et dans la boue où nous sommes est le seul degré possible d'amélioration, que l'exploitation de la sottise et de la crédulité humaines par le charlatanisme est une chose toute simple, etc. Pauvre profession, elle est bien malade! Mais où est le médecin? Quand songera-t-on aux remèdes?

R. P.

— La Cour royale vient de rendre son arrêt dans le procès en contrefaçon intenté par M. Gannal à M. Marchal (de Calvy). Le Tribunal de première instance avait rejeté la plainte.

La Cour, sur les conclusions de M. l'avocat-général Bresson, a rendu l'arrêt suivant :

« Considérant que Gannal n'impute pas à Marchal d'avoir procédé à l'embaumement du cadavre de Cipriani par l'emploi du liquide dont la propriété exclusive lui est assurée par un brevet d'invention;

» Mais considérant qu'il lui reproche d'avoir opéré cet embaumement au moyen d'un autre liquide injecté par une ouverture faite à l'artère carotide;

» Que ce procédé était connu et décrit dans des ouvrages publiés antérieurement à l'obtention du brevet délivré à Gannal en septembre 1837, confirme le jugement du Tribunal de la Seine. »

Telle est, en effet, la veritable explication de la production si singulière du suc gastrique.

Nous allons résumer les principales preuves à l'appui, en prévenant que toutes nos expériences ont été faites sur des animaux en pleine digestion.

1° Si l'on injecte dans le sang les acides lactique, phosphorique, butyrique et acétique, on les retrouve dans l'estomac.

2° Si l'on injecte des solutions alcalines de magnésie et de fer, jamais on n'observe dans le suc gastrique la présence de ces bases.

3° Si l'on injecte des sels, tels que le lactate de fer, le butyrate de fer ou de magnésie, ces sels sont décomposés, leurs acides se retrouvent dans le suc gastrique, et les bases ont passé dans les urines. Si l'on empoisonne un animal en lui injectant du cyanure de mercure, les matières alimentaires que contient l'estomac ont l'odeur très prononcée d'acide cyanhydrique, et jamais on n'y retrouve le mercure.

4° Toutes les fois qu'on emploie un sel minéral qui n'est pas susceptible de se décomposer dans le sang, ce sel passe en nature dans le suc gastrique.

C'est ce qui arrive pour le cyanure jaune ferruré de potasse et pour le sulfate de fer, et c'est la raison qui fait qu'en injectant simultanément ces deux sels dans le sang, ils viennent se rendre en nature dans l'estomac et former dans le suc gastrique un précipité d'hydrocyanate bleu de fer, comme le prouvent nos expériences précédentes (exp. 1re, 2e sér.). En effet, si dans ces expériences que nous citons, on emploie, comme je l'ai fait un très grand nombre de fois, le cyanure ferruré de potasse, et le lactate de fer, on n'obtient jamais de réaction dans l'estomac, parce que le cyanure ferruré de potasse seul y passe, et que le lactate de fer décomposé ne laisse passer que l'acide lactique, tandis que le fer est retenu dans le sang.

En résumé, la muqueuse de l'estomac, en produisant le suc gastrique, *ne fait que séparer du sang les principes acides que ce liquide contient déjà tout formés* (1); elle opère entre ces élémens acides et alcalins une sorte de départ moléculaire, qui semble, jusqu'à un certain point, analogue à ce qui se passe lorsqu'on verse sur un filtre de charbon animal un plombate alcalin : on sait que si on agit sur le plombate de potasse, par exemple, la potasse seule passe, tandis que le plomb reste dans le filtre (2).

Maintenant ne serait-il pas superflu d'insister plus longtemps sur la nature du suc gastrique, et sur les caractères qui le distinguent des sécrétions? En effet, tandis que l'estomac renferme à lui seul tous les acides de l'économie, les organes glandulaires n'éliminent jamais que des alcalis (3). En plaçant ainsi dans tous les individus un organe acidificateur, la nature leur a donné un foyer ou une source d'où dérivent toutes les combinaisons organiques animales.

Nous allons voir, en effet, que tous les acides qui, par leur assemblage, constituent le suc gastrique, après avoir abandonné dans le sang des combinaisons sans doute épuisées, viennent dans l'estomac en contracter de nouvelles avec les alimens, et c'est à cette seule condition que les matières alimentaires introduites dans la circulation deviennent aptes à servir aux phénomènes ultérieurs de combustion ou de décomposition qui se passent dans le sang.

C'est ce qui va faire le sujet de la deuxième partie de ce travail.

SECONDE PARTIE.

DU RÔLE QUE LE SUC GASTRIQUE EST DESTINÉ A REMPLIR DANS LA NUTRITION.

§ Ier. — ACTION DU SUC GASTRIQUE SUR LES MATIÈRES ALIMENTAIRES.

Il est certain que rien n'autorise encore à dire que le chyme est une combinaison des acides gastriques avec les matières alimentaires.

Nous ferons seulement observer que si la chimie, pour ne pas les avoir encore définies, n'admet pas que le suc gastrique exerce des actions chimiques sur les alimens, elle ne pourrait lui refuser cette propriété quand il s'agit des substances minérales.

Ainsi, si l'on ingère dans l'estomac d'un chien à jeûn, au moyen d'une sonde, de la limaille de fer avec de l'eau distillée, on reconnaît, en tuant l'animal au bout de deux ou trois heures, que le fer a été attaqué en très grande partie. Quand on verse sur l'estomac du cyanure ferruré de potasse, il se produit un précipité bleu très intense; et si on recueille les liquides de l'estomac et qu'on les filtre, la liqueur limpide qui passe précipite abondamment en bleu par le cyanure ferruré de potasse.

Si on mélange dans un tube du suc gastrique et de la limaille de fer, on constate, même à froid, que le métal est bientôt attaqué avec effervescence.

Lorsque le suc gastrique a ainsi agi, et s'est combiné à chaud avec le fer, l'acidité de ce fluide a singulièrement diminué, et elle est quelquefois complètement neutralisée.

La même chose arrive avec les matières alimentaires; lorsqu'on a fait dissoudre, par exemple, de l'albumine dans le suc gastrique, la solution est beaucoup moins acide que ne l'est le suc gastrique lui-même.

Le suc gastrique agit, dans quelques cas, comme un acide très énergique.

En injectant 15 ou 20 grammes seulement de suc gastrique pur et fraîchement extrait de l'estomac d'un chien, dans les veines d'un lapin, on tue presqu'inévitablement l'animal, ou s'il ne meurt pas sur le champ, il en résulte des accidens très graves, analogues à ceux qu'on produit en injectant d'autres acides. Cette action nuisible du suc gastrique ne se remarque pas quand il est saturé de matières alimentaires qu'on y a fait digérer.

Mais quelle que soit la modification que le suc gastrique fait éprouver aux alimens pour les transformer en chyme, ce n'est pas sa nature chimique que nous voulons déterminer, nous voulons seulement établir que cette action, différente d'une solution simple, est indispensable pour que les alimens puissent servir à la nutrition.

§ II. — RÔLE DU SUC GASTRIQUE DANS LA NUTRITION.

Nous venons de dire que le mélange ou la combinaison des matières alimentaires avec le suc gastrique est la condition *sine quâ non* de la nutrition. Les deux séries d'expériences qui suivent sont instituées dans le but de démontrer cette proposition.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Exp. I. — Sur quatre chiens bien portans, j'ai injecté dans la jugulaire 20 grammes d'eau distillée, contenant en dissolution 5 grammes d'albumine d'œufs frais. Dans deux autres cas, j'ai acidulé la liqueur avec l'acide chlorhydrique, mais très faiblement, pour ne pas coaguler l'albumine.

Sur tous ces animaux, les urines ont été examinées comparativement avant et après l'injection; et chez tous, que la liqueur injectée ait été acidulée ou non, on a retrouvé, par l'acide azotique ou par l'ébullition, l'albumine dans les urines.

Exp. II. — Sur quatre autres chiens, également bien portans, j'ai injecté par la jugulaire la même quantité d'albumine cuite ou crue, dissoute et digérée dans 20 grammes de suc gastrique, pendant douze heures, au bain-marie, à une température de 38 à 40°.

Chez ces quatre chiens, les urines ont été examinées avec soin avant et après l'injection.

Dans aucun de ces quatre cas, on n'a retrouvé par l'acide azotique ou par la chaleur la moindre trace d'albumine passée dans les urines.

SECONDE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Exp. I. — Sur trois chiens bien portans et à peu près de même taille, j'ai injecté dans le sang une dissolution de 10 grammes de sucre dans 30 grammes d'eau distillée. On a toujours soigneusement analysé les urines avant et après.

Sur un de ces animaux, j'ai injecté du sucre de raisin, et il a été retrouvé à cet état dans les urines.

Sur les deux autres chiens, l'expérience a été faite avec du sucre de canne, qui a été retrouvé dans les urines (1), sans transformation aucune, et avec tous les caractères de sucre de canne.

Exp. II. — Deux jours après, j'ai repris les trois mêmes animaux, qui étaient bien portans, et je leur ai injecté à tous trois 10 grammes de sucre de canne digéré, pendant six heures, à 39°, dans le suc gastrique.

---

(1) Je sais bien qu'on retrouve dans le suc gastrique des traces de soude, de chaux et d'ammoniaque; mais rien ne prouve que ces élémens ne soient pas le produit de la sécrétion muqueuse stomacale, ou qu'ils ne soient même apportés par la salive qui les contient tous, comme le prouvent les analyses de Berzélius, Thomson, Mitscherlich, etc., etc.

(2) Berzelius.

(3) Nous n'entendons point parler de l'urine, qui, étant pour ainsi dire l'assemblage de tous les produits ultimes des combustions qui s'opèrent dans le sang, est tantôt acide, tantôt alcaline. Elle est acide chez les carnivores et les omnivores, et alcaline chez les herbivores, et peut, du reste, varier avec l'alimentation.

(1) Pour obtenir à volonté de l'urine des chiens, je leur pratique une boutonnière dans la région membraneuse de l'urètre. Je peux, par ce moyen, les sonder à toutes les époques de l'expérience.

Les urines, analysées avec soin, n'ont pas donné de trace de sucre de canne ni de sucre de raisin, qu'on les examinât avant ou après l'injection (1).

Ces analyses des urines ont été faites de la manière suivante :

On précipite d'abord les matières muqueuses et l'acide urique des urines, encore toutes chaudes et toutes fraîches, par l'acétate de plomb basique, après quoi on filtre et on fait chauffer le liquide filtré avec du tartrate de cuivre dissons dans la potasse.

Si le sucre est dans les urines à l'état de sucre de raisin, il se forme un précipité jaune d'oxide de cuivre; si le sucre est à l'état de sucre de canne, il suffit d'ajouter préalablement à la liqueur une trace d'acide sulfurique pour opérer la transformation en sucre de raisin.

Ces analyses faites ainsi comparativement ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit; elles ont été faites un grand nombre de fois et répétées par M. Bareswi, l'auteur du procédé d'analyse.

De l'exposition de ces faits il résulte donc :

1° Que le sucre et l'albumine, dissous dans un autre véhicule que le sucre gastrique, ne se sont pas décomposés dans le sang, et ont été éliminés par les urines sans avoir éprouvé la moindre altération ;

2° Que le sucre et l'albumine, chymifiés artificiellement, c'est-à-dire dissous et digérés dans un vase avec le suc gastrique, sont restés dans le sang, s'y sont décomposés, et n'ont passé dans les urines qu'après avoir subi les différens phénomènes de combustion auxquels la réaction moléculaire spéciale du suc gastrique les avait rendus aptes.

Ainsi donc, les substances sur lesquelles nous avons expérimenté ont été dissoutes dans l'eau et dans le suc gastrique. Celles qui ont été placées avec le suc gastrique ont éprouvé, outre la dissolution, une autre modification qui les empêche de passer en nature dans les urines, comme celles qui n'avaient été dissoutes et digérées que dans l'eau.

Cette propriété acidifiante spéciale du suc gastrique, qui rend les substances susceptibles de se décomposer dans le sang en d'autres élémens, dont les uns restent fixés et les autres sont éliminés sous forme de produits ultimes par l'excrétion urinaire et la respiration, cette propriété, dis-je, ne s'exerce pas sur tous les corps.

Il est certaines substances sur lesquelles le suc gastrique n'agit pas du tout : tel est le ligneux, etc.

Il est d'autres matières que le suc gastrique ne fait que dissoudre, sans les rendre assimilables : telles sont les substances minérales, comme la magnésie, le cyanure ferruré de potasse, etc. Que la dissolution ait été opérée par le suc gastrique, par l'eau simple ou acidulée, ces substances n'en sont pas moins éliminées, en nature, comme étrangères à l'organisme.

Ainsi, *pour que le suc gastrique rende une substance assimilable, il ne suffit pas qu'elle soit dissoute par ce fluide; il faut, de plus, que cette substance disparaisse en entier dans le sang.*

Ce fait, que nous avons surtout tenu à constater ici, va constituer désormais pour nous le caractère distinctif essentiel entre une substance qui est nutritive et une autre qui ne l'est pas.

Il nous faudrait maintenant, avec ce critérium nouveau, passer en revue les deux classes de substances alimentaires azotées ou non azotées, afin de comparer leur nutrescibilité et d'étudier quels sont les produits ultimes auxquels chacune d'elles donne lieu.

De semblables recherches, pour avoir toute la rigueur nécessaire, demandent une très grande précision dans les analyses chimiques. M. Barreswil, un de nos jeunes chimistes les plus distingués, a bien voulu s'adjoindre à moi pour la continuation de ce travail, dont je ne donne ici que la première partie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchemens pleurétiques*; par M. Damoiseau. 2° *Recherches sur le traitement des ulcères des jambes*; par M. Conté. 3° *Du traitement de la bronchite aiguë par les vomitifs*; par M. Girard.

(1) Il s'agissait de savoir si les substances dissoutes par la *pepsine* se comportent comme celles qui sont dissoutes dans le suc gastrique. Les expériences que nous avons tentées à cet égard sont tout à fait défavorables à cette manière de voir, et nous sommes en cela d'accord avec les observations de M. Payen. (V. Comptes-rendus de l'Institut, septembre 1843.)

4° *Recherches sur le mécanisme des mouvemens respiratoires*; par MM. Bean et Maissiat. 5° *Observations et réflexions sur la goutte et le rhumatisme, et spécialement sur quelques accidens graves qui peuvent se manifester dans le cours de ces deux affections*; par M. de Castelnau. 6° *De l'hydrothérapie ou hydrosudopathie*; par M. Valleix. 7° *Recherches sur la rupture spontanée de la rate*; par M. Vigla. (Premier article.) 8° *Observation d'un cas de fracture incomplète du corps du fémur chez un vieillard, et réflexions sur ce genre de fracture*; par M. Debrou. 9° *Mémoire sur les propriétés médicales du chlorure de magnésium*; par M. Lebert.

RECHERCHES CLINIQUES SUR PLUSIEURS POINTS DU DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENS PLEURÉTIQUES; par M. DAMOISEAU.

L'histoire des épanchemens pleurétiques offre une foule de circonstances que le médecin peut constater par l'examen des signes que fournissent l'auscultation et la percussion. Ces circonstances, qui varient nécessairement à chaque instant de la durée de l'épanchement, et pour ainsi dire dans chaque cas particulier, peuvent cependant être ramenées à certaines questions principales. C'est ce qu'a tenté de faire l'auteur de cette communication, dans cinq questions que nous allons faire connaître, mais sans indiquer la solution qu'il a donnée de chacune d'elles, parce que cette solution, ne consistant qu'en description de phénomènes physiques, ne se prête point à l'analyse. Voici ces questions.

1° Un épanchement pleurétique considérable peut-il décroître notablement sans diminution, ou même avec augmentation des signes physiques tirés de l'examen du côté affecté, ou, réciproquement, peut-il s'accroître, les signes physiques restant stationnaires? Est-il possible de reconnaître ces variations?

2° Quelles sont les métamorphoses des épanchemens pleurétiques en voie de résorption? Quel moyen y a-t-il de suivre leur marche décroissante et de s'assurer de leur disparition complète?

3° Quelle est la partie des cavités pleurales où il faut aller chercher le liquide dans les cas d'épanchemens mobiles et libres, dans l'hydropneumothorax, par exemple? Quelle quantité de liquide peut-on reconnaître en pareil cas?

4° Est-il possible, étant donné un épanchement pleurétique, de déterminer immédiatement s'il est en sa période d'augment d'état ou dans sa période de décroissance?

5° Quel traitement réussit le mieux dans les cas d'épanchemens pleurétiques?

La nature des quatre premières questions ne nous permet pas de suivre l'auteur dans les développemens dans lesquels il entre à l'occasion de leur solution; nous ne dirons que quelques mots de la réponse qu'il fait à la cinquième, et qui repose sur sept observations recueillies dans le service de M. Piorry, et traitées par la méthode qui lui est particulière, et qui paraît réellement avoir eu de nombreux succès entre ses mains. Cette méthode consiste, comme on le sait, dans les cas de pleurésie chronique, à enlever rapidement au sang une quantité considérable de sérosité, en réunissant la diète des boissons aux drastiques. Toutes les fois donc que la maladie principale est l'épanchement, et qu'elle ne présente pas de contre-indications à l'emploi du tartre stibié à haute dose, ce praticien fait la prescription suivante :

Tartre stibié de 0,30 à 50 centigrammes dans une potion.
Abstinence absolue de boissons.
Une ou deux portions d'alimens, s'il y a appétit.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES DES JAMBES; par M. CONTÉ.

Le mode de pansement que recommande M. Conté est une application très rationnelle des idées émises par le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE et des premiers essais tentés par lui sur la cicatrisation des plaies hors du contact de l'air. De plus, M. Conté ayant étudié d'une manière toute spéciale les propriétés du pus, il observa que, en séjournant longtemps en contact avec l'air, ce liquide donne lieu à des produits ammoniacaux dont l'action sur la surface de la plaie est de nature extrêmement irritante. Il lui sembla par conséquent naturel de penser qu'on empêcherait et cette altération du pus et ses effets délétères, en privant la plaie du contact de l'air.

L'indication étant ainsi posée, le pansement avec les bandelettes de diachylon se présentait tout d'abord à l'esprit pour la remplir. Mais ce topique a un inconvénient : en vertu de sa composition même, il exaspère l'inflammation et la douleur; de sorte que, s'il convient dans les ulcères atoniques, indolens, il doit être proscrit toutes les fois que l'on a à craindre une irritabilité plus ou moins grande de la surface dénudée. M. Conté

évite ces accidens en recouvrant préalablement l'ulcère d'une feuille mince de caoutchouc que l'on assujétit ensuite avec les bandelettes agglutinatives placées selon le procédé ordinaire. Il n'espère point, de cette manière, conserver indéfiniment du pus vierge et inodore à la surface d'un ulcère; car, outre que les parties sur lesquelles siégent ceux-ci ne sont pas toujours conformées pour une exacte application de l'appareil, l'exhalation gazeuse habituelle de la peau, et l'impossibilité de fermer tout accès à l'air entre la concavité de l'ulcère et la feuille de caoutchouc empêcheraient toujours d'atteindre complètement le but. Mais on s'en rapproche du moins assez pour voir bientôt la douleur se calmer, la quantité et l'odeur du pus diminuer, les bords de l'ulcère de rouges et turgescens devenir blanchâtres et déprimés, sa cavité se combler de chairs nouvelles, son fond s'élever au niveau de ses bords, sa surface se dessécher et le malade guérir. — 13 observations annexées au mémoire de M. Conté ne laissent aucun doute sur la réalité de ces effets.

L'influence du caoutchouc pour prévenir les qualités irritantes du pus est tellement évidente que, deux fois, M. Conté a pu remarquer des vésicules et même des pustules développées sur la peau saine du pourtour de l'ulcère (sur laquelle le caoutchouc ne portait pas), tandis qu'il n'y en avait aucune sur la peau qui était recouverte par celui-ci; en sorte que la disposition de ces vésicules circonscrivait très bien la forme de la plaque, la limite où elles cessaient étant la circonférence même de la feuille de caoutchouc.

L'auteur panse les ulcères tous les deux ou trois jours, plus souvent si la suppuration est abondante et fétide. L'intervalle entre les pansemens qui se font au bureau central de Paris est de trois ou quatre jours. Ce terme, convenable pour les vieilles ulcérations indolentes et sèches, est, en général, beaucoup trop long. Les malades, interrogés à ce sujet, ont tous répondu que les deux premiers jours après le pansement se passent sans douleurs; mais que le troisième et surtout le quatrième il se manifeste de la démangeaison, de la chaleur. S'il était impossible de renouveler aussi fréquemment le pansement, il faudrait conseiller aux malades, à ceux du moins doués d'une certaine intelligence, de lever eux-mêmes l'appareil, une fois dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, de baigner leur membre dans l'eau, de laver le caoutchouc et les bandelettes et de les réappliquer. Bien entendu, cependant, qu'un pansement à neuf devra être préféré toutes les fois qu'on le pourra.

En résumé, dit M. Conté, les antiphlogistiques étant le meilleur remède pour les ulcères des jambes, il fallait rechercher si, à l'aide d'un moyen facile, peu coûteux et permettant aux malades de continuer leurs travaux, on pourrait maintenir sans douleur sur la surface ulcérée un baume émollient et curatif. Ce moyen, la feuille de caoutchouc bien appliquée nous l'offre. Ce baume, la nature le prépare seule; mais il ne faut pas négliger la propreté de ses appareils.

DU TRAITEMENT DE LA BRONCHITE AIGUE PAR LES VOMITIFS; par le docteur CIRARD.

La bronchite aiguë est l'une des maladies les plus fréquentes, et, selon l'auteur, laisserait encore à désirer sous un grand nombre de points de vue, et spécialement sous celui du traitement. Nous ne pouvons adopter ici cette opinion qui n'est vraie que pour les médecins qui, sous le prétexte que l'on n'a pas donné le détail des faits appartenant aux différentes médications qui lui ont été opposées, ne traitent cette phlegmasie que par les boissons douces, le repos et la diète, c'est-à-dire par les moyens les plus propres à la prolonger le plus longtemps qu'il est possible. Pour les praticiens qui ont eu la hardiesse de s'en rapporter à l'expérience de nos prédécesseurs et de la suivre, la bronchite simple, c'est-à-dire qui ne se lie ni à une diathèse particulière, ni à une constitution épidémique spéciale, est une maladie qui cède facilement à plusieurs médications actives et surtout à l'emploi des vomitifs. Les faits mentionnés dans ce travail n'offrent donc rien de nouveau et ne font que reproduire ce qu'on n'aurait jamais dû oublier.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA GOUTTE ET LE RHUMATISME, ET SPÉCIALEMENT SUR QUELQUES ACCIDENS GRAVES QUI PEUVENT SE MANIFESTER DANS LE COURS DE CES DEUX AFFECTIONS; par M. DE CASTELNAU.

Tout l'intérêt de cette communication se trouve dans les quatre observations qu'elle contient, et qui toutes ont présenté les accidens que l'on désignait autrefois sous le nom de *goutte rétrocédée*. Quant aux réflexions dont l'auteur les a accompagnées, nous aurons peu de chose à en dire, parce que bien qu'il n'ait point méconnu l'importance de ces faits et qu'il les ait même commentés dans des vues fort avancées, il a cru devoir se contenter de signaler la réunion des cinq faits recueillis par lui dans le court espace de deux années comme le résultat d'une espèce de hasard, bien qu'en réalité il paraisse convaincu du contraire. Cependant, comme ces observations offrent par elles-mêmes un grand intérêt, nous allons en rappeler les points les plus sommaires.

OBS. I. — Goutte chez un homme; douleurs anciennes siégeant en différens organes, principalement dans les articulations, et revenant à des époques indéterminées: développement autour des articulations et seulement dans le sens de l'extension des membres d'une petite quantité de petites tumeurs isolées. Abolition presque complète du mouvement de la plupart des articulations vers l'âge de 52 ans; puis apparition de très vives douleurs sur le thorax, suivies d'une mort prompte.

A l'AUTOPSIE, absence complète de lésions récentes dans les poumons. Les reins offrent une dégénérescence jaunâtre et comme graisseuse, très avancée, avec atrophie. Toutes les articulations présentent de ces incrustations ou des dépôts d'un blanc éclatant qui présentent diverses dispositions; dépôts qui, à l'analyse, ont donné les résultats suivans: acide oléique, acide margarique, urate de soude, chlorure de sodium; les acides gras étaient unis à de la glycérine.

OBS. II. — Goutte ancienne chez une femme, âgée de 71 ans. Petites tumeurs sur les articulations des doigts; douleurs vagues que l'on attribuait à des vents; hypertrophie excentrique du cœur; péricardite, apoplexie cérébrale, bronchite intense, et mort instantanée.

A l'AUTOPSIE, outre les lésions du cœur et du cerveau, on trouve les bronches remplies d'une matière muco-purulente épaisse; les reins notablement atrophiés, mamelonnés et offrant quelques petits kystes. Il n'a pas été permis de faire l'examen des articulations malades.

OBS. III — Rhumatisme musculaire et articulaire développé chez une femme, âgée de 21 ans, quinze jours après un accouchement heureux; puis douleurs vagues dans tout le thorax et suffocation survenue subitement et mort. Engouement des deux poumons; trajet fistuleux entre le ventricule gauche et l'oreillette et le ventricule droits.

Dans cette troisième observation, l'influence du rhumatisme paraît plus évidente que dans la précédente. Quant au trajet fistuleux qui établissait une communication directe entre le ventricule gauche et les deux cavités droites, et qui était fermé du côté du ventricule par un caillot mais qui déjà solidifié, était d'origine récente bien qu'antérieur de plusieurs jours à la mort, si nous étions tenus de donner notre opinion sur la cause et le mode de production de ce trajet, nous ne partagerions pas l'opinion de l'auteur, qui l'attribue au ramollissement progressif d'une matière athéromateuse, déposée dans le tissu du cœur, et nous pencherions plutôt pour un abcès développé dans la paroi interventriculaire et qui se serait ouvert, probablement avec le secours de l'impulsion du sang, dans les trois cavités à la fois.

Les sujets des deux dernières observations éprouvèrent pendant le cours d'une affection rhumatismale des accidens graves consistant en une douleur excessivement aiguë dans la poitrine d'une courte durée et qui ne les empêcha pas de guérir plus tard.

OBSERVATION DE FRACTURE INCOMPLÈTE DU CORPS DU FÉMUR CHEZ UN VIEILLARD, AVEC RÉFLEXIONS; par M. DEBROU.

OBS. — Un homme de 62 ou 63 ans, ayant eu, dans son enfance, une fracture de la cuisse droite, tomba en faisant un faux pas. Transporté à l'hôpital d'Orléans, on reconnut un léger raccourcissement du membre droit, une vive douleur vers le grand trochanter avec impossibilité de soulever la partie. N'ayant pu obtenir ni crépitation, ni mobilité, le chirurgien diagnostiqua une simple contusion, et se borna à placer sur un coussin le membre entouré de résolutifs. Le lendemain, une ecchymose se manifesta sur la cuisse. La douleur persista, fixée surtout un peu au-dessus de la partie moyenne de la cuisse. Un érysipèle enleva le malade trois semaines environ après l'accident.

AUTOPSIE. Après avoir bien dénudé le fémur, on reconnut avec surprise une fracture oblique, longue dans son parcours de 15 centim., et embrassant les deux tiers de l'épaisseur de l'os. Commençant en bas sur sa face antérieure, elle montait en dehors et, se contournant en arrière, gagnait le petit trochanter au-dessus duquel elle s'arrêtait. En dedans, l'os était intact et régulier, dans un état d'intégrité parfaite. Le périoste, intact, laissait seulement voir sous lui la ligne rouge représentée par la fracture. Aucun éclat de fibres osseuses ne se montrait en aucun point. — La ligne rouge semblait déliée et nette, comme un trait fait avec de l'encre. Mais on s'assura qu'il y avait réellement fracture, en agissant sur les deux bouts du fémur comme pour le plier. On vit alors cette ligne s'élargir et ses deux lèvres bailler d'une ligne pour le moins. Pendant ce mouvement, le tiers interne de l'os ne suivait en rien l'écartement que l'on apercevait dans les fibres de sa demi-circonférence externe.

Deux points importans dans l'histoire des fractures incomplètes sont éclairés par l'observation précédente. Quelques auteurs les nient et pensent que les cas cités comme exemples de cette lésion ne sont que des fractures ordinaires, avec conservation du périoste. Mais si cette opinion est soutenable tant qu'on n'argue que de faits vus sur le vivant, elle tombe

en présence d'un cas tel que celui-ci où l'œil et le doigt ont pu constater la réalité de l'altération.

L'explication la plus rationnelle de ces fractures est celle par laquelle on compare leur mécanisme à la rupture d'un roseau ou d'un morceau de bois vert, dont quelques fibres éclatent, tandis que d'autres ne font que ployer. Or, incontestablement, cette interprétation ne s'applique qu'aux os encore flexibles des jeunes sujets. Elle serait inadmissible pour les pièces si friables du squelette des vieillards. D'un autre côté, nous voyons, dans le cas de M. Debron, l'autopsie démontrer qu'il n'y avait nulle part d'éclat, ni, sur l'autre face de l'os, d'inflexion permanente de fibres. Une théorie des fractures incomplètes, comprenant tous les faits observés à tous les âges, reste donc encore à trouver.

MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICALES DU CHLORURE DE MAGNÉSIUM; par le docteur LEBERT.

Certaines eaux minérales paraissent devoir leurs effets purgatifs à la présence du chlorure de magnésium qui entre dans leur composition en proportion notable. Cependant il n'a été que très rarement question de ces propriétés du muriate de magnésie, et l'auteur croit être le premier qui ait soumis ce sel à l'étude clinique et qui ait fait des études suivies sur ses effets thérapeutiques. Nous ne reproduirons pas les expériences auxquelles l'auteur s'est livré avec ce produit de l'eau de mer, et nous croyons ne pouvoir mieux faire que de présenter quelques-unes des conclusions par lesquelles il termine son travail et qui comprennent tous les résultats de quelque valeur de ces expériences.

1° La dose moyenne du chlorure de magnésium, pour obtenir un effet purgatif, est de 32 grammes pour un adulte, et de 16 gr. pour un enfant de 10 à 14 ans.

2° Ce sel n'exerce aucun effet fâcheux sur l'estomac, et s'il produit quelquefois des malaises il incommode cependant moins que la plupart des autres purgatifs.

3° Il influe favorablement sur la digestion; car son action purgative est suivie d'une amélioration de l'appétit.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1843 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Rapport fait à la société de médecine sur les* ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU ET DE LA SYPHILIS; par M. Gibert. 2° *De la réforme des quarantaines et des lois sanitaires de la peste;* par M. Aubert Roche. 3° *Sur le traitement de l'épilepsie;* par M. Lemoine. 4° *Note sur la théobromine et sur les chocolats médicamenteux de M. Boutigny;* par M. Delasiauve. 5° *Mémoire sur l'hydrocéphalie chronique avec développement extraordinaire du crâne et intégrité des sens;* par M. Loir aîné. 6° *Observation sur un cas d'aberration dans la sensation des couleurs;* par M. Boys de Loury. 7° *Quelques remarques sur la blennorrhagie chez la femme; de la transmission de l'inflammation au péritoine par les trompes et de la stérilité qui en résulte;* par M. Mercier. 8° *De l'ophthalmie des armées, et surtout de l'ophthalmie régnante en Belgique; Rapport par M. Josat sur le travail de M. Caffe.* 9° *Nouveau moyen de guérir les fistules lacrymales et les larmoiemens chroniques réputés incurables;* par M. P. Bernard. (Il s'agit de l'ablation de la glande lacrymale, avec oblitération, dans le cas de fistule, du sac lacrymal.) 10° *Entéro-péritonite, avec soupçon de perforation intestinale, guérison par l'opium à haute dose;* par M. Riche. 11° *Quelques remarques relatives au siége des écoulemens chez la femme, en réponse à un article de M. Mercier;* par M. Gibert.

COMMUNICATION SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE; par le docteur LEMOINE.

Il y a tant de moyens qui ont semblé réussir dans le traitement de l'épilepsie, qu'il serait rationnel de croire qu'aucun d'eux n'a eu d'efficacité réelle, si des maladies différentes n'étaient probablement pas comprises sous l'unique dénomination d'*épilepsie*. Il nous suffira de citer la formule conseillée par l'auteur de cette communication pour faire reconnaître que la médication qu'elle constitue à elle seule ne sera pas d'une efficacité plus constante que toutes celles qui ont été employées jusqu'ici. Cependant, comme l'auteur rapporte trois cas où elle a paru agir d'une manière heureuse et rapide à la fois, et qu'il ne fait mention d'aucun insuccès, nous allons la rapporter.

Prenez: Eau distillée de tilleul. . 64 grammes.
— de laurier-cerise. 12
Sirop de fleur d'oranger. 32
Ammoniaque liquide . . 12 gouttes.
M. s. a.

Chez le premier sujet auquel l'auteur l'administra, l'usage de la potion fut précédé d'une saignée, en sorte qu'il serait difficile d'affirmer que c'est à la potion que fut due l'amélioration éprouvée par la malade. Chez la seconde malade, huit potions firent disparaître des accidens épileptiques qui duraient depuis près de cinq ans, si le récit est bien exact, et, chez le troisième, les attaques qui remontaient à plus de vingt ans disparurent aussi sous l'influence de la même potion à la dose de trois à quatre cuillerées par jour.

MÉMOIRE SUR L'HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE AVEC DÉVELOPPEMENT EXTRAORDINAIRE DU CRANE ET INTÉGRITÉ DES SENS.

Ce court travail n'offre d'intérêt que par l'exposition de l'état des deux hydrocéphales dont il y est question, et par quelques réflexions sur plusieurs des conditions dans lesquelles se trouvent ces enfans, dont l'un est âgé de 7 ans et demi, et dont le crâne a 74 centimètres de circonférence; et l'autre de 2 ans et demi, avec un crâne de 71 centimètres de circonférence; tous deux ayant les sens intègres, la sensibilité vive, et toutes les fonctions organiques à l'état normal, mais les déjections alvines et urinaires involontaires. Quant aux réflexions que l'auteur présente, comme il se contente d'indiquer des questions sans même chercher les matériaux qui pourraient en faciliter la solution, nous n'avons rien de plus à en dire.

QUELQUES REMARQUES SUR LE SIÉGE DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME; par M. MERCIER; et RÉPONSE par M. GIBERT.

Pour M. Gibert, le méat urinaire est, chez la femme, le lieu d'élection de la blennorrhagie; la vaginite est rare, et l'écoulement qui se fait dans ces cas par les organes de la génération tire sa source non du vagin mais de l'utérus.

M. Mercier est d'une opinion contraire; il croit à la fréquence de la vaginite. Cherchant à expliquer comment M. Gibert a pu la méconnaître, il pose d'abord ce principe (plus aisé, selon nous, à énoncer qu'à prouver), savoir: que l'inflammation blennorrhagique débute le plus souvent par la vulve; que de là, elle s'étend, d'une part, à l'urètre; de l'autre, au vagin et à l'utérus; qu'au bout d'un certain temps, la vaginite diminue ou même disparaît, et qu'alors si on examine la femme seulement à cette période il ne reste et on ne trouve plus que l'inflammation de l'urètre et celle de l'utérus. Or, ajoute M. Mercier, la plupart des malades sur lesquelles portent les observations de M. Gibert ne vont à l'hôpital (de Lourcine) que lorsqu'elles y sont forcées par la violence du mal. Ne doit-on pas, par conséquent, penser que si ce médecin n'a pas vu la vaginite, c'est parce qu'il ne lui a été donné d'examiner les parties qu'à l'époque où la phlegmasie avait déjà abandonné cette localité?

De son côté, M. Gibert n'accepte point cette interprétation, et maintient ses assertions intactes. « Aujourd'hui, dit-il, je n'admets plus l'écoulement vaginal que comme un fait exceptionnel; quand j'affirme que la blennorrhagie de la femme a son siége habituel au méat urinaire et au col de l'utérus, j'émets une assertion qui n'a été démontrée pour moi qu'après un grand nombre d'observations attentives et comparées entre elles avec un soin minutieux..... J'affirme d'ailleurs que c'est particulièrement dans les cas où j'ai pu étudier la blennorrhagie à son début (c'est-à-dire dès les premiers jours de l'écoulement) que j'ai puisé les premiers élémens de ma conviction. J'ai toujours alors constaté l'existence de l'urétrite, tantôt jointe à une rougeur plus ou moins prononcée des parties voisines de la vulve, tantôt sans aucune autre inflammation vulvaire que celle, si remarquable, du méat urinaire. »

— Entre M. Ricord qui a vu l'urétrite compliquer la blennorrhagie huit fois au moins sur douze, M. de Castelnau qui ne croit à l'urétrite que comme se présentant une fois seulement sur 20 cas de blennorrhagie, et en appelle sur ce point à l'expérience de *tous les médecins et chirurgiens présens et passés* de Lourcine, et M. Gibert qui, ayant observé dans le même hôpital, place au contraire l'urétrite au premier rang pour la fréquence, si bien qu'il n'admet la vaginite que comme fait exceptionnel, le lecteur peut choisir. Bien qu'en matière de faits, et de faits si aisés à vérifier, le juste milieu semble un parti bien timide, nous n'hésitons pas à préférer l'opinion de M. Ricord, parce qu'elle ne repose point seulement sur un vain désir de concilier les deux doctrines exclusives, mais qu'elle résulte au contraire d'observations attentives, nombreuses et désintéressées.

ENTÉRO-PÉRITONITE AVEC SOUPÇON DE PERFORATION INTESTINALE, GUÉRIE PAR L'OPIUM A HAUTE DOSE; par le docteur RICHE.

La question de la curation de la péritonite avec perforation par l'opium à haute dose a été encore trop peu étudiée pour que l'on ne doive pas recueillir avec exactitude tous les faits propres à l'éclairer. C'est à ce titre que nous allons reproduire les principaux traits du fait suivant. Cependant, on nous permettra de faire remarquer que l'auteur de cette observation semble peu informé lorsqu'il attribue à un médecin de Paris, qui est assez riche de ses propres travaux pour n'avoir pas besoin de ceux de ses confrères, les premières recherches sur ce traitement. La vérité est que les travaux des docteurs Graves et Stokes restaient, depuis plusieurs années, enfouis dans le DUBLIN HOSPITAL REPORTS, presqu'ignorés même de leurs compatriotes, lorsqu'en 1834, un de nos collaborateurs, reprenant dans un ouvrage publié cette même année sur la fièvre typhoïde les divers faits relatifs à ce traitement, précisa, mieux que ne l'avaient fait les médecins irlandais dont nous venons de parler, les indications et le mode d'action de cette médication. Plus tard, en 1835, le même collaborateur publia, dans ce recueil, sans nom il est vrai, un résumé de ces mêmes faits, applicables non seulement aux perforations intestinales survenues pendant le cours de la fièvre typhoïde, mais encore à toutes les autres, par quelques causes qu'elles aient été produites. C'est ce résumé, cité *in extenso* dans la deuxième édition d'un ouvrage sur la fièvre typhoïde, publié en 1840, qui a fait attribuer par M. Riche, à l'auteur de ce dernier, les premières recherches sur ce traitement, tandis qu'en réalité ces faits avaient, à cette époque, reçu une vaste publicité depuis plus de six ans, d'abord dans les LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, et postérieurement dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE. Après cette petite rectification, qui nous semblait utile dans l'intérêt de la vérité, nous passons à l'analyse de l'observation.

OBS. — Le 14 février 1840, je suis appelé pour un enfant, âgé de 14 ans, grand et fort, qui, depuis le 10, n'avait point eu de selles; le ventre était très douloureux, fortement tendu; la respiration fréquente, pénible; le sommeil nul; l'enfant vomissait tout, alimens et boissons. La circulation était presque normale; il y avait peu de chaleur, et l'intelligence était parfaitement libre.

La veille, ce garçon avait mangé beaucoup de navets aigres. Il couchait dans une chambre humide, mal close et sans feu. L'officier de santé avait prescrit une potion, des lavemens et des applications froides sur le ventre, qui étaient restés sans résultat. Je prescrivis pour toute boisson de l'eau pure, du bouillon ou du lait, au choix, puis des frictions sur l'abdomen avec onguent napolitain, 32 grammes; calomel, 1 gramme; puis une potion avec extrait de laitue et eau de tilleul.

Le ventre s'amollit, mais la constipation persista. Alors on fit prendre d'heure en heure un paquet de poudre purgative. (Calomel, 1 gramme; jalap en poudre, 1/2 gramme; crème de tartre, 4 grammes; extrait de belladone, 20 centigrammes pour cinq prises.) Ces poudres sont doublées et continuées le 16 et le 17.

Le 17, les douleurs étaient vives; il y avait quelques selles peu abondantes, accompagnées de ténesme avec sortie de mucosités rougeâtres. Le ventre était de nouveau très tendu, la respiration très gênée, avec commencement d'infiltration du bas-ventre et des parties sexuelles. Sommeil nul, agitation extrême. Prévoyant une perforation intestinale, je prescris immédiatement 20 centigram. d'extrait gommeux d'opium à prendre par pilules en quatre heures. Le malade se trouve mieux après les pilules; mais les douleurs revenant avec l'agitation et l'insomnie, on prescrit 8 pilules semblables et la même dose pour le lendemain et pour le surlendemain.

Les 23, 24, 25 et 26, l'amélioration continue sous l'influence du même moyen.

Le 27, l'enfant n'éprouvait plus qu'un peu de douleur autour du nombril; il avait mangé et dormi. Deux grains d'hydrochlorate de morphine achevent de le guérir, et, au bout de quelques jours, il reprit toutes ses habitudes.

On peut dire qu'il n'est pas démontré qu'il existât chez ce garçon une perforation intestinale; mais comment expliquer, dans l'absence d'une affection aussi grave, et de toute forte réaction fébrile, la tolérance qui a permis au malade de prendre en dix jours 2 grammes 40 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, 1 gramme d'extrait de jusquiame, et 10 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, sans narcotisme et sans autre résultat que du calme et quelques heures de repos?

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE HATER LA GUÉRISON DES PLAIES RÉCENTES; par M. REVEILLÉ-PARISE.

Le moyen qui fait l'objet de ce travail n'est pas neuf en lui-même; mais l'auteur l'appuie sur des considérations véritablement originales qui lui donnent un certain cachet de nouveauté, en rendant rationnelle son application jusqu'ici accréditée uniquement par l'empirisme et la routine. Il s'agit de la succion des plaies, soit avec la bouche, soit plutôt au moyen d'une large ventouse à pompe, succion exercée dans le plus bref délai possible après l'accident.

Pour justifier cette pratique, pour chercher à convertir en procédé scientifique un moyen jadis banal, M. Reveillé-Parise invoque un ordre d'idées assurément bien digne de méditation. Si les plaies, en général, tendent toutes à suppurer, dit-il, si la réunion immédiate est un phénomène tellement rare qu'il est à peu près exceptionnel, la cause en est presque toujours dans la présence de corps étrangers qui devront sortir préalablement à la cicatrisation, et ne peuvent être expulsés que par voie de suppuration. On pense à tort que ces corps étrangers viennent toujours du dehors, qu'ils sont constamment accessibles aux sens, et qu'on peut les extraire avec la main ou avec quelque instrument. Loin de là, ils sont souvent constitués par du sang épanché ou infiltré, par une infinité de caillots obturateurs des extrémités des petits vaisseaux coupés, par les débris de la peau, du tissu cellulaire, des muscles déchirés, broyés, dans des proportions très variables, toujours relatives à la nature de la plaie et à la forme du corps vulnérant. Les plaies contuses offrent ces phénomènes à leur degré le plus tranché. Mais, même dans le cas de piqûre ou de coupure, on peut affirmer qu'il est très ordinaire d'observer les petits corps étrangers dont il est ici question. Or ces débris organiques forment un détritus dont l'élimination par suppuration doit nécessairement précéder la réunion de la plaie. Modifier la surface traumatique est donc une indication fondamentale, impérieuse, si l'on veut obtenir l'adhésion primitive, ou tout au moins diminuer la durée de la cure. L'application de la ventouse à pompe offre un moyen commode et sûr d'y satisfaire.

M. Reveillé-Parise cite sommairement un nombre assez considérable de cas où ce procédé lui a procuré de beaux succès. Son emploi, bien entendu, ne dispense pas des autres soins à prendre, soit relativement à l'état général du blessé, soit pour remplir les conditions locales qui peuvent concourir avec lui à la cicatrisation.

NOTE SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TUMEUR ÉRECTILE ET SUR SON TRAITEMENT; par M. BOUCHACOURT.

La nature de cette tumeur n'est pas encore bien déterminée. Se rapproche-t-elle du névrôme, ou est-elle plutôt l'analogue des productions de tissu érectile? Les observations qu'a réunies M. Bouchacourt pourront éclairer cette question. De quelque manière, du reste, qu'elle soit résolue dans l'esprit du lecteur, il y aura un intérêt pratique majeur à être averti qu'une cause matérielle, facile à supprimer, préside parfois à des symptômes aussi pénibles par l'obscurité de leur point de départ que par l'incommodité réelle à laquelle ils donnent naissance.

OBS. — M. L. J. vint consulter, en 1839, M. Bouchacourt, pour une douleur très vive qu'il ressentait à l'extrémité du doigt indicateur. La moindre pression sur l'ongle rendait la souffrance intolérable. En examinant attentivement, M. Bouchacourt découvrit, au point douloureux, vers la réunion de la pulpe avec la région dorsale, une petite saillie d'un rouge foncé, d'un aspect comme verruqueux, mais plus lisse et se détachant moins nettement de la peau ambiante que les verrues ordinaires. Dure, presque cornée, elle paraissait se prolonger au-dessous de l'ongle. Une incision faite vers l'ongle mit à nu la structure de cette excroissance. Formée en grande partie d'un tissu corné, elle était traversée de la profondeur à la superficie par une grande quantité de petits vaisseaux qui lui donnaient un aspect aréolaire. Elle était recouverte par l'épiderme, et se perdait insensiblement dans la couche superficielle des papilles. Après l'avoir excisée, le chirurgien cautérisa avec le nitrate d'argent, à plusieurs reprises. La guérison se fit peu attendre.

M. Bouchacourt a rencontré depuis un second cas semblable à celui-ci, pour le siége du mal, pour la nature des symptômes, et l'espèce ainsi que le résultat du traitement employé.

Chez deux autres malades, l'affection siégeait à la partie supérieure et interne du gros orteil. Lorsque M. Bouchacourt voulut exciser la tumeur, son bistouri rencontra la résistance que donne un os spongieux. Des attouchemens répétés avec le nitrate acide de mercure ne purent détruire entièrement la racine. Une application de pâte de Vienne en fit justice. Chez la seconde malade, on dut recourir à ce caustique immédiatement après l'excision.

Le chirurgien, averti par ce dernier exemple, devra songer à la possibilité d'un dépôt de phosphate calcaire, pour ne pas confondre les tumeurs de cette espèce avec une exostose de la phalangette. Du reste, cet encroûtement n'ayant lieu qu'à une période avancée du mal, le médecin qui aurait pu observer de bonne heure ses progrès n'en méconnaîtra jamais la véritable nature.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 MARS.

ÉLECTRICITÉ ANIMALE. — PHÉNOMÈNE CHIMICO-PHYSIQUE DE LA RESPIRATION.

M. DUMAS donne lecture de la lettre suivante qui lui a été adressée par M. Matteuci :

Je vous prie de vouloir bien communiquer à l'Académie une expérience que je crois de quelque intérêt, et qui fait suite à mes travaux d'électricité animale. Dans toutes mes recherches précédentes, je n'étais jamais parvenu à faire des piles d'animaux vivans *à sang chaud*, et ce n'est qu'avec le raisonnement que j'avais conclu que le courant musculaire dont les signes persistent d'autant plus, que l'animal est plus bas dans l'échelle, devait être au contraire proportionnellement plus fort en raison de sa place dans la même échelle. L'expérience a confirmé cette conclusion.

Avec beaucoup de soins et de peines, je suis parvenu à faire une pile de cinq pigeons vivans. Les deux cuisses étaient écorchées sur chaque pigeon, et une petite portion de la surface musculaire de l'une des cuisses était à découvert. La surface du muscle sur l'une des cuisses représentait un pôle, l'autre était représenté par l'intérieur du muscle mis à découvert sur l'autre cuisse.

J'ai obtenu à mon galvanomètre, dans la première expérience, 15 degrés d'un courant toujours dirigé dans l'animal de l'intérieur du muscle à la surface. Ce courant a diminué rapidement, et, après la troisième expérience, quelques minutes après, il n'était plus que de 6 degrés, toujours dans le même sens.

Le sang épanché et coagulé est une des causes de la diminution. Si on l'enlève, le courant augmente de quelques degrés. La plus grande difficulté est de tenir en contact les parties, et je le fais ou avec des pinces en bois ou avec des ligatures.

Une expérience de comparaison avec cinq grenouilles également disposées m'a donné 10 degrés. Le courant est pourtant plus persistant. Réfléchissez que la persistance du courant est, avec les pigeons, au moins quatre fois plus grande qu'avec les grenouilles.

Le courant électrique musculaire augmente donc d'intensité avec les degrés que les animaux occupent dans l'échelle, ce qui prouve encore mieux son origine chimique, ou plus exactement sa liaison avec les actions chimiques de la nutrition et de la transformation des tissus en contact avec le sang artériel.

M. Matteuci se propose de tenter, avec cette pile, de découvrir, mieux qu'il n'a pu le faire, les rapports entre le courant musculaire et la contraction, l'état du sang, etc.

M. Matteuci termine sa lettre par la relation d'une expérience qu'il a faite dans ses leçons sur les phénomènes physico-chimiques des corps vivans. J'ai rempli, dit-il, à moitié les poumons d'un agneau d'oxigène, après avoir extrait l'air, et j'ai lié la trachée. J'ai introduit ces poumons dans une cloche pleine d'acide carbonique. Après dix minutes, les poumons sont remplis, enflés, et pressent les parois de la cloche. J'ai trouvé que l'air des poumons contenait 2/3 d'oxigène et 1/3 d'acide carbonique. L'air de la cloche se composait de 1/4 d'oxigène et de 3/4 d'acide carbonique. On fait très bien cette expérience avec le gésier d'un poulet. Si le gésier est desséché d'avance, les deux gaz se mêlent, mais le gésier ne se gonfle pas. Il paraît que deux choses arrivent dans le premier cas : les deux gaz s'échangent et puis l'eau se charge de l'acide carbonique qui s'exhale à l'extérieur. Il me semble que le phénomène récemment observé par M. Marianni avec les bulles de savon est du même genre. L'acide carbonique introduit gonfle la bulle, son poids reste le même, la bulle étant elle-même plongée dans l'acide carbonique; mais la couche liquide qui se charge d'acide carbonique augmente de poids et la force à descendre.

QUALITÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE.

Le secrétaire de la première classe de l'Institut d'Amsterdam adresse un extrait d'un rapport fait par une commission de cette classe sur les qualités nutritives de la gélatine.

Les membres de la commission de l'Institut d'Amsterdam ayant eu connaissance des résultats obtenus par la commission de l'Académie des sciences de Paris, se sont spécialement proposé pour but de déterminer si la gélatine qui, prise isolément, ne nourrit nullement, n'augmenterait pas la force nutritive des substances alimentaires auxquelles on l'aurait ajoutée.

Les commissaires se sont livrés à cet effet à une série d'expériences dont voici le résumé.

On s'est servi de gélatine tirée des os parfaitement dépouillés de toute partie molle; toutes les précautions convenables ont été prises pour que la gélatine fût e plus pure possible. Des chiens furent nourris avec cette gélatine, qu'on avait soin de leur donner pure et fraîche, dans un enclos bien éclairé, aéré et fermé à clef. En premier lieu, on fit, comme terme de comparaison, une expérience avec 3 chiens, dont l'un reçut 0,250 de gélatine d'os, le second 0,125 de pain de seigle ordinaire, le troisième 0,125 de pain avec 0,125 de gélatine d'os. Pendant ces deux premiers jours, le premier chien mangea avidement la gélatine qu'il délaissa après, de sorte qu'après deux jours d'attente pendant lesquels il n'avait pas touché à la gélatine, on crut devoir y ajouter 0,125 de pain. Après une semaine, le chien qu'on avait premièrement nourri avec 0,250 de gélatine, et après son jeûne volontaire de deux jours avec 0,125 de gélatine, et 0,125 de pain, avait perdu 0,75 de son poids; le second chien, auquel on avait donné 0,125 de pain, avait perdu 1 kilog.; et le troisième chien, qui dès le commencement avait été nourri de 0,125 de pain, avec 0,125 de gélatine, avait aussi perdu 0,75. Ce premier résultat prouvait que les chiens auxquels on avait donné 0,125 de pain avec de la gélatine avaient presque perdu autant de poids que celui qui n'avait été nourri que de 0,125 de pain.

La diminution du poids pouvant être attribuée à une trop petite quantité de gélatine, les commissaires répétèrent la même expérience avec 0,187 au lieu de 0,125 pour ration de chaque jour. En conséquence, le premier chien reçut 0,125 de pain avec 0,187 de gélatine; le second chien 0,125 de pain; le troisième 0,125 de pain avec 0,187 de gélatine. Mais après deux jours, on jugea que cette quantité de gélatine devait être portée à 0,250. Le résultat, après huit jours, a été : que le premier chien a conservé son poids, mais que les deux autres ont perdu chacun 0,50.

Ainsi il est prouvé que le troisième chien, auquel on avait donné premièrement 0,187 et puis 0,250 de gélatine en sus de 0,125 de pain, avait perdu tout autant de son poids que le second chien, dont la ration ne consistait qu'en 0,125 de pain. Il semblait donc que l'addition de cette gélatine n'avait pas augmenté la faculté nutritive du pain de seigle. Mais comme il était possible que ce résultat pût se modifier par un emploi plus prolongé de la gélatine, on continua la même expérience pendant huit jours.

Il est résulté de cette dernière que les chiens qui avaient reçu 0,250 de gélatine avec 0,125 de pain, montraient chacun, après huit jours, une diminution de poids, tandis que le poids du chien auquel on avait donné seulement 0,125 de pain n'avait subi aucun changement. Après ces huit jours, l'aspect général des chiens indiquant qu'ils ne recevaient pas la quantité de nourriture qui leur était nécessaire, on leur distribua pendant huit autres jours la pitance ordinaire, consistant en un mélange de pain, de son et de pelures de pommes de terre cuites. Après une semaine de ce régime, chaque chien avait gagné 1 kilogr. en poids; alors on les remit à la gélatine, toutefois en en augmentant encore la dose; on en donna le premier jour 0,375, et les jours suivans 0,500. Après une semaine, chaque chien avait perdu environ 1 kilogr. de son poids. L'addition de gélatine n'a produit aucune différence. La diminution eut lieu, tant pour ceux qui avaient eu du pain et de la gélatine, que pour celui qui n'avait été nourri que de 0,125 de pain.

La commission voulut savoir encore si l'on obtiendrait un autre résultat en ajoutant aux 0,125 de pain dont l'un des chiens avait été nourri pendant tout ce temps, les 0,5 de gélatine qu'on avait précédemment donnés aux autres chiens. Ainsi ils furent nourris tous les trois pendant huit jours de 0,125 de pain avec 0,500 de gélatine; le résultat fut qu'après ce temps leur poids était resté le même, de sorte que l'addition de 0,500 gélatine ne paraît avoir fait aucun bien au second chien. On doubla alors la quantité de la gélatine et comme point de comparaison on nourrit les deux autres chiens de pain et de viande en moindre quantité. Ce second chien recevant au lieu de 1,000 de gélatine, 0,500 de viande, augmenta dans le cours d'une semaine de 0,75 en poids, landis que le troisième chien, recevant quatre fois plus de gélatine qu'il n'avait eu de viande, resta dans le même état.

En résumé, après avoir varié ces expériences, de manière à ne pouvoir laisser aucun doute sur les résultats, la commission adopte cette conclusion; savoir : que la gélatine n'a aucune propriété nutritive, lorsqu'on la prend isolément, et n'en reçoit pas, si on la combine avec d'autres substances.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE. — CANDIDATURE.

MM. Ricord, Larrey, Denonvilliers et Laugier se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire et adressent la liste de leurs titres à l'appui.

NOMINATION DES COMMISSIONS POUR LES PRIX.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination des commissions qui auront à examiner les mémoires et travaux envoyés pour les prix.

Voici le résultat du scrutin.

1° Pour le prix de l'Académie : MM. Velpeau, Cruveilhier, Andral fils, Martin-Solon, Moreau.

2° Pour le prix Portal : MM. Blandin, Poiseuille, Meslier, Rayer, Allard.

3° Prix Civrieux : MM. Falret, Prus, Royer-Collard, Ferrus, Londe.

4° Prix d'Argenteuil : MM. Villeneuve, Ségalas, Amussat, Bérard, Jobert, Lagneau, Mérat.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS DES MAMELLES.

M. CASTEL : Les notions émises par notre honorable collègue offrent plusieurs contrastes : je trouve un contraste dans l'hypothèse qui admet l'existence de tumeurs fibreuses dans un organe qui n'est point fibreux. Je trouve un contraste dans un précepte demi rationnel donné à la suite d'une théorie complètement défectueuse, je dirai presque à la suite d'une fiction. Nous ne pouvons nous méprendre sur la signification que notre collègue attache à la dénomination de corps fibreux de la mamelle; il nous a avertis qu'il entendait désigner des corps qui, en général, naissent au milieu des tissus fibreux. Il a ajouté qu'il faudrait les rapporter au système fibro-cartilagineux de Bichat, si ce système pouvait être maintenu. Vous avez reconnu avant moi combien est féconde l'imagination d'un médecin, qui déduit la susceptibilité de produire une affection morbide des propriétés qui seraient dévolues à un système dont il nie l'existence. Serait-il moins difficile de trouver pour la mamelle une place dans le système fibro-cartilagineux que de la trouver dans le système fibreux? A la vérité, le corps de la mamelle a une enveloppe que notre collègue représente comme un fourreau et qu'il désigne par un nom emprunté au règne minéral. Je sais qu'en général ces sortes de tégumens sont des auxiliaires pour les organes sécréteurs; qu'ils sont un soutien pour les nombreux vaisseaux de la mamelle, un frein qui s'oppose à leur trop grande expansion. Je ne conteste dans cette gangue ni la dureté ni la densité, qui ont été notées surtout par Riolan. Mais

Il n'est point démontré pour moi qu'elle ne soit ni une dépendance de la membrane adipeuse, ni la continuation des lames cellulaires si répandues entre les diverses parties de la mamelle et de la glande mammaire elle-même. Sa texture n'est point aussi serrée, aussi résistante que celle du tissu fibreux. J'ajoute que la membrane antérieure, qui est celle à laquelle les tumeurs répondent le plus souvent, est moins épaisse, moins adhérente que la postérieure : « Le tissu glanduleux, dit Bichat, est distinct de la plupart des autres, en ce que la disposition fibreuse lui est absolument étrangère. »

L'auteur du mémoire a considéré une maladie comme une abstraction ; et d'abord il l'a considérée indépendamment de la texture de l'organe qui en est le siége. Les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire y abondent ; cependant il a assimilé les corps fibreux de la mamelle aux tumeurs fibreuses de l'utérus, qui est riche en vaisseaux sanguins, riche en puissance musculaire et qui n'est point dépourvue de tissu fibreux. Baglivi a compté les fausses analogies parmi les obstacles qui ont ont retardé les progrès de la médecine, *falsum analogiarum genus* : la classification des tumeurs fibreuses fournit une exemple de cette discordance. Une tumeur née sur un os contient du phosphate calcaire, comme l'os lui-même ; cependant on la fait descendre du périoste. La membrane muqueuse revêt les fosses nasales ; elle est l'agent d'une importante sécrétion ; cependant on ne lui assigne aucune part dans la génération des polypes ; pour les comprendre dans le cadre des tumeurs fibreuses, il a fallu les faire descendre du périoste de l'os cribleux.

Si la nature de ces tumeurs, leur végétation, les phases qu'elles parcourent, si leur manière d'être, qu'elle soit organique ou qu'elle soit inorganique, appartiennent exclusivement à un tissu, d'où vient la diversité des élémens dont elles se composent? d'où vient qu'elles présentent tantôt de la dureté, tantôt de la mollesse ; qu'elles sont tantôt charnues, tantôt spongieuses ; qu'elles sont crayeuses ou gypseuses, que là elles sont cartilagineuses ou demi-cartilagineuses ? Comment concilier les différences de forme, de consistance, de composition, de vie, avec une communauté d'origine ? Il n'est point de tumeur qui ne puisse passer successivement par ces divers états, comme les tumeurs prétendues fibreuses ; donc celles-ci ne sont point une spécialité. Réduisez l'hypothèse de M. Cruveilhier à ses dernières conséquences, vous trouverez qu'elle n'admet que deux sortes de tumeurs de la mamelle, les corps fibreux et les squirrhes.

Localiser toutes les maladies, rapporter une maladie à un seul tissu, alors même que la structure de l'organe qui en est le siége est très compliquée, est un préjugé qu'on doit imputer aux fausses inductions tirées de l'anatomie pathologique, si utile d'ailleurs, et dont les résultats exhaussent la médecine jusqu'au niveau des sciences exactes, quand ils reçoivent une juste interprétation. Dans ce préjugé, souvent l'influence relative des systèmes, la prééminence de quelques-uns sont méconnues. Je vous prie de vous souvenir que les rapports de fonctions entre les diverses parties du systeme fibreux sont renfermés dans des limites fort étroites, si on les compare avec les rapports de fonctions entre les diverses parties du système lymphatique. Aussi la pluralité des tumeurs, citée à l'appui de l'hypothèse de leur nature fibreuse, me semble un témoignage de leur dépendance de l'autre système. Plusieurs de nos savans collègues ont examiné pièce à pièce, avec une sévérité d'analyse et une perspicacité à laquelle je ne saurais atteindre, les matériaux du mémoire ; ils y ont signalé des distinctions sans fond, des descriptions factices, des noms équivoques, des caractères mal définis et que l'auteur a groupés avec beaucoup d'artifice, pour arriver à la création d'un genre hétéroclite de maladie.

L'engorgement et la dilatation des vaisseaux, la stase ou l'épanchement des liqueurs animales, l'inflammation et l'atonie qui la suivent, telles sont les causes générales, la cause immédiate des tumeurs. Leur nombre, comme celui des phlegmasies, serait très petit, si tous les vaisseaux avaient un grand diamètre. Maintenant, voyez si la circulation n'est pas plus difficile dans les vaisseaux lymphatiques que dans les vaisseaux sanguins. La division des corps fibreux ou implantés et non implantés n'exprime clairement ni leur origine ni leurs relations, ni leur continuité avec le tissu qui les a engendrés, ni leur séparation, ni la présence, ni l'absence de la vie.

Puisque j'en ai l'occasion, j'oserai dire, ne me dissimulant point combien cette opinion est opposée à des opinions accréditées, que d'ordinaire un épanchement a précédé la formation d'un kyste. Je ne confonds point les kystes avec les parois de certaines tumeurs, d'une loupe, par exemple. Ils exigent un travail qui est lent et difficile. Ils sont pour la nature une grande entreprise : aussi tout abcès qui est entouré d'un kyste est-il un abcès chronique.

Les affections du système lymphatique sont liées entre elles par une étroite connexité, et quant à l'étiologie et quant à la thérapeutique. Une prédisposition héréditaire, le froid et l'humidité, la mauvaise qualité de l'eau et des autres alimens restent-ils étrangers à la production des corps fibreux? Leur traitement, lorsqu'on n'a point recours à l'instrument tranchant, est-il différent de celui qu'on a coutume de diriger contre l'engorgement des glandes? Le tempérament qui dispose à ces prétendus corps fibreux n'est-il pas le même qui dispose au squirrhe? Souvent les dartres et les autres affections cutanées sont le prélude des corps fibreux, comme ils sont le prélude du squirrhe.

Notre collègue s'est efforcé de faire oublier ces rapports. L'isolement dans lequel il veut placer les corps fibreux de la mamelle dans le cadre nosologique doit être attribué principalement à ce qu'il n'a point apprécié la distance qui sépare les deux extrêmes d'une diathèse, le premier période du dernier. Selon les degrés de cette diathèse, une tumeur commence plus tôt ou commence plus tard ; son développement est lent ou il est rapide ; selon les degrés de cette diathèse, elle naît dans un organe très lymphatique ou dans un organe qui l'est moins, dans un organe qui a beaucoup de tissu cellulaire ou dans un organe qui en a fort peu. Dans le même rapprochement j'essaierai de trouver une explication que notre honoré collègue, M. le professeur Roux, a paru désirer dans la précédente séance. Dans la lèvre et dans la langue, la circulation est favorisée par une contexture musculeuse. Leur envahissement par le cancer suppose donc une diathèse fort avancée. De là, le surcroît de chances véritables qu'il présente et le non succès de son extirpation. Ni les modifications dont je viens de parler, ni l'état stationnaire, longtemps stationnaire, d'une tumeur ne suffisent pour justifier l'opinion qu'elle est d'une nature qui lui est propre, qu'elle appartient exclusivement à un tissu, que ces sortes de tumeurs ne doivent point être regardées comme les rudimens, comme l'embryon d'une affection qui se dessinera à une époque plus éloignée. « Ces embryons seraient très vieux, » dit M. Cruveilhier. Comment aurait-il pu se procurer leur acte de naissance s'ils ne sont pas toujours reconnaissables? Il est de ces corps qui naissent adultes ; il en est qui ne le deviennent jamais. La connaissance de l'âge serait d'ailleurs insuffisante pour constater l'espèce. « Les femmes qui les portaient étaient octogénaires, » dit encore notre collègue. La 80e année serait donc, ou le *nec plus ultrà* de la vie ou le *nec plus ultrà* de la possibilité d'une dégénération? Je ne puis me défendre de réflexions pénibles, lorsque la discussion me place dans la nécessité de dire des trivialités.

Les auteurs de l'histoire de la chirurgie n'ont pas craint d'avancer que le cancer serait la cause la plus commune de la mort, si la carrière de chaque individu se prolongeait assez pour en développer le germe. Auparavant le commentateur de Boerhaave avait dit : *Dum inevitabili etiam vitæ sanæ effectu, vasis collosis factis, ad fatalem vitæ ducimus terminum.*

La diminution, l'insuffisance de la vie, est dans la cause prochaine des affections squirrheuses. C'est elle qui ralentit le cours des liqueurs animales qui cessent d'arriver à la partie la plus saillante de la mamelle ; de là sa dépression, des plis, des renfoncemens, des sinuosités dans lesquelles s'établit, ou un suintement, ou une sécrétion purulente. Que de variétés dans leur aspect, dans la quantité et les qualités de l'humeur sécrétée! Souvent le retrait du mamelon ne commence que dans une extrême vieillesse, quoique l'intérieur de la mamelle soit occupé, depuis plusieurs années, par une tumeur. Savez-vous quelle est l'hypothèse qu'on soutient quand on assure que les corps fibreux ne sont pas susceptibles de dégénérer ? L'hypothèse est que les conditions de la vie restent constamment les mêmes ou que la diversité de ces conditions n'a point d'action sur le système fibreux. Dire qu'ils ne repullulent point après qu'ils ont été extirpés, c'est prétendre que l'altération des liqueurs animales n'a point influé sur leur origine. Toutefois il est des tumeurs de la mamelle qui ne subissent aucun changement notable : il faut faire honneur de cette prérogative, non au système fibreux, mais à l'idiosyncrasie du sujet, aux modifications d'une diathèse. De ces modifications, de l'influence qu'une de ces tumeurs exerce sur la circulation, sur les sécrétions, sur la nutrition, sur les forces de la malade, des prédispositions héréditaires, doit être déduite l'indication de pratiquer une opération, ou l'indication de s'abstenir. Notre collègue s'est élevé contre les entreprises indiscrètes de la chirurgie. Il eût pu s'élever aussi contre les témérités de la médecine. Nous avons vu régner pendant vingt ans un système dans lequel toute méthode d'expectation était proscrite.

En résumé, l'usage excessif ou inopportun des opérations contre les tumeurs du sein pouvait ou devait être un sujet de critique ; mais il aurait suffi de répéter, après notre ancien et illustre maître le professeur Boyer : *que souvent le squirrhe ne dégénère point et reste stationnaire.* Il n'y avait pas lieu de mettre au monde un diagnostic équivoque ou fantastique des tumeurs du sein. J'estime que la compagnie ne doit point l'adopter par entraînement et sans réflexion. Des motifs de convenance nous commandent encore une certaine réserve. Notre collègue a été l'historien d'un fait de pratique qui lui a été commun avec d'autres médecins. Il a fait ressortir les avantages des moyens qu'il avait proposés ; il a censuré ceux qui ont obtenu la préférence. Quoique les personnages n'aient pas été nommés, il y a dans le récit de ce conflit et de ce dénouement quelque chose de dramatique et d'un assez grand intérêt pour exciter une curiosité qui serait accrue par l'intervention de l'Académie.

M. Hervez de Chégoin (M. Hervez de Chégoin n'ayant pu assister à la séance, M. le secrétaire annuel a lu en son nom une note conçue à peu près dans les termes suivans) : Il n'est pas douteux qu'il existe dans les mamelles des tumeurs dures, indolentes, qui se développent lentement, qui offrent en un mot tous les caractères que l'on a assignés aux tumeurs fibreuses. Une remarque particulière à ces tumeurs, c'est qu'elles se développent simultanément ou successivement sur plusieurs points de l'économie. M. Hervez cite un grand nombre d'exemples de cette simultanéité. Il n'y a pas urgence, ajoute-t-il, d'opérer ces tumeurs. Le retard, lors même qu'il s'agit de tumeurs cancéreuses, n'a pas d'inconvénient ; il est même utile dans quelques circonstances. Les tumeurs les plus petites sont souvent celles qui sont le plus sujettes à récidives : par contre, combien de fois, après avoir opéré des cancers ulcérés les chirurgiens n'ont-ils pas été surpris de ne pas voir de récidive! Pour nous, contrairement à l'opinion généralement admise en chirurgie, les tumeurs les plus anciennes sont souvent les plus susceptibles de guérir. Aussi admettons-nous en principe que, loin d'opérer prématurément, il faut au contraire retarder le plus que l'on peut. Il est cependant des circonstances qui obligent à agir différemment ; telles sont celles où les tumeurs compriment des vaisseaux ou des nerfs, gênent le jeu de fonctions importantes, ou envahissent des parties au milieu desquelles tout manuel opératoire deviendrait par la suite impossible. Dans ces cas, sans doute, il ne faut pas attendre, il devient urgent d'opérer, non parce que la tumeur serait reconnue cancer, mais quoique cancer.

Ici, M. Hervez de Chégoin se livre à des considérations sur l'origine locale ou générale du cancer, sur les conditions et la cause de la cachexie cancéreuse. Il n'admet point que le cancer puisse être purement local ; il ne le considère que comme la localisation d'une affection toujours primitivement générale. Si le cancer était primitivement local, dit-il, pourquoi les succès de l'opération seraient-ils si peu nombreux dans les cas même où les circonstances semblent être les plus favorables? La récidive, d'après les chirurgiens, tiendrait à ce que, malgré toute l'attention qu'ils auraient pu apporter dans l'opération, ils auraient laissé subsister dans la plaie quelques portions inaperçues du tissu dégénéré. Cependant, dans maintes circonstances où la récidive a eu lieu, la tumeur était

parfaitement circonscrite et facile à limiter : on ne peut donc admettre une pareille explication.

En ce qui regarde la cachexie, il est douteux, suivant M. Hervez de Chégoin, qu'elle soit le résultat de la résorption de la substance cancéreuse, comme le prétendent les chirurgiens. Il n'est guère probable, à ce titre, qu'une tumeur dure pût donner lieu à la cachexie; et cependant la cachexie ne se manifeste-t-elle pas souvent avant que les tumeurs aient été ramollies? D'un autre côté, qui n'a vu des femmes vivre de longues années avec des cancers ulcérés? Qu'est devenue la matière cancéreuse résorbée dans ce cas? S'il en était ainsi, on devrait toujours trouver le cancer multiple, lorsqu'il est ulcéré; et c'est justement le contraire qui a lieu dans le plus grand nombre des cas. La cachexie cancéreuse n'est donc pas, sauf quelques cas particuliers, une raison suffisante d'opérer.

Quant à ce qui a été dit de la dégénérescence du tissu fibreux en cancer, je dois déclarer que je n'ai jamais rencontré une pareille dégénérescence. Le passage d'une espèce morbide à une autre me paraît difficile à admettre. On objecte la dégénérescence fréquente des tumeurs fibreuses de l'utérus; j'ai vu souvent, en effet, cette dégénérescence, mais je ferai remarquer que ce n'est jamais le tissu fibreux qui est dégénéré, mais seulement l'espèce d'enveloppe charnue qui revêt ce tissu et qui s'ulcère avec une grande facilité.

En résumé, les idées qui précèdent conduisent aux conclusions suivantes :

1° Il se développe dans le sein des tumeurs dures de plusieurs espèces, les unes fibreuses, les autres d'une nature différente, également incapables de dégénérer.

2° L'opération dans ce cas n'est pas nécessaire.

3° L'ablation des tumeurs suspectes à une époque rapprochée de leur origine ne diminue pas les chances de la récidive.

4° L'ancienneté de l'affection, loin de les diminuer, augmente les chances de la guérison.

5° L'expectation n'est pas toujours convenable. Plusieurs circonstances, qu'il est possible de prévoir, peuvent déterminer à hâter le moment de l'opération.

6° Le conseil d'opérer promptement, fondé sur l'origine locale de la maladie, n'est nullement motivé.

7° Cette origine locale est loin d'être démontrée. Le contraire est beaucoup plus probable.

M. Amussat : Contrairement aux idées que vient d'émettre notre collègue, M. Hervez de Chegoin, je viens vous présenter un exemple remarquable des dangers de la temporisation, qui est un mauvais précepte. En médecine comme en chirurgie, il faut agir à temps, car si on laisse un mal sans remède, il s'accroît presque toujours, et quelquefois même il devient incurable. D'ailleurs, dans les cas analogues à celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, quel inconvénient y aurait-il eu à opérer promptement? Aucun. Il n'y aurait eu que des avantages réels, comme l'observation suivante va le prouver surabondamment.

Madame D..., actuellement âgée de 74 ans, d'un fort tempérament, mère de douze enfans, dont six sont encore vivans, commença à l'âge de dix-huit ans à peu près à avoir à la tête plusieurs petites loupes qui ne la faisaient point souffrir et ne l'empêchaient pas de se coiffer comme les personnes de son âge. Peu à peu cependant, elles se multiplièrent et grossirent. En recueillant ses souvenirs, elle fixe à peu près à l'âge de 34 ou 35 ans l'époque à laquelle elle fut obligée de se couvrir la tête d'une perruque pour dissimuler cette difformité; enfin, depuis dix ans, trois de ces tumeurs, une surtout située au-dessus de l'oreille droite, acquirent un volume considérable. Celle-ci, d'après ses souvenirs, ne serait pas la plus ancienne de toutes; mais la réunion de plusieurs petites, qui, sous l'influence d'une contusion extérieure, auraient rapidement grossi et se seraient confondues. Enfin, depuis six mois, la tumeur principale est devenue le siége de douleurs vives, d'ulcérations multipliées donnant lieu à une suppuration très abondante, qui traversait dans l'espace d'une nuit les pansemens les plus épais et se répandait sur les oreillers de la malade. M. le docteur Bancel, de Melun, qui donnait ses soins à la malade, ayant constaté plusieurs points fluctuans, jugea à propos d'y faire une ponction avec un bistouri à lame étroite, qui ne fournit que du sang. Cette plaie artificielle se ferma rapidement, mais les ulcérations situées surtout à la partie inférieure devinrent à plusieurs reprises le siége d'hémorragies inquiétantes qui déterminèrent M. Bancel à conduire la malade à Paris, et à me la confier.

Madame D..., encore forte et vigoureuse malgré son âge et l'épuisement occasionné par la maladie, porte à la tête 24 loupes depuis le volume d'une olive jusqu'à celui d'une tête de fœtus à sept mois environ. La plus volumineuse est située sur l'oreille droite; elle est bosselée à sa surface, présente des saillies et des dépressions, des portions plus dures, d'autres plus molles et fluctuantes; la peau est tendue, amincie, rouge, son pédicule un peu rétréci, a 10 pouces de circonférence; sa demi-circonférence antérieure est de 6 pouces inférieurement. La tumeur pend sur l'oreille, qu'elle recouvre à moitié. Sa partie inférieure est le siége de deux ulcérations assez profondes, larges de 2 centimètres environ, qui fournissent une suppuration abondante, fétide, et parfois des hémorragies. La seconde tumeur, quant au volume, est située à l'occiput; elle est du volume d'un gros œuf, lisse, non bosselée, fluctuante; la peau qui la recouvre est légèrement violacée; elle est séparée de la précédente par un sillon de 2 centimètres à peu près.

La troisième, un peu moins volumineuse que celle-ci, présente les mêmes caractères; elle est située immédiatement au-dessus de la première, et appuie sur elle assez fortement pour qu'il soit difficile d'introduire un linge entre elles deux. Les autres sont disséminées sur tout le pourtour de la tête. L'une, du volume d'une olive, peut-être la plus petite de toutes, est située vers la tempe gauche; elle est mobile, aplatie, très douloureuse, peut-être parce qu'elle est comprimée par les liens des coiffures et par les bandes qui doivent assujétir le pansement. La peau a conservé sa couleur normale.

En présence d'une maladie aussi grave, je me serais peut-être trouvé dans une indécision très grande sur les moyens que je devais employer pour arriver à un résultat avantageux, si, pendant la délibération mentale à laquelle je me livrais, la malade ne m'avait pas dit positivement qu'elle ne voulait pas entendre parler du bistouri. Dès lors, il ne me restait que deux moyens à proposer; savoir : la ligature ou la cautérisation, et peut-être l'une et l'autre en même temps. On verra plus tard, en effet, que ce dernier parti a été celui auquel je me suis arrêté, d'après mes convictions et d'après l'avis des honorables confrères que je crus devoir appeler en consultation pour m'éclairer dans un cas aussi grave, aussi rare, et que pour ma part je n'avais pas encore rencontré dans ma pratique. Les faits de cette nature sont en effet peu nombreux; car, en consultant les ouvrages principaux de chirurgie et les recueils des journaux de médecine, je n'en ai trouvé que deux ou trois qui aient de l'analogie avec le fait qui se présentait à mon observation avec des circonstances aussi graves, je dirai même aussi insolites.

Le 13 février au soir (j'avais vu la malade le matin, ce jour-là pour la première fois), il est survenu une assez forte hémorragie par la tumeur qui est ulcérée; on est parvenu à l'arrêter difficilement par la compression.

Le 14, en enlevant le pansement, l'hémorragie s'est renouvelée. La cautérisation pratiquée avec le caustique de Vienne solidifié n'arrête qu'avec beaucoup de peine cette hémorragie. On continue la compression.

Comme on le voit, il n'y avait pas de temps à perdre; il fallait s'opposer aux hémorragies qui, se renouvelant journellement presque à chaque pansement, auraient fini par enlever la malade. Il fallait en un mot trouver un moyen à ajouter à la cautérisation dont les effets n'étaient pas assez puissans, d'après ce que je venais d'observer, non seulement pour arrêter les hémorragies, mais aussi pour détruire promptement la tumeur qui était trop volumineuse. En outre, l'odeur infecte de la suppuration était devenue insupportable à la malade, surtout depuis que, dans la crainte de renouveler fréquemment les hémorragies, nous ne faisions plus qu'un seul pansement par jour au lieu de trois. Dans ces circonstances difficiles, ne voulant pas porter seul la responsabilité d'une opération qui aurait pu être suivie d'accidens mortels, je m'empressai d'écrire à M. Bancel pour le prier de venir à Paris, afin de prendre part à une consultation qu'il était urgent de faire promptement, et de laquelle devait résulter un plan d'opération qui devait être mis sans retard à exécution.

Le 15 février, MM. Ribes, Bancel, Filhos et Boyer se réunirent chez la malade. M. Récamier qui était convoqué fut dans l'impossibilité de venir.

Le pansement ayant été enlevé, on examina avec attention la tumeur ulcérée, celle qu'il s'agissait surtout de détruire. Une hémorragie se manifesta, et dans le doute où l'on était si le sang était fourni par des tissus faisant partie de la tumeur ou par un vaisseau qui se rendrait à sa base et l'alimenterait, je comprimai, autour de l'ouverture, avec les doigts; l'hémorragie cessa. L'expérience était concluante; il ne s'agissait pas d'une tumeur érectile puisque l'hémorragie aurait continué malgré la compression, mais nous étions en présence d'une loupe qui avec le temps avait développé les vaisseaux, s'était ulcérée, et dans l'ulcération une artère avait été détruite. C'était bien certainement l'une des branches de l'artère temporale qui fournissait les hémorragies. Enfin, après avoir discuté longuement sur les moyens divers qu'on pourrait employer avec des chances de succès pour enlever la tumeur ulcérée, la plus volumineuse de toutes celles qui existaient sur la tête de la malade, après avoir parlé de l'extirpation, de la cautérisation, de la ligature, nous convînmes que ces deux derniers moyens, combinés sagement, prudemment, étaient les seuls qui présentassent des chances favorables de guérison sans exposer la malade à des accidens graves. On pratiqua immédiatement après la consultation une assez forte cautérisation avec le caustique de Vienne, et on procéda au pansement.

Le lendemain, je vis la malade avec MM. Récamier, Filhos et Boyer. Il n'est pas survenu d'hémorragie; la cautérisation pratiquée hier a produit une escarre assez épaisse. M. Récamier était d'abord disposé à conseiller l'opération avec l'instrument tranchant; mais avant de se prononcer d'une manière absolue, je lui proposai d'attendre un instant pour savoir positivement ce que contenait la tumeur qui était fluctuante en plusieurs points. Je pratiquai donc une ponction exploratrice qui donna lieu à un écoulement de sang clair; alors M. Récamier accepta la résolution qui avait été prise la veille, de cautériser circulairement la base de la tumeur et de l'entourer d'une ligature que l'on serrerait graduellement. Pour arrêter l'écoulement du sang par la piqûre faite avec le troiscart explorateur, je traversai les deux lèvres de la petite plaie avec une épingle, et je les rapprochai ensemble au moyen de fils, comme pour la suture entortillée.

Le 17, en présence de MM. Bancel, Neven, Bouteiller, Filhos, Boyer et Levaillant, je procédai à l'opération. Les cheveux qui recouvraient la tumeur ayant été préalablement rasés, je commençai par circonscrire le pédicule de la tumeur avec les doigts, de manière à pouvoir appliquer une cautérisation circulaire assez forte pour détruire la sensibilité de la peau, qui eût peut-être été trop vive sous le fil de la ligature. Pour pratiquer cette cautérisation, on avait préparé à l'avance une lame de plomb très mince à laquelle on avait donné la forme d'une gouttière, et cette gouttière était remplie de caustique de Vienne. Par ce moyen, on put facilement cautériser tout le pédicule de la tumeur aussi exactement que possible; car la lame de plomb, par sa mollesse, par sa malléabilité, pouvait subir toutes les inflexions nécessaires pour qu'aucun point de la base de la tumeur n'échappât à l'action du caustique qu'elle contenait. Au bout de dix minutes environ, la cautérisation ayant paru être suffisante pour atteindre le but qu'on se proposait, on enleva les gouttières de plomb, en les redressant avec la même facilité qu'on avait eue à les courber pour circonscrire la tumeur.

Le premier temps de l'opération étant achevé, il fallait procéder au second, c'est-à-dire à la ligature; on la pratiqua de la manière suivante : un fil très fort, ou plutôt une ficelle choisie à dessein, non seulement à cause de sa force, mais aussi à cause de son volume, qui devait l'empêcher de couper trop promptement les tissus, fut placée autour de la base du pédicule de la tumeur, dans les points

où la cautérisation venait d'être pratiquée; puis les deux chefs du fil ayant été passés dans un serre-nœud articulé en deux parties, on exerça une légère constriction sur la tumeur en les fixant provisoirement dans l'encochure qui se trouve à l'extrémité de l'instrument, et enfin, pour pouvoir augmenter à volonté la compression, un petit treuil placé à l'extrémité du serre-nœud, treuil sur lequel venaient s'enrouler les deux chefs de fil, permettait d'arriver à une constriction graduelle assez forte pour couper le pédicule de la tumeur. Cette modification aux serre-nœuds ordinaires offre certainement une grande utilité; car, au moyen du treuil, on peut, d'une part, graduer la constriction, la rendre aussi douce, aussi supportable que cela est nécessaire; et, d'autre part, la constriction peut être poussée aussi loin que possible, sans déranger en rien l'action de l'instrument ni la position des fils. La tumeur a été recouverte de poudres d'alun, de charbon, de colophane et de quinquina, mélangées ensemble, maintenues par de la charpie et un bandage approprié.

La malade a parfaitement supporté les deux opérations que nous venons de décrire, et nous avons apprécié, à côté de la simplicité de celle que nous venions d'exécuter, les difficultés, peut-être les dangers de l'opération pratiquée par l'instrument tranchant; nous aurions eu, dans ce dernier cas, beaucoup de peine à nous rendre maîtres du sang, peut-être eût-il fallu recourir au cautère actuel, et alors les suites des opérations auraient pu présenter beaucoup de dangers, tandis que, comme nous avons agi, les résultats de l'opération ont été des plus heureux et des plus simples, comme nous le dirons bientôt.

Le 17 au soir, jour de l'opération, la malade est calme et dans un état très satisfaisant.

Le 18, on augmente la compression en serrant les fils au moyen du treuil. Il n'y a pas eu d'hémorragie; un suintement assez fort, d'une sérosité épaisse.

Le 19, on augmente la compression; la tumeur est boursoufflée, plus chaude, plus dure, mais elle conserve sa couleur ordinaire. La malade a de l'appétit, et elle a passé une très bonne nuit.

Les jours suivans, l'état de madame D... continue d'être satisfaisant. On continue à augmenter la compression. Par la surface ulcérée de la tumeur, il s'écoule du sang noir.

Le 25, la tumeur est plus noire et plus mobile; elle ne tardera pas à être séparée complètement.

Le 26, la malade demande qu'on la débarrasse de la tumeur, qui est bien détachée et qui ballotte, qui tourne sur son pédicule, réduit à un très petit volume. Avec des ciseaux, j'en pratique la section, et je m'aperçois que l'aponévrose était le dernier obstacle à la section par la ligature. Il ne s'écoule pas une goutte de sang. La surface de la plaie, qui est ovalaire, a deux pouces et demi dans son plus grand diamètre; elle est grisâtre, présente les restes de l'aponévrose qui a été divisée; la suppuration est de bonne nature, et tout fait espérer que malgré l'étendue et la position de la plaie, la guérison aura lieu.

La tumeur a au moins le volume du poing d'un homme adulte; elle est ovoïde, molle, élastique, de couleur noirâtre. Incisée dans toute son étendue, on voit qu'elle est formée par du tissu fibreux formant des loges, des espèces de kystes qui contiennent du sang noir. Dans d'autres points, on ne retrouve plus de tissus fibreux, mais un tissu spongieux, imbibé, infiltré d'un sang noir dégénéré; enfin, au centre de la tumeur existe un noyau osseux qui peut avoir le volume d'une grosse noisette. Est-ce bien là une loupe qui a subi avec le temps une dégénérescence de mauvaise nature, et cet état a-t-il pu être la conséquence de contusions, de frottemens répétés auxquels la tumeur a été soumise par les bonnets, les coiffures qu'a portés la malade? Je n'hésite pas à répondre affirmativement à cette question.

Les antécédens de la malade sont très faciles à résumer. A l'âge de 18 ans, il existait déjà sur la tête de petites loupes qui ne gênaient en aucune façon, et qui, par les progrès de leur développement, se sont agglomérées, réunies en quelques-unes très volumineuses; avec le temps, l'une d'elles s'est ulcérée et a présenté un état de dégénérescence très évidente. Des douleurs vives sont survenues ainsi qu'un écoulement très abondant de matière purulente, sanieuse, et enfin la constitution de la malade avait reçu de graves atteintes. De plus, des hémorragies qui se renouvelaient d'une manière inquiétante s'ajoutaient encore à la gravité du mal.

Évidemment, on n'aurait jamais pensé, lorsque ces tumeurs se sont développées, qu'elles constitueraient plus tard une maladie grave; car, en général, les loupes ne gênent qu'à raison de leur volume, nous disons en général, parce qu'on trouve dans les auteurs, dans Boyer, des faits de dégénérescence de loupes dont l'ablation a été nécessaire, soit par l'extirpation, l'amputation ou la ligature. Il suffit donc de savoir que les loupes peuvent dégénérer pour être autorisé à les enlever promptement et lors même qu'elles ne seraient pas susceptibles de changer de nature, on devrait tenir la même conduite, afin d'éviter au malade une opération grave par l'étendue de la surface qui resterait à nu après l'ablation de la tumeur et douloureuse par le temps que nécessiterait son ablation, tandis qu'en opérant promptement, c'est-à-dire en élevant une petite tumeur, on pratique une opération fort simple, peu douloureuse, et dont les suites sont presque constamment à l'abri d'accidens.

Aussi, à mon avis, le diagnostic de la nature des tumeurs n'est au point de vue opératoire qu'une question peu importante, puisque, d'une part, des tumeurs d'apparence bénigne peuvent dégénérer, ou bien si elles ne dégénèrent pas on est obligé de les enlever alors qu'elles produisent de la gêne par leur volume; et d'autre part aussi nul doute qu'il ne soit nécessaire, indispensable, d'enlever promptement les tumeurs qui tout d'abord présentent des caractères suspects. Mais au point de vue de l'anatomie pathologique qui est une science constituée dans laquelle doivent se classer par espèces, par genres, toutes les lésions pathologiques qu'on peut examiner avec le scalpel, la loupe, le microscope, etc., il faut tenir compte des différentes lésions de tissus et ajouter de nouveaux faits à ceux que la science possède déjà; mais sans prétendre que le diagnostic sur le cadavre, c'est-à-dire la détermination du genre d'une tumeur qu'on examine après la mort, isolément en dehors des tissus, puisse servir toujours à établir le diagnostic sur le vivant, ou, en d'autres termes, il ne faut pas qu'à l'aide de l'anatomie pathologique on veuille toujours conclure de ce que l'on connaît à ce qu'on ne connaît pas. L'erreur qui, en toutes choses, est si près de la vérité, pourrait avoir dans ce cas de funestes effets, car on serait exposé à laisser subsister dans l'économie des tumeurs, par exemple, ayant tous les caractères des tumeurs bénignes, caractères tracés sur des tumeurs examinées sur le cadavre, et qui pourtant pourraient s'appliquer sur le vivant à des tumeurs de mauvaise nature, en un mot susceptibles de dégénérer.

En résumé, ce fait prouve, avec beaucoup d'autres, qu'il ne faut pas trop temporiser pour l'ablation des tumeurs, même les plus bénignes en général, comme les loupes, les tumeurs fibreuses, etc., puisqu'il n'existe dans l'état actuel de la science aucun moyen de distinguer les tumeurs qui peuvent dégénérer de celles qui peuvent rester sans inconvénient dans l'économie.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA MORPHINE ADMINISTRÉE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE DANS QUELQUES AFFECTIONS NERVEUSES ET DE LA NÉCESSITÉ DE L'USAGE INTÉRIEUR DE LA STRYCHNINE POUR ACHEVER LE TRAITEMENT ET PRÉVENIR LA RÉCIDIVE; SUIVIE DE QUELQUES OBSERVATIONS DE CHORÉE, GUÉRIE PAR L'USAGE INTERNE DE LA STRYCHNINE; par L.-A. ROUGIER, D. M., ex-médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — 190 pages in-8°. Lyon, 1843.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS DE LA MATRICE PAR L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DE SEIGLE ERGOTÉ; par le docteur ARNAL. — 155 pages in-8°. Paris, 1843. A la librairie médicale de Just Rouvier.

DE L'EMPLOI DE L'AIMANT DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES; par M. MOUZIN, médecin. — 76 pages in-8°. Paris, 1843. Chez Fortin, Masson et Ce.

Nous réunissons ici ces trois brochures parce que ce sont les seules publications particulières sur la thérapeutique qui nous soient venues depuis plusieurs mois des sources ordinaires de la bibliographie. L'époque actuelle d'ailleurs est peu féconde en travaux thérapeutiques de quel qu'importance, ce n'est pas cependant que l'on manque d'expérimentateurs; mais trop souvent ils se contentent de se livrer à des expériences isolées sans s'informer de ce qui a été fait avant eux et ailleurs, et surtout en négligeant complètement de tenir compte de l'influence des lois organiques et vitales et de leurs différences dans l'état de santé et dans celui de maladie; aussi est-il vrai de dire que les seules parties de la thérapeutique qui aient fait des progrès importans par les travaux modernes sont celles qui se rattachent à l'action physico-chimique des médicamens. Quant à leurs propriétés dynamiques, si quelquefois on les signale, on se donne rarement la peine de les rattacher aux lois qui règlent l'organisme quand on ne cherche pas à les faire rentrer bon gré mal gré dans le domaine de celles d'un ordre opposé. Ces réflexions générales ne s'adressent, au reste, à aucune des trois brochures que nous avons en ce moment sous les yeux, et dont les auteurs n'ont point dépassé, comme nous allons le voir, le rôle de simples observateurs.

Le titre de l'opuscule de M. Mouzin n'est pas parfaitement exact, car ce n'est pas des propriétés de l'aimant qu'il parle, mais bien de celles de l'électro-magnétisme. En effet, l'auteur, après avoir exposé très sommairement quelques-unes des données que possède aujourd'hui la science sur l'action qu'exerce l'électricité sur les fonctions organiques passe immédiatement à l'énumération des différentes maladies dans lesquelles on s'est bien trouvé de l'emploi de ce moyen thérapeutique, n'ajoutant rien aux connaissances que nous avons déjà, et s'exposant peut-être sur quelques points au reproche d'avoir exagéré l'influence de l'électricité. Ainsi nous croyons bien que tous ceux qui ont employé l'électricité comme moyen thérapeutique reconnaîtront avec nous que l'auteur a probablement exagéré l'heureuse influence de ce moyen dans le traitement de l'asthme lorsqu'il a dit que son efficacité dans ce traitement est telle qu'à peine voit-on 1 malade sur 10 qui n'en ressente les bons effets.

La brochure du docteur Arnal sur le traitement de quelques affections de la matrice par l'extrait aqueux de seigle ergoté ne manque pas d'intérêt. La première partie surtout où l'auteur retrace légèrement l'historique des maladies de matrice et des moyens dirigés contre elles, même de nos jours, est pleine d'une critique à la fois sévère et gaie; mais nous devons exprimer le regret que sa critique ne se soit pas étendue sur la deuxième partie, celle où il décrit et vante les effets heureux de l'em-

ploi du seigle ergoté qui, si nous en jugeons d'après les 19 cas de guérison complète sans aucun insuccès ni accident, et que l'auteur a rapportés avec tous les détails possibles, serait un moyen incomparable. Nous nous contenterons de cette simple mention en rappelant qu'on n'accorde jamais qu'une très médiocre importance aux travaux thérapeutiques dans lesquels il n'est question que des cas de succès, en quelque nombre qu'ils soient rapportés.

Le travail de M. Rougier mérite plus d'attention de notre part, c'est l'historique raisonné et réellement critique d'une médication qu'il a employée un grand nombre de fois dans quelques affections nerveuses, et dont il rapporte les résultats avec cette bonne foi et cette exactitude qui conviennent au praticien désireux de faire connaître aux autres l'expérience qu'il a acquise. Suivons-le rapidement dans ce récit; nous y trouverons l'occasion de signaler quelques observations d'une véritable importance pratique.

La pensée de traiter certaines affections nerveuses par l'introduction dans l'économie de la morphine par la peau dénudée de son épiderme n'est pas nouvelle, il est vrai, mais la manière dont M. Rougier emploie cette médication lui est assez particulière pour que nous la reproduisions en quelques mots. Ce n'est ni par le vésicatoire, ni par la pommade ammoniacale, que M. Rougier dénude la peau, mais par l'emploi du marteau de *Mayor*, échauffé dans l'eau bouillante. Ce procédé, qu'il regarde comme infiniment moins douloureux, ne manque jamais son effet et peut être réitéré sans inconvénient autant qu'il est nécessaire, car, ne déterminant qu'une suppuration très peu abondante, il permet pendant plusieurs jours l'absorption du médicament. La dose à laquelle la morphine est portée dans ce procédé varie, suivant les cas, de 5 jusqu'à 50 centigr. par jour; dose énorme et qui, jusqu'ici, nous pensons, n'avait point encore été employée dans des affections aussi peu graves. Parmi les effets locaux de cette médication, l'auteur signale d'abord la douleur, mais qui est loin d'être atroce, comme on l'a dit, puis la ligne d'absorption qui consiste en une sensation particulière s'établissant sur le nerf affecté et suivant sa direction tantôt en ligne descendante, tantôt en ligne ascendante. Quant aux effets généraux, ils diffèrent peu de ce qu'en ont observé les autres expérimentateurs. Les doses élevées auxquelles la morphine est administrée obligent souvent de multiplier les surfaces absorbantes, et dans quelques cas où la maladie était fort ancienne on a appliqué successivement de 30 à 50 vésicatoires. Les malades ne sont pansés qu'une fois par jour, car quand par hasard on a doublé les pansemens les résultats n'en ont pas été plus satisfaisans, et, dans la plupart des cas, trois ou quatre jours de traitement ont suffi pour faire disparaître toutes les traces de la maladie. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois la douleur affaiblie ou éteinte par l'application faite sur le point qui a été affecté le premier reparaît aussi intense sur un point inférieur où elle doit être poursuivie de nouveau, puis sur les divisions du principal tronc, et enfin jusque sur les dernières ramifications nerveuses; il est même arrivé de ne pouvoir l'éteindre dans les orteils où elle s'était réfugiée que par des vésicatoires appliqués près des articulations métacarpo-phalangiennes. Chez d'autres sujets, fixée à la partie inférieure et externe de la jambe, la douleur n'a cédé qu'à la persévérance avec laquelle on lui opposait de fortes doses de morphine. Plusieurs observations détaillées où ces difficultés se sont offertes ajoutent encore à l'intérêt de cette description toute pratique.

Quand la douleur est éteinte dans tout le membre, on continue le remède à doses décroissantes, pour le cesser tout à fait au bout de quelques jours. Mais alors, si la névralgie était ancienne, ou si le traitement s'est prolongé, il reste dans le membre une faiblesse quelquefois assez grande pour empêcher la progression, ce qui peut se prolonger pendant des semaines, des mois, et même résister longtemps aux linimens excitans, aux bains et douches de vapeurs aromatiques. C'est cet accident que tous les médecins qui ont observé avec soin les névralgies doivent avoir remarqué, que l'auteur annonce avoir traité avec le plus grand succès par la strychnine administrée, non plus par la méthode endermique, mais à l'intérieur. Dans la plupart des cas, peu de jours de l'emploi de ce médicament ont suffi pour rendre au membre sa force normale, et effacer, soit localement, soit dans toute l'économie, jusqu'à la moindre trace de l'influence de l'opium.

Mais là ne se borne pas le service que peut rendre la strychnine dans le traitement des névralgies; on sait que ces maladies, et surtout la sciatique, sont, comme toutes les maladies plus ou moins empreintes du type rhumatismal, sujettes aux récidives, surtout lorsqu'elles ont affecté une marche chronique et que leur guérison a été prompte. L'auteur, avec une rare bonne foi, reconnaît même que la méthode endermique contribue probablement à rendre ces récidives plus fréquentes, parce que la douleur, assoupie et presque stupéfiée par l'agent narcotique peut et doit se réveiller plus tard aussi intense, si le traitement n'a pas été porté assez loin pour la détruire complètement, et, bien que le nerf, à part la faiblesse du membre, paraisse tout à fait à l'état normal et même insensible à la pression, quelques semaines, quelques mois se passent, et la névralgie se reproduit sans qu'on puisse en accuser une cause légitime. Il était donc prudent de trouver un moyen qui fît reconnaître dans quelles circonstances la récidive est ou n'est pas à craindre, et c'est à la strychnine que l'auteur reconnaît cette propriété, qu'il dit avoir constatée par des faits multipliés.

On lira avec intérêt, dans la brochure de M. Rougier, comment il a été amené à soupçonner et à constater ces deux propriétés de la strychnine et le mode d'action de cette préparation énergique, qu'il donnait d'abord à la dose de 1/8 de grain toutes les douze heures, puis portait, mais rarement, jusqu'à 1 grain et demi par jour. Mais nous allons nous borner à indiquer les signes à l'aide desquels on reconnaît que la névralgie, assoupie seulement par le narcotique, doit se reproduire. Quand, au bout de quelques jours de l'usage de la strychnine, les secousses qu'elle détermine dans le membre malade sont arrivées au point de reproduire la névralgie sciatique telle qu'elle existait avant le traitement, on juge que la guérison a été complète si cette douleur va chaque jour en s'affaiblissant, malgré l'augmentation de la dose du remède; dans ce cas, en effet, elles continuent, augmentent même de fréquence et d'intensité, mais finissent par être plutôt incommodes que douloureuses. On peut alors cesser l'usage de la strychnine comme moyen d'épreuve, s'il n'est nécessaire de la continuer pour rendre la force au membre. Dans le second cas, au contraire, la douleur va toujours en augmentant et force bientôt à abandonner le remède; la névralgie, devenue aussi intense qu'avant le traitement, démontre que la méthode endermique n'a pas été portée assez loin. « Dans ces cas, dit l'auteur, nous avons dû en recommencer l'emploi; mais une remarque importante que nous avons faite, c'est qu'alors la maladie, ravivée par la strychnine, avait une marche plus aiguë et plus prompte; la saturation par l'opium était plus facile à obtenir, et la strychnine, employée de nouveau, nous a toujours rassurés sur l'éventualité d'une seconde récidive. » Quinze nouvelles observations, où l'auteur avait été obligé d'avoir recours à l'emploi de la strychnine, familiarisent le lecteur avec les divers effets de moyens aussi énergiques que la morphine et la strychnine, et avec les dangers auxquels expose la moindre négligence dans leur administration. Plusieurs autres observations démontrent encore que la même médication réussit également contre diverses autres névralgies et même contre quelques névroses.

Nous ne terminerons pas l'analyse de cette intéressante brochure sans signaler un autre fait rapporté par l'auteur : c'est qu'avant l'époque où M. Troussean commença à traiter la chorée par la noix vomique, avant même que M. Fouilhoux eût publié, dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1841), le cas de chorée guéri par la strychnine, et qui appela l'attention de M. Trousseau sur ce nouveau mode de traitement, M. Rougier avait déjà employé la noix vomique et avec succès dans plusieurs cas, dans les années 1835, 36, 37, 38, 39, 40, 41 et 1842. Il a soin cependant de faire connaître en même temps que déjà lui-même avait puisé cette indication dans la BIBLIOTHÈQUE THÉRAPEUTIQUE de M. Bayle, 2e volume publié en 1830, et où on lit : « M. Cazenave (de Pau) a fait usage, avec succès, de ce médicament (noix vomique) dans un cas de danse de St-Guy, qui avait résisté à tous les moyens usités. »

VARIÉTÉS.

— En réponse à la lettre de M. Pigné sur l'emploi de la créosote en vapeur comme moyen de conservation des cadavres, M. Dupré Latour nous écrit pour rappeler qu'il a lu à l'Académie des sciences un mémoire où il a fait connaître ce procédé, et notamment l'introduction de la vapeur conservatrice par la trachée ou l'intestin. Il invite les personnes qui désireraient en voir des applications à se présenter à l'Ecole pratique au pavillon H.

— STATISTIQUE MÉDICALE DE LA PROVINCE D'ALGER, mêlées d'observations agricoles; par L.-F. TROLLIET, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, etc. — In-8°. Prix : 3 fr.

Paris, chez J.-B. Baillère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillère, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 12. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 23 MARS 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES BAINS DE RIVIÈRE A BASSE TEMPÉRATURE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS SUR LES BAINS D'ARVE, DANS LE CANTON DE GENÈVE, par le docteur Herpin, membre du conseil de santé et du conseil d'instruction publique du canton de Genève.

Elevé sur les bords immédiats de l'Arve, ayant pratiqué là pendant quinze ans la médecine, j'ai eu plus qu'aucun de mes collègues du canton de Genève l'occasion d'y envoyer des malades, de les suivre dans leur cure et de connaître, même en dehors de ma pratique, beaucoup de faits faciles à constater dans une petite ville comme Carouge. Depuis que je suis fixé à Genève, je n'ai point négligé l'Arve, et une cure complète que j'y ai faite en 1842 m'a initié à beaucoup de détails qui ne sont pas sans intérêt. C'est avec ces titres que j'ose m'offrir pour jalonner la route à ceux qui voudraient s'y engager, leur prédisant de nombreux succès.

Pour mettre de l'ordre dans les faits que j'ai à communiquer, je traiterai en autant de chapitres chacun des points suivans :

Feuilleton.

COURS DE MICROSCOPIE COMPLÉMENTAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES (1).

Peu de sciences ont rencontré, à leur naissance, plus de difficultés et moins de sympathie que la science qui a pour instrument le microscope et pour objet la vérification d'un ordre de phénomènes dont la matérialité se dérobe à l'enquête ordinaire des sens. Parmi les causes qui ont déterminé cette sorte de répulsion des intelligences, les unes sont inhérentes à la nature de l'homme, les autres dérivent de circonstances mal connues ou mal interprétées. L'esprit humain se complaît dans les méthodes d'investigation dont il a une séculaire habitude, comme les vieux chirurgiens dans les procédés qui sont devenus pour ainsi dire un instinct de leurs mains; de plus, soit paresse innée, soit conscience de son infirmité, il s'attache plus volontiers aux faits qui frappent le plus grand nombre des yeux, et il trouve commode de nier ce qui ne peut être vérifié sans un certain effort de la volonté, sans une éducation préalable et spéciale des sens. Puis, le microscope avait abusé dès l'origine de la faculté de seconde vision que l'on ne peut lui refuser; à une époque où l'autorité de Boerhaave installait dans la médecine les idées mécaniques, il s'était fait le complaisant auxiliaire du théoricien de Leyde et lui dispensait, presque à plaisir, la forme et la dimension du globule sanguin, suivant les besoins de la fabulation pathogénique; et c'est ainsi, l'heure de la réaction venue, que le microscope fut écarté avec ses vérités et ses erreurs; il s'était mis au service d'un système, et il vécut ce que vivent les systèmes, l'espace de la vie d'un grand homme. Aussi, malgré l'exactitude d'un certain nombre de découvertes dont la physiologie est redevable aux premiers essais de microscopie, ce qui a été fait de nos jours à l'aide du même instrument, ne ressemble nullement à une restitution, à une restauration de ce mode d'observation; c'est une science nouvelle que notre époque a vu naître et qu'après un peu de défiance réminiscente du passé, il faut bien saluer et reconnaître, car elle porte à son front le double signe de la vérité et de l'utilité; accueillie naguère par le doute et par l'ironie, mais ferme dès ses premiers pas, infatigable aux recherches, prémunie contre ses propres illusions, forte de sa prudence, sévère dans ses acquisitions, la microscopie a mis en peu d'années plus de notions importantes dans la médecine que celle-ci n'en doit à plus d'un systématique célèbre; et comme elle connaît son temps, elle s'est pressée de faire acte d'utilité en assistant les praticiens dans le labeur quotidien du diagnostic, en les éclairant sur des indications mal dessinées ou

(1) Cours de microscopie complémentaire des études médicales; anatomie microscopique et physiologie des fluides de l'économie; par Al. Donné. Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

1° Recherches physiques sur l'Arve.
2° Usage des bains.
3° Effets physiologiques.
4° Effets hygiéniques et prophylactiques.
5° Contre-indications.
6° Effets thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER.

RECHERCHES PHYSIQUES SUR L'ARVE.

Il n'est aucun agent thérapeutique dont il ne soit intéressant, dès qu'on en étudie les propriétés médicales, de connaître l'histoire naturelle et les qualités physiques et chimiques; mais dans le sujet qui m'occupe et avec le but que je me propose, ce genre de recherches est indispensable. En effet, pour éclairer sur l'emploi des bains d'autres rivières, du Rhône, par exemple, par l'expérience acquise sur ceux de l'Arve, il faut avant tout examiner si les conditions des deux rivières sont semblables; car toute différence dans les qualités essentielles en entraînera dans les effets et par conséquent dans l'emploi. Si jamais d'ailleurs ce travail suggérait l'idée d'un emploi méthodique des bains de rivière à basse température, dans un certain nombre de contrées placées dans des conditions géographiques analogues à celles de notre pays, alors les données que j'ai recueillies acquerraient un nouveau prix, et je m'estimerais heureux d'avoir contribué aux progrès d'une branche aussi importante de la thérapeutique.

La *température* de la rivière est de toutes les conditions physiques celle qui a le plus d'influence sur les effets du bain; nous l'étudierons donc avec soin; mais cette température est liée d'une manière si intime avec le cours de la rivière, ses sources, ses affluens, sa vitesse et ses variations de hauteur, qu'il ne me sera guère possible de traiter cet objet principal sans en examiner les divers élémens.

J'ai été heureusement précédé dans ces recherches par un observateur aussi habile que consciencieux, Horace Bénédict de Saussure. L'illustre naturaliste a inséré dans le JOURNAL DE PHYSIQUE de Delamétherie (messidor an VI) un MÉMOIRE SUR LES VARIATIONS DE HAUTEURS ET DE TEMPÉRATURE DE L'ARVE, où je puiserai en partie les faits contenus dans cet article.

L'Arve prend sa source sur le sol de Balme, à l'extrémité N.-E. de la vallée de Chamouni; mais cette source n'est qu'un filet, et l'on peut dire que cette rivière a réellement pour origine les torrens qui sortent des glaciers du Four, d'Argentière, des Bois, des Bossons et en général des glaciers qui couvrent la face septentrionale du Mont-Blanc et des sommités qui l'avoisinent; la rivière du Giffre, qui se jette dans l'Arve entre Cluse et Bonneville, prend son origine dans les neiges du Buet. « On peut donc affirmer, dit de Saussure, que dans les temps de sécheresse les quatre cinquièmes des eaux de l'Arve sont des eaux de neige et de glaces fondues. » Dans ces circonstances, en effet, les autres affluens ne sont que des cours d'eau sans importance. Après un parcours de cent et quelques kilomètres (26 lieues) à partir du glacier du Four (à 1300^{m} au-dessus de l'Océan), notre rivière se jette dans le Rhône à un kilomètre au-dessous de Genève (à 372^{m} de niveau), et ses eaux grises restent assez longtemps distinctes des eaux bleues du fleuve.

La température des torrens qui sortent des glaciers est, en général, de 1° à 2° R. (1°,2 à 2°,5 c.); elle va quelquefois jusqu'à 4° (5° c.). Ces torrens sont très enflés à la fin du jour, surtout à quatre heures, et presqu'à sec pendant la nuit. Quel accroissement de température les eaux de l'Arve subissent-elles dans leur trajet jusqu'à Genève? C'est ce que notre illustre naturaliste a déterminé avec l'exactitude et la hauteur de vue qui caractérisent tous ses ouvrages.

En observant l'Arve, près de Genève, en été, après quelques jours de sécheresse, il reconnut :

1° Que la hauteur et la température sont liées par un rapport constant et en quelque sorte inverse; que lorsque l'une d'elle s'accroît, l'autre diminue;

2° Que le maximum de hauteur et le minimum de température ont lieu en même temps et inversement;

3° Que le minimum de température et le maximum de hauteur s'observent vers les *neuf* ou *dix* heures du matin, et persistent pendant quelque temps; que le maximum de température et le minimum de hauteur arrivent vers *dix* ou *onze* heures du soir, et que l'eau reste encore quelque temps dans ces limites;

4° Que le minimum de température est entre 9° et 10° R. (de 11°,2 à 12°,5 centig.);

5° Que le maximum est de 13° ou 14° R. (de 16,2 à 17,5) ;

6° Qu'au lever du soleil la température est à 11° ou 12° (13,7 à 15°);

7° Que, pour la hauteur, la variation diurne est de 5 à 6 pouces (0^{m},16 à 0^{m},18).

La théorie donnée par de Saussure, de ces faits remarquables, est aussi simple qu'incontestable.

Les eaux de l'Arve, dans les circonstances indiquées, provenant pour la plus grande partie de la fonte des neiges, et les torrens des glaciers offrant à quatre heures du soir leur maximum de hauteur, tandis qu'à Genève ce maximum a lieu vers dix heures du matin, il est évident que, pendant ce trajet de dix-huit heures, ces eaux ont voyagé pendant la nuit avec leur maximum de masse, et par conséquent de vitesse, c'est-à-dire dans les circonstances les plus propres à en conserver la température. Au contraire, l'eau qui part de Chamouni vers quatre heures du matin offre le minimum de hauteur et de vitesse, et, dans son trajet jusqu'à Genève, a été exposée toute la journée à l'action de la chaleur atmosphérique et souvent à celle des rayons solaires (1).

(1) L'expérience suivante peut donner une idée de l'influence de la masse sur la conservation de la température de l'eau en mouvement : il existe près de Carouge un canal dérivé de l'Arve et destiné à faire mouvoir des usines. Ce canal, muré et pavé, presque partout couvert d'arbrisseaux, a 3,80 de largeur sur 1,50 de profondeur environ. Le 2 août 1843, à quatre heures et demie du soir, la température de l'air à l'ombre étant à 21° R (26°.2 C), j'ai trouvé que l'eau du canal, à 640 mètres de son origine, était à 10°,9 R (13°6), tandis que la température de l'Arve, près de là, après un trajet un peu plus long que celui du canal depuis leur point de partage, la vitesse étant à peu près la même, n'était que de 9°,9 (12°,4). Ainsi, les eaux dérivées après un trajet de 600 mètres seulement avaient déjà acquis un degré de température, tandis que la rivière n'en avait acquis que neuf sur un trajet de 100,000 mètres, c'est-à-dire cent cinquante fois plus long.

---

qu'il eût été impossible de saisir sans l'intervention de sa délicate industrie.

Envisagé en dehors des artifices d'une savante spécialité, le microscope est un moyen d'examen de plus mis à la disposition de la science; il continue la première exploration du regard, il multiplie les surfaces, il poursuit la division de la matière au-delà des limites assignées à nos moyens d'analyse chimique et mécanique; sous ce rapport, il fournit déjà un grand nombre de données que l'on demanderait vainement à d'autres méthodes d'observation; mais, en outre, on peut transporter, suivant l'expression de M. Raspail, le laboratoire du chimiste sur la platine du microscope, engendrer, sous l'œil de l'observateur, une série de réactions infiniment petites, mais parfaitement propres à caractériser diverses substances par la constance de leurs résultats; le même instrument permet donc de surprendre dans une foule de produits des circonstances physiques que leur ténuité cachait au regard nu, et des propriétés chimiques que l'analyse ordinaire est impuissante à révéler; par la coordination de cette double série de faits, la microscopie atteint aux conditions logiques d'une science; en même temps et indépendamment des secours qu'elle fournit pour le complément de l'étude de certains corps (lait, sang, fécule, etc.), elle a constitué son domaine propre avec une somme de découvertes et de solutions que l'on n'aurait pu obtenir par aucun autre procédé; il suffit d'indiquer les insectes parasites du corps humain, les zoospermes, les sédimens des urines, les matières muqueuses, etc., pour rappeler autant de questions que l'analyse microscopique a souverainement décidées.

Dans cette édification d'une science nouvelle, dont les services sont maintenant appréciés par l'universalité des médecins, une large part revient à M. Donné, qui a fondé, il y a sept ans, et à ses frais, un enseignement public de la microscopie, appliquée aux études médicales; ses cours ont attiré un grand nombre d'auditeurs nationaux et étrangers; celui qui écrit ces lignes a pu apprécier la tenue modeste, la diction claire et facile du professeur, qui sait ajouter au crédit d'une solide science l'attrait des démonstrations d'un genre nouveau. M. Donné n'a garde d'exagérer ses revendications : il laisse à qui de droit l'honneur des applications du microscope aux recherches d'histoire naturelle en général; mais, quand il prétend avoir fait quelque chose en microscopie pour la solution des questions médicales et la pratique médicale, non seulement personne ne s'avisera de lui contester cet avantage, mais encore on trouvera qu'il n'applique point à ses titres personnels le procédé de grossissement, si familier aux amours-propres d'auteurs. Pour nous, qui ne sommes pas obligés à tant de réserve, et qui ne savons pas refuser aux travaux sérieux la justice de l'éloge, nous devons dire que M. Donné a bien mérité de la science nouvelle, et comme observateur et comme vulgarisateur; des découvertes, des vérifications nombreuses, des remarques, des discussions conduites de front avec les expériences, des applications économiques, ont fixé son rang parmi les meilleurs micrographes de cette époque; sa triple besogne de praticien, de professeur et d'écrivain a puissamment contribué à propager parmi les médecins le goût des indagations aussi difficiles que profitables qui ont pour instrument le microscope; à force de persévérance et de conviction, il a triomphé du scepticisme *à priori* qui opposait à l'énonciation de faits nouveaux et surprenans, non des observations contradictoires ou de justes critiques sur l'imperfection de la méthode employée, mais tout simplement un mot, un de ces mots doués d'une puissance fa-

Les déterminations de de Saussure peuvent bien suffire pour apprécier et la température des bains de l'Arve, et les époques de la journée les plus favorables pour en faire usage. Aussi, pendant longtemps je me suis contenté de ces données; elles laissent cependant encore quelques lacunes sur les variations journalières, et en particulier sur la température dans les jours de pluie, où, comme on le verra, le plus souvent on n'interrompt pas les bains. De Saussure avait fait probablement des observations suivies, mais malheureusement il n'en a pas publié le tableau, et il n'a donné, dans son mémoire, que les résultats relatifs au but météorologique qu'il se proposait.

Pour combler, du moins en partie, la lacune, j'ai fait, surtout dans l'été de 1842, un certain nombre d'observations comparées de température et de hauteur dont je joins ici le tableau, avec quelques colonnes d'observations météorologiques tirées des tableaux mensuels fournis par l'observatoire de Genève.

Mes observations ont été faites à l'établissement des bains de Plainpalais, à 1,200 mètres environ au-dessus de l'embouchure de l'Arve. Les thermomètres ont été vérifiés; les hauteurs ont été rapportées avec soin au limnimètre placé en aval de la pile droite du pont de Carouge; les déterminations ont eu lieu à sept heures et demie du matin. Je les ai partagées en deux séries: la première comprend seize observations faites sans interruption, du 15 au 30 juin; la seconde comprend vingt-quatre observations, du 26 juillet au 26 août, avec quelques interruptions d'un ou deux jours, dues à des causes étrangères aux variations atmosphériques.

TABLEAU DES OBSERVATIONS DE HAUTEUR ET DE TEMPÉRATURE DE L'ARVE.

Été de 1842. — Observations du matin.

PREMIÈRE SÉRIE.

ÉPOQUE DE L'OBSERVATION.			TEMPÉRATURE de l'Arve.		TEMPÉRATURE du cabinet de bain.		HAUTEUR au limnimèt.	TEMPÉRAT. DE L'AIR.		EAU dans les 24 heures	VENT à midi.	ÉTAT DU CIEL à midi.
Mois.	Jour.	Heure.						Minimum.	Maximum.			
			Réaumur.	Centigrades	Réaumur.	Centigrades.	Mètre.	Centigrad.	Centigrad.	Millim.		
1842 Juin........	14	7 h. 1/2 m.	»	»	»	»	»	+ 13,2	+ 28,5	»	N. E.	Soleil, nuages.
	15	Id.	+ 9,8	+ 12,2	+ 16,0	+ 20,0	»	13,3	23,3	2,2	O.	Eclairci.
	16	Id.	9,0	11,2	»	»	»	13,8	24,9	»	N. E.	Soleil, nuages.
	17	Id.	9,0	11,2	11,5	14,4	»	9,1	24,1	»	N. E.	Quelq. nuag.
	18	Id.	10,0	12,5	13,0	16,2	»	10,2	23,9	»	N. E.	Soleil, vap.
	19	Id.	10,0	12,5	12,5	15,6	0,85	10,2	25,0	»	S. O.	Soleil, nuages.
	20	Id.	10,0	12,5	14,0	17,5	0,90	12,4	24,8	2,9	S. O.	Quelq. nuag.
	21	Id.	10,0	12,5	14,5	18,1	0,90	14,5	27,0	7,1	S. O.	Soleil, nuages.
	22	Id.	9,0	11,2	13,0	16,2	1,54	11,2	23,1	2,9	S. O.	Soleil, nuages.
	23	Id.	9,8	12,2	12,5	15,6	1,29	12,3	21,0	21,8	O.	Soleil, nuages.
	24	Id.	8,0	10,0	11,0	13,7	1,13	8,7	21,5	»	N. E.	Quelq. nuag.
	25	Id.	9,5	11,9	12,5	15,6	0,92	10,4	25,7	»	N. E.	Sol., vap.
	26	Id.	10,8	13,5	15,0	18,7	0,91	13,5	28,6	»	S. O.	Sol., vap.
	27	Id.	11,5	14,4	16,5	20,6	0,95	17,2	22,3	»	N. E.	Quelq. nuag.
	28	Id.	10,0	12,5	13,0	16,2	0,95	11,9	22,7	»	N. E.	Clair.
	29	Id.	10,0	12,5	12,5	15,6	0,90	8,8	28,2	»	N. E.	Clair.
	30	Id.	11,0	13,7	15,0	18,7	0,99	12,9	30,1	»	N. E.	Quelq. vap.
Moyenne de la première série.........			9,8	12,2	12,6	15,7	1,02					

tale sur les esprits et qui les jette instantanément dans l'orgasme de la prévention, le mot *illusion!* Il y a dix ans à peine, un professeur célèbre méconnaissait encore, dans ses leçons de physiologie imprimées, l'existence des animalcules spermatiques sur lesquelles il a fait depuis des travaux qui ont fixé l'attention générale; M. Donné, qui rappelle cette circonstance dans une note, peut s'enorgueillir en partie de cette éclatante conversion, comme il a conquis au microscope, par sa parole ou par ses écrits, une foule d'autres confrères parmi lesquels je me range au plus humble échelon.

D'ordinaire les hommes qui ont mis la main sur un filon précieux de science originale ne savent point l'exploiter avec mesure, ni se contenter d'une modique portion de gloire; les bonnes fortunes de toute espèce disposent aux prouesses et grisent l'orgueil. Ce qui nous a plu dans l'enseignement de M. Donné, ce qui nous plaît encore tout particulièrement dans son nouvel ouvrage, c'est l'absence d'enthousiasme, c'est la sage défiance avec laquelle il procède dans ses recherches, c'est la sobriété qu'il apporte aux applications; plus aujourd'hui la faveur du microscope augmente, plus il faut louer M. Donné de la discrétion qu'il a mise à le manier et à le faire parler; la microscopie, si elle n'était parvenue à ce degré de force et de solidité où nous la voyons, se perdrait par l'impatience aventureuse de quelques-uns de ses zélateurs, par les raffinemens de quelques maladroits qui joignent à un excès de sagacité visuelle une incessante démangeaison de découvertes: « J'ai cru rendre plus de services réels à cette science, dit M. Donné, en restant en deçà des bornes qu'elle peut atteindre, qu'en la portant inconsidérément au-delà, et en lui demandant ce qu'elle ne peut donner maintenant. » Un pareil langage est fait pour gagner le lecteur dès les premières pages, et s'il ressemble à un programme, disons tout de suite que, d'un bout à l'autre de son ouvrage, M. Donné le justifie, le remplit, élaguant les erreurs, repoussant les hypothèses, mentionnant avec réserve les révélations avancées du microscope, passant sous silence beaucoup de choses qui ne satisfont pas son excellent goût pour l'exactitude et la vraisemblance dans le vrai, confessant les impuissances de la méthode avec autant de candeur qu'il en affirme les résultats, n'accordant pas aux noms propres, même entourés de célébrité, plus d'autorité que ne comportent les travaux qu'ils décorent; partout, et nous le disons du fond de notre conscience de critique, partout, avec l'empreinte d'un sincère amour de la science, le tempérament exercé de l'observateur et l'accent d'une loyauté qui vibre dans le style. Nous ne résistons pas au plaisir de transcrire ces lignes de l'Introduction, qui sont comme la conclusion de l'auteur sur la destinée du microscope: « En résumé, le microscope étant surtout considéré comme un moyen de reconnaître les corps et de distinguer les élémens organiques entre eux, nous ne perdrons jamais de vue ce but, que nous nous sommes spécialement proposé d'atteindre dans tous nos travaux; lorsque ce résultat pourra être obtenu, nous emploierons le microscope sans réserve, en accordant à cette méthode d'investigation la confiance qu'elle mérite; dans les cas contraires, nous nous abstiendrons, et nous n'hésiterons pas à dire que nous faisons peu de cas des applications qui ont été faites du microscope à des substances mal définies, que l'on n'est parvenu à caractériser nettement, ni par leurs propriétés physiques, ni par leurs réactions chimiques; nous avouerons sans détour l'impuissance de cette méthode à distinguer jusqu'ici le globule purulent du globule muqueux, la matière tuberculeuse de la matière cancé-

DEUXIÈME SÉRIE.

ÉPOQUE DE L'OBSERVATION.			TEMPÉRATURE de l'Arve.		TEMPÉRATURE du cabinet de bain.		HAUTEUR au limnimèt	TEMPÉRAT. DE L'AIR.		EAU dans les 24 heures	VENT à midi.	ÉTAT DU CIEL à midi.
Mois.	Jour.	Heure.	Réaumur.	Centigrades.	Réaumur.	Centigrades.	Mètre.	Minimum. Centigrad.	Maximum. Centigrad.	Millim.		
1842 Juillet......	25	7 h. 1/2 m.	»	»	»	»	»	+ 12,1	+ 19,8	»	N. E.	Pluie.
	26	Id.	+ 9,2	+ 11,5	+ 14,0	+ 17,5	0,94	14,9	23,8	5,5	S. O.	Eclairci.
	27	Id.	»	»	»	»	»	15,3	23,5	4,0	S. O.	Eclairci.
	28	Id.	»	»	»	»	»	11,3	22,8	7,9	N. O.	Quelq. nuag.
	29	Id.	10,5	12,8	14 ?	17,5?	0,92	15,8	24,2	3,9	S. O.	Nuages.
	30	Id.	9,0	11,2	13,5	16,9	1,03	13,8	19,0	8,5	N. E.	Eclairci.
	31	Id.	7,8	9,7	10,5	13,1	1,03	8,1	18,5	»	N. E.	Soleil, nuages.
Août........	1	Id.	8,0	10,0	10,5	13,1	0,82	10,2	17,3	2,7	N. E.	Soleil, nuages.
	2	Id.	9,0	11,2	11,3	14,1	0,73	10,2	21,3	»	N. E.	Quelq. nuag.
	3	Id.	»	»	»	»	»	11,0	22,2	»	N. E.	Sol., vap.
	4	Id.	11,5	14,4	15,0	18,7	0,72	15,1	23,3	»	Pas.	Pluie.
	5	Id.	10,5	12,8	15,0	18,7	0,75	14,6	24,1	»	N. E.	Quelq. nuag.
	8	Id.	11,3	14,1	15,0	18,7	0,84	15,5	26,4	»	N. E.	Couvert.
	7	Id.	»	»	»	»	»	15,6	24,5	15,6	N. E.	Nuages.
	8	Id.	9,3	11,6	»	»	1,00	13,3	24,6	»	N. E.	Soleil, nuages.
	9	Id.	9,0	11,2	13,3	16,6	0,97	12,5	25,8	»	N. E.	Quelq. nuag.
	10	Id.	10,2	12,7	13,0	16,2	0,89	12,7	26,3	»	N. E.	Clair, vap.
	11	Id.	10,1	12,6	15,7	19,0	1,05	17,8	24,1	»	N. E.	Eclairci.
	12	Id.	8,6	10,7	14,7	18,4	0,97	13,9	23,9	»	N. E.	Sol. vap.
	13	Id.	9,9	12,4	13,7	17,1	0,88	13,3	24,2	»	N. E.	Clair.
	14	Id.	9,9	12,4	13,2	16,5	0,91	13,1	24,8	»	N. E.	Clair.
	15	Id.	9,9	12,4	12,3	15,4	0,87	12,2	27,9	»	N. E.	Quelq. nuag.
	16	Id.	»	»	»	»	»	13,4	26,4	»	N. E.	Quelq. nuag.
	17	Id.	9,6	12,0	13,0	16,2	0,85	12,6	27,0	»	N. E.	Quelq. nuag.
	18	Id.	9,4	11,7	12,0	15,0	0,86	11,9	26,4	»	N. O.	Quelq. nuag.
	19	Id.	»	»	»	»	»	12,5	30,0	»	N. O.	Quelq. nuag.
	20	Id.	»	»	»	»	»	17,7	29,9	»	N. E.	Soleil, nuag.
	21	Id.	8,5	10,6	11,7	14,6	0,87	12,5	25,4	»	N. E.	Quelq. nuag.
	22	Id.	9,5	11,9	12,8	16,0	0,82	11,3	26,3	»	N. E.	Sol., vap.
	23	Id.	»	»	»	»	»	14,6	27,1	»	N. E.	Quelq. nuag.
	24	Id.	9,8	12,2	12,8	16,0	0,79	13,8	26,8	»	N. E.	Quelq. nuag.
	25	Id.	9,7	12,1	13,8	17,2	0,83	14,8	27,0	»	S. O.	Soleil, nuag.
	26	Id.	9,6	12,0	14,8	18,5	0,82	15,2	25,2	5,5	S. O.	Soleil, nuag.
Moyenne de la deuxième série........			9,6	11,9			0,88					
Moyenne des deux séries...............			9,7	12,1			0,93					

Les seize observations de la première série fournissent les résultats suivans :

La température moyenne est de...........	9°,8	(12°,2)
Le minimum..............................	8°,0	(10°,0)
Le maximum..............................	11°,5	(14°,4)

Les mêmes résultats pour la seconde série sont :

Température moyenne.....................	9°,6	(12°,0)
Minimum.................................	7°,8	(9°,8)
Maximum.................................	11°,5	(14°,4)

reuse, et de même pour d'autres prnduits qui réclament impérieusement le secours de l'analyse chimique proprement dite et complète; nous serons plus empressés, dans l'intérêt même de la science que nous cultivnns, à poser ses limites qu'à les exagérer. Mais ceci établi et convenu, nous fernns hardiment la part de l'observation microscopique, et nous montrerons avec assurance en quoi elle est souvent préférable à l'analyse chimique, comment elle est seule applicable dans une foule de cas qui intéressent essentiellement le physiologiste, le pathologiste et le praticien. »

Le microscope s'exerce avec nne supériorité incontestable sur deux ordres de substances; les uues, non organisées elles-mêmes, quoiqu'elles soient issues de l'organisation, sont à vrai dire du domaine de la chimie; mais, à cause de leur quantité incoercible et impondérable, elles échappent aux procédés de l'analyse ordinaire; c'est ainsi que quelques cristaux d'acide urique on d'oxalate de chaux vainement recherchés par les moyens habituels du laboratoire, se manifestent d'emblée à l'inspection microscopique et livrent à l'œil du médecin la base d'un diagnostic important. Les autres substances, organisées, veulent être connues bien moins dans leur constitution élémentaire que dans leur forme plastique, dans la figure intime de leur organisation, si l'on peut ainsi dire : de l'albumine, des matières salines et muqueuses, plus ou moins d'eau, etc., voilà la notion chimique du sperme; qu'en peut-on tirer en médecine pratique, en médecine légale? rien; qu'apprend-elle au physiologiste? rien; mais appliquez à cette liqueur mystérieuse la méthode d'observation microscopique : phénomène étrange! merveille frémissante! un essaim d'êtres s'agite et vit dans cette gouttelette du fluide fécondateur; vous constatez leur structure, leurs dimensions; vous les retrouverez toujours identiques dans le même prodnit, et désormais celui-ci se distingue à vos yeux de tous les autres produits de sécrétion, par un caractère fondamental, invariable; ici se montre, entre l'analyse chimique et le microscope, toute la distance qui sépare la vie de la mort, la matière qui vit sous sa forme primordiale de la matière dissociée, mutilée, défigurée; jamais le scalpel ni le creuset ne connaîtront ces surprises, jamais n'amèneront sous l'œil de l'anatomiste nu du chimiste les admirables scènes qui se passent sur l'objectif du microscope. La matière qui devait fixer d'abord l'attention de M. Donné est le fluide sanguin, ce centre de la vie végétative, comme dit Burdach; M. Donné ne le considère ni à la manière des chimistes, ni à la manière des cliniciens, qui se bornent à en observer les caractères extérieurs; il l'étudie comme un organe, en dehors des vaisseaux, abandonné à lui-même, exposé aux influences ambiantes; et renfermé dans ses canaux, soumis à l'action de la vie, circulant, fonctinnnant; en un mot, le sang vivant et mort. Le phénomène de la séparation du sang extrait en sérum et en caillot, suggère à l'auteur une remarque intéressante qui porte sur le degré de force nu de faiblesse du sujet saigné; plus ce dernier est débile par le fait de sa constitution ou de la maladie, plus le sang se coagule rapidement; les caillots mous et diffluens appartiennent aux sangs qui se coagulent avec promptitude, tandis que les caillots fermes et résistans nnt mis plus de temps à se condenser et à se séparer. La théorie de la formation de la couenne est nettement exposée. En parlant de la coagulation du sang dans les vaisseaux après la mort, M. Donné signale le premier l'importance de ce fait pour la solution du prnblème médico-légal de la mort réelle ou apparente; il admet, avec raison, que la fluidité du sang est nécessaire à l'exer-

Ainsi le maximum a été identique ; à sept heures et demie du matin, en juin et en août ; la moyenne et le minimum n'ont différé que de deux dixièmes en moins pour le mois d'août, c'est-à-dire que les résultats sont presque identiques.

Si l'on cherche à déterminer, dans les deux séries séparément, la fréquence relative de tel nu tel degré de température, nn tronve dans la première :

De 8°,0 R.	(10,0 c.)	à	8°,9	(11,1)	....	1 cas
9°,0	(11,2 c.)	à	9°,9	(12,4)	....	6
10°,0	(12,5 c.)	à	10°,9	(13,6)	....	7
11°,0	(13,7 c.)	à	11°,5	(14,4)	....	2
						16

Dans la secnnde série :

De 7°,8	(9,7)	à	7°,9	(9,9)	....	1 cas
8°,0	—	à	8°,9	—	....	3
9°,0	—	à	9°,9	—	....	14
10°,0	—	à	10°,9	—	....	4
11°,0	—	à	11°,5	—	....	2
						24

En réunissant les résnltats des deux séries, qui sont du reste fort analogues, on tronve que :

La température de 9° à 11° (11,2 à 13,7) s'est offerte dans les 3/4 des cas.

Celle au-dessous de 9° (11,2) est rare ; elle ne se rencontre que dans 1/8 des cas.

Celle au-dessus de 11° (13,7) est encore plus rare ; elle ne se rencontre que dans le 1/10e des cas.

Les seules différences sensibles entre les deux séries sont les suivantes : 1° dans la seconde, les cas au-dessous de 9° ont été un peu moins rares ; 2° les cas de 9° à 10° y ont été plus fréquens ; 3° ceux au-dessus de 11° proportionnellement plus rares. Ce qui confirme le résultat des recherches sur la moyenne et le minimum qui indiquent en août un très léger refroidissement.

La concordance de tous les résultats dans les deux séries tend à établir que le mois de juillet, qui est intermédiaire entre les mois où les observations ont été faites, donnerait des résultats pareils. Il me semble donc qu'il n'y aurait pas de témérité à considérer ces conclusions comme une loi qu'on pourrait formuler ainsi, en négligeant des fractions sans importance : *En été, entre sept et huit heures du matin, la température moyenne de l'Arve est de 10° (12,5) ; les oscillations extrêmes sont 8° et 11° 1/2 (10 et 14,4) ; communément la température est entre 9° et 11° (11,2 et 13,7).*

Le Rhône aurait, sous ce rapport, une grande analogie avec l'Arve, si j'en juge par la seule détermination de température que j'en ai prise le 12 juillet 1839, où, après plusieurs jours de chaleur et de sécheresse, le thermomètre Réaumur m'indiqua 9°,5 (11,9) à six heures et demie du matin.

Si nous comparons les résultats que j'ai obtenus pour l'Arve avec ceux donnés par de Saussure pour le matin, nous voyons : 1° qu'ils les confirment, en ce sens que la température de 9° à 10° (11,2 à 12,5) est bien l'expression générale de celle de la rivière, dès sept heures et demie du matin ; mais qu'elle peut varier d'un degré au-dessous et d'un degré et demi au-dessus, même en temps chaud et sec, car les observations de 11° (13,7) et de 11°,5 (14,4) ont été faites dans ces circonstances ; 2° que des jours de pluie ne changent pas ces limites de température, car j'ai observé 9° (11,2) et 9°,8 (12,3) après deux ou trois jours pluvieux.

Quant à la température du soir, j'ai fait un nombre d'observations beaucoup trop restreint et à des intervalles trop irréguliers pour avoir l'idée de les faire servir à des déterminations générales ; je renvoie donc aux résultats de notre grand naturaliste que personne ne songera, je crois, à contester, en les entendant comme nous avons montré qu'il fallait comprendre les résultats donnés pour le matin.

Mais l'on se ferait des bains de l'Arve une idée peu exacte, si on ne les jugeait que sur les chiffres de température que je viens d'établir ou de reproduire. Il n'est pas un baigneur qui, à la sensation, ne les estime beaucoup plus froids. Sans parler de quelques dames instruites qui, lorsqu'on leur parle de 10 degrés, se hâtent d'ajouter *au-dessous de zéro!...*; je n'ai jamais interrogé des hommes sachant apprécier avec exactitude les températures, qui n'évaluassent celle de l'Arve à un chiffre de plusieurs degrés au-dessous de la réalité. Et ceci ne tient ni à la surprise des premiers bains, ni à la disposition à exagérer si générale chez les hommes ; j'ai trouvé la même opinion chez les personnes les plus réservées et chez les plus anciens baigneurs. Cette erreur est due, je n'en ai aucun doute, à l'influence de la vitesse de l'eau. L'expérience suivante peut donner la mesure de cette cause d'erreur.

Les bains du lac près de Genève passent pour des bains tempérés, et les bains du Rhône immédiatement au-dessous de la ville sont réputés bains froids et redoutés pour cela par beaucoup de baigneurs qui se plaisent dans le lac. J'ai été curieux de rechercher qu'elle était la différence de température de ces deux espèces de bains. Le 21 septembre 1843, par un beau soleil, le lac étant légèrement agité par la brise, j'en pris la température près le bord, au pied du mur ou jetée qui sépare la propriété Monnard de celle de l'hoirie Lagier aux eaux vives, lieu recherché pour les bains particuliers du lac ; un grand nombre d'enfans se baignaient tout près de là ; le thermomètre de Réaumur immergé accusait 16°,2 (20,2). Trente-cinq minutes après je plongeai à plusieurs reprises mon thermomètre dans le Rhône, à l'endroit dit le Pavillon, à 1000 mètres au-dessous du lieu de ma première observation, et je trouvai 16°,0 (20,0), c'est-à-dire une différence en moins de 1/5 de degré. Or les deux bains, indépendamment de cette inappréciable fraction, ne diffèrent évidemment que par le fait du repos des eaux du lac, en opposition avec le cours impétueux du Rhône.

Ceci est, du reste, fort analogue aux effets connus de l'éventail et des courans d'air en été, à l'influence si différente, observée dans les régions polaires, de l'air en repos ou de l'air en mouvement sur la congélation des organes. Seulement dans l'air il y a un élément de plus, l'évaporation de la transpiration ; mais la grande capacité de l'eau pour le calorique, comparée à celle de l'air, fait plus que compenser l'absence de la première cause de refroidissement. Au reste, il n'est pas besoin de longs commentaires pour faire comprendre comment un animal à sang chaud, plongé dans un milieu qui n'est pas un parfait conducteur et qui est à une température fort inférieure à la sienne, doit en ressentir d'autant plus l'influence que les molécules en contact avec lui se renouvellent plus rapidement.

---

cice des fonctions vitales, et que celles-ci ne sauraient se continuer avec la coagulation générale du sang dans l'arbre circulatoire. Ce principe a conduit M. Donné à expérimenter la saignée du bras après la dernière expiration ; la première fois, et très peu de temps après la mort, les choses se passent à peu près comme du vivant, si ce n'est que le sang ne s'écoule plus en jet ; mais il se répand parfois avec assez d'abondance pour qu'il y ait nécessité d'appliquer une ligature au bras ; reçu dans une palette, il se sépare en caillot rouge et en sérum. Plus tard, au lieu d'un liquide rouge, homogène, coagulable, on ne retire plus qu'une sérosité rougeâtre qui ne donne plus de caillot, et dont les globules rouges ne tardent point à se précipiter en un sédiment pulvérulent ; la fibrine s'est alors condensée dans les vaisseaux ; l'on peut s'en assurer dans plusieurs veines et même dans une artère. Objectera-t-on que, dans certaines maladies, le sang extrait de la veine conserve sa fluidité ? mais ce qu'on appelle du sang fluide est du sang dont le caillot est mou, diffluent ; jamais il n'est entièrement privé de fibrine solidifiée, de grumeaux, qui attestent encore la coagulation. Nous renvoyons à l'ouvrage pour les détails de cette application ; elle nous a paru assez ingénieuse pour être signalée au lecteur, quoique l'auteur en ait fait beaucoup d'autres plus directes et déjà sanctionnées par l'usage. Il passe ensuite à l'examen microscopique des globules sanguins, à l'étude de leur forme, de leur structure, de leur composition et de tous les caractères qui servent à les reconnaître et à les distinguer. Indépendamment des globules proprement dits, le sang contient de petites granulations appartenant au chyle, et qui sont incessamment déversées dans le sang (globulins), et d'autres particules appelées globules blancs sur lesquels M. Donné nous paraît soutenir avec avantage une opinion contraire à celle d'un récent expérimentateur haut placé dans la médecine ; considérés par ce dernier comme un produit de nouvelle formation par dépôt de fibrine, ils ne sont, aux yeux de notre auteur, qu'un premier état par lequel passent les globules rouges avant d'être complètement élaborés ; ils sont intermédiaires, dit-il, aux globules rouges et aux globulins du chyle, qui sont eux-mêmes les élémens et les premiers rudimens des globules blancs. On voit par là comment M. Donné entend et explique l'origine et la formation des globules sanguins ; si l'on est tenté de n'y voir qu'une théorie, il répond par des expériences consistant dans l'injection du lait dans les vaisseaux, et d'où résulte une démonstration complète ; rien de plus curieux, rien de plus significatif pour la physiologie et l'organoplastie hygiénique, que la transformation des globules laiteux en globules sanguins ; les expériences sur l'alimentation des jeunes animaux, que M. Donné a rattachées à ce sujet, achèvent l'évidence de ses conclusions et fournissent à l'hygiène du premier âge les plus utiles enseignemens. Toute cette partie de l'ouvrage, et ce mérite est commun à plusieurs autres parties, porte un cachet de saine originalité et témoigne du long travail qu'a fait l'auteur avec le microscope, non moins que de sa remarquable faculté d'induction. Pour l'étude des altérations pathologiques du sang, M. Donné trace avec soin la marche à suivre et les précautions dont il faut entourer de semblables recherches ; il rappelle les résultats donnés par celles de MM. Lecanu, Andral et Gavarret, et fait connaître en quoi les globules se modifient sous l'influence de l'état chlorotique, de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, de l'état menstruel, etc. Le sang des menstrues ne manque de globules ni de fibrine, comme on l'a dit ; la réaction acide qu'il manifeste quelquefois provient du mé-

L'élément de la vitesse joue donc un rôle important dans l'étude des bains de rivière; je dois en conséquence parler de celle de l'Arve.

La *vitesse générale* de cette rivière peut être déduite des observations de Saussure sur les variations diurnes de hauteur et de température. En effet, si, comme il l'a constaté, le maximum d'eau part des glaciers à quatre heures du soir et arrive près de Genève à neuf ou dix heures du matin; si le minimum parti à quatre heures du matin arrive à dix ou onze heures du soir, le trajet se fait en moyenne, en été par un temps sec, en dix-huit heures. En évaluant la longueur du cours de l'Arve à 105 kilom., chiffre que m'ont donné les meilleures cartes, on trouve pour vitesse 1^{m},62 (5 pieds) par seconde.

Mais la vitesse générale ne donne qu'une idée très fausse de la vitesse dans un lieu donné. Sans parler des différences de pente extrêmement grandes que cette rivière offre dans la partie supérieure de son cours, elle présente, dans son court trajet sur le canton de Genève, des variations qui, mesurées même sur des longueurs de plus de 1000 mètres, sont de 0^{m},10 à 0^{m},41 par 100 mètres, c'est-à-dire du simple au quadruple.

Les variations de *hauteur* dans un lieu donné amènent aussi des différences notables dans la vitesse. Ces variations sont relatives à la saison, à des circonstances accidentelles, ou à l'heure de la journée. Je ne reviendrai pas sur les changemens diurnes de hauteur que j'ai indiqués d'après de Saussure; mais je dois m'occuper des autres.

Contrairement à ce qui se passe dans les rivières qui ne sont point alimentées par des glaciers, c'est à la fin de l'automne, en hiver et au commencement du printemps que l'Arve offre les plus basses eaux, et c'est en été qu'ont lieu les hautes eaux. Selon de Saussure, c'est à l'époque des premiers froids de l'automne, lorsque ces froids succèdent à des bises et à de longues sécheresses, qu'on la voit le plus basse; et il cite le 1er octobre 1791 comme le jour où, à la suite de circonstances semblables, il a observé le minimum de hauteur. Il donne le chiffre de ses mesures où l'eau descendit ce jour-là; mais malheureusement nous n'avons aucune donnée sur le zéro de son échelle. Pour moi, c'est le 3 avril 1840, à quatre heures du soir, que j'ai observé le plus bas point de l'Arve; quelques riverains que je consultai ce jour même ne se rappelaient pas l'avoir vue plus basse. Depuis le 17 février, c'est-à-dire pendant quarante-six jours, le vent du nord avait régné sans autre interruption que celle d'un seul jour, et dans le même temps il n'était tombé qu'un tiers de ligne d'eau; il y avait eu pendant l'hiver très peu de pluie et de neige. Au limnimètre du pont de Carouge l'eau était à 0^{m},30. La hauteur moyenne de l'Arve en hiver a peu d'intérêt pour ce travail; mais il n'en est pas de même de celle de l'époque ordinaire des bains, c'est-à-dire de la belle saison. Cette hauteur moyenne, déduite des trente-six déterminations contenues dans les tableaux de température, est de 0^{m},93. Dans les deux tiers des observations, l'Arve s'est maintenu entre 0^{m},80 et 0^{m},99; les oscillations extrêmes ont été 0^{m},72 et 1^{m},54; les hauteurs au-dessus de 1^{m},10 ont été rares.

Toutefois 1^{m},54 est loin d'être la hauteur maximum de l'Arve; dans le courant de cette année même (1843), elle a atteint deux fois une hauteur bien supérieure. Le 4 août, entre dix et onze heures du matin, elle s'est élevée à 2^{m},60, après deux jours de pluies abondantes. Dans la nuit du 16 au 17 octobre, où le pont de Surne a été emporté, l'eau s'est élevée, comme je m'en suis assuré par des traces certaines, à 2^{m},59. Ces cas sont rares cependant et ne s'observent guère qu'à plusieurs années d'intervalle. Si j'en crois le témoignage des mariés Thiévant, propriétaires des bains de Plainpalais, dont l'habitation est inondée chaque fois que l'eau dépasse deux mètres, elle se serait élevée en 1816 à un point nettement désigné par eux qui correspond d'après mes recherches à 2^{m},95, peut-être 3^{m},00 (1).

En résumé, et toujours négligeant de petites fractions, nous pouvons établir *que le minimum de hauteur de l'Arve est de 3 décimètres, le maximum de 3 mètres; enfin, la hauteur moyenne, en été,* de 0,90 *le matin, et, à la fin du jour, d'après les données de Saussure, d'environ* 0,80.

Ces résultats étant acquis, je dois examiner quelles sont, aux divers degrés de hauteur, les variations de vitesse de la rivière. Les expériences qui m'ont servi à déterminer ces variations ont été faites dans le courant qui longe les bains de Plainpalais, sur une longueur de 25^{m},30 (78 pieds).

A la hauteur de 0,68, c'est-à-dire au-dessous du minimum de nos tableaux (le 21 septembre 1843 à 8 heures 1/2 du matin, la température de l'eau étant de 9° R. (11,2), j'ai trouvé, pour moyenne de quatre expériences consécutives, la vitesse de 1^{m},56 (4 pieds 9 pouces 9 lignes) par seconde.

A la hauteur de 0,88, c'est-à-dire très près de la hauteur moyenne (le 12 octobre à trois heures et demie du soir, même température), trois expériences m'ont donné chacune identiquement le même résultat, savoir : 2^{m},30 (7 pieds 1 pouce).

A la hauteur de 1^{m},64, hauteur extrême où l'on puisse prendre les bains (le 4 octobre), j'ai obtenu, par quatre expériences qui ont donné des chiffres très rapprochés, seulement 2^{m},75 (soit 8 pieds 5 pouces 9 lignes). Mais ces dernières expériences n'ont pu être faites dans des conditions convenables, et le résultat ne peut être considéré que comme une donnée inférieure à la réalité. Les disques de bois dur employés dans les expériences précédentes, et les corps dont la densité se rapprochait de l'eau, étaient très promptement submergés par la rencontre des courans, je ne réussis à faire flotter que des petites bottes de copeaux, qui, restant en grande partie hors de l'eau, trouvaient dans la résistance de l'air un obstacle qui a altéré les résultats de l'expérience. Ces corps dérivaient d'ailleurs plus ou moins, et parcouraient par conséquent un trajet plus long que celui qu'indiquaient les repères choisis sur le rivage.

Nous n'en pouvons pas moins conclure, en assignant à cette erreur une valeur approximative, et en négligeant les fractions, *que la vitesse de l'Arve dans ses parties rapides*, telles que celles qui ont été choisies pour les emplacemens des bains, *varie, dans les limites de hauteur où on en fait usage, de 5 à 9 pieds environ par seconde* (1^{m},60 à 3^{m},00); c'est à dire à raison d'une lieue et un tiers à deux lieues et demie à l'heure.

(1) Pour rapporter à une échelle fixe, comme le limnimètre, des hauteurs déterminées sur un autre point, il ne suffit pas de quelques observations établissant la différence entre un repère fixe et le 0 du limnimètre. Il faut des déterminations multipliées à différentes hauteurs et surtout vers les limites extrêmes; car la forme du lit et surtout sa largeur, le voisinage d'îles, de digues, des rives submersibles, etc., font varier beaucoup la hauteur relative de la rivière dans les différens lieux qu'elle baigne.

---

lange d'une grande quantité de mucus vaginal.

Après cette large étude du sang se place celle du mucus, suivant les différentes surfaces sur lesquelles on les recueille. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les nombreux détails qu'il déduit de son observation : disons seulement qu'il distingue trois espèces de mucus, qu'il envisage les globules muqueux, non comme un détritus épidermique, mais comme un véritable produit de sécrétion actuelle, que la microscopie ne permet point de distinguer les globules purulens au milieu des globules muqueux ni d'assigner des caractères précis à la matière tuberculeuse, quoiqu'on ait tout récemment encore essayé de le faire, etc., mais elle a permis de constater l'origine épidermique de certains crachats pelotonnés et d'aspect extérieur éminemment tuberculeux; ces crachats, que beaucoup de personnes rendent non sans inquiétude, proviennent de la desquammation de l'épithélium de l'arrière-bouche dont les cellules s'agglomèrent et se pelotonnent. M. Donné a fait connaître un contraste chimique entre le mucus utérin, toujours alcalin, et le mucus vaginal, toujours acide; la présence d'un animalcule de l'ordre des infusoires (tricho-monas vaginale) dans le mucus vaginal de certaines femmes affectées d'un écoulement, etc. L'espace nous manque pour indiquer les questions aussi nombreuses qu'intéressantes que M. Donné traite dans les articles pus, urines, sédimens, sperme, zoospermes, pertes séminales, et dont les points de contact sont si multipliés avec la physiologie, la médecine pratique, l'expertise médico-légale, etc. Les pages qu'il consacre à ces graves sujets sont substantielles, didactiques comme l'ensemble du livre, résument avec clarté au point de vue pratique les travaux des observateurs; là comme dans tout le reste de l'ouvrage, point d'érudition inopportune, point d'accumulation de noms et de citations, point de controverses infructueuses sur ce que l'on peut appeler les subtilités du microscope, point d'affirmations qui excèdent la portée du contrôle des yeux suffisamment exercés. M. Donné excelle à résumer, à formuler nettement ses idées et celles d'autrui, il gouverne avec une invariable sûreté sa plume et son esprit, et il arrive au but de ses démonstrations, sans digressions ni circuits. Les lecteurs auront surtout à le remercier d'une préoccupation qui chez lui est constante et se montre à nu, savoir, d'être utile; aussi fait-il sans cesse retour à la pratique, aux applications; il n'oublie pas qu'il écrit pour instruire non pour étonner ou pour briller; mais il aspire à le faire avec des notions certaines, et il n'épargne le doute ni à ses propres observations ni à celles des autres; c'est ainsi qu'il déclare n'avoir jamais pu employer avec succès le procédé du docteur Bayard à vérifier les taches du sperme desséchées sur le linge (p. 304); c'est ainsi qu'il n'espère point, même avec les indications de M. Lebert, parvenir à distinguer le tubercule ramolli de la suppuration cancéreuse (p. 200), qu'il considère la présence des vibrions dans certains pus syphilitiques comme étant accidentelle et sans aucun rapport avec la nature de la maladie, etc.

La partie du livre consacrée au lait constitue une véritable monographie qui est à présent ce que nous possédons de plus complet et de mieux établi sur ce sujet; l'auteur se retrouvait ici sur un terrain connu et qui lui rappelait de premiers succès; physiologie et pathologie du lait, applications au régime du premier âge, à l'économie domestique, expertise et conservation de ce liquide qui joue un si grand rôle dans l'alimentation publique, modifications du lait par les différens genres de nourriture, phénomènes propres à sa putréfaction, fer-

Le Rhône à Lavey a, ce me semble, une vitesse encore supérieure, et ses eaux, par conséquent, doivent avoir plus d'action sur notre économie.

Il ne me reste maintenant, pour achever ma description de l'Arve, qu'à parler de la *composition chimique de ses eaux*; je dirai d'abord quelques mots de leur *couleur*.

Dans les temps froids et secs, quand la rivière n'est alimentée que par des sources, l'eau en est transparente et d'un bleu tirant légèrement sur le vert, différent en cela de l'azur du Rhône à Genève. Dans les temps chauds et secs, alors qu'aux sources se joint le produit de la fonte des neiges, la couleur est d'un gris clair assez pur, si les eaux sont médiocrement élevées; mais, dans les mêmes circonstances, si, après un vent très chaud, elles atteignent sans pluie la hauteur de 1m,50 environ (comme nous l'avons vu le 13 octobre de cette année, où elles s'élevaient à 1m,64), la teinte devient d'un gris ardoise plus ou moins foncé. En toute saison, le mélange des eaux pluviales leur donne une couleur jaune d'argile dont l'intensité est en rapport avec la hauteur. Quelle que soit, du reste, la cause des hautes eaux, et par conséquent leur couleur, toutes les fois qu'elles sont très élevées, elles prennent l'apparence d'une boue liquide violemment agitée; et cependant si, dans ces circonstances, on laisse reposer l'eau dans un vase, la quantité du dépôt est très minime et nullement en rapport avec l'apparence de l'eau en mouvement.

Tingry a publié, à la fin du siècle dernier, un tableau contenant les analyses des eaux potables de Genève et des environs immédiats de la ville.

J'en ai extrait l'analyse des eaux d'Arve, faite en hiver et en été; en voici le tableau :

	SUR 50 LIVRES D'EAU PUISÉE	
	le 28 février.	le 5 août.
Température de l'eau.	+ 2° R.	+ 13,5
Température extérieure.	4	16,4
—	—	—
Air plus pur que l'atmosphère, sans acide carbonique.	Pouc. cub. 33 1/2	23 1/2
Partie extractive résineuse.	Grains, 2	1 1/2
Carbonate de chaux.	43	27
Carbonate de magnésie.	6	2
Muriate de magnésie.	8	3 1/2
Sulfate de chaux.	34	16 1/4
Sulfate de magnésie.	32	15
Alumine.	6	0
Argile siliceux.	1	0 1/4
Totaux des produits sans gaz, sur 50 livres.	1 gros 60 grains.	66 grains.
Idem., idem., sur 2 livres.	0 » 5,520	2,640

Je ne ferai sur ce tableau qu'un petit nombre de remarques :

1° Il démontre la pureté des eaux de l'Arve, surtout en été; les seules substances qui y existent en quantité relativement un peu notable sont les carbonate et sulfate de chaux, et le sulfate de magnésie.

2° La pureté beaucoup plus grande en été, où les résidus sont moitié moindres qu'en hiver, tient évidemment à ce que, dans la première saison, les eaux proviennent en grande partie et immédiatement de la fonte des glaces et des neiges, tandis qu'en hiver l'Arve est alimenté par les sources seulement.

De ces faits, on doit conclure que, lors même qu'il ne s'agirait pas de bains de courte immersion, les propriétés chimiques de l'eau ne sauraient avoir aucune influence sur les effets remarquables que je décrirai plus tard, et que, à moins d'attribuer à l'Arve des vertus occultes, il faut tout rapporter à la température et à la vitesse des eaux de cette rivière.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Des syphilides*; leçons cliniques de M. Gibert. 2° *Etudes pour servir à la nosologie des fièvres intermittentes*; par M. Pidoux. 3° *Opération césarienne vaginale*; par M. Poulain. (Opération sur l'opportunité de laquelle des considérations extra-scientifiques nous interdisent de nous prononcer ici.) 4° *Hernie crurale opérée avec succès après vingt-neuf jours d'étranglement*; par M. Stelnbrenner. (La tumeur était d'un rouge livide; les vomissemens fréquens, la constipation complète et les tranchées persistaient depuis vingt-neuf jours; l'affaissement était extrême; cependant l'anse intestinale, mise à découvert, parut d'un rouge-brun foncé, sans trace de gangrène. Après avoir débridé, on la réduisit aisément; deux heures après, la malade eut une selle, les symptômes cessèrent et la guérison fut rapide.) 5° *Des ulcérations et des engorgemens du col utérin*; par M. Bennet. 6° *Observation d'anévrisme faux primitif par une contusion très violente*; par M. Lebert. (Le titre de cette observation est très contestable. Les signes les plus caractéristiques de l'anévrisme manquaient, et le diagnostic n'a été éclairé ni par une opération ni par l'autopsie.) 7° *Observations pratiques*; par M. Espezel. 8° *Empoisonnement par le vert-de-gris*; par M. Guillo. 9° *Du cancer chez le chien et chez le chat*; par M. Leblanc. (Chez ces animaux, le squirrhe et l'encéphaloïde sont communs, surtout aux organes de la génération.) 10° *Traitement galvano-punctural des amauroses*; par M. Person.

mation du beurre, toutes ces questions sont traitées à fond, avec une expérience accomplie, et de manière à justifier la haute confiance que les praticiens les plus éclairés de la capitale accordent à M. Donné dans tout ce qui concerne l'hygiène et la thérapeutique du premier âge. M. Donné dit, en parlant de l'urine, que l'étude de ce produit excrété est le triomphe du microscope, quant à l'analyse des matières qui s'y déposent et y forment des sédimens plus ou moins pathognomoniques; qu'il nous soit permis d'ajouter que les problèmes de science et d'économie relatifs au lait sont le triomphe de M. Donné, n'en déplaise aux très injustes détracteurs qui ne lui font pas défaut, pas plus qu'à tout homme de talent attaché à la double glèbe de la pratique médicale et de la polémique.

La production dont nous venons d'esquisser une faible idée, vient à l'appui d'une vérité bien connue des libraires et du public; à savoir, que les livres excellens entre tous sont ceux qui expriment un enseignement de quelque durée; il y a plus de quinze ans que M. Donné s'adonne avec autant de goût que d'ingéniosité aux recherches de microscopie; il y a sept ans qu'il la professe; aussi son ouvrage est-il succinct, concis, contenant presque autant de faits et d'idées que de mots, essentiellement analytique et didactique; il achèvera de populariser la nouvelle méthode d'observation, et il vient apporter une grande force au vœu souvent exprimé par les élèves eux-mêmes de voir entrer la microscopie dans le cycle des études médicales de l'Université.

M. L.

M. Colombat nous prie d'insérer la déclaration qui suit :

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je déclare que c'est par une erreur involontaire que j'ai dit dans ma brochure ayant pour titre : RÉPONSE AU DOCTEUR BECQUEREL, OU RÉFUTATION DE SON TRAITÉ DU BÉGAIEMENT, qu'à la date du 30 octobre 1843, M. le docteur Bernadet était l'associé du sieur Jourdant; toutes relations avaient cessé entre eux plus d'un mois avant cette époque. Je fais cette rectification d'autant plus volontiers que j'ai acquis aujourd'hui la certitude que la lettre de M. Malebouche, que j'ai rapportée, et qui contient cette allégation, n'était pas parvenue à M. Bernadet, ainsi que le croyait M. Malebouche. Je déclare aussi que rien ne saurait me faire douter de la bonne foi de ce confrère, dans l'appui qu'il a pu prêter dans le temps audit sieur Jourdant.

Agréez, etc.

COLOMBAT (de l'Isère.)

— RECUEIL DE LETTRES ET DE MÉMOIRES ADRESSÉS A L'ACADÉMIE DES SCIENCES PENDANT LES ANNÉES 1842 et 1843; par Leroy d'Etiolles, docteur en médecine, membre correspondant des Académies de médecine de Bruxelles, de Madrid, de Saint-Pétersbourg, etc. — In-8°. Prix : 5 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillère, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ EN THÉRAPEUTIQUE; par le docteur ESPEZEL.

L'auteur de cette communication est du petit nombre des médecins français qui ont adopté la doctrine de Rasori sur les médications stimulantes et contro-stimulantes, et s'élève contre l'opinion que paraissent partager la plupart des médecins des différentes écoles françaises sur les propriétés excitantes de la presque totalité des agens médicamenteux. Qui ne sait en effet que, pour un bon nombre de nos confrères, toutes les substances employées en thérapeutique sont des excitans, à des degrés différens, à l'exception des mucilagineux et d'un petit nombre d'autres produits? et il est rare que l'on soit écouté quand on parle devant eux des propriétés antiphlogistiques et contro-stimulantes du calomelas et de divers sels, qui sont encore généralement considérés parmi nous comme des excitans énergiques, tandis que, pour les écoles italiennes et anglaises, ces substances sont des antiphlogistiques d'une grande puissance. Le seigle ergoté, suivant M. Espezel, que l'on regarde comme un excitant violent, n'agirait au contraire que par son action calmante, sédative ou hyposthénisante. C'est à la démonstration de cette assertion que cette communication est destinée, et qui contient, non des faits détaillés, mais quelques considérations sur la nature des cas dans lesquels on emploie ce médicament, et desquelles il ressort que, dans tous ces cas, ce n'est pas une inertie, un état hyposthénique, que l'on est appelé à combattre, mais bien une excitation. Ainsi, dans l'accouchement difficile, le seigle ergoté agirait, non pas en excitant la matrice, qui est déjà surexcitée, mais en diminuant la surexcitation, qui paralyserait ses forces. Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette démonstration toute spéculative, mais qui indique combien la science est encore imparfaite, puisqu'il n'y a pas d'accord même sur le mode d'action des élémens thérapeutiques les plus usités et dont nous pouvons chaque jour contrôler les effets.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE VERT-DE-GRIS; par le docteur GUILLO.

OBS. — La nommée B., âgée de 28 ans, prend, à la suite d'une querelle avec son mari, une forte dose de vert-de-gris, en présence d'une de ses amies et de son mari. Peu d'instans après, angoisses, vomissemens, vives tranchées, ballonnement de l'abdomen, sentiment de chaleur âcre au gosier, froid des extrémités avec crampes douloureuses, pouls déprimé, face vultueuse, yeux animés. Un médecin appelé immédiatement administra un émétique, qui amène des vomissemens d'une substance pultacée, composée d'alimens en partie digérés et sans traces de poison ingéré. (Eau albumineuse avec de légères doses d'huile d'amandes douce, et 30 sangsues sur l'épigastre et lavemens émolliens.)

Le 21, à deux heures du matin, déglutition très pénible, dureté et gonflement du cou, abdomen très ballonné et douloureux à la moindre pression; tête lourde, assoupissement, injection de la face, pouls déprimé. La malade venait de rendre deux litres d'un liquide mousseux, d'un vert très prononcé, avec quelques stries de sang, que l'on mit de côté pour l'analyser. Dans la journée, la déglutition devient de plus en plus difficile. La muqueuse buccale est altérée sur plusieurs points, la raideur et le gonflement du côté sont augmentés notablement. La figure et les paupières sont rouges et bouffies, les yeux proéminens; l'abdomen, bien qu'aplati, extrêmement sensible, et le rectum tellement douloureux que la malade refuse les lavemens. (15 sangsues à la partie antérieure du col, et 20 sur la région abdominale; large saignée; continuation des autres moyens.)

Le 22, propension au coma, face pâle, lèvres gonflées, ulcération des gencives plus prononcée, impossibilité d'explorer la bouche, salivation abondante et visqueuse, souplesse du cou, sur lequel on voit des taches pétéchiales qui se retrouvent sur les bras. Première selle assez copieuse depuis l'accident, décelant les traces d'acétate de cuivre. (Sinapismes aux pieds; ablution d'eau froide sur la tête; embrocation d'huile camphrée sur l'abdomen; tisane de guimauve laiteuse.) Après la première tasse, accidens spasmodiques avec sueur froide, qui font place à un sommeil de trois heures, après lequel les urines coulent abondamment; le sang tiré offre une couenne inflammatoire.

Le 23, la malade a vomi pendant la nuit une grande quantité de glaires visqueuses, verdâtres et rougies de sang, et a semblé mieux ensuite; mais de nouveaux spasmes se reproduisent à la suite d'une altercation avec son mari, et nécessitent une nouvelle saignée; gargarisme.

Le 24, épistaxis, sang rutilant, pouls assez régulier, tête libre, déglutition toujours pénible; sentiment de crampes générales, absence complète de selles et d'urine. A deux heures, refroidissement général, suivi de convulsions qui ne se calment que dans la soirée, époque où s'opèrent d'abondantes évacuations de matières fécales et d'urine.

Le 25, légère amélioration, bien qu'il y ait des souffrances générales; la malade peut prononcer quelques mots.

Le 26, la journée est tranquille, les ulcères de la bouche s'améliorent.

Le 27, la déglutition est plus facile; pendant la nuit, vomissemens abondans de glaires verdâtres, au milieu desquels sont quelques caillots de sang; sommeil calme ensuite. (Potion avec 13 décigrammes de nitrate de bismuth et teinture de musc.)

Les jours suivans, l'amélioration vient graduellement.

Le 5 novembre, la malade commence à prendre quelques alimens légers, et, quelques jours après, elle était complètement rétablie, sauf un peu de sensibilité qu'elle éprouvait parfois dans la région épigastrique.

Il est à regretter que l'on n'ait indiqué dans cette observation, du reste fort intéressante, ni la dose approximative, ni l'état du vert-de-gris ingéré.

TRAITEMENT GALVANO-PUNCTURAL DES AMAUROSES; par M. PERSON.

M. Person a retiré chez plusieurs malades de bons effets de la galvanopuncture faite avec les aiguilles placées, suivant le procédé ordinaire, à l'orbite et à la nuque. Néanmoins ce procédé ayant échoué chez un homme affecté d'amaurose, il résolut d'appliquer le galvanisme d'une manière plus directe sur l'organe malade. Partant de plusieurs expériences sur des animaux et de l'innocuité bien constatée de l'introduction d'une aiguille à cataracte au travers du corps vitré, il dirigea dans l'intérieur même de l'œil une aiguille à acupuncture, et y fit pénétrer un léger courant galvanique dans le but d'exciter directement la rétine. Dès que le courant fut établi, la vue se recouvra, mais seulement pendant le temps de la séance. La même opération fut répétée le lendemain avec les mêmes résultats satisfaisans. Malheureusement des douleurs qui se manifestèrent dans le globe oculaire et dans la tête ne permirent pas de continuer ces essais.

Chez une autre malade, amaurotique depuis cinq ans, M. Person pratiqua la galvano-puncture en implantant une aiguille sur la sclérotique jusqu'au milieu du corps vitré et une autre à la nuque. Ici, non seulement la vue revint dès que le courant fut établi entre ces deux points, mais encore le bénéfice de l'opération persista en partie, et cette amélioration, obtenue en deux séances, dure depuis dix-huit mois.

— Quelque réel que paraisse d'abord ce succès partiel, nous n'oserions prendre sur nous d'employer ou de conseiller un pareil mode de traitement. Un souvenir arrêterait notre main. On se rappelle que, pour obtenir sur le cadavre l'opacité du cristallin, M. Leroy-d'Etiolles eut recours aux décharges électriques. Ne devrait-on pas, par la même raison, craindre, dans le cas présent, pour la transparence du corps vitré, que l'aiguille conductrice traverse? Peu à espérer, beaucoup à appréhender; ce n'est certes pas là une compensation capable d'encourager à poursuivre ces essais.

V. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1843 renferment les travaux originaux suivans: 1° *Essai sur les luxations de la clavicule*; par M. Morel Lavallée. (Monographie très étendue qu'il serait impossible d'analyser en entier, et dont la GAZ. MÉD. a d'ailleurs fait déjà connaître les parties les plus originales.) 2° *Emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies aiguës*; par M. Velpeau. 3° *Accouchement laborieux terminé par l'application du forceps; convulsions puerpérales nerveuses cinq heures après la délivrance, traitées avec succès par les ventouses Junod*; par M. Cazeaux. (C'est surtout sous le rapport du moyen curatif auquel a été dû un succès si rare en pareil cas que ce fait est remarquable.) 4° *Observations et réflexions sur quelques variétés rares de luxations*; par M. Bouisson. (Nous empruntons (v. ci-après) deux faits à cette collection de cas.) 5° *De l'ankylose*; par M. Lacroix. 6° *Sur la chirurgie simplifiée; lettre à M. Mayor*; par M. Vidal de Cassis. (Voy. sur le même sujet, GAZ. MÉD., 1841, p. 817, et 1842, p. 33.) 7° *Des hernies crurales*; par M. Demeaux.

LUXATION DU QUATRIÈME CARTILAGE THORACIQUE DANS SON ARTICULATION COSTALE; par M. BOUISSON.

OBS. — Un homme étant tombé de dessus un âne, l'animal lui posa le pied sur la poitrine, à la partie antérieure et supérieure du côté droit; à l'instant il y eut douleur et sensation d'une déchirure. Le 4e cartilage costal s'était enfoncé vers la cavité de la poitrine. Examiné presque immédiatement, le blessé offrait un peu d'oppression et de la douleur dans le point correspondant. Aucune trace de contusion. Le 4e cartilage costal était déprimé en arrière et en bas; l'extrémité antérieure de la 4e côte faisait une légère saillie en dehors, sans aucune pointe ou inégalité. En faisant exécuter au malade une forte inspiration le cartilage luxé remontait, se replaçait de lui-même, pour se luxer de nouveau pendant l'expiration. Nul accident sérieux ne se déclara. On profita de la possibilité d'une réduction spontanée, au moyen de l'inspiration, pour retenir le cartilage dans sa place normale, en appliquant un bandage de corps suffisamment serré pour immobiliser les parois thoraciques. Le malade se rétablit parfaitement.

Les luxations des cartilages costaux sont extrêmement rares, et surtout celles de leur extrémité costale. A. Cooper, qui mentionne ces dernières, dit que le cartilage fait alors saillie en avant de la surface de la côte. M. Bouisson a observé un déplacement en sens opposé. Du reste, le chirurgien anglais ne cite aucun fait à l'appui de son assertion, de sorte qu'on ne sait si son opinion résulte du raisonnement, de l'expérimentation cadavérique, ou de cas de ce genre étudiés sur le vivant. Théoriquement, la saillie de la côte, telle que l'a constatée M. Bouisson, paraîtrait plus vraisemblable; car le muscle triangulaire du sternum s'insère à l'extrémité externe des cartilages costaux supérieurs, et sa contraction doit les attirer avec d'autant plus d'efficacité en bas et en dedans, lors de l'expiration, que ce muscle agit sur l'extrémité même du levier représenté par le cartilage luxé, et doit en conséquence l'entraîner dans le sens de sa contraction. Le grand pectoral agit, il est vrai, pendant l'inspiration, de manière à produire l'élévation du cartilage. Mais l'action de ce muscle s'exerçant très près du centre du mouvement, on comprend que son effet doit céder devant celui du triangulaire beaucoup plus favorablement placé.

LUXATION SOUS-ACROMIALE DE L'HUMÉRUS, AVEC DIRECTION EN DEHORS DE LA SURFACE ARTICULAIRE DE L'OS; par le même.

L'observation suivante ne consiste que dans la description d'une pièce anatomique sur laquelle aucun renseignement n'existe. Malgré cette lacune profonde, le fait est intéressant à étudier, comme se rapportant à un genre de luxation dont les exemples sont assez rares.

Obs. — Sur une pièce appartenant à M. Dubrueil, on observe les particularités suivantes : l'humérus gauche est contourné et semble avoir décrit sur son axe une demi-rotation par laquelle sa surface articulaire regarde directement en dehors et en haut, tandis que la tubérosité externe regarde en arrière et en dedans. L'os n'a éprouvé aucun soulèvement ni abaissement; il a été transporté directement en dehors pendant l'exécution de la rotation et n'a point dépassé le niveau du bord postérieur de l'acromion. La rainure de la coulisse bicipitale est placée en arrière et correspond au bord externe de la cavité glénoïde. La grande tubérosité repose sur la moitié externe de cette même cavité, et présente les traces d'un arrachement superficiel. Le ligament capsulaire, déchiré dans une assez grande étendue à son insertion humérale, adhère au col glénoïdien; ce ligament est en grande partie ramassé et comme chiffonné vers le côté interne de l'articulation, en sorte que la tête humérale est bien à découvert en dehors de la capsule. Nulle trace de pseudarthrose. La cavité glénoïde et la tête ont leur forme et leurs dimensions ordinaires.

Ce déplacement est-il un exemple de luxation complète, ou de luxation incomplète?.... Avant de répondre à cette question, il importe de rappeler les trois degrés divers que la luxation humérale peut parcourir. Dans un premier degré, une partie de la surface articulaire de la tête est encore en rapport avec la cavité glénoïde. Dans le second degré, ce rapport est entièrement perdu, mais le reste de la tête humérale touche encore la cavité glénoïde, dont la circonférence correspond au col anatomique de l'os. Dans un troisième degré (qui est la luxation complète), toute l'extrémité supérieure de l'humérus a perdu ses rapports avec la surface articulaire du scapulum, qui est entièrement libre.

C'est plutôt à la seconde catégorie qu'il conviendrait de rapporter l'exemple cité par M. Bouisson. Mais, vu les circonstances spéciales qu'il présente, l'auteur pense qu'il y aurait lieu à faire de ce cas le type d'une espèce nouvelle, qu'on appellerait *luxation par renversement*. Il y a eu, en effet, renversement des rapports : la calotte humérale articulaire, qui, à l'état normal, est dirigée en dedans et en arrière, regarde ici en dehors et en avant; la grosse tubérosité, qui naturellement est tournée en dehors, se dirige en arrière et répond à une partie de la surface glénoïdienne. Il y a donc eu rotation de l'humérus sur son axe de dedans en dehors, et en même temps translation de la totalité de la tête humérale vers la partie externe de l'articulation, en sorte qu'elle répond à la région sous-acromiale.

Il est présumable, ajoute M. Bouisson, que le déplacement, chez ce sujet, n'a pas été l'effet d'une chute ou d'un coup. Probablement le bras saisi par une machine ou une main vigoureuse a subi un mouvement de rotation sur son axe.

DE L'ANKYLOSE; par M. LACROIX.

La monographie de M. Lacroix comprend l'histoire entière de l'ankylose, considérée principalement sous le rapport anatomique. Elle est fondée sur l'étude des pièces nombreuses de ce genre que renferme le musée Dupuytren. Nous nous bornerons à mentionner ici, sous forme de propositions, quelques-unes des idées les plus originales que contient ce travail.

Les considérations qui suivent s'appliquent spécialement aux ankyloses formées sous la dépendance d'un état général de l'organisme, et non à celles qui résultent d'une maladie locale de l'os.

Lorsque l'ankylose affecte une symphyse, les ligamens les premiers envahis par le dépôt de matière osseuse sont ceux qui correspondent à la convexité de la jointure.

Dans les articulations diarthrodiales, les os qui s'ankylosent ont toujours une tendance à se mettre sous des angles tels, qu'il en résulte un coude. L'ossification des ligamens semble marcher toujours de la circonférence au centre. Ce sont aussi les parties situées du côté de la convexité du coude qui en sont prises les premières. De même, la conversion du cartilage d'encroûtement en os est beaucoup plus hâtive sur la surface convexe que sur la surface concave de l'articulation.

Dès que l'articulation a perdu son mouvement, son diamètre transversal diminue; les diaphyses des os qui la forment suivent les mêmes modifications. Cela s'explique par l'absence de mouvemens dans le sens transversal, laquelle entraîne l'atrophie transversale. Au contraire, la pesanteur (seule force qui continue encore à agir) tendant toujours à fermer ou à ouvrir l'angle du coude, les os qui le forment s'hypertrophient dans ce sens; et la matière osseuse se dépose surtout abondamment du côté de la concavité, quoique ce côté ait été le dernier envahi. Le volume que prend alors consécutivement l'articulation fait que si un effort fracture cette partie du squelette, la solution de continuité n'aura pas lieu au niveau de l'articulation soudée, mais bien au-dessus ou au-dessous. Une règle pratique ressort de cette observation : quand l'ankylose est assez ancienne pour que les diaphyses des os voisins aient augmenté de dimension dans leur diamètre antéro-postérieur, abstenez-vous de toute tentative de rupture. Les os ont acquis plus de résistance au niveau de l'articulation que partout ailleurs; la rupture artificielle ne porterait pas sur le lieu de l'articulation, et l'opération ne parviendrait par conséquent jamais à rétablir les conditions normales de mouvement.

La structure intérieure subit aussi des modifications particulières. Les surfaces une fois réunies, le tissu spongieux se raréfie au centre; et, au bout d'un certain temps, il s'est formé un véritable canal osseux, continu en haut et en bas avec les canaux médullaires des os dont les extrémités articulaires ont disparu. La circonférence extérieure des apophyses servant alors à transmettre le mouvement au lieu de l'anéantir, prend le caractère des os longs; son tissu spongieux se convertit en tissu compacte. Les parties qui supportent le poids du corps sont celles où cette transformation s'opère le plus tôt et le plus complètement. Quant aux apophyses qui servent aux insertions musculaires, on comprend que le jeu des muscles étant perdu, les saillies s'atrophient et s'effacent même parfois entièrement.

Comme conséquence clinique de ce qui précède, on voit que la communauté de structure entre les os soudés entraîne leur participation nécessaire aux mêmes maladies. L'articulation était une limite au développement des affections, même de cause générale. Cette barrière étant supprimée, la carie, la nécrose, les tubercules, le cancer, ont un champ d'invasion plus étendu et un mode de propagation plus facile.

DES HERNIES CRURALES; par M. DEMEAUX.

Ce travail, extrait fort étendu de la thèse de M. Demeaux, contient plusieurs idées nouvelles sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique opératoire des hernies crurales. Nous tâcherons de présenter ici un résumé complet des propositions les plus importantes.

Une circonstance particulière, dit l'auteur, s'ajoute à celles déjà connues pour expliquer la fréquence plus grande chez la femme des hernies crurales, c'est que, chez elle, l'anneau crural est plus large et en même temps les vaisseaux fémoraux ont un calibre plus petit que sur l'homme; double circonstance qui met, sous ce rapport, l'avantage du côté de ce dernier. Il est aisé de comprendre qu'un passage à la fois moins large et plus rempli se prêtera moins à la sortie des viscères.

Le collet de la hernie crurale n'est pas, comme on le dit partout, en rapport avec le ligament de Gimbernat. Il est vrai qu'il en est très rapproché. Mais ce ligament donne seulement naissance à l'aponévrose que la hernie a traversée; il ne fait pas partie, le plus souvent du moins, de l'anneau fibreux sur lequel s'est moulé le collet du sac. De même, l'artère épigastrique, qu'on décrit en général comme placée immédiatement en dehors du collet, en est éloignée de plus d'un centimètre. M. Demeaux a vérifié cette disposition sur plus de 60 hernies. Le débridement ne peut donc léser ce vaisseau que si on lui donne une dimension trop considérable. Il en est de même du voisinage des vaisseaux spermatiques chez l'homme. On sait que la crainte de les intéresser empêche plusieurs chirurgiens de porter le bistouri en haut. M. Demeaux croit que ces appréhensions ont quelque chose d'exagéré. Il a eu occasion de disséquer 9 hernies crurales chez l'homme. En étudiant attentivement leur disposi-

tion et leurs rapports, il a été amené à penser que, dans la grande majorité des cas, un débridement de 1 centimètre d'étendue pourrait être fait impunément dans ce sens. — N'oublions pas cependant que ces dissections portent toutes sur des hernies non étranglées. La conclusion de M. Demeaux ne peut donc entièrement rassurer les chirurgiens; car personne ne niera que la distension des anneaux, dans l'étranglement, ne soit bien capable de rapprocher leur circonférence des vaisseaux qui, à l'état normal, en étaient éloignés d'une certaine distance.

M. Demeaux exprime des idées tout à fait semblables sur les rapports de l'artère obturatrice. Alors même que ce vaisseau naît très haut de l'épigastrique, et que le col du sac se trouve ainsi en quelque sorte entouré par l'anse que forment ces deux artères, il pense que la distance est assez grande pour qu'on puisse débrider sans danger, pourvu que l'incision reste dans les limites convenables. Une autre raison viendrait encore faire considérer cette opération comme innocente; c'est que cette anse artérielle circonscrit l'anneau crural, et que, d'après M. Demeaux, l'étranglement de la hernie n'est jamais à ce niveau. Ceci nous conduit à examiner l'un des points les plus intéressans et les plus originaux de ce travail, celui qui concerne la détermination du siége de l'étranglement dans la hernie crurale.

Pour M. Demeaux, l'étranglement de la hernie fémorale peut dépendre, soit d'un cercle fibreux, soit du collet du sac; mais il n'est jamais produit au niveau de ce qu'on appelle anneau crural; il est constamment opéré par une ouverture du fascia crebriformis. La doctrine, fort exclusive comme on le voit, de M. Demeaux, peut se résumer dans ces deux propositions. Voyons comment il les justifie.

1° L'étranglement n'a jamais lieu ni par l'anneau ni au niveau de l'anneau crural.... D'abord la forme même du conduit herniaire semble une démonstration suffisante. Arnaud admettait seulement un anneau crural, Scarpa crut voir un véritable canal. A. Cooper, Thomson, MM. Cloquet et Velpeau, ont constaté la présence d'un entonnoir fibreux, dont la partie évasée est constituée par l'anneau crural proprement dit (anneau crural profond ou abdominal de quelques auteurs). Comment donc pourrait-on supposer que, des parties venant à traverser un *entonnoir*, ce soit au point le plus élevé qu'elles éprouvent la principale constriction?.. M. Demeaux ajoute que, dans les cas nombreux par lui observés, il a toujours vu l'anneau crural ne jouer aucun rôle. D'ailleurs, dit-il encore, le diamètre de cet anneau est beaucoup trop grand relativement au volume d'une hernie, pour que celle-ci puisse s'y étrangler. Enfin, on sait que le collet du sac se moule sur l'ouverture fibreuse qui lui donne passage. Or, M. Demeaux n'a jamais rencontré de collet au niveau de l'anneau crural.

2° L'étranglement de la hernie crurale a lieu constamment au niveau de la paroi de l'entonnoir qui lui a livré passage par une de ses ouvertures.... Laissons ici parler l'auteur lui-même : « Sur un grand nombre de hernies crurales, le sac étant rempli, soit d'intestins, soit d'épiploon, j'ai pu couper le ligament de Fallope et une portion du fascia lata placé au-dessous sans que l'entrée du sac fût dilatée. J'ai pu aussi couper le ligament de Gimbernat, en respectant l'anneau fibreux au niveau duquel le collet était placé, et le résultat a été le même.... D'autres fois le sac étant enlevé de l'ouverture fibreuse, je portais le doigt dans celle-ci. J'ai pu alors couper successivement le ligament de Fallope en un ou plusieurs points, le ligament de Gimbernat même, sans qu'il fût possible de constater le moindre agrandissement de l'ouverture.... Enfin, une femme étant morte à l'Hôtel-Dieu avec une hernie crurale étranglée et non opérée, je mis les parties à nu, je coupai le ligament de Fallope dans toute son épaisseur, et je fis constater que la résistance au collet du sac était la même. Je fis constater aussi que cette résistance n'existait pas seulement au niveau du collet du sac, mais bien sur un anneau fibreux au niveau duquel celui-ci était placé. Plus tard, je coupai aussi le ligament de Gimbernat; le collet et l'anneau mentionné opposèrent néanmoins la même résistance. »

— Avant de reproduire les corollaires pratiques auxquels cette doctrine a conduit l'auteur, il importe d'examiner la doctrine elle-même, quant à ses preuves. Or, s'il est vrai qu'elle contient une idée juste et utile, savoir; la fréquence du siége de l'étranglement à l'un des anneaux cruraux inférieurs, nous ne pouvons admettre qu'il en soit *constamment* ainsi, et que *jamais* (ainsi l'écrit M. Demeaux) l'anneau crural proprement dit n'étrangle les viscères. Il est facile de montrer que rien, dans les développemens ci-dessus, ne justifie une assertion aussi exclusive. M. Demeaux a vu sur le cadavre et dans des hernies *non étranglées* l'incision de l'anneau crural n'influer en rien sur la dilatation du sac! Cela est possible. Mais d'autres chirurgiens, observant *sur le vivant, des hernies étranglées*, ont constaté tout le contraire. Dans un cas déjà publié (Voy. GAZ. MÉD., 1839, n. 44), M. A. Bérard ne parvint à dilater le passage herniaire qu'après avoir incisé le ligament de Fallope, *qu'il avait d'abord mis à découvert*. Evidemment ici, ce ligament contribuait seul à l'étranglement, puisque celui-ci n'a cédé qu'à sa section. Chaque opération de hernie étranglée où l'on obtient la réduction en coupant le ligament de Gimbernat est, on peut le dire, un argument contre la doctrine de M. Demeaux. A la vérité, il pourrait alléguer que, au lieu du ligament de Gimbernat, les chirurgiens ne débrident le plus souvent que le contour de l'anneau inférieur; et nous sommes loin de nier que fréquemment il en ait été ainsi. Mais on ne saurait opposer la même fin de non recevoir aux opérations faites, selon la méthode d'A. Cooper, en mettant d'abord l'artère crurale à nu par une incision faite au-dessus de son bord supérieur et la coupant ensuite de dehors en dedans. Celles où le débridement ne porte que sur le trousseau fibreux qui recouvre le pubis sont également probantes sous ce rapport. Dans l'un et l'autre cas, toute réduction due à une incision ainsi pratiquée prouve un étranglement siégeant à l'anneau crural profond.

La comparaison de l'entonnoir peut séduire un instant par son apparente rigueur; mais d'abord, M. Demeaux parle uniquement du diamètre et ne semble pas assez tenir compte de la dilatabilité variable de chaque partie du canal. En second lieu, il oublie de faire remarquer que *l'entonnoir crural* (pour adopter son expression) fait suite à une cavité dont le diamètre est bien autrement large que le sien, l'abdomen. L'orifice supérieur de l'entonnoir forme donc un évasement réel, si on le compare au reste de son trajet; mais il constitue au contraire un point rétréci lorsqu'on le considère par rapport à la cavité abdominale; et les viscères qui sortent de celle-ci peuvent fort bien subir une constriction, *même en entrant dans cet entonnoir*.

Nous ne nous arrêterons pas à cette objection tirée par M. Demeaux de ce qu'il n'a jamais rencontré de collet au niveau de l'anneau crural. Car la difficulté tombera évidemment du moment que d'autres anatomistes auraient constaté cette disposition. Or, on a vu de ces collets situés au niveau de l'anneau crural, et tellement bien à son niveau qu'ils étaient adhérens à son pourtour. Voyez à ce sujet les observations 12, 29, 45, 50, 51, 83 et 111 de la thèse de M. J. Cloquet sur LES CAUSES ET L'ANATOMIE DES HERNIES ABDOMINALES. Une partie seulement de ces observations est relative à des hernies crurales.

Ces courtes remarques nous semblent suffisantes pour le moment. Nous ne les avons point faites dans le dessein d'infirmer les idées de M. Demeaux; car, avec lui, nous reconnaissons la grande fréquence proportionnelle des étranglemens à l'anneau crural inférieur. Seulement nous ne pensons point qu'il soit autorisé à refuser le même rôle à l'anneau crural profond; et, d'après les considérations qui précèdent, il paraîtra difficile de soutenir cette assertion dans les termes absolus sous lesquels M. Demeaux l'a formulée.

Revenons maintenant aux corollaires pratiques. D'après les idées de M. Demeaux sur le siége de l'étranglement, il convient, pour le taxis, de placer le membre dans une légère extension plutôt que de le tenir fléchi. En effet, si la membrane fibreuse que la hernie crurale a traversée est dans un relâchement complet, elle se laissera déprimer par la pression; tandis que, si elle est légèrement tendue, l'ouverture fibreuse opposant une légère résistance, l'organe hernié se trouvera placé entre deux puissances; la main de l'opérateur d'un côté, l'anneau fibreux de l'autre. On comprend sans peine que, ainsi comprimé, il tendra à se dégager et enfilera la seule ouverture par laquelle il puisse échapper à la pression, c'est-à-dire l'anneau crural.

Quant au débridement, M. Demeaux, considérant que l'étranglement, soit qu'il résulte de l'anneau, soit qu'il dépende du collet, siége toujours à l'ouverture inférieure du canal crural, pense qu'on peut diviser le contour de celle-ci dans tous les sens impunément, parce qu'aucun organe important ne l'avoisine. La présence de la veine saphène en bas commanderait seule de s'abstenir de l'incision faite dans cette direction.

— Ces deux préceptes sont la conséquence rigoureuse de l'idée que se forme M. Demeaux sur le lieu auquel l'étranglement est constamment produit dans la hernie crurale. En substituant, comme nous venons de le proposer, au mot *constamment* le mot *fréquemment*, on saura à quoi s'en tenir sur les limites dans lesquelles une pareille conduite serait utile et prudente.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VIEILLARDS; par le docteur BEAU.

Cette communication n'est point un travail lié et coordonné dans toutes ses parties, mais seulement une énumération de certains faits pathologiques que l'auteur croit appartenir plus spécialement à la vieillesse. Parmi ces faits, il en est un bon nombre qui ne nous paraissent pas aussi

nouveaux ni aussi importans que semble le croire M. Beau. Nous allons signaler ceux seulement qui, par leur nouveauté et par la facilité avec laquelle ils se prêtent à l'analyse, peuvent entrer dans le cadre de cette notice, sans avoir égard à la division adoptée dès le commencement par l'auteur en faits de pathologie générale et de pathologie spéciale, car les premiers nous semblent faire depuis longtemps partie de la science.

Beaucoup de praticiens redoutent encore aujourd'hui l'emploi des vomitifs dans le traitement de l'embarras gastrique chez les vieillards, soit à cause de la fatigue qui en résulte, soit à cause des congestions cérébrales qui peuvent survenir. « Tout ce que je puis dire à ce sujet, c'est que jusqu'ici je n'ai observé aucun accident produit par l'action des émétiques dans les maladies de la vieillesse; bien loin de là; car dans le plus grand nombre des cas il y a eu un brusque amendement ou une guérison complète après les évacuations provoquées. »

La péritonite chronique est beaucoup moins rare dans la vieillesse que la péritonite aiguë, et se lie très fréquemment, à cet âge, à l'existence de productions cancéreuses sous-péritonéales. Suivant M. Beau, la matière cancéreuse produirait très probablement dans ces cas l'inflammation chronique du péritoine en agissant sur cette membrane de la même manière que les tubercules, c'est-à-dire en faisant l'office d'un stimulant peu énergique mais incessant. Ce point de vue nous paraît vrai, mais il nous semble également probable que dans certains cas chez les vieillards comme chez l'adulte la plus légère cause d'inflammation sur un point du péritoine y amène un flux de matière cancéreuse qui sans cette circonstance se porterait ailleurs ou peut-être serait évacuée hors de l'économie. Dans l'hypothèse de l'auteur, la péritonite cancéreuse serait à la vieillesse ce que la péritonite tuberculeuse est à l'âge adulte.

La phthisie catarrhale qui, comme la phthisie tuberculeuse, amène fréquemment la mort, bien qu'avec d'autres lésions que celles produites par la dernière maladie, paraît rare dans la jeunesse, est fréquente dans la vieillesse et bien plus même que la phthisie tuberculeuse; car, pour 9 cas de cette dernière affection, l'auteur assure en avoir observé 15 de l'autre dans un temps donné, et tire de ce rapport la conclusion suivante : que si chez un vieillard on observe du dépérissement, de la toux, une expectoration de crachats puriformes, etc., on a plus de chances d'avoir affaire à une phthisie catarrhale. Quant au traitement qui convient dans ce dernier cas, voici celui qui a le mieux réussi à l'auteur. Il commence par un émétique auquel il fait succéder la décoction de polygala, l'infusion amère de lichen y joignant les pilules balsamiques de Morton, le vin de Bordeaux ou de Bagnole; des loochs avec le sirop de tolu, etc. Les succès de cette méthode chez les vieillards ne nous étonnent point; car c'est celle que nous suivons depuis bien des années chez les adultes dans les cas de catarrhe chronique simple et avec un succès que nous pouvons dire constant.

Parmi les autres questions traitées dans cet article et que nous ne pouvons indiquer que brièvement, nous signalerons spécialement la pneumonie chez le vieillard, sur laquelle on n'a pas encore tout dit, malgré les recherches de Hourmann et de M. de Chambre et celles même de M. Beau; il résulterait même des travaux de ce dernier qu'on aurait beaucoup exagéré la fréquence et l'intensité de l'adynamie dans la pneumonie des vieillards, et que l'adynamie, dans la plupart des cas, ne serait pas réelle, bien que la face l'exprime chez eux à un haut degré. Quant aux fièvres continues, l'auteur en admet de propres à la vieillesse qui ne dépendent pas d'une lésion organique locale, et qui, par leur nature, rentrent dans les affections typhiques et tiennent probablement à une altération spéciale du sang.

Histoire de l'épidémie de variole qui a régné en 1840 dans le canton de Rauquemaure (Gard); par le docteur Ch. Zurkowski.

C'est dans les localités petites et isolées qu'il est le plus facile d'étudier la marche des maladies épidémiques et des maladies contagieuses. Malheureusement la science manque encore de formules et d'un langage convenable pour distinguer et étudier séparément ces deux classes si différentes de maladies que la plupart des écrivains de nos jours sont trop disposés à réunir en un seul groupe. Le reproche que nous adressons ici à ceux qui prétendent donner aujourd'hui la direction à la science, nous devons l'adresser aussi à l'auteur de cette communication qui, dans les faits réellement intéressans qu'il a notés dans cette épidémie observée dans deux petites localités, tout à fait isolées et éloignées de deux lieues l'une de l'autre, bien que rapprochées d'autres localités où la variole ne s'est pas montrée a réuni dans une même description et comme étant sous une seule et unique influence les effets dus aux circonstances locales et atmosphériques, à la contagion, à la vaccine, etc.; en sorte que cette histoire qui, du reste, est écrite d'une manière intéressante sous les autres points de vue, et qui aurait, par l'isolement des deux localités où elle a été recueillie, pu jeter quelque jour sur l'action des influences que nous venons de désigner n'ajoute réellement rien de nouveau à ce que la science possède déjà et ne fait que perpétuer la confusion qui existe depuis si longtemps entre tant de phénomènes différens.

Des anomalies de la vaccine; par le docteur Gillette.

L'auteur a réuni, dans cette communication, une partie des faits anomaux qui se rattachent à la vaccine, et des complications qu'elle offre lorsqu'elle co-existe chez un même individu avec quelqu'autre affection éruptive; mais ces faits n'offrant rien de nouveau, ni pour le fond, ni pour les considérations qui en découlent, nous devons nous abstenir de les reproduire ici.

Note sur la paralysie de l'anus et du rectum dans la période adynamique des dysenteries graves, par le docteur Pidoux.

Sur quelques points de l'anatomie du rectum et sur la dilatation de l'anus; par le docteur Mercier.

Dans un numéro précédent du même journal, le docteur Bouchut ayant rapporté un cas de dysenterie aiguë avec la circonstance singulière de selles involontaires expliquées par un état de paralysie du sphincter de l'anus, d'où résultait la dilatation presque permanente de cet orifice, M. Pidoux croit devoir citer deux cas où il a été à même d'observer tout récemment, mais à un degré beaucoup plus prononcé, cet état de l'extrémité inférieure du gros intestin. Nous ne reproduirons pas ces deux faits, dont les sujets étaient tous les deux atteints de dysenterie, ni les réflexions difficiles à analyser dont l'auteur les accompagne, et terminerons par quelques mots sur la notice de M. Mercier relative à la communication de M. Bouchut, qui avait attribué cet état de dilatation de l'anus à l'action du releveur de l'anus, regardant ce dernier muscle comme l'antagoniste du sphincter, et comme chargé à la fois de la double fonction de relever et de dilater l'anus. M. Mercier combat cette explication; car les deux muscles en question ne sont point antagonistes, et le releveur ne peut que bien faiblement dilater l'anus. Suivant M. Mercier, l'impulsion des matières jouerait le plus grand rôle dans la dilatation de cet orifice, et serait aidée par les fibres longitudinales du rectum, que Thompson a décrites comme descendant sur l'anus, puis, se courbant en dehors, embrassant la portion correspondante du sphincter dans leur concavité, et tendant à dilater ce dernier muscle par leur contraction; ce qui leur donne alors (comme le font voir des recherches propres à M. Mercier lui-même, sur les deux points fixes de ces fibres, à la partie inférieure du rectum) la forme d'un demi-anneau ou d'une anse.

VII. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'octobre, novembre et décembre 1843 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De quelques modes de guérisons naturelles des hernies, et particulièrement du collet du sac dans ces guérisons*; par M. Roustan. 2° *Note sur l'hydrophthalmie et l'exophthalmie en Afrique*; par M. Furnari. (L'hydrophthalmie, très fréquente en Afrique, y est presque toujours le résultat d'une dégénérescence quelconque des parties constituantes du globe oculaire.) 3° *Mémoire sur l'application du froid en thérapeutique*; par M. Alliot. 4° *Mémoire sur le systocèle vaginal*; par M. Malgaigne. 5° *Observations sur les convulsions puerpérales*; par M. Robert Johns. (Traduit de The Dublin journal of medic. sciences.) 6° *Mémoire pratique sur le cysticerque observé dans l'œil humain, avec quatre observations inédites*; par M. Sichel. (Premier article.)

Mémoire sur l'application du froid en thérapeutique; par M. Alliot.

On se borne trop communément à conseiller d'une manière absolue le froid comme très efficace dans une foule de maladies. Ainsi que tous les autres remèdes, cet agent peut être administré à divers degrés; et cette graduation doit se régler d'après certaines lois. M. Alliot expose ici quelques-unes des données suivant lesquelles le praticien aura à se conduire dans ces cas.

Le refroidissement, pour produire de bons effets, doit toujours être porté à un degré moins considérable chez les personnes nerveuses et sur les organes irritables que dans les deux conditions exposées. Deux jeunes sœurs, l'une d'une sensibilité excessive, l'autre plus calme, sont prises en même temps d'une fièvre ataxique. On applique à toutes les deux une calotte de glace sur la tête. Cette médication pacifie les accès de la malade moins sensible, mais accroît les mouvemens désordonnés de l'autre, qui succombe bientôt. — Comme exemple du précepte relatif à *l'impres-*

sionnabilité différente des organes, l'auteur fait remarquer qu'à la mamelle l'usage médical du froid n'a presque, pour cette raison, que des chances de nocuité.

On se trouvera bien parfois d'augmenter successivement l'intensité du froid. Une dame affectée de névralgie ou hémi-cranie fut mise par M. Alliot au régime suivant. Chaque matin, hors les jours humides, elle se promenait, la tête d'abord peu couverte, ensuite nue, un demi-quart d'heure, plus tard un quart d'heure, enfin plusieurs heures le même jour; en outre, elle se lavait le front et les tempes trois ou quatre fois dans la matinée avec de l'eau froide. Ce seul traitement guérit en cinq mois la maladie qui durait depuis quatre ans.

Il convient aussi, dans certains cas, de soumettre les parties qu'on ne veut pas refroidir à l'action d'une température élevée, pendant qu'on agit en sens opposé sur la région malade.

MÉMOIRE SUR LE CYSTOCÈLE VAGINAL; par M. MALGAIGNE.

La ou *le* cystocèle du vagin est une affection jusqu'ici regardée comme rare et, comme telle, laissée un peu dans l'ombre par les auteurs classiques. Le présent travail rappelle l'attention sur elle; et ce sera certainement là son plus grand mérite. Malgré les lacunes nombreuses qu'offre cette description, elle engagera du moins, et par son insuffisance même, les praticiens à approfondir l'étude d'une infirmité qui présente encore tant de points à éclairer. Signalons en attendant les traits principaux du mémoire de M. Malgaigne.

Le cystocèle vaginal est à lui seul, dit M. Malgaigne, aussi commun pour le moins que toutes les autres variétés de prolapsus vaginaux prises ensemble. Or cette remarque n'est pas de pure curiosité : le praticien prévenu que cette affection se rencontre souvent aura moins de chances de la méconnaître; et, appelé auprès d'une femme qui se plaint de chute de matrice, il devra toujours commencer par rechercher si la maladie ne se complique pas de hernie de la vessie. Sur un total de 74 cas de prolapsus vaginaux, l'auteur a compté 39 cystocèles, 18 rectocèles, 15 chutes de matrice et 2 élytrocèles.

En réunissant aux faits de M. Malgaigne ceux de Robert, Sandifort, Chaussier, Sabatier, A. Cooper, madame Rondet, MM. Rognetta, Eguisier et Jobert, on trouve des exemples de cystocèle survenu à tous les âges, depuis 17 jusqu'à 72 ans. Néanmoins il se déclare le plus ordinairement de 20 à 50 ans. Cette circonstance fait pressentir le rôle que la grossesse et l'accouchement jouent comme causes prédisposantes. Et, par le fait, la plupart des malades qui ont été interrogées accusaient un ou plusieurs accouchemens antérieurs. La virginité n'en exempte cependant pas. Une demoiselle de 29 ans en a offert à l'auteur un exemple qui lui a semblé authentique. La hernie, au rapport des malades, se manifeste à la suite des couches, mais (chose singulière) aucune n'a dit l'avoir vu se produire pendant le travail même de l'accouchement. Les professions fatigantes y exposent: on remarque surtout parmi celles ci l'état de blanchisseuse. L'influence de ces conditions n'est pourtant pas tellement nécessaire qu'on puisse la signaler dans tous les cas. Ainsi sur 37 femmes interrogées dans ce sens, 21 avaient eu leur cystocèle en temps de grossesse ou de couches, et une seule, sur ces 21, accusait un effort.

26 l'avaient eu sans cause déterminante connue.

11, seulement, par suite d'efforts ou de chutes, à l'exclusion de toutes autres violences extérieures.

Le cystocèle a en général une marche lente. Cependant, sa première apparition se fait le plus souvent tout à coup, quelquefois avec craquement, douleurs de reins, menace de syncope, d'autres fois sans aucun accident semblable. Les différences, sous ce rapport, sont tranchées entre les individus. Le cas suivant est un exemple intéressant de cystocèle observé, reconnu et traité avec succès dès son début.

OBS.—Une sage-femme de 45 ans, ayant eu plusieurs enfans, sentit, en soulevant par dessous les bras une femme enceinte, une tumeur descendre brusquement à la vulve avec des tiraillemens aux aînes et des douleurs de reins. Elle fit un effort sur sa douleur, mais, vers le soir, elle fut obligée de se mettre au lit. La nuit, des envies fréquentes d'uriner se déclarèrent; l'urine, en passant sur la tumeur, y déterminait une sensation de brûlure; douleurs vives, agitation.

M. Malgaigne trouva à la vulve une tumeur faisant à l'extérieur une saillie grosse comme la moitié d'un œuf de poule, parsemée de rides transversales. Le doigt pouvait glisser entre elle et la paroi postérieure du vagin; en avant, au contraire, la tumeur et la paroi vaginale étaient en contact très serré. La réduction était évidemment indiquée. Les premiers efforts de pression furent très douloureux; il fallut en conséquence les modérer beaucoup, et une demi-heure fut nécessaire pour faire totalement et par degrés disparaître la tumeur. Une petite éponge enveloppée d'une compresse en croix de Malte fut introduite dans le vagin et soutenue par des compresses et un bandage approprié. Deux jours après, la malade ôta d'elle-même ce tampon. Le troisième, elle se mit sur son séant, et fit, le quatrième, quelques tours par la chambre; mais quelques tiraillemens l'ayant avertie de son imprudence, elle garda le lit encore un peu de temps, puis elle se leva sans autre précaution et se trouva guérie. Il y a aujourd'hui huit ans que cet accident est arrivé, et rien n'a reparu.

Dix-huit ou vingt ans auparavant, cette femme avait eu une descente en tout semblable, accompagnée des mêmes douleurs, et d'une aussi courte durée. Depuis lors, elle ne s'en était jamais ressentie, malgré des couches réitérées.

Le cystocèle vaginal simple est assez facile à reconnaître. Tumeur rouge, à plis transversaux, réductible, molle, derrière laquelle le doigt trouve le col utérin faisant sa saillie accoutumée. Son volume varie selon la position de la malade et les efforts auxquels elle se livre. Ici, comme pour les hernies du reste, il est remarquable que la marche, les travaux longtemps continués ont, pour faire proéminer la tumeur, une influence bien plus sûre et plus forte que les efforts, même les plus violens, exécutés par le malade au moment même de l'exploration. M. Malgaigne a vu une fois la tumeur vaginale être constituée par la partie supérieure de la vessie. Le cul-de-sac entre la vessie et le col utérin était effacé, et la lèvre antérieure du museau de tanche se confondait avec la muqueuse qui recouvrait la tumeur.

Par suite de ce déplacement, plusieurs changemens surviennent. D'abord l'urètre, d'oblique en arrière et en haut, tend à devenir horizontal et même à s'incliner en arrière et en bas.

Quant au trouble apporté à l'excrétion urinaire, il est très variable. Un symptôme presque constant est la fréquence des besoins d'uriner, sans aucune difficulté d'y satisfaire. Une fille affectée d'un très petit cystocèle urinait, dans le début, au moins soixante-quinze fois par jour. Quelquefois cependant l'excrétion éprouve des obstacles; quelques femmes n'urinent aisément qu'avec un pessaire, d'autres que pendant le jour; quelques-unes sont obligées ou de s'accroupir, ou de se tenir debout. M. Malgaigne se demande, sans pouvoir s'en rendre compte, à quoi tiennent ces exceptions.

Lorsque le cystocèle est compliqué de chute de matrice, l'expulsion des urines est ordinairement plus ou moins gênée.

Les autres phénomènes, flueurs blanches, coliques, tiraillemens, faiblesse, inaptitude à tout travail pénible, sont également variables et même sujets à manquer.

La fréquence bien reconnue du cystocèle appelle dorénavant une modification dans l'exploration des organes génitaux de la femme, telle qu'on la pratique aujourd'hui. En général, on se contente d'examiner les malades couchées. Mais comme, au contraire, la hernie vésicale sort dans la station verticale, il faudra, lorsqu'on tient à porter un diagnostic exact, ne pas manquer de favoriser l'issue du cystocèle en faisant tenir la femme debout, en l'invitant même à faire des efforts. Cette manœuvre sera désormais le complément obligé de tout examen qu'on désirera faire aussi complet que possible.

Le cystocèle récent peut-il disparaître par les seules ressources de la nature? M. Malgaigne a vu quelques exemples de cette heureuse terminaison, mais ils sont trop rares; l'anatomie pathologique a trop imparfaitement encore éclairé le mécanisme et le siége de cette affection pour qu'on puisse établir des règles de pronostic certaines à son égard.

Malgré deux succès (un peu récens encore, il est vrai) dus à la méthode de M. Jobert qui excise une partie de la paroi vaginale et rapproche à l'aide de la suture les bords de la plaie, M. Malgaigne n'a que peu de confiance dans ces essais de cure radicale. Il s'en tient à la cure palliative. Les pessaires ordinaires en caoutchouc, à forme de gimblette, sont remplacés ici avec avantage par des pessaires de la même substance, mais en forme de sablier. Ils remplissent l'indication d'exercer sur la partie inférieure de la vessie une pression qui l'empêche de descendre et en même temps d'offrir un point d'appui à la partie supérieure. Cependant les exemples que cite M. Malgaigne donnent fortement lieu de soupçonner que, chez la plupart de ses malades, la contention n'a pas été exacte. Réussirait-on mieux avec la ceinture hypogastrique dont l'auteur préconise aussi l'usage? Ici encore le doute vient naturellement à l'esprit; en somme, le traitement de cette infirmité présente une lacune réelle sur laquelle il convient d'appeler les réflexions de tous les hommes de l'art.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 MARS.

ÉLECTION DE DEUX CORRESPONDANS.

Dans le comité secret de la précédente séance, M. Roux, au nom de la section de médecine et de chirurgie, avait présenté la liste suivante de candidats pour la place de correspondant vacante par suite du décès d'Astl. Cooper:

1° M. Brodie à Londres; 2° Mott (Valentine) à New-York; 3° Dieffenbach à Berlin; 4° Chélius à Heidelberg; 5° Stromeyer à Munich; 6° Riberi à Turin.

L'Académie procède au scrutin qui donne les résultats suivans: Nombre des votans, 43. M. Brodie, 39 voix; M. Dieffenbach, 2; M. Buffalini, 1; M. Chélius, 1. En conséquence, M. Brodie a été proclamé élu.

Sur un rapport présenté dans le même comité, par M. Isidore Geoffroy-St.-Hilaire, au nom de la section d'anatomie et de zoologie, l'Académie a eu à voter sur deux listes, l'une composée de zoologistes, à la tête de laquelle est placé le nom de M. Charles Bonaparte, prince de Canino, à Rome; l'autre composée d'anatomistes ayant en tête le nom de M. Muller à Berlin, pour nommer un correspondant en remplacement de M. Jacobson. Sur 51 votans, M. Ch. Bonaparte a réuni 30 suffrages; M. Muller, 20. En conséquence, M. Ch. Bonaparte a été proclamé correspondant de l'Académie.

NOMINATION DES COMMISSIONS POUR LES PRIX.

L'Académie a procédé dans les deux dernières séances à la nomination des diverses commissions pour les prix. Voici les résultats du scrutin pour les commissions qui auront à juger les ouvrages concernant les sciences médicales:

Commission pour le prix de physiologie expérimentale: MM. Flourens, de Blainville, Serres, Magendie, Duméril.

Commission pour le prix de médecine et de chirurgie: MM. Andral, Velpeau, Roux, Rayer, Duméril, Serres, de Blainville, Breschet, Magendie.

Grand prix des sciences physiques (question concernant le développement du fœtus chez les oiseaux et les reptiles): MM. Serres, de Blainville, Flourens, Velpeau, Duméril.

Grand prix des sciences physiques (question concernant le mécanisme de la production de la voix chez l'homme): MM. Babinet, Magendie, Flourens, Pouillet, de Blainville.

Grand prix des sciences physiques (question concernant la structure de l'organe de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères): MM. de Blainville, Serres, Flourens, Magendie, Duméril.

INCIDENT RELATIF AU GRAND PRIX DE VACCINE.

M. MAGENDIE fait part à l'Académie de l'embarras dans lequel se trouve la commission de vaccine relativement au jugement qu'elle aura à porter sur les mémoires envoyés au concours pour le grand prix de vaccine. Voici la cause de cet embarras. La commission a reçu jusqu'à présent trente-cinq mémoires pour ce concours. Sur ce nombre, il y en a sept ou huit environ dont les auteurs ne se sont pas conformés à l'usage prescrit en pareille circonstance, de renfermer leur nom avec une épigraphe dans un paquet cacheté. La commission n'a pas cru devoir passer outre et mettre ces mémoires hors de concours, sans consulter l'Académie.

Sur la remarque de MM. les secrétaires qu'il n'y a pas à cet égard de règle absolue, l'Académie décide qu'elle s'en référera au parti que la commission jugera convenable.

RÉFORME DES QUARANTAINES ET LOIS SANITAIRES CONTRE LA PESTE.

M. AUBERT-ROCHE rappelle à l'Académie qu'une commission a été désignée sur la demande du ministre pour faire un rapport sur la question de la réforme des quarantaines et des lois sanitaires de la peste. Il demande que la commission soit invitée à faire son rapport.

M. LE PRÉSIDENT invite les membres de la commission à se conformer au vœu du ministre à cet égard.

M. SERRES, membre de cette commission, expose les motifs qui ont fait ajourner le rapport. Les membres composant cette commission ne sont pas d'accord sur les conclusions. La majorité partage l'opinion de M. Aubert; mais il y a une minorité qui professe une opinion toute opposée. Dans une pareille situation la commission, n'étant pas en mesure de faire cesser cette dissidence par des expériences décisives, a cru devoir s'abstenir.

M. FLOURENS pense qu'il y aurait lieu néanmoins à faire un rapport sur l'état actuel de la question, tout en faisant connaître le dissentiment de la commission.

M. ARAGO est du même avis, et pense que dès qu'il y a une majorité, le rapport doit être fait.

La commission est invitée, en conséquence, à faire prochainement son rapport.

OBSERVATIONS SIMULTANÉES FAITES A PARIS ET A ANDILLY, PRÈS MONTMORENCY, POUR RECHERCHER LA PROPORTION D'ACIDE CARBONIQUE CONTENUE DANS L'AIR ATMOSPHÉRIQUE; par MM. BOUSSINGAULT et LEWY.

M. DUMAS lit, au nom de M. Boussingault, absent, une note dont voici le résumé:

Deux appareils en tout semblables ont été placés, l'un à Andilly, près Montmorency, l'autre dans un des quartiers les plus peuplés et les moins aérés de Paris, au collége de France. MM. Boussingault et Lewy ont fait trois séries d'observations comprises entre le 29 septembre et le 20 octobre 1843. Dans chacune de ces séries, on a opéré, à Paris et à la campagne, aux mêmes heures, sur environ 450 litres d'air, ce qui a permis de peser, après chaque expérience, près de 3 décigrammes d'acide carbonique.

Le tableau suivant résume les troisièmes séries d'observations.

LOCALITÉS.	VOLUME D'AIR réduit à 0° et 0,70 de pression.	ACIDE CARBONIQUE en poids.	ACIDE CARBONIQUE en volume.	ACIDE CARBONIQUE dans 10,000 volumes d'air.	Rapports.
	Litre.	Grammes.	Cent. cubes.		
Paris....	1338.1216	0.862	435.3	3.253	100
Andilly...	1346.7638	0.797	402.5	2.989	92

SUR L'ÉVACUATION ARTIFICIELLE DES DÉBRIS DES CALCULS URINAIRES ET SUR LEUR PULVÉRISATION.

M. LEROY-D'ETIOLLES lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il s'est proposé d'examiner la question de savoir si l'évacuation artificielle des débris de la pierre, que l'on pratique dans les cas de paralysie de la vessie compliquant l'affection calculeuse, ne doit pas être étendue à d'autres cas, et dans quelles limites il convient de l'appliquer. M. Leroy resout affirmativement cette question et spécifie quelques-unes des circonstances dans lesquelles cette opération est plus particulièrement indiquée. Il donne, dans ce même mémoire, la description d'un appareil nouveau d'instrumens propres à pulvériser les calculs, et à rendre cette opération plus facile et plus sûre dans ses résultats.

DE L'UTILITÉ DES OPÉRATIONS DANS LA DIATHÈSE CANCÉREUSE.

M. LEROY-D'ETIOLLES lit une seconde note ayant pour titre: NOUVEAUX DOCUMENS POUR SERVIR A ÉCLAIRER LA QUESTION DE LA DIATHÈSE CANCÉREUSE ET DE L'UTILITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE.

Le point le plus important de la question chirurgicale, suivant M. Leroy, est de savoir s'il est vrai que la maladie primitivement locale dégénère en une maladie constitutionnelle, et si l'extirpation pratiquée de bonne heure empêche cette dégénérescence. Cette croyance, qui sert de règle de conduite aux chirurgiens pendant la première partie de leur vie, ne paraît pas justifiée par la statistique. Ainsi, je trouve, dit M. Leroy, que, sur 801 opérations, 117 ont été pratiquées moins d'un an après l'apparition des premiers symptômes. Sur ces 117, il y en avait déjà 61 en état de récidive, lorsque les documens me sont parvenus. Or, comme sur le nombre des 801 opérations, il y en avait 112 qui avaient été pratiquées depuis moins d'un an, il est certain que la proportion des récidives est plus grande encore aujourd'hui.

Les résultats des opérations pour les cancers des lèvres sont curieux à signaler, à cause de leur différence dans les deux sexes. Ainsi, sur 633 hommes affectés de cancer, il y avait 165 cas de cancers de lèvres. 114 ont été opérés par l'instrument tranchant, 12 par les caustiques; il y a eu 15 récidives, c'est-à-dire environ un huitième. Sur 2148 femmes cancéreuses, je trouve 34 cancers de la lèvre; 22 ont été opérées, 7 ont récidivé, c'est-à-dire le tiers.

La différence dans les récidives provient de la différence de la nature et de la cause de la maladie. Chez l'homme, les tumeurs cancéroïdes produites par une cause externe diminuaient; chez les femmes, elles dégénéraient en véritables cancers.

Pour les cancers de la langue, cette différence de résultat disparaît. La terminaison est également funeste pour les deux. Sur 9 opérations d'extirpation de cancer de la langue, 3 ont été pratiquées depuis moins d'un an. Les 6 autres sont morts après récidive.

Pour les tumeurs du sein, nous trouvons les résultats suivans: sur 2770 opérations, 73 ont été pratiquées depuis moins de deux ans. On ne peut dire encore quel en sera le résultat. Reste 204. Sur ces 204, 22 sont morts dans l'année qui a suivi l'opération, 87 ont déjà récidivé, c'est-à-dire plus de la moitié; 27 avaient été opérés dans la première année de l'apparition de la maladie.

En résumé, M. Leroy croit pouvoir poser les conclusions suivantes:

1° L'extirpation n'arrête pas la marche du cancer.

2° L'extirpation ne doit être employée comme méthode générale que pour le cancer de la peau et des lèvres.

3° Il n'y a nécessité d'extirper les cancers des autres organes que dans les cas d'hémorragies produites par des ulcérations qui compromettent la vie des malades.

(MM. Roux, Serres et Velpeau sont chargés d'examiner les deux communications que vient de faire M. Leroy-d'Etiolles.)

NOTE SUR LES EXTIRPATIONS DE LA RATE ET DU CORPS THYROÏDE.

M. BARDELEBEN, de Berlin, avait déjà publié il y a quelques années les résultats d'une suite d'expériences sur les effets de l'extirpation de la rate et du corps thyroïde. Il a repris récemment ces expériences; en voici les résultats:

1° Les animaux dératés se portent très bien et n'offrent aucune différence sensible d'avec les autres animaux sains de la même espèce. J'ai soumis, dit-il, à cette opération des chiens, des chats, des lapins, des cochons d'inde. Tous les lapins que j'ai opérés sont morts de péritonite, ce qui résulte de la situation profonde de la rate chez ces animaux. En partant de Paris, j'ai laissé dans le laboratoire de M. Flourens deux chats dératés à l'âge de deux semaines et trois cochons d'Inde, qui avaient supporté cette opération sans que leur santé en fût aucunement altérée. Quant à la voracité que l'on a prétendu être la suite de l'extirpation de la rate, je ne l'ai jamais remarquée. Je n'ai jamais vu non plus aucune trace de la régénération de la rate, que M. Meyer de Bonn prétend avoir observée.

2° Les animaux privés du corps thyroïde (chiens et lapins) ne diffèrent aucunement des autres; seulement l'un des lapins que j'ai opérés au Jardin du Roi

présentait une augmentation considérable du désir vénérien, phénomène qui me semble d'autant plus digne d'attention, qu'un médecin français a avancé, il n'y a pas longtemps, que ce désir même s'efface tout-à-fait après l'extirpation du corps thyroïde.

3° L'animal privé de la rate et du corps thyroïde se porte néanmoins très bien, et il est impossible de trouver en lui aucun changement dans une fonction quelconque. Seulement l'une et l'autre de ces opérations étant très graves, on réussira d'autant moins souvent à voir survivre le même animal à toutes les deux, que l'absence de l'un de ces organes semble déjà produire une disposition particulière aux épanchemens aigus; parmi les animaux que j'ai soumis à ces deux opérations, il n'y a qu'un seul chien qui ait supporté la seconde. Ce chien dont la rate fut extirpée le 10 juillet 1841 a subi l'extirpation du corps thyroïde quatre semaines après cette première opération, et sauf une inflammation du tissu cellulaire du cou il n'a présenté aucun symptôme morbide (1).

4° Quelques physiologistes ont avancé qu'après l'extirpation de la rate le désir vénérien augmente, mais que ces animaux sont impuissans. Je n'ai pas observé que ce désir ait augmenté chez les animaux dératés, et, quant à l'impuissance, je pourrais présenter les petits qu'une chienne vam eître has après n'avoir été couverte que par un chien dératé seul. D'autres ont dit que le désir vénérien s'efface tout à fait dans les animaux privés du corps thyroïde. Le chien, dont il était question tout à l'heure, prouve très bien que ce n'est pas le cas, et si, en vérité, l'absence de cet organe a une influence sur les fonctions sexuelles, c'est plutôt l'opposé, comme nous l'avons vu chez le lapin dont j'ai parlé plus haut; mais c'est aussi le seul cas où j'ai observé un tel effet.

5° Quant au volume de la rate, je l'ai trouvé toujours plus grand chez les animaux qui avaient l'estomac bien rempli, que chez ceux qui l'avaient vide. Cette différence du volume n'est dépendante que de la quantité de sang qui se trouve dans la rate.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE. — CANDIDATURE.

MM. Chassaignac, Malgaigne, Vidal, Michon, Huguier se portent candidats à la place vacante.

M. Aubert-Roche adresse de nouveaux documens relatifs à la question des quarantaines et des lois sanitaires contre la peste.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS DES MAMELLES.

M. GERDY: Les chirurgiens qui ont pris la parole jusqu'à présent dans cette discussion se sont faits beaucoup plus ignorans qu'ils ne sont en réalité, lorsqu'ils ont dit qu'il était impossible de diagnostiquer les tumeurs du sein. Ils reconnaissent tous, en effet, qu'il existe deux sortes de tumeur, des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes, et, s'ils font cette distinction, il faut bien qu'ils admettent des caractères particuliers pour chacun de ces groupes. M. Cruveilhier lui-même n'est pas aussi exclusif dans le fond qu'il paraît l'être dans ses paroles; de sorte qu'on aurait été peut-être en définitive plus près de s'entendre si la discussion n'eût dévié de la ligne qu'elle aurait dû suivre.

M. Gerdy rappelle la définition des tumeurs fibreuses de M. Cruveilhier, celle d'Astl. Cooper pour ce qu'il appelle des tumeurs mammaires chroniques et la sienne propre, et il fait voir par le rapprochement de ces trois définitions, qui ne diffèrent en réalité que très-peu entre elles, qu'il n'est pas aussi difficile qu'on paraît le croire de s'entendre sur l'objet principal de la discussion, c'est-à-dire sur l'existence d'une certaine classe de tumeurs que l'on doit distinguer du squirrhe et des tumeurs dégénérées. C'est parce qu'on en a voulu examiner, éplucher un à un tous les caractères, qu'on a été conduit à nier l'existence de ces tumeurs. Or, ce n'est pas à tel ou tel caractère en particulier, mais à un ensemble de caractères qu'on peut reconnaître ces tumeurs. Cet ensemble de caractères, la présence simultanée sur les deux mamelles ou sur une seule de petites tumeurs multiples, dures, élastiques, indolentes, roulantes, bien isolées, l'absence de plis et de dépressions cutanées lorsqu'on presse la mamelle entre les doigts, qu'a parfaitement décrit Astl. Cooper, ne permet pas de douter qu'on a affaire à des tumeurs fibreuses. Je n'admets donc pas, dit M. Gerdy, le résumé de la discussion tel que l'a présenté M. Bérard; je n'en admets pas davantage les conséquences par rapport à l'opération. Mais je demanderai sérieusement aux praticiens s'ils n'admettent pas implicitement les tumeurs en question et s'ils n'ont pas des moyens de les reconnaître. M. Roux est convenu qu'il avait souvent enlevé des tumeurs cancéreuses, qu'il savait parfaitement n'être pas telles avant l'opération; il avait donc des moyens de reconnaître que ces tumeurs n'étaient point cancéreuses. M. Bérard dit bien que, dans le doute, il est prudent d'opérer; cependant il a ajouté, après avoir énuméré les caractères des tumeurs bénignes, que lorsqu'il rencontrait de pareils cas il s'abstenait et conseillait aux femmes de garder leurs tumeurs. Cela ne veut-il pas dire que M. Bérard reconnaît à certains caractères qu'il a affaire à des tumeurs qui ne dégénéreront pas. Si j'ai bien entendu M. Lisfranc, il n'est pas non plus en dehors de cette ligne. Il entreprend la résolution sur la moitié environ des tumeurs qu'il rencontre, et, sur la moitié environ de ces cas, il obtient une résolution au moins partielle. Il y aurait donc, si ces données sont exactes, un quart à peu près du chiffre total des tumeurs qui seraient susceptibles de se résoudre et qui, par conséquent sont des tumeurs bénignes. Or, M. Lisfranc doit avoir un moyen de les reconnaître d'avec des cancers proprement dits, puisqu'il n'entreprend pas indistinctement son traitement résolutif sur toutes les tumeurs. Les anciens avaient reconnu explicitement ces deux classes de tumeurs bien distinctes, bénignes et malignes, les unes devant être opérées, les autres non. Je crois que c'est encore là l'opinion que nous devons admettre. J'admets, en outre, qu'il y a une période où les tumeurs de mauvaise nature doivent être enlevées, c'est ce que j'appellerai la période de malignité, c'est-à-dire celle où se manifeste la douleur, l'inflammation, la suppuration, l'ulcération, etc.; car je ne reconnais pas l'utilité d'opérer une tumeur tant qu'elle est indolente, sous le prétexte qu'elle pourra dégénérer plus tard, sans savoir si cette dégénération aura bien réellement lieu. D'ailleurs, les tumeurs malignes dégénèrent-elles toujours? Peut-on déterminer d'avance l'époque où elles dégénéreront? On a cité de nombreux exemples dans lesquels la dégénération n'a eu lieu qu'au bout de 20, 30 ans. Les tumeurs encéphaloïdes les plus facilement dégénérables de toutes ne dégénèrent souvent qu'avec une extrême lenteur. On confond deux états morbides qui doivent être distingués l'un de l'autre, la tumeur et le cancer; il y a cependant entre l'un et l'autre autant de différence qu'entre un phlegmon et un abcès.

Le résumé de tout ceci, c'est que le diagnostic des tumeurs fibreuses, et généralement des tumeurs bénignes, est possible; mais je me hâte d'ajouter qu'il est des cas où il est difficile, d'autres où il est impossible. Les conséquences, pour l'opération, sont qu'il ne faut pas opérer lorsque le diagnostic établit clairement qu'on a affaire à des tumeurs bénignes, que, dans le doute ainsi que dans le cas contraire, il faut opérer.

M. DUPUY se plaint qu'on ne s'en soit tenu, dans toute cette discussion, qu'à la forme, au lieu de chercher à remonter à l'origine, à la force de formation des tumeurs en question. Il aurait voulu qu'on prît la question *ab ovo*. On n'a, dit-il, considéré ces tumeurs qu'à l'état adulte, au lieu de les étudier dans leur état de germe. A ce sujet, il signale l'inexactitude de ces expressions: *germe*, *embryon*, appliquées à la formation des tumeurs. Cette formation, suivant lui, n'a aucune analogie avec celle des embryons, il la compare plutôt au mode de développement des calculs qui se forment par l'agglomération et l'accumulation successives de couches de gravelle. Il rapporte des expériences faites en commun avec Dupuytren, qui l'ont conduit à saisir le mode de formation et de développement des tumeurs. Quant à ce qui concerne les récidives, M. Dupuy les subordonne à la considération de l'hérédité, à laquelle il fait jouer le plus grand rôle dans la génération du cancer. Toute la différence qu'il y a pour lui entre les squirrhes qui dégénèrent et ceux qui ne dégénèrent pas, consiste dans la disposition héréditaire.

M. LISFRANC, après avoir rappelé ce qu'il y avait d'absolu dans les propositions du mémoire de M. Cruveilhier et les concessions qu'il avait faites depuis, s'attache à démontrer combien il y aurait d'inconséquence à déclarer le diagnostic des tumeurs facile, lorsque l'histoire de la chirurgie fournit un si grand nombre d'exemples de difficultés presque insurmontables dans le diagnostic. Il cite à ce sujet plusieurs cas dans lesquels les chirurgiens les plus habiles avaient commis des erreurs grossières, mais inévitables. Il aborde ensuite quelques-unes des objections nouvelles qui ont été produites dans les dernières argumentations.

M. Blandin, dit-il, a présenté à M. Cruveilhier une tumeur dégénérée dont la trame paraissait être composée principalement de tissu fibreux; il en a conclu naturellement que la tumeur était originairement fibreuse. M. Cruveilhier n'a vu là qu'une tumeur cancéreuse dans laquelle du tissu fibreux se trouvait mêlé avec le tissu encéphaloïde; et, à cette occasion, il a avancé qu'il n'était pas rare de rencontrer du tissu fibreux dans les cancers. Je prends acte de cette déclaration, et je demande si ce tissu fibreux n'était pas réellement le tissu primitif de la tumeur. Il me semble difficile d'admettre que le tissu cancéreux puisse produire du tissu fibreux, tandis que le contraire paraîtra beaucoup plus naturel. Mais on prétend que le tissu cancéreux ne se développe jamais, ne peut pas se développer sur le tissu fibreux; j'ai fait voir, il y a quelque temps, une pièce qui me paraît répondre d'une manière péremptoire à cette assertion; le tissu cancéreux s'était développé, dans ce cas, au milieu du tissu fibreux, et non pas, comme on dit que cela se passe ordinairement, sur l'espèce d'enveloppe charnue du corps fibreux. M. Cruveilhier a dit que, dans plusieurs des cas qui ont été cités comme des exemples de dégénération de corps fibreux, on avait pris une altération par suite d'étranglement, une sorte de gangrène, pour du cancer. Les choses se passent en effet quelquefois ainsi que le dit M. Cruveilhier, mais il est très facile de distinguer ce genre d'altération d'avec le véritable cancer. J'ai dit que les ganglions lymphatiques s'engorgeaient souvent dans le cancer; M. Cruveilhier a nié à cette occasion l'existence des ganglions lymphatiques dans les mamelles, et par conséquent la possibilité de l'altération dont je parlais; je maintiens que dans le cancer de la mamelle on trouve souvent des traînées de ganglions lymphatiques engorgés, formant chapelet depuis le sein jusqu'à l'aisselle. Ces ganglions sont situés dans l'épaisseur du sein; ils sont très mobiles, durs, roulant sous le doigt; ils ont, en un mot, tous les caractères faussement attribués aux tumeurs fibreuses. L'opération m'en a souvent convaincu.

J'ai encore avancé une proposition qui n'a pas été admise par M. Cruveilhier. J'ai dit que, dans un grand nombre de cas de tumeurs du sein, j'étais parvenu à obtenir la résolution, bien entendu pour des tumeurs récentes; j'en fournirai les preuves au besoin. On a dit que les tumeurs fibreuses ne pouvaient être confondues qu'avec le cancer enkysté seulement, et que, ce genre de cancer étant très rare, il s'ensuivait que cette confusion ne pouvait avoir lieu souvent. Cette proposition est exacte jusqu'à un certain point; mais je soutiens

(1) C'est d'après l'hypothèse du professeur Tiedemann, suivant laquelle les glandes lymphatiques et le corps thyroïde se chargent de la fonction de la rate après l'ablation de cet organe, que M. Bardeleben a été conduit à l'idée d'extirper le corps thyroïde des animaux déjà dératés pour faire remplir toutes les fonctions de la rate par les glandes lymphatiques seules, qui, par conséquent, devraient grandir alors d'une manière plus prononcée.

que la plupart des tumeurs récentes non encore adhérentes à la peau ni aux muscles ont tous les caractères des cancers enkystés, par conséquent des tumeurs fibreuses elles-mêmes, ce qui revient à dire, en d'autres termes, que ces caractères sont de nulle valeur.

On a agité une question très importante, celle de savoir si le cancer est toujours primitif ou s'il est consécutif à une diathèse, à une disposition interne. Si le cancer était toujours consécutif, a-t-on dit, il serait inutile d'opérer, car la récidive ou la production de nouveaux cancers serait à peu près inévitable. Mais heureusement il n'en est pas ainsi.

M. Lisfranc émet ici une théorie d'après laquelle, lors même que les cancers tiendraient à une disposition intérieure, il faudrait encore les opérer; car la diathèse ne se manifestant que par une certaine agglomération, un certain nombre en général assez limité de tumeurs cancéreuses se développant successivement, on peut espérer, en les extirpant les unes après les autres, voir cesser complètement la manifestation de cette diathèse. Il cite des faits rapportés par Delpech, par Dupuytren, d'autres observés par lui-même, qui tendent à établir cette théorie. Mais, ajoute-t-il, ne possède-t-on pas des faits qui prouvent que les cancers ne sont souvent que consécutifs à d'autres altérations? Tout le monde sait combien autrefois les cancers de l'utérus étaient fréquens, et combien ils sont rares, au contraire, aujourd'hui. A quoi cela tient-il? à ce que les ulcérations simples de l'utérus, méconnues autrefois, finissaient très souvent par dégénérer en cancer, tandis qu'aujourd'hui, que, grâce à l'usage du spéculum, ces ulcérations sont reconnues et traitées de bonne heure, cette dégénération n'a plus lieu que dans un très petit nombre de cas. C'est là une preuve évidente à mes yeux de la production consécutive d'un grand nombre de cancers.

M. Lisfranc termine par la citation du fait suivant : J'ai été appelé, dit-il, auprès d'une famille dans laquelle les cancers de l'utérus étaient héréditaires, pour une dame qui était déjà en proie à cette affection. On ne me consultait en quelque sorte que pour la forme, persuadé que l'on était d'avance qu'il n'y avait aucune ressource. Moi-même, à raison de cette circonstance de l'hérédité, je ne croyais point à un succès possible Cependant, ayant reconnu qu'il n'y avait qu'une ulcération simple, sans dégénération des tissus; je traitai cette ulcération et je parvins à la guérir. Ce fait, et plusieurs autres analogues, m'ont convaincu que la prédisposition héréditaire pouvait se borner au développement d'engorgemens utérins ou d'ulcérations, et que ce n'était que consécutivement que ces engorgemens et ces ulcérations dégénéraient en cancer.

M. Amussat : Je viens présenter à l'Académie et soumettre à son appréciation une tumeur du sein que j'ai extirpée ces jours derniers. C'est un fait de plus qui vient à l'appui des idées que j'ai émises dans la discussion soulevée par M. Cruveilhier et qui prouve avec tant d'autres du même genre qu'on peut observer tous les jours que le diagnostic différentiel des tumeurs du sein étant, d'une part, tout à fait impossible, et que, d'autre part, les tumeurs fibreuses étant extrêmement rares dans cet organe, quoi qu'en ait dit M. Cruveilhier, on ne doit pas différer de pratiquer une opération indispensable dont les résultats sont, du reste, malgré l'opinion paradoxale de quelques praticiens, d'autant plus heureux qu'on opère plus promptement, puisque, de l'avis de plusieurs chirurgiens célèbres, le squirrhe et le cancer si fréquens dans cet organe sont le plus ordinairement à leur début une maladie locale pouvant être guérie radicalement. Et d'ailleurs il n'y aurait aucun inconvénient à enlever, par hasard, un corps fibreux qu'on aurait pris pour un squirrhe. Que dis-je, il n'y aurait que des avantages fondés sur la certitude que la maladie ne se reproduirait pas; en un mot, la récidive ne serait pas à craindre comme après l'ablation d'un cancer; mais, je le répète, la rareté des tumeurs fibreuses du sein étant généralement admise, au point de vue du diagnostic, l'erreur qui est possible ne sera pas souvent commise.

Voici le fait :

Madem. D...x, âgée de 55 ans, d'une assez forte constitution, a été réglée régulièrement jusqu'à l'âge de quarante-trois ans environ, et n'a éprouvé dans la vie aucune maladie grave; seulement elle a été atteinte il y a quelques années d'une bronchite qui a laissé de la toux revenant assez forte par différentes causes et surtout le matin en se réveillant.

Il y a deux ans, Mlle D...x s'aperçut qu'elle avait au-dessus du sein gauche une petite glande, grosse comme une noix, roulante, mobile, plate, circonscrite, non douloureuse au toucher. Différens moyens tels que des sangsues, des frictions avec la pommade au calomel, l'homéopathie furent employées sans succès. Depuis un an la tumeur s'était beaucoup développée et était devenue le siége d'élancemens assez fréquens. Du reste, Mlle D...x n'offre pas d'altération dans la santé qui est bonne; l'appétit est régulier; ajoutons que la malade ne connaît personne dans sa famille qui ait été affectée d'une maladie semblable à celle pour laquelle elle est venue pour nous consulter. Actuellement la tumeur, située au-dessus du sein gauche, a au moins le volume du poing d'un adulte; elle est dure, bosselée, non adhérente aux parties profondes sur lesquelles elle roule dans une certaine étendue; mais dans quelques-uns de ses points, surtout à sa partie moyenne elle est adhérente à la peau qui a, du reste, conservé sa couleur, qui paraît saine, mais amincie.

Il n'existe pas de ganglions dans l'aisselle; la maladie paraît tout à fait localisée.

Le sein gauche est volumineux, mais il ne présente aucun indice que la glande ait subi une dégénérescence squirrheuse, car elle est molle, élastique, et n'est en aucune manière sensible à la pression. Le mamelon est sain; rien n'indique la nécessité d'enlever cet organe en même temps que la tumeur.

La malade étant bien décidée à se soumettre à l'opération, qui ne semblait pas devoir être différée, je la pratiquai le 14 mars 1844, en présence de MM. L. Boyer, Graboucki, de Bruyn, Vincent, Bouteiller, A. Amussat et Le Vaillant.

Après avoir fait comprimer les veines axillaires par l'un des assistans, je pratiquai sur la tumeur deux incisions sémi-elliptiques dirigées transversalement et comprenant la plus grande partie de la peau qui recouvrait la tumeur. J'enlevai celle-ci à grands traits de bistouri. L'opération aurait été très rapidement terminée, si je n'avais pas été obligé de détacher la tumeur du muscle grand-pectoral auquel elle adhérait fortement. J'examinai ensuite s'il ne restait aucune trace de la maladie, et j'aperçus quelques granulations suspectes de couleur nacrée, que je m'empressai d'enlever, en regrettant presque de ne pas avoir enlevé tout le sein.

Pendant l'ablation de la tumeur, plusieurs artères avaient été divisées; l'une d'elles, qui avait été oblitérée provisoirement avec une petite éponge, avait au moins le volume de la radiale; j'en pratiquai la torsion. Il me fut impossible de retrouver les autres, malgré les recherches auxquelles je me livrai dans ce but, et alors, sans différer davantage, je pratiquai la suture entortillée de la plaie pour avoir une réunion immédiate. L'angle externe de la plaie, qui présentait un cul-de-sac déterminé par l'enlèvement d'un bourrelet graisseux, fut maintenu ouvert au moyen d'une mèche de linge enduite de cérat. Pour pansement, des bandes circulaires, un bandage de Mayor et le bandage naissant des plaies transversales.

La tumeur enlevée, fendue en deux moitiés, offre le même aspect dans toute son étendue; elle est dure, de couleur jaune et présente des granulations séparées par des lignes nacrées paraissant être du tissu fibreux. Ces granulations sont de différens volumes et n'affectent aucune régularité dans leur position.

Cette tumeur est un véritable squirrhe qui bientôt se serait ramolli et serait devenu un cancer encéphaloïde, comme on en trouve si souvent dans les tumeurs anciennes du sein. Déjà, en la pressant entre les doigts, on en exprime un véritable suc cancéreux. Du reste, M. le docteur Mandl qui a eu l'obligeance d'examiner au microscope différentes portions de cette tumeur, y a manifestement reconnu tous les caractères du squirrhe, et ces caractères sont loin de ressembler à ceux que présentent les corps fibreux. J'ajouterai que M. le docteur Mandl a bien voulu joindre au dessin de la tumeur un autre dessin des résultats de son examen microscopique qui ne laisse rien à désirer comme représentation exacte de ce qu'il nous a montré. Je présente à l'Académie ce dessin, ainsi que celui d'une portion de tumeurs fibreuses, afin de montrer la différence qui existe entre ce tissu et le cancer.

De ce fait, auquel on pourrait en ajouter un grand nombre d'autres à peu près semblables, il résulte, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que les squirrhes du sein présentent à leur début tous les caractères qu'on a cru devoir assigner aux corps fibreux de cet organe, maladie rare et dont le diagnostic n'est pas encore établi; que, par conséquent, les glandes du sein, comme on les appelle communément, sont presque toujours des cancers naissans dont on devrait sans retard débarrasser l'économie; et dût-on, après avoir enlevé une glande, être obligé plus tard d'en enlever une autre qui viendrait à se développer, on aurait agi prudemment et sagement; on aurait peut-être évité une infection générale qui existe si souvent au moment où l'on opère habituellement; on se serait mis à l'abri des récidives qui ne sont que l'effet de cette infection produite par la résorption de la matière cancéreuse, et en m'exprimant ainsi, je n'ai pas besoin de dire que je partage l'opinion de ceux qui pensent que le cancer est souvent à son début une maladie locale et circonscrite qu'on peut détruire avec de grandes chances de succès.

La malade que je viens d'opérer, ainsi que les médecins qu'elle a consultés, se sont fait illusion pendant longtemps sur la marche de la tumeur, qui n'était pas douloureuse; ils ne voyaient pas la nécessité de l'opération; car il faut, en effet, avoir constaté bien souvent la dégénération des glandes du sein pour oser prendre un parti extrême à une époque si peu avancée d'une maladie qui peut devenir grave. Au moment de l'opération, le diagnostic pouvait encore s'appliquer à une tumeur fibreuse; car la tumeur était circonscrite, mobile, bosselée à sa surface, comme le sont beaucoup de corps fibreux, peu douloureuse, donnant lieu cependant à de légers élancemens qui seraient sans doute caractéristiques, si l'on ne prévoyait pas qu'une tumeur fibreuse comprimant un filet nerveux pourra donner lieu à peu près aux mêmes douleurs. La seule différence, c'est que la tumeur était légèrement adhérente à la peau.

En résumé, ce fait, que je n'ai pas choisi, est le second du même genre que je présente à l'Académie, et il me semble être en opposition avec les idées de M. Cruveilhier. Il prouve l'impossibilité d'un diagnostic différentiel entre les tumeurs dures du sein et la nécessité de recourir promptement à une opération; car je crois que le secret, pour obtenir des succès dans les cas de cancer, consiste à opérer à une époque peu éloignée du début de la maladie, qui alors est circonscrite dans le plus grand nombre des cas, et peut être enlevée en totalité.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DISSERTATIO DE PARTU VIRIBUS MATERNIS ABSOLUTO. (DISSERTATION SUR L'ACCOUCHEMENT TERMINÉ PAR LES SEULES FORCES DE LA NATURE); par SOLAYRÈS DE RENHAC; traduite et annotée par le docteur ANDRIEUX DE BRIOUDE.

La publication de cet opuscule est un noble tribut payé par un homme érudit à la science et à l'histoire obstétricales. Nous avons trop rarement occasion d'annoncer une entreprise complètement pure de toute vue de spéculation pour ne pas applaudir de bon cœur à une œuvre aussi empreinte que l'est celle-ci de ce généreux caractère. Rendre un service est beau; rendre un service désintéressé est rare, même parmi les médecins. Aussi le critique se trouve-t-il à l'aise quand il peut louer sans craindre de voir son approbation transformée en un prospectus.—Cependant, par cela même qu'on propose ici la doctrine de l'accoucheur de Montpellier

à l'étude et à l'admiration des médecins, peut-être eût-il été bon que le traducteur accompagnât le texte d'observations critiques plus multipliées. S'il est incontestable que Solayrès fut une des lumières de son temps, si l'école de Montpellier le revendique à bon droit comme une de ses gloires, il n'est pas moins vrai que plusieurs des principes généralement regardés comme dus à son génie étaient déjà en pratique quelques années avant lui. De même, dans sa thèse, chef-d'œuvre sans contredit pour l'époque, quelques erreurs se remarquent, qu'il importait de distinguer ostensiblement d'avec les vérités auxquelles elles se trouvent mêlées en proportion minime. C'eût été là un travail complémentaire non moins utile que la traduction elle-même. Quelques exemples pourront faire juger de l'esprit dans lequel nous aurions aimé à le voir conçu.

Solayrès paraît, en général, avoir une trop grande propension à tout expliquer par les lois physiques. Lisez ce qu'il dit (page 22) sur le mécanisme de l'expulsion : « C'est en vertu de la résistance des parties, etc.» Il est évident que si la femme se livre quelquefois à des efforts musculaires librement et spontanément, dans la vue de favoriser les contractions utérines, cette participation des muscles soumis à la volonté est souvent instinctive et forcée, au moment surtout où elle doit avoir le plus d'efficacité. Il se passe dans cet acte quelque chose d'analogue au phénomène de la défécation lorsque ce besoin est près d'atteindre à ses dernières limites.

Il faut encore signaler la méprise dans laquelle tombe l'auteur en affirmant que les accouchemens dans lesquels la face se présente réclament dans tous les cas les secours d'une main habile. C'est au principe diamétralement contraire que se sont ralliés tous les bons esprits, depuis les recherches de Boer et surtout de Mme Lachapelle. Au reste, Deleurye avait déjà enseigné des idées à peu près semblables à celles aujourd'hui admises dans son TRAITÉ DES ACCOUCHEMENS, lequel parut une année précisément avant la thèse de Solayrès.

Solayrès professe que le mouvement de la tête, dit de *restitution*, est dû à la position que les épaules sont forcées de prendre pour traverser le détroit supérieur. On sait à présent que si la tête, une fois dégagée à l'extérieur, se porte latéralement, ce n'est que grâce à l'élasticité du cou, peut-être à l'action musculaire du fœtus lui-même. Il suffit de voir l'instantanéité avec laquelle s'opère cette rotation pour comprendre qu'elle ne peut être attribuée à une autre cause qu'à la cessation de la torsion du cou.

Le placenta, d'après Solayrès, se détacherait du centre à la circonférence.... Peut-être cette assertion a-t-elle en effet quelque fondement; mais la raison qu'il allègue en sa faveur semble peu concluante. Si, après l'issue des membranes le sang sort en partie liquide, en partie coagulé, cela vient seulement de ce que le placenta obstruait le col de la matrice et ne permettait point au liquide contenu d'en sortir librement, au fur et à mesure qu'il était exhalé.

Mettons enfin en relief, sans commentaire aucun, la proposition suivante, dont la démonstration eût sans aucun doute eu besoin de quelques développemens : « Le sang retenu dans les parois des vaisseaux de la matrice donne lieu à des souffrances plus vives que celles de l'accouchement. »

Les observations précédentes ne diminuent en rien le mérite de l'ouvrage. On n'oubliera pas, en les lisant, que les erreurs dont elles rappellent le souvenir appartiennent bien moins à l'auteur qu'à son époque. On n'oubliera pas surtout que cette thèse contient le premier essai d'une classification simple et rationnelle des accouchemens. Quelque imparfaite qu'elle nous paraisse maintenant, on y reconnaît aisément le point de départ des idées qui, depuis Baudelocque, ont eu cours sur la matière. — Le traducteur, à son tour, dans un travail toujours ingrat, souvent difficile, a constamment fait preuve d'élégance et de fidélité. Nous ne terminerons pas cependant sans lui faire observer que *partu absoluto* eût été mieux rendu par accouchement *accompli* que par accouchement *terminé*, et que *unius vel alterius sobolis* ne peut guère s'exprimer en français autrement que par *un ou deux enfans*.

ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN; par CH. BONAMY, D. M., professeur d'anatomie et de physiologie, et ÉMILE BEAU, dessinateur. Première partie: Ostéologie; syndesmologie et myologie. — Petit in-4° de 80 planches. Paris 1844, chez Fortin, Masson et Ce, rue de l'École-de-Médecine.

Il y a des ouvrages dont le titre est déjà seul une puissante recommandation et qu'il suffit de citer pour faire reconnaître leur utilité ou même leur nécessité. De ce nombre sont surtout les livres élémentaires indispensables à tous ceux qui veulent se livrer à l'étude des sciences. Chaque époque et chaque enseignement sont nécessairement représentés par des ouvrages classiques spéciaux qui, bien que souvent publiés à de très petites distances les uns des autres, quelquefois aussi en même temps, offrent pourtant des différences très notables, dans les unes aux progrès réels ou aux simples variations de la science, et les autres aux méthodes ou aux opinions particulières à chaque enseignement. De toutes les sciences qu'embrassent les études médicales, il n'en est peut-être pas qui fassent de nos jours moins de progrès réels et dont l'enseignement puisse varier dans des limites aussi étroites que l'anatomie descriptive de l'homme. Cependant la manière de l'exposer et de la distribuer pouvant être différente avec chaque professeur, les livres et autres productions qui contiennent l'enseignement doivent varier aussi. Si nous suivions l'historique de l'enseignement de l'anatomie descriptive à l'école de Paris, nous trouverions peu d'exceptions à cette règle, qui viendrait confirmer au besoin la publication de MM. Bonamy et Beau. Il existait, il est vrai, un bon nombre d'ouvrages ayant quelque analogie avec l'atlas que publient ces messieurs et qui pouvaient au besoin le remplacer; mais on en désirait un sur lequel on pût suivre le plan adopté par le professeur Cruveilhier dans la seconde édition de son ANATOMIE DESCRIPTIVE. Cet atlas, qui devait être si utile pour les élèves, ne devait pas être aussi sans utilité pour les praticiens qui, loin des lieux de dissection, éprouvent souvent le besoin de rappeler à leur mémoire les détails si nombreux et si rarement applicables dans leur pratique de la structure anatomique des organes.

Ce n'est pas seulement sous ce point de vue que se recommande l'ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE que nous avons en main, il nous semble le faire à bien d'autres titres et réunir une partie des avantages qu'on a souvent regrettés de ne pas trouver dans ceux qui l'ont précédé. Le format que lui a donné l'éditeur, l'heureuse disposition des planches, qui se trouvent toujours en regard de l'explication, le peu de volume de l'ouvrage, qui, sans être arrivé aux dimensions exiguës auxquelles on voulait, il y a quelques années, réduire tous les ouvrages classiques, est cependant très portatif, le prix peu élevé auquel il semble devoir s'élever lorsqu'il sera complet, le soin qu'a pris l'éditeur de convrir chaque volume d'une reliure moderne à la fois élégante et solide, toutes ces circonstances, réunies à la fidélité et à l'habileté de l'exécution, nous paraissent autant de chances qui lui feront donner la préférence sur les autres ouvrages analogues, qui, sous le rapport de l'imitation et de l'art, pourraient lui être opposés. Nous signalerons encore une autre circonstance qui ne nous paraît pas moins favorable, c'est la certitude qu'il ne dépassera pas les limites dans lesquelles il a été annoncé, comme l'ont fait la plupart de ceux qui l'ont précédé, et qui, devant être continués dans un certain nombre de livraisons, n'ont pas manqué dans la plupart des cas de doubler ce nombre, au grand détriment de la bourse de souscripteurs et sans un équivalent pour le profit réel de la science. D'après la manière dont le premier volume a été distribué et l'heureuse économie avec laquelle les auteurs y ont disposé leurs matériaux, nous devons croire qu'ils se tiendront dans les mêmes limites pour les deux parties qui leur restent à publier; ils prennent même l'engagement de donner gratuitement avec la dernière partie le TRAITÉ DES PRÉPARATIONS ANATOMIQUES, qui doit former un volume distinct.

Nous nous bornerons à dire de ce premier volume en particulier, qui comprend les trois premières parties de l'anatomie humaine, l'ostéologie, la syndesmologie et la myologie, qu'il contient la description et la représentation de toutes les parties qui appartiennent à ces trois branches, sans profusion et sur des dimensions qui permettent d'étudier tous les détails que la vue peut distinguer sans l'aide du microscope. Quelques-unes des planches même qui, d'après leur grandeur, semblaient ne pouvoir être adaptées au format, sont pliées sur elles-mêmes et pourvues d'un système de charnières en tissu qui permet de les ouvrir facilement et sans crainte de les voir se déchirer ni se couper. Nous souhaitons que les parties suivantes paraissent rapidement, elles ne pourront que faire honneur, comme celle-ci, à l'habile artiste dont le crayon a déjà rendu tant de services à la science.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 13. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 30 MARS 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, tonchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS FIBREUSES DU SEIN.

L'Académie vient de clore enfin son interminable discussion sur les tumeurs fibreuses du sein. Nous avons signalé plusieurs fois le caractère systématique présenté par un débat où l'on voyait trop souvent le parti pris de soutenir contre toute raison la pratique des opérations, sans oublier néanmoins de faire ressortir les points saillans des différens systèmes de défense, soit en faveur de ce parti, soit en faveur de l'opinion contraire. Nous ne reviendrons pas sur l'exposé des faits et des principes par lesquels nous avons cherché, dans la série de nos articles, à renfermer ce problème de chirurgie dans les bornes d'une discussion scientifique, à en bien préciser les termes, à indiquer les voies à suivre pour en obtenir la solntion; mais nous ne saurions nons dispenser de résumer en pen de mots les raisons et les exemples dont nous avons été le plus

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

NAPLES.

On a beaucoup écrit sur l'Italie. La poésie et l'histoire, l'art et la science ont tour à tour exploité cette terre fameuse à plus d'un titre. Mais elle est loin d'avoir perdn sa fécondité. Si elle n'est plus la *magna parens* du poète, pour les grands hommes et les grandes idées, elle mérite encore de conserver ce titre pour les hants enseignemens qu'elle renferme, pour les faits curieux qu'elle offre comme un trésor à l'observation du voyagenr. Cela est surtont vrai pour les investigations du domaine de la médecine et de la philosophie. D'habiles mains ont, il est vrai, ouvert depuis longtemps cette mine; mais elles n'ont fait que commencer une œuvre qui appelle des continuateurs. Que de choses en effet à tronver, à expliquer et à mettre au jour? L'histoire des transformations physiques et morales que les populations ont subies; l'analyse des influences, la raison des habitudes nationales, la relation de l'état physiologique actuel avec celni des temps passés présentent un thème à peu près vierge et promettent des solutions dn plus grand intérêt. J'ai essayé d'écarter un coin du rideau qui cache encore ces belles questions et ces difficiles problèmes. On jugera si j'ai su voir.

J'ai commencé par Naples mon voyage d'Italie. Je cherchai d'abord à découvrir sur les figures napolitaines cette ligue droite de la nature grecque que la statuaire antique et les vases étrusques nous montrent dans toute sa pureté. Mais je ne tardai pas à reconnaître que la première empreinte n'existait plus; elle avait disparu sous des empreintes plus récentes. Le nom de Parthenope s'est effacé sous celui de Naples comme le type grec a disparu sous ce type complexe et confus dont le Napolitain porte aujourd'hui le cachet.

Cependant, s'il y a confusion dans le type napolitain, sous le rapport des traits, il existe des caractères généraux ou dans la couleur ou dans l'habitude générale du corps qui peuvent servir jusqu'à un certain point à distinguer la race. La couleur de la peau est brune avec des tons-jaunes, caractère à la fois physiologique et morbide qui se rencontre il est vrai dans d'antres pays méridionaux, mais qui ne donne pas pourtant *le ton de physionomie* propre à la nature napolitaine. L'embonpoint est encore un caractère commun. Jusqu'à un certain âge, il ne fait qu'empâter les formes, et alourdir le corps; mais à une époque plus avancée de la vie, il dégénère en nne obésité dont il est rare de trouver des analogues dans l'Europe occidentale. La couleur partienlière de la peau s'explique par la double action du soleil et d'une constitution bilieuse très prononcée. Naples est en effet la terre des jaunisses. Combien en ai-je rencontré errant dans les rues par les jours de beau soleil! Combien en ai-je vn se promener sur les rives de la mer sans nul souci du mortel lendemain qui se prépare!

frappé dans cette discussion, afin d'arriver au résultat réel qui, en définitive, formera la base de la pratique dans le traitement des tumeurs du sein. Reprenons l'une après l'autre les propositions débattues dans cette occasion.

Existe-t-il des tumeurs fibreuses du sein? Cette question n'a été contestée par personne. Il est certain que l'anatomie pathologique, à laquelle il faut s'en rapporter toutes les fois qu'il s'agit de déterminer les caractères physiques de la lésion de nos organes, constate dans plusieurs circonstances la formation d'un tissu fibreux, bien différent de l'apparence des produits anormaux à fond aréolaire ou autre dans lesquels se dépose une matière encéphaloïde, mélanique, lardacée, pierreuse, etc. Mais là n'est point la difficulté importante. Une seconde proposition bien autrement controversée est celle de savoir si les tumeurs fibreuses sont susceptibles de dégénérer. Qu'importe en effet la diversité des tissus, si à la longue ces tissus dissemblables peuvent arriver à se ressembler et à se confondre. C'est sur cette difficulté que les opinions contradictoires se sont donné carrière. Les faits et les raisons n'ont pas manqué de part ni d'autre. Plusieurs membres ont apporté des argumens qui semblent irrésistibles à l'appui de la dégénération possible : nous voulons parler de pièces anatomiques où cette dégénération avait eu lieu. Toutefois, cette sorte d'argumentation n'a eu qu'en apparence la force que ses auteurs voulaient lui prêter; car, à l'inspection des pièces même, le doute sur leur constitution organique n'a pas été levé; au contraire, les uns n'ont vu dans cette prétendue dégénération que des produits primitivement cancéreux; les autres que des formations de kystes ou des productions méliceriques, et presque personne un produit véritablement fibreux. Et remarquez que ces opinions contradictoires ne déposent point précisément contre la dégénération supposée. En effet, si la dégénération est réelle, comment retrouver, surtout quand elle est très avancée, et à plus forte raison quand elle est complète, les caractères du tissu primitif? Il n'y a donc pas moyen de sortir d'incertitude sur ce sujet, et force est d'avouer que si les tissus fibreux dégénèrent, il devient, sinon impossible, au moins très difficile, au moment où l'anatomie pathologique est appelée à en juger, de se prononcer formellement. Reste là-dessus un autre point en litige, savoir, s'il est vrai qu'il y a incompatibilité entre les tumeurs fibreuses et les vrais cancers. Les raisons de cette incompatibilité ne sont pas décisives, et nous pensons, pour notre compte, qu'on ne peut en aucune manière ériger cette proposition en loi. Le plus puissant argument, c'est que, dans les tumeurs cancéreuses extirpées, on a toujours vu la transmutation des tissus respecter les tumeurs véritablement fibreuses; mais il faut observer que cette opinion est infirmée par les faits d'après lesquels les tumeurs fibreuses seraient susceptibles de dégénérer, qu'une loi de thérapeutique ne saurait être établie sur des observations toutes personnelles, et qu'elle exige, pour acquérir l'autorité qu'on lui attribue, un assentiment presque unanime. Tant qu'elle ne présente pas ces caractères, elle reste dans le domaine des vues particulières plus ou moins probables, plus ou moins certaines, mais auxquelles il manque la sanction du temps et de l'expérience.

Est-il possible de distinguer les tumeurs fibreuses des tumeurs cancéreuses? Cette autre proposition n'a pas soulevé moins de tempêtes que les précédentes. Cependant la plupart des opinions se sont réunies à cette idée que ces deux ordres de productions n'étaient pas toujours très distinctes, et que, dans la plupart des cas, leur distinction était parfaitement impossible. Cette solution complique singulièrement les difficultés du diagnostic des tumeurs mammaires. Et pourtant, d'après M. Cruveilhier, qui, il faut bien l'avouer, n'a été soutenu ici par personne, rien ne devrait être plus aisé que de faire la différence entre ces sortes de tumeurs. Au surplus, la discussion a éclairé à cet égard M. Cruveilhier lui-même; car il a déclaré, en résumant les argumens opposés à ses principes, qu'il ne prétendait pas admettre la facilité de cette distinction pour tous les cas de la pratique. Reconnaissons néanmoins que les preuves de cette difficulté ont été assez mal déduites par ses adversaires. En effet, ils ont examiné un à un les caractères distinctifs allégués par M. Cruveilhier, et ils n'ont pas eu beaucoup de peine à démontrer qu'aucun de ces caractères ne pouvait servir en particulier à la distinction désirée. Mais s'il est vrai qu'aucun de ces caractères pris en particulier ne suffise pas à les distinguer, ne peut-on pas admettre que la réunion de tous les caractères ou du plus grand nombre y peut suffire? Ce n'est pas en effet sur un signe isolé qu'on établira le diagnostic d'une maladie. Leur réunion est nécessaire pour ne pas s'exposer à errer, ce qui est vrai, non seulement en médecine, mais aussi en chirurgie. Une autre objection plus sérieuse n'a pas été adressée à M. Cruveilhier. Ce chirurgien, en effet, n'a guère déterminé les tumeurs fibreuses que d'après leurs caractères anatomiques, comme s'il n'y avait pas, dans l'observation des rapports entre une tumeur suspecte et l'ensemble fonctionnel de la machine, une somme de phénomènes plus capables peut-être d'en révéler les différences. Une tumeur du genre des cancers n'est jamais une lésion locale et bornée : elle co-existe en principe, ou tout au moins par ses conséquences immédiates, avec des altérations générales que le chirurgien a tort de perdre de vue. Ces altérations générales, dont nous avons présenté le tableau dans l'un de nos articles, donnent souvent les moyens de discerner les vrais cancers des tumeurs qui ne sont point cancéreuses. D'ailleurs, puisqu'on reconnaît que le diagnostic des tumeurs a besoin de s'appuyer sur l'ensemble de tous les signes, de quel droit supprime-t-on toute la série de ceux que l'observation générale peut fournir? Nous allons plus loin, car nous pensons que les signes locaux des tumeurs sont presque toujours impuissans pour démêler la nature de ces productions étrangères, tandis qu'il est toujours possible, en s'appliquant à la détermination des signes généraux, d'être édifié, avec toutes chances probables, sur leur véritable condition. On ne l'ignore pas, quand il s'agit de tumeurs avancées; mais on ne sait pas assez tirer parti du même genre de détermination, quand la tumeur a encore fait peu de progrès. Notre opinion, partagée par les praticiens plus soigneux de guérir ou de soulager leurs malades que de se livrer à des opérations brillantes, serait aisée à démontrer. Nous nous contenterons de dire ici qu'elle repose sur la dépendance des tumeurs cancéreuses d'une disposition préalable constitutionnelle, connue sous le nom de diathèse. L'aperçu qui précède montre, qu'au point de vue où la science se trouve en ce moment au sujet des tumeurs fibreuses, il est très difficile, sinon impossible, de les distinguer des vrais cancers; mais elle montre en outre que cette impossibilité paraît tenir beaucoup moins à la difficulté de leur détermination qu'à la direction vicieuse d'après laquelle on y procède. Ainsi, il est permis d'espérer que, lorsque l'étude de ces tumeurs sera faite dans d'autres dispositions que celles qui y président, on parviendra bientôt à les distinguer mieux.

Nous arrivons à la dernière proposition, qui les résume toutes. Faut-il ou ne faut-il pas opérer les tumeurs fibreuses? Nous admettrons

---

Il y a une habitude profondément enracinée à Naples et qui n'est peut-être pas étrangère non plus à la disposition dont nous venons de parler; cette habitude, c'est la saignée. Elle jouit dans ce pays d'un culte qui ne compte pas un seul hérétique. Les Napolitains sont si sujets à ces raptus de sang qui peuvent mettre si brusquement leur existence en péril, qu'au moindre vent un peu sec, qu'à la sensation du symptôme le moins inquiétant, ils courent chez le *salassatore* tendre la main à la lancette. Là, c'est la main qui est le lieu d'élection de la *phlébotomie*. Il est tout naturel que ce soit plutôt la main que le bras; car la saignée y est considérée comme une opération si simple, si usuelle si commune que le Napolitain pour lequel le temps est si peu de chose, croirait le perdre pourtant, s'il mettait à cette affaire sans importance les soins et les préparatifs en usage dans nos cités. Aussi les jolies mains sont très rares à Naples. Le *salassatore* s'en empare à peine formées (1) et les laboure de ses tatouages. Il est facile d'ailleurs de s'assurer de l'importance de l'impôt que la phlébotomie fait peser sur les mains napolitaines; puisque ce n'est que dans les grandes occasions qu'on se gante, et qu'il est d'usage de saluer en baisant la main. Il est inutile de rappeler ce que produisent les saignées à l'état de régime. On peut en maigrir, il est vrai. Mais le système lymphathique peut prendre aussi une telle prédominance, que l'empâtement des formes se développe jusqu'à l'exagération. Que sera-ce si d'autres causes concourent encore au même but? Mais continuons.

Pour une religion qui est celle de tous et qui est suivie avec une ferveur si remarquable, il faut des prêtres et il en faut beaucoup. Les médecins ne pourraient pas y suffire. Il y a donc une classe d'homme, une corporation toute spéciale pour tenir la lancette et faire travailler la sangsue. Cet homme ou plutôt ce fonctionnaire médical s'appelle *il salassatore*. Le salassatore est bien un peu comme le barbier chirurgien du quinzième siècle; mais il ne faut pas le confondre avec lui. L'un laissait poindre par ses audaces chirurgicales quelque chose de la profession des Ambroises Paré et des Desault; l'autre, au contraire, est et veut rester ignorant de tout ce qui n'est pas la saignée par la lancette et la sangsue. Le premier s'efforçait de sortir de sa sphère trop étroite pour son ambition, et voulait jeter à la rue le plat du barbier pour ne garder que la palette du saigneur et pouvoir fouiller à l'aise dans la trousse du chirurgien; le second vit calme et retiré dans son officine, et ne cherche pas à franchir le cercle étroit de ses attributions, parce qu'il sait qu'il n'y sera troublé ni par les empiétemens du médecin, ni par la concurrence du pharmacien. Il a raison de croire sa profession à l'abri de toute usurpation en dehors de ses rivaux naturels; car le médecin ne fait pas une saignée et le pharmacien ne vend pas une sangsue, sans doute par respect pour ses privilèges. L'opinion l'adopte comme un fonctionnaire de première nécessité; elle rejetterait plutôt le marchand de macaroni que le

(1) Il n'est peut-être pas exact de dire que le *salassatore* s'empare des mains à peine formées, car il est d'usage de saigner les enfans et les jeunes filles au pied. On ne verra pas beaucoup de *zitelle* dont la main soit tatouée ainsi que le dit l'auteur; mais à cet âge on pourra compter sur la main d'une mère de famille approximativement le nombre de ses grossesses; ce qui peut produire à la longue une espèce de tatouage assez remarquable, vu la fécondité des matrones napolitaines.

sans restriction, avec M. Cruveilhier, et la plupart des chirurgiens se rangeront de notre avis, que les tumeurs réellement et exclusivement fibreuses ne doivent pas être extirpées, à moins qu'elles ne gênent trop, soit par leur position, soit par leur volume; mais ici reviennent les difficultés du diagnostic de ces tumeurs et de leurs différences avec les tumeurs cancéreuses, c'est-à-dire qu'il s'agit toujours de savoir si on a affaire ou non à une tumeur fibreuse ou à une tumeur cancéreuse; et pour simplifier encore davantage la question, il s'agit seulement de savoir si le cancer est toujours opérable. Nous touchons pour ainsi dire à l'arche sainte des chirurgiens opérateurs. Ceux-ci n'hésitent guère à opérer les tumeurs réputées cancéreuses, excepté lorsque les malades paraissent absolument hors d'état de le tolérer. Ont-ils tort, ont-ils raison de procéder presque toujours aussi résolument? Nous croyons, quant à nous, et nous avons déduit déjà très au long les motifs de notre sentiment, qu'ils se pressent souvent beaucoup trop d'en venir à l'opération, et qu'ils opèrent aussi trop fréquemment. Il existe certainement des cas de tumeurs suspectes dans lesquels on ne saurait mieux faire : ce sont ceux, par exemple, où la tumeur est isolée et enfermée dans un kyste, ceux où la masse de la tumeur comprime des organes essentiels à la vie, ceux encore où les malades, après avoir été bien et dûment édifiés sur les suites d'un traitement sanglant, s'obstinent à vouloir être débarrassés d'un poids par trop incommode ou d'un corps étranger qui les défigure. Mais presser, comme on le fait, les malades de se soumettre à l'extirpation d'une tumeur dont on ne connaît pas au juste la nature, proposer d'opérer les squirrhes sous le prétexte de leur dégénération éventuelle, se hâter d'enlever une tumeur, dans laquelle on croit surprendre un travail menaçant, dans l'espoir d'enrayer cette tendance, c'est, nous persistons à le croire, une pratique dangereuse. Si les tumeurs enlevées ne repullulaient point, si elles se renfermaient dans la place qu'elles occupent, si elles ne tenaient pas, comme on disait jadis et comme on le redit aujourd'hui, à un vice dans le sang, si l'opération ne leur imprimait pas une marche plus active, si enfin il n'y avait aucun péril à ébranler, par la douleur et l'appareil des souffrances, compagnons de toute opération, la machine des patiens, nous pourrions tolérer l'empressement des chirurgiens; mais il s'en faut bien, quoi qu'ils prétendent, que les choses se passent aussi doucement. D'abord, et la discussion actuelle l'a prouvé surabondamment, ils ignorent le plus souvent à quelle espèce de lésion ils ont affaire; ensuite, et c'est encore un point qui résulte de cette discussion, l'opération ne guérit pas, si elle n'exaspère pas le mal; enfin, nul ne peut prévoir, comme M. Roux l'a avoué, les conséquences de la plus légère opération; en sorte qu'il paraît évident, d'après les éclaircissemens fournis par les longs et vifs débats que nous résumons, que les tumeurs mammaires, comme celles de tous les autres organes, doivent être et deviendront désormais moins souvent le but d'une opération. C'est là probablement le seul résultat auquel aura conduit la longue et aride discussion à laquelle on a fait assister l'Académie et le public depuis plus de deux mois.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES BAINS DE RIVIÈRE A BASSE TEMPÉRATURE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS SUR LES BAINS D'ARVE, DANS LE CANTON DE GENÈVE, par le docteur HERPIN, membre du conseil de santé et du conseil d'instruction publique du canton de Genève.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE II.

DE L'USAGE DES BAINS.

Il n'existe sur l'Arve, dans le canton de Genève, et probablement sur toute l'étendue des bords de cette rivière, que deux établissemens publics de bains : l'un situé à Caronge, l'autre dans la commune de Plainpalais. La construction de l'un et de l'autre est loin d'être en rapport avec l'utilité des bains qu'on y prend et le nombre des baigneurs qui les fréquentent. J'espère qu'un jour viendra où l'on songera enfin à en augmenter l'étendue, à les rendre plus commodes, et même à leur donner un aspect en harmonie avec leur destination.

Rien n'est plus simple que leur disposition. Ce sont des cabinets en bois, fermés du côté de la rivière par une cloison à claire-voie, clos en amont et en aval, ainsi que pour les divisions intérieures, par des parois formées de plusieurs étages, de volets mobiles qui se soulèvent horizontalement à mesure que l'eau s'élève, et qui lui livrent ainsi passage, tandis que des cloisons fixées entraîneraient, dans les grandes crues, la ruine du bâtiment entier. Cet arrangement des cloisons, qui ressemblent en grand à des persiennes à larges planchettes mobiles, a en outre l'avantage de ne pas trop diminuer la vitesse du courant dans les cabinets et d'empêcher leur ensablement.

A l'intérieur, un escalier descend dans la rivière, et la direction des marches est ou parallèle ou perpendiculaire au cours de l'eau. Vers le bas de l'escalier, mais toujours en amont, est fixée une barre de bois transversale, qu'on saisit pour résister au courant, et qui est munie de cordes destinées au même usage quand les eaux sont basses. Entre les deux dispositions d'escalier, parallèle ou perpendiculaire, il faut, pour les dames et les hommes qui ne savent pas nager, donner la préférence aux marches parallèles; la barre, servant en même temps de barrière à l'escalier dans le bas, permet de s'arrêter dans l'eau, à une hauteur quelconque, suivant le niveau variable de la rivière, sans quitter les marches. Dans l'autre disposition, la barre est suivant la hauteur de la rivière, trop rapprochée ou trop éloignée; mais cette construction a le mérite de laisser à côté de l'escalier un espace où, retenu aux cordes, on peut se donner beaucoup de mouvement et même nager comme en pleine eau. Dans les établissemens que l'on fondera, il sera bien d'avoir, comme à Plainpalais, des cabinets des deux genres.

Les deux établissemens de Caronge et de Plainpalais sont bien situés; car le courant de l'eau y est rapide et les abords sont faciles. Malheureusement, dans le premier surtout, l'administration des travaux publics a

---

salassatore. Aussi la race saignante a des établissemens dans tous les carrefours, dans toutes les rues. Que de fois me suis-je arrêté devant les merveilleuses enseignes qui couronnent le vitrail à encadremens bleus des officines de ces ministres de la lancette! Figurez-vous un homme peint dans toute la naïveté des nudités du paradis terrestre et laissant échapper par toutes les veines que le fer peut atteindre des jets paraboliques de sang dont les flots inondent le carreau. Figurez-vous de plus le phlébotomiste, en habit habillé, l'instrument à la main, à genoux et en admiration devant son œuvre, comme Pygmalion devant sa statue; et vous aurez une idée de la manière dont le *salassatore* sait exprimer par la peinture les résultats variés de son talent. J'ai été curieux de voir de près un de ces ministres de la petite chirurgie. Il était au fond de sa boutique, gravement étendu sur un fauteuil de paille, attendant le client avec ce calme du Napolitain qui ressemble à la fois à la fainéantise et au sommeil. Comme il fallait un prétexte à mon indiscrétion, je demandai des sangsues, et pendant que le maître du lieu dégageait les annélides de leur prison de terre glaise, j'eus le temps de faire le rapide inventaire de ce qui m'entourait. La boutique était pauvrement parée, mais elle avait un luxe de petites cases remplies de bandes roulées et de compresses qui couvrait les murs de haut en bas. Je hasardai une question, et j'appris que chacun de ces compartimens représentait un abonné. Je reculai d'un pas devant la statistique sanglante que développa sous mes yeux la réponse de l'opérateur napolitain, et je rendis justice à la *modération* des défenseurs des saignées coup sur coup de notre pratique parisienne.

Les besoins de climat engendrent d'autres habitudes, qui, par leur exagération, comme la saignée, par exemple, produisent de fâcheux résultats. C'est souvent la maladie, mais c'est aussi un de ces états généraux qui s'imprime sur les populations, et finit par faire partie de leur caractère de race.

Les organes digestifs ont peu d'énergie dans les climats chauds. De là cette habitude de ceux qui vivent dans ces hautes températures de se nourrir d'alimens épicés; mais l'estomac ne peut bien se trouver de ce régime que dans une certaine limite. Les Napolitains paraissent n'avoir jamais compris qu'il y en eût une qu'il fallait se faire une loi de ne jamais franchir. Ils ont une sorte de passion pour les alimens du haut goût le plus exagéré. J'ai voulu connaître jusqu'aux fines pâtisseries de la bonne compagnie de Naples, pour savoir si les habitudes de la société choisie ne s'éloignaient pas trop de celles du peuple, et j'avoue que la différence ne m'en a pas paru bien grande. Ce mets de luxe est pétri en quelque sorte dans le poivre et le piment. Il laisse une sensation d'ardeur très prononcée dans la bouche. Il n'y a pas jusqu'au chocolat qui ne soit relevé par de fortes épices, telles que le girofle, la canelle, etc. Quant aux alimens des classes inférieures, c'est toujours la même règle, mais avec tous les inconvéniens de l'exagération. Le macaroni seul est excepté de cette loi, qui n'admet pas d'exception. Le bas peuple le mange à l'eau, et quand il a quelque petite monnaie, il lui donne pour auxiliaire, afin de relever sa fadeur, une espèce de fromage dit *caso-vecchio*, qui remplace le parmaisan à l'usage des classe riches; mais l'inflexibilité de la règle reparaît dans la préparation des viandes, de la chair salée, et enfin de tous les mets qui forment la carte alimentaire des habitans des vieux quartiers de Naples. Au nombre des plus appétissans (au goût du Napolitain, bien entendu!) se trouve une espèce de gâteau rond arrosé d'huile, saupoudré de poivre et incrusté de petits poissons, d'une odeur si repoussante, qu'il faut être né dans le

limité avec trop de rigueur l'étendue des constructions du côté de la rivière. A Carouge, il n'y a que deux cabinets de bains, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes; à Plainpalais, ils sont plus multipliés; on y trouve cinq cabinets publics et deux cabinets particuliers. Tout cela peut paraître bien insignifiant et l'est en effet, mais point au degré que peuvent imaginer les personnes qui ne savent pas combien est courte la durée des bains de rivière à basse température.

Après avoir parlé des constructions, je dois faire connaître, dans les plus petits détails, la manière de prendre les bains; car, dans tous les établissements thermaux ou froids, mais surtout dans ceux-ci, le *modus faciendi* joue dans la cure le principal rôle.

La saison des eaux d'Arve, qui est en même temps la durée de la cure, est à peu près la même que celle de tous les bains d'eaux minérales; c'est-à-dire qu'elle commence avec le mois de juin et finit en septembre. Alors la température extérieure est assez élevée pour que la réaction se fasse facilement. On peut les commencer en mai, quand le temps est favorable, ce qui n'est pas commun dans notre pays, où ce mois est ordinairement très pluvieux. Un très petit nombre de personnes, soit par goût ou plutôt comme moyen hygiénique, soit parce qu'une saison de quatre mois ne suffit pas à leur rétablissement et qu'elles peuvent le supporter sans inconvénient, prolongent la cure au-delà du mois de septembre; quelques-unes même, une fois la cure entamée, la continuent toute l'année, au risque d'être obligées de briser la glace pour entrer dans l'eau. Plus d'une jeune personne a eu ce courage et s'en est bien trouvée.

On prend le bain tous les jours. Le mauvais temps, une fois la cure entreprise, n'est point un obstacle. Quelques personnes s'en dispensent le dimanche. La règle la plus générale pour les femmes est de suspendre la cure pendant quelques jours tous les mois. Cependant, il est tel de mes confrères qui ordonne que les bains soient pris sans cette interruption; je n'ai pas ouï dire qu'il en soit résulté des inconvéniens. Pour moi, j'ai quelquefois autorisé cet usage, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir. Quelques baigneurs ne se contentent pas d'un bain par jour et en prennent matin et soir. On peut le permettre à des malades à qui le temps manque pour prolonger la cure; dans les cas ordinaires, je n'y ai pas trouvé grand avantage. Dans quelques affections nerveuses, il est des malades qui en ont pris un plus grand nombre encore, trois, quatre et même cinq, et cela, dit-on, avec succès.

Plus de la moitié des baigneurs gagnent les rives de l'Arve, le soir, vers sept ou huit heures. Cependant, le moment le plus favorable, et celui que je conseille surtout aux malades, c'est le matin. Comme on l'a vu dans la première partie de ce travail, c'est l'époque de la plus basse température et de la plus grande vitesse de l'Arve. Neuf heures du matin étant le moment du minimum de l'une et du maximum de l'autre, serait l'heure préférable; mais la nécessité de prendre le bain à jeun et le désir de ne pas déranger ses occupations font que les baigneurs s'y rendent surtout de six à huit heures du matin, et quelques-uns plus tôt. Il y a de l'inconvénient à ne pas attendre que le soleil soit déjà depuis quelque temps sur l'horizon, et que la température de l'air soit un peu élevée. On peut conseiller aux personnes délicates ou timides, de commencer les bains le soir; mais il est convenable que ce soit au moins une heure avant le coucher du soleil.

Priessnitz et les médecins hydropathes ont enseigné la nécessité de faire précéder le bain froid d'une transpiration provoquée par l'enveloppement dans des couvertures de laine et l'ingestion d'une assez grande quantité d'eau; l'expérience démontre, en effet, et l'innocuité de cette méthode et ses avantages pour procurer une rapide et facile réaction. Mais ce précepte du paysan de Grœffenberg, ou du moins le précepte sur lequel il est fondé n'était pas nouveau pour les médecins de Genève. Les docteurs Butini père et de la Rive, ces deux praticiens éminens que Genève a perdus depuis quelques années, quand ils prescrivaient les bains d'Arve, le dernier surtout, dans les affections nerveuses, donnaient pour règle à leurs malades de se rendre au bain à pied et d'y entrer ayant chaud. J'ai eu bien souvent l'occasion de reconnaître l'utilité de cette règle, et elle me paraît fondamentale. Aussi, on n'enverra les malades en voiture que quand ils sont incapables de marcher; et alors devront-ils être chaudement vêtus et dans une voiture fermée. S'ils habitent à une trop grande distance, ils franchiront à pied au moins le dernier quart de lieue. On choisira de préférence les parties du chemin exposées au soleil; la route qui conduit de Genève aux bains de Plainpalais, en grande partie bordée de murailles, semble disposée exprès quand le soleil luit pour provoquer la transpiration, sans qu'il soit nécessaire de marcher trop vite pour cela; car s'il est convenable d'entrer au bain ayant chaud, il faut éviter de le faire dans un moment où la respiration et la circulation seraient accélérées. Les effets immédiats de l'immersion dans l'eau froide sur ces deux fonctions pourraient avoir, comme nous le verrons plus tard, de graves inconvénients. On aura en conséquence la précaution, sur la fin de la marche, de ralentir le pas.

Le baigneur se déshabillera rapidement pour conserver sa température. Les hommes se baignent sans vêtemens, les femmes en chemise ou en peignoir; aussi la première impression pour elles est bien moins vive que pour les hommes, surtout avec la chemise. Arrivé au bas de l'escalier, l'usage est de remplir d'eau un petit seau à manche et de se le vider une ou plusieurs fois sur la tête. Deux aspersions suffisent. L'eau doit être projetée, la première fois, de manière à couler de la tête sur le dos; la seconde sur le front pour mouiller la face et la partie antérieure du tronc. Le but de cette affusion est facile à deviner; elle prévient la conjestion vers la tête au moment où on plonge le corps dans l'eau en commençant par les extrémités inférieures. Elle a, en outre, l'avantage de déterminer facilement le baigneur à entrer dans l'eau; car la première impression qui a été fort rapide détruit en grande partie l'effet désagréable de l'immersion totale, auquel se joint un peu, chez quelques femmes, la crainte d'entrer brusquement dans l'eau courante. Une fois inondé, on n'hésite pas.

Faut-il ou non se couvrir la tête d'un bonnet de taffetas ciré pour prendre le bain d'Arve? C'est là une question qui ne peut être douteuse quant aux personnes qui portent de longs et épais cheveux, pour les femmes en particulier, car l'humidité dont on ne pourrait se délivrer promptement aurait des inconvéniens, qui probablement feraient bientôt renoncer aux bains. Pour ceux qui ont les cheveux rares ou qui les portent très courts, je n'hésite pas, sauf quelques exceptions, à préférer que la tête entière soit mouillée. Pour les premiers bains, et chez les femmes chez qui on peut redouter un trop brusque refroidissement de la tête, on peut se contenter de mouiller à grande eau avec une éponge ou un linge, la face, le cou et la poitrine. Dans ces mêmes cas, j'ai l'habitude de conseiller un moyen que la tradition a appris à quelques baigneurs. Pour diminuer notablement la sensation de suffocation qui accompagne

voisinage du môle pour avoir le courage d'y goûter.

Cependant, le climat n'est pas assez chaud pour expliquer physiologiquement ce goût si exagéré des alimens épicés que partage avec une unanimité si complète la population napolitaine. C'est évidemment une passion qui est en dehors des besoins réels de l'économie. Mais elle existe, elle est incorporée dans les mœurs. Il est en effet étonnant comme le culte de l'estomac est poussé loin à Naples. Quand on n'y boit pas, il est plus que probable qu'on y mange. Cette adoration du dieu *gaster* remonte t-elle à l'époque où les riches patriciens de Rome venaient habiter la côte délicieuse de Baïes et y donner l'exemple de ces festins monstrueux dont l'histoire nous a laissé les souvenirs? Ce ne serait pas impossible, mais il faut avouer que les Napolitains n'ont pas suivi fidèlement la tradition. Chez eux, il n'y a pas ces délicatesses de goût qui distinguaient les émules des Lucullus. Les habitans de la moderne Parthenope ne sont pas friands, ils sont mangeurs. Sous un rapport pourtant, ils conservent, comme une émanation, des anciennes habitudes tricliniaires. On sait que les Romains avaient un moyen excellent pour donner à l'estomac la possibilité de recevoir un second repas, quand le premier venait à peine d'être pris. Ce moyen, que réprouveraient les délicatesses de mœurs actuelles; consistait à se titiller la gorge avec les barbes d'une plume de paon. Les Napolitains ne vont pas jusque-là. Mais ils se servent d'un agent qui a pour objet de raviver l'action intestinale, et de conserver aux organes abdominaux la puissance de leur normalité. Cet agent, c'est tout simplement le colomel.

Naples est au moins la rivale de Londres pour la quantité de calomel qu'elle consomme chaque année. Le peuple a dans ce médicament une confiance toute aussi grande que celle qu'il professe pour la madone et la phlébotomie. Aussi toutes les fois que son appétit lui fait défaut, ou qu'il en a besoin pour faire honneur à un abondant repas, c'est au calomel qu'il a recours. C'est presque sa panacée. Il y a deux époques de l'année surtout où cette substance règne en souveraine sur la cité et ses alentours. C'est aux grandes fêtes de Pâques et de Noël. Un vieil usage veut qu'on se réunisse à cette occasion pour manger le veau de Sorrente et le porc de la Campanie. Si on manque d'appétit pendant la journée où l'estomac doit jouer le premier rôle, on ne participe pas à la joie générale. Il n'y a de fête réelle que pour ceux qui peuvent manger. Il faut se trouver à Naples, à Noël ou à Pâques, pour se faire une idée de l'effrayante consommation alimentaire qu'on y fait pendant ce temps. Il n'y a pas de rue, il n'y a pas de carrefour, où les comestibles n'emcombrent pour ainsi dire la voie publique. La population semble être transformée à cette époque en marchands et en acheteurs. C'est pendant la semaine qui sert de prodrôme au grand jour que le Napolitain a recours à son pharmacien. Il va lui demander pour lui et pour sa famille le calomel qui doit les préparer à fêter vaillamment le gala pantagruélique pour lequel son estomac doit être sain et dispos. Le pharmacien donne sa poudre; le client ne manque pas d'en user et souvent même d'en abuser. Et si celui-ci est content de son appétit, l'autre peut être content de sa recette, car grâce au ciel et aux mœurs napolitaines, il fait des affaires d'or. Un médecin de Naples me dit combien de livres de calomel son pharmacien avait vendues pendant l'une de ces bienheureuses époques. J'en ai malheureusement oublié le chiffre. Mais c'était à ne pas y croire.

Le Napolitain est aussi remarquable par ses mœurs que par ses habitudes, et

les premières immersions, il suffit de se ceindre la poitrine avec un mouchoir ou une serviette pliée en diagonale, dont le milieu recouvre l'épigastre; cette sorte de ceinture ne s'humecte et ne se refroidit pas instantanément, et l'impression du froid sur l'épigastre est moins vive. Ces détails peuvent paraître minutieux; mais l'horreur qu'ont un grand nombre de personnes pour les immersions dans l'eau froide, et la difficulté qu'on éprouve quelquefois à la vaincre, doit engager à ne rien négliger pour atténuer les premiers essais; car après un petit nombre d'épreuves on est complètement aguerri.

Au reste, quels que soient les préparatifs du bain, ils doivent se faire très promptement; et à peine a-t-on mouillé les parties supérieures du corps qu'il faut saisir la barre transversale et se précipiter d'un bond.

Le bain est intermittent ou continu. Le premier procédé, le plus généralement usité, est le suivant: on entre dans l'eau jusqu'à l'épigastre, on s'enfonce ensuite jusqu'au cou, on se relève brusquement, et on répète alternativement ces mouvemens trois ou quatre fois; on remonte alors les premières marches pour reprendre baleine, et on rentre de nouveau dans l'eau pour y faire quelques plongeons comme les précédens; il n'est pas rare qu'on y rentre aussi une troisième fois et même plus encore. Le second procédé, que je préfère, est surtout usité par les hommes. Là où l'espace est suffisant, ils se livrent à la natation comme en pleine rivière, en saisissant soit la barre, soit les cordes qui y sont suspendues, ils s'étendent plus ou moins horizontalement et nagent des extrémités inférieures seulement.

La durée la plus ordinaire du bain continu est de une à deux minutes; et sauf de rares exceptions ce dernier chiffre est le maximum; je parle de deux minutes comptées la montre à la main; car il est peu de personnes qui se fassent une juste idée du temps; on est toujours disposé à en exagérer la durée. Cependant j'ai vu des baigneurs y rester jusqu'à cinq minutes. Les amateurs les plus intrépides et les plus familiarisés avec le bain de pleine rivière m'ont affirmé n'avoir jamais pu y rester plus d'un quart d'heure même en nageant constamment.

En sortant de l'eau, on est dans l'usage de s'inonder encore la tête et le haut du corps soit avec le seau, soit avec la serviette. Pour les hommes, il est beaucoup plus simple de plonger une ou deux fois la tête avant de remonter. On peut se dispenser de l'une et l'autre pratique quand on n'a pas de bonnet. Il faut s'essuyer avec beaucoup de soin, surtout la tête, et même faire une friction générale avec de la flannelle si l'on craint que la réaction soit difficile. Très peu de personnes prennent cette dernière précaution. Enfin, on s'habille avec promptitude, puis on doit se mettre en route sur-le-champ, marcher d'un bon pas, et chercher le soleil; les personnes qui n'ont pas pu réussir à sécher leurs cheveux ne craignent pas d'y exposer leur tête nue.

La manière de prendre les bains en hiver ne diffère en rien de celle que je viens de décrire, seulement il faut se hâter encore davantage, ne pas multiplier les immersions, et surtout pour les femmes avoir un costume à la fois chaud et facile à vêtir.

Pour être complet, je dois ajouter quelques détails sur le bain des enfans: la personne qui les baigne se déchausse, se place sur l'une des marches submergées, et après leur avoir mouillé la tête et le haut du corps, les saisit fortement par la poitrine sous les bras, les plonge une, deux ou trois fois, puis les essuie, ou bien, comme pour les adultes, après cette double ou triple immersion, on leur laisse reprendre baleine hors de l'eau, et on recommence une ou deux fois de la même manière. Les premiers bains ne sont que d'un ou deux temps, et ce n'est que graduellement à mesure que l'enfant s'y habitue qu'on arrive à faire une seconde, puis une troisième reprise. Il en est de même pour les adultes, qui prennent d'abord le bain très court, et ne le font durer quelque temps qu'après un certain nombre de jours. Cependant, après une dizaine de bains, on est bien familiarisé et on a atteint le maximum de durée.

C'est ici le lieu de dire comment se prennent dans l'Arve les bains de pleine rivière. On verra qu'ici, comme presque toujours, et spécialement en fait de bains, la pratique vulgaire a enseigné l'art. C'est surtout à Carouge qu'on fait usage de l'Arve comme école de natation, car on n'y a pas, comme à Genève, le choix entre cette rivière, le Rhône et le lac. Les enfans vont à l'eau dans une petite anse, derrière une grande digue où il n'y a pas de courant; ils y entrent jusqu'à mi-jambe, se mouillent de la main la figure et les épaules, et s'enfoncent jusqu'au cou; ils jouent quelques instans et reviennent sur la rive se chauffer au soleil ou s'y rouler sur le sable; puis ils sortent et rentrent alternativement un certain nombre de fois, restant toujours bien plus longtemps sur le bord que dans l'eau.

Les adultes, après les mêmes préliminaires, se jettent de la digue dans le courant, descendent à la nage un certain espace, regagnent la rive, se réchauffent comme les enfans, remontent au point d'immersion, se rejettent à l'eau et prennent ainsi successivement trois ou quatre bains. Les nageurs les plus forts et les plus habiles traversent la rivière en diagonale et reviennent de la même manière.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE JAHRBUCHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

Les cahiers de septembre (qui avaient manqué), décembre 1842, janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet et août 1843 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la constitution médicale de Vienne pendant* 1840-41; par le docteur Haller. 2° *Compte-rendu sur Carlsbad pendant* 1841; par le docteur Fleckles. 3° *Des essais des médicamens sur l'homme vivant*; par le docteur Nehrer. (Fin. Rien de saillant.) 4° *Sur la cause de la cécité chez les chevaux et des moyens d'y remédier*; par le docteur Swaton (2e article.) 5° *Observation d'une manie homicide*; par le docteur Eiselt. 6° *Sur les céphalomatomes*; par le docteur Zoehrer. 7° *Compte-rendu de la poly-clinique chirurgicale de Vienne* (1841 à 42); par le docteur Zorinser (Fin.) 8° *Sur le traitement des maladies des voies urinaires dans l'hôpital Necker à Paris*; par le docteur Sigmund (Fin.) 9° *Observations recueillies dans l'hôpital de Vienne pendant* 1841; par le docteur Balassa. 10° *Observations de maladies du cœur et des poumons recueillies à la clinique de M. Skoda*; par le docteur Zoebl. 11° *Sur les anévrismes des valvules du cœur*; par le

---

il tient autant aux unes qu'aux autres. En toutes choses, il semble préférer le passé pour ne pas avoir à s'occuper de l'avenir; mais il est loin de montrer dans ses sympathies la modération qui semblerait résulter de son indolence. Il considère en effet ses habitudes comme des priviléges; et, bien qu'il ne soit pas très belliqueux de sa nature, il n'hésiterait pas à se battre pour les défendre et les conserver. Le pouvoir a essayé beaucoup de tentatives en faveur du bien-être de la population. Il a voulu agir sur les mœurs et sur les habitudes dans l'intérêt de l'hygiène; mais il est difficile d'arriver à un tel résultat chez un peuple qui accepte seulement les améliorations dont il ne se doute pas. Pour peu que la réforme aille heurter trop directement l'arche sainte de ses priviléges, il se réveille de son indolent sommeil, et il essaie de donner une représentation nouvelle des émeutes du temps du pêcheur d'Amalfi. Voici du reste un exemple tout récent de ces séditions populaires.

Dans le quartier de Sainte-Lucie, à quelques toises de la mer, se trouve une source d'eau minérale acidulée qui est ouverte à tout le monde, coule à tout hasard et où chacun va barboter sous prétexte d'aller y boire. Comme cette eau, qui jouit d'ailleurs d'une réputation méritée, peut être nuisible aux uns et fort utile à d'autres, le roi résolut de la mettre sous clef. Tant que la population ne vit que des ingénieurs la toise à la main planter des jalons et tracer des lignes, elle ne s'émut pas le moins du monde; mais des matériaux furent bientôt transportés sur le terrain, et alors, il vit clairement qu'on en voulait à un de ses priviléges. Aussitôt des groupes se formèrent, et quelques minutes après, les matériaux furent jetés à la mer. Le lendemain nouvelle alerte: on transporta d'autres matériaux, et une nombreuse troupe fut chargée de les faire respecter. Le peuple resta tranquille. Le jour suivant, les maçons arrivèrent et commencèrent leurs travaux sous la protection du soldat. Tout se passa dans un calme parfait, et la troupe reçut l'ordre de se retirer. Les séditieux n'attendaient que cela; car la nuit suivante, la mer reçut de nouveau les matériaux de la fontaine. Le roi ne voulut pas céder; et la population, au lieu de s'attaquer aux pierres, résolut alors de s'attaquer au roi. Ferdinand passa sur le quai dans sa voiture, aucune tête ne se découvrit devant lui. Les travaux continuaient toujours à la source sous la protection des baïonnettes. Le roi alla à la *villa-real*; depuis le palais jusqu'à la grille du jardin, le peuple l'accueillit en murmurant. Les travaux ne se ralentissaient pas. Quand le roi sortit pour faire sa promenade ordinaire, le peuple ameuté ramassa de la boue et en souilla les panneaux du carrosse. Le jour même les travaux furent interrompus; le souverain cédait devant la désaffection de ses sujets. Les abords de la fontaine furent bientôt nettoyés par les mains du peuple victorieux de la profanation des maçons; et quand le roi sortit, il reçut presque les honneurs du triomphe. Jamais il n'avait été accueilli par un enthousiasme aussi vrai et aussi bruyant.

Si le roi avait essayé la réforme d'une tradition de mœurs qui caractérise presque à elle seule le peuple napolitain, il n'aurait pas eu certainement plus de succès. Cette tradition est un vice fondamental d'hygiène privée, que chaque habitant de Naples entretient avec une sorte de bonheur. Je veux parler de cette malpropreté napolitaine qui est passée à l'état de proverbe et qui surprend même le voyageur qui s'y attend le plus. Il n'y a pas d'exagération dans ces dessins qui, voulant donner une idée juste des procédés délicats de la toilette du Napolitain du bas peuple, placent la tête du mari entre les mains de la

docteur Zoebl. (Aux observations déjà connues, l'auteur ajoute la description de deux préparations conservées dans le musée de Vienne.) 12° *Sur l'action de l'iodure de potassium dans la syphilis;* par le docteur Gusmann. 13° *Sur les maladies mentales;* par le docteur Zanger. 14° *Sur une fièvre typhoïde qui a régné l'année dernière à Vienne;* par le docteur Dietl. 15° *Deux cas d'hydrophobie suivis de mort au bout de 23 jours chez des personnes qui ont été égratignées par un loup enragé;* par le docteur Michel Engel. Malgré la conviction intime de l'auteur qu'il n'y ait pas eu de morsure, la lecture des observations nous laisse fortement dans le doute à cet égard.) 16° *Calcul vésical compliqué de fistules urinaires et de maladie de Werlhoff;* par le professeur Hauzer. 17° *Du pouls sous le rapport du diagnostic;* par le professeur Hamernjk. 18° *Sur la goutte et ses produits;* par le professeur de Wattmann. (L'hérédité et l'usage presqu'exclusif de nourritures azotées sont les deux causes principales des maladies goutteuses.) 19° *Remarques pratiques sur le croup;* par le professeur Aberle. (Rien d'inconnu.) 20° *Quelques expériences d'empoisonnement sur les animaux;* par le professeur Bischoff. 21° *Cas de phthisie mésentérique et de perforation de l'estomac chez un cheval;* par le professeur Zlamal. (On a trouvé dans les intestins 26 vers, que l'auteur ne regarde pas comme entièrement étrangers à la production de la maladie.) 22° *Sur le labyrinthe osseux des mammifères;* par le professeur Hyrtl. 23° *Recherches sur la génération de l'homme;* par le professeur de Berres. (Mémoire très intéressant, non encore achevé.) 24° *Du traitement par le petit lait, le lait, l'eau, l'air, la lumière et les raisins dans les maladies chroniques, surtout de celle du bas-ventre;* par le docteur Reisinger. 25° *Observation d'un troisième testicule;* par le professeur Hauser. (Il nous reste des doutes sur la nature d'un troisième corps descendu dans le scrotum chez un homme âgé de 43 ans.) 26° *Sur les ulcères syphilitiques secondaires aux extrémités inférieures;* par le docteur Zorinser. 27° *Sur l'encéphalite et l'hydrocéphale aiguë chez les enfans;* par le docteur Mauthner. 28° *Sur l'emploi des eaux minérales en hiver, et principalement de celles de Carlsbad;* par le docteur Fleckles. (Les médecins des bains sont généralement d'accord en Allemagne sur l'utilité des traitemens pendant l'hiver.) 29° *Sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans deux cantons de la Styrie en 1841;* par le docteur Ricker. 30° *Sur le tétanos chez les animaux;* par le professeur Hayne. 31° *Essais sur le renouvellement du vaccin par l'inoculation des vaches;* par le docteur Kahlert. 32° *Sur le traitement du paraphimosis;* par le professeur Hauser. (Recommandation du taxis sans incision.) 33° *Sur les lésions du corps;* par le docteur Komorais (Aphorismes de médecine légale.) 34° *Sur une méthode particulière de délivrance dans les cas de rapports vicieux entre la mère et l'enfant;* par le docteur Pretsch. (Recommandation de la version sur les pieds et perforation de la tête en cas de non réussite.) 35° *Plusieurs rapports de médecine légale;* par le docteur Allé. 36° *Question médico-légale sur les épizooties;* par le docteur Constantin. 37° *Cardite comme cause d'insuffisance des valvules;* par le docteur Hamernjk. 38° *Sur les maladies de la peau en Orient;* par le professeur Riegler. 39° *Cas d'hydrophobie;* par le docteur Hummel. (Une femme de 40 ans, qui a succombé évidemment à une hydrophobie, avait été mordue quatre ans auparavant par un chien qui a disparu. La cicatrice rayonnée de la morsure était située à trois pouces au-dessous du jarret, et le tissu cellulaire sous-cutané environnant présentait des suffusions sanguines lors de l'autopsie.) 40° *Observation de déchirure du col de la vessie; infiltration d'urine; guérison chez un garçon de dix ans qui avait été empalé par une branche d'arbre;* par le docteur Zorinzer. 41° *Plusieurs revues cliniques des hôpitaux de Vienne non achevées.*

SUR LE TRAITEMENT DES CÉPHALÆMATÔMES, par le docteur ZOEHRER.

L'opinion du chirurgien de l'hôpital des Enfans-Trouvés, à Vienne, sur le céphalæmatôme, mérite une attention particulière, car elle est fondée, dit-il, sur plusieurs centaines de cas qu'il a observés lui-même sur tous les enfans qui ont été admis à l'hospice dans l'espace de dix ans. Il regarde le céphalæmatôme comme le résultat d'une hémorragie active interne; elle disparaît du quatorzième au trentième jour, et il reste entre le péricrâne et l'os un coagulum qui est plus tard résorbé; le péricrâne et les aponévroses de la tête s'épaisissent et s'ossifient temporairement pour revenir plus tard à leur état primitif, ou bien le coagulum donne lieu à l'inflammation et à la suppuration; dans ce dernier cas, l'os est attaqué, sa table externe devient rugueuse et mince, et les deux tables de l'os peuvent même être perforées; la suppuration est à craindre aussi longtemps que la tumeur contient du sang. M. Zœhrer n'a vu guérir aucun des enfans sur lesquels on a différé l'ouverture du cœphalæmatôme passé en suppuration et où l'os a été attaqué; aussi regarde-t-il comme une pratique très nuisible de retarder trop longtemps l'ouverture de la tumeur, si elle n'est pas promptement résolue. Le plus souvent, le céphalæmatôme avait son siége sur un des pariétaux, rarement à l'occiput, jamais au front. Il recommande la saignée du cordon chez les enfans où l'on observe, à la naissance, un thrombus à la tête; plus tard, il fait couper les cheveux et appliquer des fomentations à la glace dont cependant on doit faire usage avec beaucoup de prudence pour ne pas donner lieu à des inflammations érysipélateuses; dans les cas de constipation, ordinaires chez les enfans, il donne l'hydromel et le mercure doux; le traitement dure ordinairement de quatorze à vingt jours. Si la tête et la tumeur restent faciles au toucher lorsqu'on a cessé les applications froides, on peut être sûr que l'extravasation aura fini et qu'il est temps de donner issue au coagulum. A cet effet, il pratique, suivant le plus grand diamètre de la tumeur, une incision assez étendue pour faire sortir le caillot; celui-ci enlevé, il peut survenir une hémorragie; c'est une preuve qu'on a ouvert trop tôt. On arrête l'écoulement du sang par le tamponnement; on n'y réussit pas toujours si les enfans sont faibles et cachéctiques, aussi chez ces derniers, M. Zœhrer ne s'empresse-t-il pas autant d'ouvrir la tumeur, et cela d'autant moins que l'inflammation et la suppuration ne sont guère à craindre. Si le sang vient d'une artère apparente, on peut en faire la ligature. Après avoir vidé la plaie, on doit chercher à obtenir une cicatrice par première intention; si la tumeur se remplit de nouveau, il faut lever l'appareil et procurer une issue au liquide qui n'est ordinairement que de la sérosité. Le retour de l'accumulation du fluide est toujours fâcheux et annonce l'ulcération des parties. Si l'os est attaqué, l'issue est plus souvent mortelle. Le traitement de la plaie en suppuration n'offre pas d'indications particulières.

---

femme, celle d'un enfant entre les mains du mari, et les livrant tous à une chasse dans l'épaisse forêt de la chevelure, qui ne manque jamais d'avoir d'abondans résultats. Ce tableau de famille, je l'ai vu dans toute la naïveté de ses détails sur les trottoirs du Môle, sur les marches des palais et jusque sous les porches des églises; mais ce n'est pas seulement ce peuple qui n'a ni feu ni lieu, qui couche sur la dalle de la rue à défaut d'un gîte pour la nuit, qui conserve traditionnellement de telles habitudes de toilette, c'est encore la population des vieux quartiers de Naples; c'est même celle qui a pignon sur rue et qui fait partie de cette classe qu'on appellerait en France la bourgeoisie. Dans la rue de Tolède, cette artère principale de la population napolitaine, où s'étale tout le luxe de la cité, j'ai vu deux jeunes filles, un plat d'eau à côté d'elles et le peigne à la main, se démêler mutuellement, et noyer à chaque voyage de l'instrument le produit de leur capture dans la poterie disposée pour les recevoir; et cette operation se faisait en plein soleil, au milieu des passans que ce spectacle n'étonnait guère; car il se donne à toutes les heures dans les quartiers les plus courus.

Mais le Napolitain ne se borne pas là; car sous le rapport de son antipathie pour la propreté il a un esprit d'ensemble qui n'admet ni exception, ni moyen terme. Ainsi, il ne prend jamais de bains, ou seulement lorsqu'il est malade; et alors il ne s'y résigne que pressé par les vives instances du médecin. Il serait, il est vrai, inexact de dire qu'il est le même pour les bains de toute nature. Les bains d'eau minérale trouvent grâce devant lui. Mais il est inflexible (et cette inflexibilité se perd dans les plans les plus reculés de son histoire) à l'égard des bains d'eau douce et pure de tout mélange dans lesquels on se plonge sans être malade, et seulement pour assouplir et purifier la peau. Les souvenirs qui l'entourent plaident pourtant la cause des bains. Cette côte de Baïes si délicieuse encore, malgré l'envahissement des eaux, le désordre des cultures, et les fièvres intermittentes qui y sévissent sur tous les points, présente à chaque pas de magnifiques vestiges de thermes et d'étuves. Pompéi compte parmi ses plus beaux monumens un établissement public de bains dont la distribution si riche de détails et de prévoyance prouve assez combien le sentiment de la propreté était entré profondément, durant l'époque romaine, dans l'opinion et dans les mœurs. Mais le Napolitain ne réfléchit pas assez pour que l'exemple ou l'expérience des autres lui serve à quelque chose. Ce qu'il voit bien ou mal sur les ruines qui l'entourent et l'histoire du temps passé, il ne l'a appris et il ne s'en souvient que pour rançonner le voyageur. J'ignore si la facilité progressive des communications finira par donner aux habitans de l'ancienne Parthenope le goût des habitudes bonnes et saines de l'occident. Mais il n'y a à présent dans la ville de Naples qu'un seul établissement de bains, un peu bien tenu, et ce n'est même qu'une concession des habitans aux habitudes nationales des voyageurs.

Je me suis demandé d'où venait cette antipathie profonde du Napolitain pour les bains, et voici la réponse que j'ai trouvée pour cette question. Il existe à Naples un proverbe populaire qui est respecte comme un article de foi religieuse; à savoir que toutes les maladies viennent à l'ombre et qu'elles se guérissent toutes par le soleil. Le soleil y est en effet une panacée. Mais quelque merveilleuse qu'elle soit, cette panacée a aussi ses effets pernicieux.

Ainsi les affections du genre nerveux se développent donc la ville de Naples

SUR L'ACTION DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LA SYPHILIS; par le docteur GUSMANN (de Zemberg).

Depuis six ans, M. Gusmann expérimente ce médicament; il l'a toujours trouvé inefficace dans la syphilis primitive, et il n'a bien réussi que dans la syphilis secondaire, pour ainsi dire modifiée par l'emploi prolongé des mercuriaux. Pour savoir si l'iodure de potassium a une action spécifique contre les maladies mercurielles non syphilitiques, M. Gusmann y a eu recours chez un fondeur et deux doreurs affectés d'hydrargyrose, et l'a trouvé efficace. Les phénomènes les plus constans étaient les suivans : 1° urine plus abondante avec sédiment abondant, flottant, rouge jaunâtre déjà après l'emploi de 6 à 8 gros; 2° appétit augmenté; 2° constipation, avec sensation de brûlure dans la gorge, goût mauvais; oppressions d'estomac, vomituritions, même vomissemens et souvent fièvre. Aussi M. Gusmann recommande-t-il de commencer le traitement par un purgatif non salin, qu'il répète selon le besoin; 4° Plaques brunes jaunâtres, semblables aux taches herpétiques sur la peau, principalement à la face, persistant même pendant plusieurs mois après cessation du remède. M. Gusmann regarde l'apparition de ces taches comme un signe certain du bon effet de ce remède. Si l'administration de l'iode et de la teinture a pu être suivie de quelques accidens, tels que perte de l'embonpoint et dérangement de la menstruation, il n'en est pas de même de l'hydriodate de potasse, qui paraît même favoriser la nutrition. M. Gusmann donne ce médicament en solution : 2 gros d'hydriodate de potasse sur 8 onces d'eau distillée le matin, et une autre trois heures après le dîner. Aux individus très délicats, il fait prendre le médicament dans du lait de vache fraîchement tiré. Le régime doit être animal.

SUR UNE FIÈVRE TYPHOÏDE QUI A RÉGNÉ L'ANNÉE DERNIÈRE A VIENNE; par le docteur DIETL.

Nous ne décrirons pas les symptômes et le résultat des autopsies qui n'ont rien offert d'inconnu. Mais disons deux mots sur le traitement et la mortalité. Du 6 décembre 1841 à fin septembre 1842, on a observé 562 malades de fièvres typhoïdes, dont 412 furent guéris; 99 sont morts et 51 sont restés en traitement. La mortalité était donc de 17 sur 100. Mais il est à remarquer que l'épidémie n'était pas finie et que sa gravité avait diminué.

Sur 180	individus traités par	le salep,	170	guérirent,	10	moururent.
276	—	calomel,	214	—	62	—
75	—	les acides,	41	—	33	—

Il est important de noter que le salep n'a été principalement employé que dans les cas légers, tandis qu'on n'a eu recours au calomel que dans les cas graves, et où on avait déjà employé inutilement d'autres moyens. Les acides ne furent expérimentés que sur les cas les plus graves, présentant un caractère putride. Il résulte de tout cela, ce que nous avons déjà dit à plusieurs reprises, que la méthode expectante est évidemment celle qui convient le mieux dans la fièvre typhoïde.

Le calomel est surtout indiqué, d'après l'auteur, lorsqu'il existe de la diarrhée. Il le donne à la dose d'un huitième à un demi-grain, toutes les 2 heures, continué pendant quelques jours.

DU POULS SOUS LE RAPPORT DU DIAGNOSTIC, par le docteur HAMERSYK (de Prague).

A quelques exceptions près, le nombre des pulsations des artères est le même que celui des systoles du cœur; cependant ces pulsations et ces systoles ne sont pas complètement isochrones. Selon l'auteur, le pouls de l'artère sous-clavière est de 8 tierces en retard sur le cœur, celle de l'artère radiale de 15, et celle des métatarses de 20. Un fait important à constater, c'est que le pouls de la radiale, de la temporale et de la crurale au niveau du ligament de Poupart, sont parfaitement isochrones. L'auteur en a tiré parti dans quelques cas pathologiques, tels que rigidité, ossification, dilatation, etc., des artères. Lorsque, par exemple, il y a un anévrisme de l'artère abdominale, le pouls de l'artère crurale sera en retard sur celui de la radiale et de la temporale, parce que la colonne de sang se perd en partie dans le sac anévrismal et arrive plus tard dans dans l'artère crurale. S'il existe un anévrisme dans le creux du jarret, les pulsations des deux artères métatarsiennes ne seront plus parfaitement isochrones.

OBS. I. — Eliaschek, marchand, âgé de 22 ans, fortement constitué, avait les apophyses épineuses des 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales plus saillantes et plus épaisses qu'à l'état normal et un peu sensibles à la pression. Au côté gauche de ces vertèbres, il y avait à la face postérieure du thorax une tumeur allongée verticalement, rénitente, douloureuse à la pression, du volume d'un œuf d'oie, et dans laquelle on sentait des pulsations, en retard avec celles du cœur et en avance sur celles des radiales, temporales et crurales, parfaitement isochrones. On rejeta dans le diagnostic l'idée d'un anévrisme, par la seule circonstance que les pulsations de l'artère crurale n'étaient pas en retard. A l'autopsie, on trouva un abcès avec carie des vertèbres et des côtes.

OBS. II. — Chez un homme de 30 ans, affecté d'un emphysème pulmonaire, on ne sentait pas les pulsations du cœur dans la région ordinaire; mais la main mise sur l'épigastre, occupé par une portion du lobe gauche du foie, percevait des pulsations régulières; il restait à savoir si elles appartenaient au cœur ou à l'aorte ventrale; mais comme elles étaient en retard sur les pulsations de l'artère sous-clavière, on a conclu qu'elles étaient dues à l'aorte ventrale.

Après quelques considérations physiologiques sur la cause et le mécanisme des pulsations des artères et du cœur, l'auteur s'occupe de quelques qualités du pouls. Quant à la fréquence, dit-il, elle est toujours en rapport direct avec la gravité des maladies, surtout des pneumonies. C'est ainsi qu'il n'a jamais vu guérir d'adulte chez lequel le pouls battait 150 fois et plus par minute. On a avancé que le pouls était moins fréquent dans les affections cérébrales; si cette proposition était vraie, elle mettrait sur la voie de connaître les nerfs qui président aux mouvemens du cœur. Heine (MULLERS ARCHIV, 1841) a observé sur un homme de 36 ans, chez lequel les pulsations du cœur s'arrêtaient de temps en temps, pendant un intervalle correspondant à 4—6 pulsations. Ces accès, pendant lesquels le malade gardait sa présence d'esprit, mais ne pouvait ni parler ni se mouvoir, revenaient vers la fin 10 à 12 fois par jour. A l'autopsie, faite par Rokitansky, on trouva la moelle allongée poussée de côté et le nerf grand cardiaque et le nerf vague gauche entourés de nœuds noirs.

Le *développement du pouls* varie selon la quantité du sang, la perte de ce fluide par des saignées, des évacuations, des exsudations, etc., et

avec une grande intensité et une variété non moins grande. Les accidens nerveux à la suite de blessures peu graves n'y sont pas rares. Le tétanos est loin d'y être considéré comme un fait exceptionnel. Cet état de spasme qui résulte d'influences atmosphériques plus ou moins puissantes, et dont les phénomènes vrais Protée de la pathologie, échappent à l'analyse du médecin, est très commun dans un pays où l'abus du plaisir érotique donne à l'homme la faiblesse, la mobilité et même la timidité de la femme. Les rétractions musculaires ont une belle part dans la pathogénie du ciel napolitain; on n'a qu'à parcourir les rues pour rencontrer des difformités de tous les types, depuis les déviations de la colonne et des membres jusqu'à celles du globe de l'œil. Les maladies des centres nerveux sont aussi très multipliées, et les aliénations mentales sont loin d'être étrangères à la population de Naples, comme on l'a cru il n'y a pas bien longtemps. Ne fût-ce que les congestions cérébrales qui se développent pendant les ardentes journées de l'été, ou aux transitions brusques de la température et des qualités de l'air, cela suffirait pour expliquer tous les genres d'affection du cerveau et de ses enveloppes. Mais parmi les affections profondes du système nerveux, je n'en ai vu aucune présenter une intensité plus effrayante que l'épilepsie qui, du reste, se rencontre souvent comme complication ou comme conséquence dernière d'habitudes vicieuses ou de violentes maladies.

Pour approfondir ces observations, je tirai parti d'une circonstance qui m'avait fait pénétrer dans les relations de la médecine civile. Ce n'est pas dans les hôpitaux où tout est prévu et réglé, où le médecin gouverne et où le malade obéit, qu'on peut étudier l'influence réciproque que les idées de l'un ont sur la confiance de l'autre, et que les préjugés du second ont sur l'indépendance du premier; c'est la clientelle de la ville qu'il faut voir. Heureusement qu'il ne me fut pas difficile d'obtenir ce que je désirais; les obstacles s'aplanirent pour ainsi dire devant moi. Les détails que j'avais recueillis étaient très intéressans, et ils auraient pu suffire à me satisfaire; mais ils avaient aiguillonné ma curiosité, et à mon tour je voulus pouvoir raconter *de visu et de auditu*. Je ne fus pas longtemps sans reconnaître que les médecins en général s'exagéraient la nécessité de la bonne harmonie qui devait régner entre eux et leurs malades; car ils me parurent assez faciles pour les concessions et assez indulgens pour les préjugés. Il faut, par exemple, que les bains, si détestés par la population napolitaine, soient absolument nécessaires pour qu'on les prescrive. Pour peu qu'on puisse les remplacer par un autre moyen, on s'empresse de l'adopter. En compensation, on ne marchande pas avec les tisanes. Le Napolitain est si altéré ou par les effets de la chaleur ou par l'excitation que produisent ses alimens, qu'il a une grande sympathie pour les liquides. Aussi quelque maladie qu'il éprouve, qu'elle soit inflammatoire ou non, il obéit instinctivement à ses habitudes favorites en s'abreuvant de flots d'eau médicamenteuse. Le médecin respecte pour l'ordinaire ce traitement hydrothérapique, sans doute dans l'espérance qu'une pareille concession de sa part lui en fera obtenir d'importantes de la part de son malade. Je ne sais si c'est pour entretenir une fonction que la température du pays laisse rarement en repos, que le médecin ordonne si souvent l'*acqua di sambuco*, l'eau distillée de sureau. On est sûr de la voir figurer en première ligne dans les prescriptions qui se font ou contre les maladies dont le caractère n'est pas encore dessiné, ou contre celui dont la chronicité trop tenace n'a cédé devant aucun médicament. Les goûts du malade sont très favorables

aussi selon les maladies du cœur, de ses orifices, de ses parois et des artères. An commencement de chaque inflammation et de chaque maladie aiguë, lorsque les orifices du cœur sont à l'état normal, le pouls est plus on moins fort et devient petit dans le courant de la maladie.

Dans les exsudations abondantes, le pouls est petit, dit l'auteur, parce que les artères, recevant une colonne de sang moins forte, se rétractent davantage; aussi ne remarque-t-on le pouls petit, abdominal, que dans les péritonites et les entérites très aiguës; il n'en est pas de même lorsque l'exsudation se fait lentement, ou dans les maladies aiguës accompagnées d'un grand collapsus; si, dans ces dernières, le pouls conserve une certaine plénitude, c'est que les artères ont perdu de leur rétractilité, à en juger par le retard des pulsations des artères sur celles du cœur. Dans les exsudations, qui se font lentement dans le péricarde, le pouls devient aussi petit que dans celles qui se font en peu de temps, ce qu'on doit attribuer à la diminution de l'énergie des muscles du cœur.

Le pouls dicrote ne s'observe que dans les grandes artères et dans les maladies graves.

Le pouls sonore se rencontre dans les affections les plus variables; on le reconnaît à un bruit particulier perçu par l'oreille et à une sensation de frémissement sous le doigt, comme si l'on touchait une corde d'instrument en vibration. L'auteur ne fait aucun cas des distinctions sous le nom de pouls dur, mou, plein, vide, déprimé et contracté.

DE L'ENCÉPHALITE ET DE L'HYDROENCÉPHALE AIGUE; par le docteur MAUTHNER (de Vienne).

Sur 229 autopsies qui ont été faites de 1837 à 1842, à l'hospice des Enfans, à Vienne, on a trouvé 172 fois du sérum dans les ventricules, avec ou sans altération matérielle; dans 123 cas où l'épanchement était très copieux, on a noté 43 fois des tubercules du poumon (20 fois avec hépatisation), 30 hépatisations sans tubercules et 7 carnifications totales d'une partie du poumon, et, de plus, 14 épanchemens de sérosité dans le thorax, 61 fois dans le péricarde, 10 fois dans le ventre, 39 fois œdème du poumon; ainsi, sur 123 cas d'épanchemens de sérosité dans les ventricules, il y avait en même temps 86 fois maladie mortelle du poumon, et enfin des altérations des viscères abdominaux, notamment 42 fois tuberculisation de la rate.

L'auteur conclut, de ces données, à ce qu'on sait depuis longtemps, que l'hydrencéphale aiguë peut être précédée ou accompagnée d'un grand nombre d'autres maladies; une autre preuve que l'hydrencéphale n'est pas une maladie isolée et dont il ne fait pas mention, c'est la présence des granulations tuberculeuses qu'on trouve si souvent dans les méninges.

ESSAIS SUR LE RENOUVELLEMENT DU VACCIN PAR L'INOCULATION DES VACHES; par le professeur KAHLERT (de Prague).

Il résulte de ce mémoire : 1° que ces essais ne sont pas nouveaux, et qu'on en a déjà fait avec succès pen de temps après la découverte de la vaccine; 2° que les inoculations répétées par M. Kahlert, en portant du vaccin d'un bras d'enfant sur le pis d'une vache, ont confirmé complètement les observations des premiers expérimentateurs, et qu'on réussit presque constamment si l'on a soin de choisir pour ces expériences le printemps et des vaches jeunes, bien portantes, qui ont récemment vêlé et qui n'ont pas encore été affectées d'éruption pustuleuse; 3° que le vaccin se trouve renouvelé en le ramenant sur le terrain où il a été pris primitivement, et rassure ainsi sur son efficacité.

CARDITE COMME CAUSE D'INSUFFISANCE DES VALVULES; par le docteur HAMERNJK (de Prague).

Si l'inflammation du tissu musculaire est en général une maladie rare, il n'en est pas de même de celle du cœur, qui s'enflamme souvent, surtout les couches internes du ventricule gauche, plus rarement du droit et plus rarement encore les oreillettes. Les caractères anatomiques de l'inflammation au cœur sont les mêmes que ceux des autres parenchymes, et notamment des muscles, tels qu'hypérémie, infiltration avec exsudation, suppuration, abcès; changement de l'exsudation en tissu cellulaire fibreux et atrophie de la fibre musculaire; celle-ci devient alors flasque, extensible, et ne présentant plus, sous le microscope, son aspect spiral, elle est moins lisse et comme couverte de petits corps pulvérulens. Il est quelquefois très difficile de distinguer l'inflammation de la substance du cœur d'avec son infiltration par de la graisse; dans l'un et l'autre cas, la surface est marbrée. Ce n'est qu'à l'aide du microscope et du feu qu'on parvient à les distinguer; la graisse crépite sur la lampe et suinte par petites gouttelettes; sous le microscope, la différence est encore plus frappante. Déjà la simple inspection du tissu enflammé du cœur, qui a perdu sa tonicité, fait comprendre *à priori* que les fonctions de l'organe doivent être troublées. Les battemens du cœur sont irréguliers dans la cardite, comme ils le sont aussi dans des cas d'affections nerveuses de cet organe; le choc du cœur est presque nul ou très faible; le pouls est petit et aucunement en rapport avec le volume du cœur; les mêmes symptômes se rencontrent dans les maladies des enveloppes du cœur.

On sait que les muscles papillaires ou colonnes charnues du cœur se raccourcissent avec les autres muscles du cœur pendant la systole, et placent les valvules dans une position telle que le sang ne peut plus repasser par l'orifice; mais aussitôt que ces petits muscles ont été altérés par l'inflammation, la valvule correspondante devient insuffisante, lors même qu'elle serait saine et que ses cordes tendineuses ne seraient nullement altérées; donc, outre les signes déjà connus de la cardite, nous aurons encore à noter celui de l'insuffisance de la maladie. Jusqu'à présent l'inflammation des muscles papillaires ou des colonnes charnues n'a pas encore été souvent constatée sur le cadavre.

Dans un grand nombre de cas où l'on n'a pas pu s'expliquer à l'autopsie les bruits caractéristiques de l'insuffisance des valvules, l'auteur a été conduit à en attribuer la cause à l'altération des colonnes charnues du cœur.

II. OESTERREICHISCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

FOETUS ADHÉRENT A L'UTÉRUS; par le docteur STEINMETZ, à Stein (Crain).

Quelque curieux que nous paraisse le cas que nous allons rapporter, nous regrettons que l'auteur ne nous ait pas donné plus de détails sur le

---

dans ce cas aux habitudes du médecin. L'opiniâtreté des affections chroniques et le caractère nerveux qu'elles révèlent font jouer un grand rôle, dans la médecine napolitaine, aux remèdes connus sous le nom si vague d'antispasmodiques. Mais il faut avouer que, sous le rapport de la manière dont nous les employons, notre médecine a quelque ressemblance avec la leur. Voici, du reste, avec quelle admirable logique elle procède. La série des médicamens antispasmodiques est pour elle un arsenal dans lequel il s'agit plutôt de prendre que de choisir. On dirige une de ces armes thérapeutiques contre la maladie, et on s'en tient là si elle fait bien son service. Jusqu'ici, c'est très bien; mais la maladie est souvent plus forte que l'action qu'on lui oppose. Alors on a recours successivement à chaque pièce de l'arsenal jusqu'à ce que l'ennemi cède ou paraisse céder. Malheureusement, cet ennemi triomphe trop de fois pour l'honneur de la tactique médicale. Alors celle-ci, loin d'abandonner la place, ne fait, dans cette conjoncture que modifier ses procédés. Elle se borne à mettre prudemment en réserve pour des temps meilleurs le bagage antispasmodique et a recours de plus belle à cette éternelle *acqua di sambuco*, par laquelle s'est engagée l'action.

Cette conduite thérapeutique, presque toujours uniforme, n'ébranle jamais la confiance des malades, qui ne critiquent pas les habitudes des médecins, pourvu que ceux-ci ne prétendent pas battre en brèche leurs préjugés. Il y a, en effet, en Italie, et surtout à Naples, un sentiment de respect mutuel pour la profession de chacun; c'est le pays où l'on empiète le moins les uns sur les autres. Cependant il y a une chose pour laquelle on n'a aucune indulgence. Il ne s'agit pas d'une profession, mais d'une opinion, et cette opinion, c'est celle qui résulterait de principes anti-religieux. Si le médecin manquait à ses devoirs de parfait catholique romain, il perdrait tout crédit et ne pourrait compter sur la plus humble clientèle. Aussi, soit par conviction, soit par nécessité, il agit, il pense à l'unisson de la foule, et il ne demande pas à l'anatomie des argumens en faveur d'un scepticisme dont il ne saurait que faire et qui même pourrait devenir pour lui fort compromettant. Le malade peut donc être assuré que le médecin ne cherchera pas à jeter des doutes sur l'efficacité des dévotions auxquelles il se soumettra et des amulettes qu'il porte sur sa poitrine. Celui-ci ira même quelquefois jusqu'à les lui conseiller pour faire peut-être du traitement moral. Toutefois, le client ne pourra guère croire ce conseil dicté par une simple complaisance; car l'ornement principal du cabinet de consultation de son docteur est une gravure de madone entre deux girandoles. On conçoit combien cette preuve publique de religion doit resserrer les liens qui existent entre le client et le médecin, puisqu'elle est une justification éclatante de ce que fait le premier lorsqu'il est malade. Telle est, en effet, sa conduite dans cette circonstance. Pour peu que la maladie le retienne dans son lit, une statue de Vierge est placée sur un meuble paré comme un autel; elle est couverte de fleurs et de bijoux, et une lampe brûle nuit et jour devant elle. Cependant, quelque bonne opinion qu'ait le malade de la puissance divine, il faut le dire, elle est loin de rester exclusive. Il croit en bon catholique à l'existence et surtout à la puissance de deux principes, le bon et le mauvais, et il est convaincu qu'il serait imprudent de se borner à se mettre dévotement sous la protection du premier, si on négligeait de se garantir des maléfices du second. Cette croyance a donné naissance à un préjugé connu sous le nom de *jettatura* et qui n'est pas le trait le moins curieux des mœurs médicales du peuple napolitain.

mode d'union entre le fœtus et la mère, et sur le procédé qu'il a employé pour les séparer.

Obs. — En hiver 1841, M. Steinmetz fut appelé dans la vallée de Zherna, chez Marie Schussnig, paysanne, accouchée plusieurs fois, âgée de 25 ans, d'un tempérament phlegmatique et d'une taille moyenne. Elle était en travail d'enfant depuis deux jours; les eaux étaient écoulées depuis six heures, le vagin était sec et les contractions si fortes qu'elles épuisaient la femme au point de la faire tomber dans des syncopes dont il était difficile de la faire revenir. Au toucher, on trouva les pieds du fœtus, engagés dans l'orifice de la matrice. L'opérateur, après avoir injecté de l'huile dans le vagin, saisit les pieds du fœtus et essaya inutilement de l'extraire. A un nouvel examen, il trouva, à son grand étonnement, que l'enfant adhérait dans une large étendue, par son omoplate droite, à la face interne du tiers supérieur droit de la matrice. Immédiatement, il cessa de faire des tractions sur l'enfant. La mère succomba trois quarts d'heure après, et alors on fit l'opération césarienne au côté gauche.

L'utérus mis à nu par l'incision des tégumens était d'un rouge bleu, flasque, ridé. A la face externe droite de l'utérus, il y avait une dépression dure au toucher, d'un demi-pouce de profondeur dans une étendue de quatre pouces. A l'ouverture de la matrice, on s'assura que l'enfant adhérait par son épaule droite à cette partie déprimée de l'utérus, et qu'à cet endroit il n'était pas recouvert par les membranes de l'œuf. Le placenta, de dimension moyenne, occupait au fond de la matrice sa place ordinaire. Il était divisé en quatre lobes, et communiquait d'une manière normale avec l'enfant par un cordon fort, mais un peu court. Les parois de l'utérus n'étaient épaissies qu'à l'endroit de l'adhérence. L'enfant, du sexe féminin, forte, à terme, promptement détachée, n'a pu être rappelée à la vie.

L'hémorragie n'était pas forte, ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant; pourtant il s'écoula du sang rouge clair, fluide, de la plaie de l'épaule du fœtus.

La mère s'était bien portée pendant toute la grossesse; seulement, après le sixième mois, elle avait ressenti une douleur particulière, obtuse, fixe, dans la partie supérieure droite du ventre lorsque l'enfant faisait de grands mouvemens.

INCUBATION DU VIRUS-VACCIN PENDANT DEUX ANS; par le docteur Weninger (de Vienne).

Obs.—Mathilde Schl., née le 27 novembre 1837, fut vaccinée en juillet 1838, par le docteur Viszanik. Deux piqûres seulement se sont enflammées sans avoir donné de véritables pustules. L'inflammation a disparu au bout de peu de jours et n'a pas laissé de cicatrices. Pendant les fortes chaleurs du mois de juillet 1841, les points où les deux piqûres avaient été faites s'enflammèrent, et de véritables pustules vaccinales se développèrent, parcoururent leurs périodes régulières, et laissèrent des cicatrices bien apparentes.

Si le cas est réellement bien observé, et si l'on n'a pas pris des pustules impitigineuses pour des boutons de vaccine, il est des plus curieux.

CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; par le docteur Pohl (de Prague.)

Obs. — Cette grossesse s'est terminée de la manière la plus heureuse pour la mère, paysanne de Kwain, en Bohême, et âgée de 36 ans. A la fin de sa sixième grossesse, il s'est écoulé par le vagin un fluide sanguinolent entremêlé de flocons probablement formés par des débris de caduque. Au toucher, on trouva l'orifice de la matrice fermé; une tumeur dans le flanc gauche fut prise pour la tête de l'enfant; la femme avait une forte fièvre.

Quinze jours après, passèrent par le vagin perforé les fémurs du fœtus, et, dans l'espace de deux mois et demi, fin janvier 1841, beaucoup d'autres os; ceux des extrémités d'abords, puis ceux du tronc, la tête restait encore. En août 1841, de nouveaux os partirent; la tumeur formée par la tête au côté gauche de l'ombilic existait toujours; l'état de la mère devenait toujours plus inquiétant.

En mars 1842, les tégumens au-dessous de l'ombilic s'enflammèrent, et ce n'est qu'en avril que l'abcès se rompit et donna issue à une grande quantité de pus sanieux, avec les os de la tête, dont on favorisa la sortie en agrandissant la plaie.

Quelque temps après, il se forma un anus contre-nature par lequel s'échappait chaque fois, huit heures après le repas, une partie des alimens non digérés. A la fin de l'année, cette dernière plaie se ferma aussi, et la femme fut complètement guérie.

HÉMORRAGIE PRODUITE PAR LA RUPTURE D'UNE VARICE DU CORDON; par le docteur Pluskal, à Zomnitz.

Les hémorragies utérines, accidens toujours graves dans les accouchemens, sont encore assez fréquens; mais le cas suivant est des plus rares.

Obs. — En avril 1843, M. Kluskal fut appelé chez une personne de 29 ans, qui avait déjà accouché trois fois sans aucun accident. Arrivée à la fin de sa quatrième grossesse, qui se passa très bien, à l'exception de grandes varices qui l'incommodèrent beaucoup, la femme perdit beaucoup de sang dans le commencement du travail. L'hémorragie avait déjà duré trois heures avant l'arrivée du médecin, qui, ayant trouvé la femme déjà épuisée, fit la version et amena un enfant mort anémique. Ce n'est qu'après la sortie du placenta qu'on reconnut la véritable source de l'hémorragie. Le cordon, long de 20 pouces, gros comme le pouce d'un homme, était replié en coude à 5 pouces de son insertion au placenta. A l'extrémité supérieure de cet angle, il s'est trouvé une poche de la dimension d'un œuf de poule, à parois minces et déchirées.

TENTATIVE DE SUICIDE EN AVALANT UN PAQUET D'AIGUILLES; par le docteur Buchmuller, de Vienne.

Une femme qui a voulu se suicider dans un accès de monomanie a avalé un paquet d'aiguilles; le médecin qu'on appela deux heures après prescrivit immédiatement un vomitif, et, en attendant l'arrivée du médicament, il fit avaler beaucoup de lait et d'eau tiède. Peu après l'administration du tartre stibié, la femme rendit un paquet composé de 35 aiguilles très fines, longues d'un demi-pouce, et réunies par une bandelette de papier bleu et une anse de fil fin. Elle a guéri.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE CHIRURGALE ET OPHTHALMOLOGIQUE D'ERLANGEN PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1842-43; par le professeur Heyfelder.

Le nombre des malades s'est élevé à 844 (526 hommes, 197 femmes, 121 enfans au-dessous de 12 ans), dont 293 (244 hommes, 39 femmes, 10 enfans) furent traités à la Clinique, et 551 (282 hommes, 158 femmes, 111 enfans) dans la Polyclinique; 652 guérirent; l'état de 66 fut amélioré, 10

Le démon n'agit pas par lui-même; il agit par procuration. Il y a des individus d'un abord repoussant qui ont la réputation d'être les délégués de l'esprit malin. Ceux-là sont les jeteurs de sort, *gli jettatori*. Ils sont très communs à Naples, d'après le dire des Napolitains. Il suffit d'avoir ou de se croire un ennemi, pour que celui-ci soit votre jeteur de sort, celui qui peut vous suivre comme votre ombre et vous faire du mal sans que vous vous en doutiez. Cela fait que chacun redoute une certaine quantité d'individus qu'il suppose créés tout exprès pour lui causer malheur. On serait mal venu de chercher à prouver à un Napolitain que ses visions sont creuses: il opposerait à cela une réponse péremptoire qui coupe court à toute tentative de conversion. Quelques jours avant de tomber malade ou d'éprouver un fâcheux événement, vous dirait-il, il a constamment fait la rencontre d'un *jettatore*. En présence d'une telle conviction et d'un si grand péril, le Napolitain a cherché un moyen de défense, une arme sur laquelle il pût compter. Heureusement, il croit avoir trouvé ce moyen héroïque. La providence a toujours placé les remèdes souverains à côté des grands maux. Le procédé est des plus simples; il consiste à porter sur soi des morceaux d'écaille ou d'ivoire sculptés en forme de corne. Ces amulettes, dont la coquetterie napolitaine tire parti, se portent en épingles de chemise et en pendeloques de bracelets ou de montre. Maintenant, si on rencontre l'homme redoutable, on n'a qu'à les toucher du bout des doigts, cela suffit pour faire avorter le charme et réduire à l'impuissance la plus coupable intention. Mais le *jettatore* peut atteindre partout celui qu'il doit rendre malheureux ou malade, car il exerce souvent son sortilége à son insu; il peut pénétrer dans les maisons, et le Napolitain, pour peu qu'il soit en négligé, n'a pas sous sa main le petit objet à l'aide duquel il peut échapper au maléfice. Pour parer à ce grave inconvénient, on place en général sur les meubles de la pièce d'entrée une ou deux paires de ces curieuses amulettes, mais dans des proportions telles que l'énormité de leur taille doit en augmenter singulièrement les propriétés. C'est l'opinion du Napolitain, car il croit ne pas avoir besoin de toucher celles-ci pour lutter contre le *jettarore*; il suffit qu'elles fassent sentinelle à sa porte pour que l'influence fatale se brise devant un aussi puissant obstacle. Lorsque le Napolitain est malade, il a ordinairement de ces amulettes dans plus d'une pièce de son appartement, il croit que sa sûreté consiste à les multiplier autour de lui. Il va même quelquefois jusqu'à les dresser à côté du buste de la Vierge. On conçoit qu'il s'entoure de précautions. Une maladie est déjà si dangereuse d'elle-même, qu'elle deviendrait mortelle si un *jettatore* y ajoutait sa dose de malignité. Il est vrai que la Vierge est un grand protecteur; mais le mauvais génie l'emporte trop souvent sur le bon, pour qu'on ne s'endorme pas au sein d'une coupable négligence. Sans doute, le médecin ne doit pas être flatté de voir attribuer une cure difficile à une mystérieuse influence ou à une pratique superstitieuse. Mais ce n'est pas sans compensation. Lorsqu'il se trompe, ce qui peut lui arriver, ou quand son art lutte vainement contre les habitudes de son malade, au moins sa responsabilité n'est pas mise en cause. Le malade n'a pas guéri, il a succombé; mais la Vierge ne l'a pas protégé, ou bien un *jettatore* a causé tout le mal. J'ai rencontré plus d'une fois de pauvres diables errans dans la rue ou exposés au soleil dont le *facies* accusait la lésion profonde d'un organe important. Le premier passant qui survenait jetait un regard de pitié sur le malade, et continuait son chemin en disant: C'est la *jettatura*!

sont restés incurables, 60 ont été perdus de vue, 16 n'ont été présentés que pour éclairer le diagnostic, 6 placés dans d'autres services, 7 sont morts et 27 sont restés en traitement.

Nous n'extrairons de ce compte-rendu que les observations suivantes, comme nous paraissant les plus intéressantes.

ULCÈRES. L'opinion généralement admise en Allemagne que les ulcères dépendent le plus souvent d'une dyscrasie n'est point partagée par le professeur d'Erlangen qui les regarde au contraire comme des affections le plus fréquemment locales; aussi a-t-il étendu la méthode de compression par les bandelettes agglutinatives à d'autres ulcères qu'à ceux entretenus par des varices et des callosités. Lorsque les ulcères sont humides, il renouvelle le bandage toutes les 24 à 48 heures et recouvre la surface ulcérée de charpie sèche ou imbibée de médicament selon l'indication.

SYPHILIS. 41 individus (25 hommes, 13 femmes et 3 enfans au-dessous de 2 ans) furent traités dans le courant de l'année. La durée du traitement des affections primitives variait de 8 à 28 jours; la moyenne était de 20 jours. Le traitement des condylomes avec ou sans autres formes secondaires durait de 3 à 10 semaines; moyenne, 5 semaines et demie. 9 de ces individus furent atteints, pendant qu'ils se trouvaient en traitement, de varioloïde, et 2 filles de 10 et 13 ans eurent la varioloïde 8 jours après la guérison de la syphilis. L'éruption, qui avait une marche bénigne, n'a pas aggravé les symptômes syphilitiques; chez 4, les deux maladies avaient disparu ensemble; il est vrai que le traitement antivénérien avait déjà duré quelque temps avant l'éruption de la varioloïde; chez les 5 autres, les symptômes de la syphilis avaient perdu de leur intensité. Il est encore digne de remarque que dans tout le service chirurgical, il n'y eut que deux autres malades atteints de varioloïde. M. Heyfelder pense que l'affaiblissement produit par la diète et par l'usage des boissons diaphorétiques a prédisposé les syphilitiques à contracter la varioloïde. L'auteur se loue beaucoup de l'usage de la décoction de Zittmann modifiée (GAZ. MÉD., 1843) dans les symptômes consécutifs; il n'a eu recours qu'une seule fois au mercure, et encore ne l'a-t-il pas donné seul. Cette année pas plus que les précédentes, dit-il, il n'a pas eu à se louer de l'iodure de potassium que nous regardons pourtant comme le médicament le plus précieux dans les affections syphilitiques des os, et nous engageons fortement notre ami et confrère à y avoir de nouveau recours dans les syphilis invétérées.

TEIGNE FAVEUSE DE LA TÊTE. Contre cette affection qui fait si souvent le désespoir des médecins, M. Heyfelder emploie le traitement suivant: il fait couper les cheveux, amollit les croûtes avec de l'axonge et des cataplasmes de graine de lin et fait laver la tête avec de l'eau de savon; puis il ordonne deux à trois fois par jour des lotions avec un mélange de partie d'acide sulfurique et 8 d'huile d'œillette, et tous les deux jours une purgation avec du sel de Glauber.

AMPUTATIONS. Deux des jambes et une du bras. Cette dernière fut pratiquée chez une fille à laquelle M. Textor avait fait quelques années auparavant la résection des os du coude; l'opérée n'avait pas pu se servir de son membre qui pendait comme une masse inerte à côté de son corps et lui causait beaucoup de douleurs. A l'autopsie du membre amputé, l'on trouva les extrémités des os à l'articulation du coude tuméfiées, entourées de graisse et de tissu cellulaire avec deux foyers de pus. Il n'y avait plus de connexion entre les tendons des muscles du bras et les os de l'avant-bras; de plus, on rencontra de la graisse entre les filets nerveux.

IMPERFORATION DE L'ANUS. Chez un enfant nouveau-né avec atrésie du rectum sans traces d'anus, M. Heyfelder pratiqua une incision dans les téguments du périnée; puis arriva à travers le tissu cellulaire à l'intestin oblitéré dont il excisa une portion avec les ciseaux; une grande quantité de méconium s'échappa. Il maintint la plaie ouverte à l'aide d'un bourdonnet. Nous regretions que l'auteur nous laisse ignorer la hauteur à laquelle il a atteint le rectum et ne nous ait pas fait connaître les suites ultérieures de l'opération.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE.

PUBLIÉ PAR BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN ET DE SIEBOLD.

Les deuxième et troisième cahiers du quatorzième volume et le premier du quinzième contiennent les articles originaux suivants: 1° *De l'accouchement dans les cas de bassins rachitiques*; par le docteur Stein. (Article non achevé.) 2° *Observation d'un accouchement avec présentation du front*; par le professeur Hüter. (Pour faciliter la sortie de la tête, l'accoucheur a fait remonter la tête.) 3° *Sur l'accouchement prématuré artificiel*; par le docteur Seulen. 4° *Sur les avantages de faire coucher les femmes enceintes sur les genoux et les coudes pour certaines opérations*; par le docteur Loescher. (L'auteur rapporte deux observations de rétroversion de l'utérus en gestation où le cathétérisme n'a pu être pratiqué que dans la position indiquée; il a appliqué même le forceps dans cette position.) 5° *Sur l'incision dans les cas de rigidité de l'utérus*; par le docteur Ashwell. (Extrait de l'anglais.) 6° *Cas de maladie qui se sont présentés à Ischl pendant la saison de 1842*; par le docteur Breuner. 7° *Visite faite en 1838 à l'hospice de la Maternité à Paris*; par le professeur Osiander. 8° *Opération césarienne faite avec succès pour la mère et l'enfant, dans la clinique de Greisswald*; par le docteur Berndt. 9° *Sur l'accouchement prématuré artificiel*; par le docteur Hoffmann. 10° *Sur la valeur de la menstruation et son rapport avec le rut des animaux*; par le docteur Moser. (Rien d'inconnu.) 11° *Observations*; par le docteur Wehr. (1° Eclampsie d'une femme en couche suivie de mort. 2° Femme stérile pendant quinze ans de mariage, devenue enceinte par l'emploi de douches ascendantes froides prises matin et soir pendant six mois. 3° Application pénible du forceps chez une femme dont le diamètre antéro-postérieur n'avait pas plus de 2 pouces 3/4; l'enfant né vivant succomba bientôt.) 12° *Tumeur à l'ombilic chez un nouveau-né*; par le docteur Koelbing. (Un premier médecin, regardant la tumeur d'un rouge vif comme une téléangiectasie, en fit la ligature; après sa chute, il resta une ouverture à l'ombilic, qui, quelques semaines après, livra passage à une anse d'intestin, qu'on ne parvint à maintenir rentré qu'avec beaucoup de peine. L'enfant succomba. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle adhérent au bord de la plaie. La tumeur enlevée par la ligature était probablement une portion d'épiploon.) 13° *Sur la paracentèse dans la péritonite puerpérale*; par le docteur Hinmelstiern. 14° *Réflexions sur l'obliquité latérale du bassin*; par le professeur Stein. 15° *De la présence de quelques élé-*

En présence de semblables préjugés, les médecins de Naples ne peuvent pas être animés par ce sentiment d'émulation qui distingue la profession en France. Ils auraient beau lutter, ils ne pourraient s'empêcher d'accepter plus ou moins les opinions bizarres ou fausses de la population. C'est une affaire de clientèle; c'est une question d'existence. Sans doute, ils ne s'abaissent pas jusqu'à adopter les croyances de la superstition. Mais lorsque le doute est interdit, l'indifférence fait tout admettre. Ou va même plus loin. Cette confiance qu'n'a pas de limites prête son élasticité facile aux faits de tous les ordres; elle devient de la crédulité, car elle fait une large place au merveilleux. Or, dans la science, cela conduit à mettre l'imagination en frais à propos de rien comme à propos de tout, ou à lui faire enfanter une illusion quand l'esprit est inhabile à découvrir une réalité. J'ai vu une thèse qui est un rare exemple de cette tendance assez commune dans le monde scientifique napolitain. Ce travail avait pour but de faire connaître une monstruosité unique dans les annales de la médecine. Il s'agissait d'un fœtus qui avait à la place des membres inférieurs absents deux mamelles développées comme celles d'une femme adulte et qui se répétaient sur le thorax avec la même exagération de proportions. Une gravure en taille douce qui ornait la première page de la brochure représentait la monstruosité avec une certaine délicatesse de burin, et était destinée sans doute à mettre en appétit la curiosité publique. Le volume respectable de l'œuvre faisait juger de la complaisance avec laquelle l'auteur s'était livré aux développements et aux hypothèses, et, puisqu'il faut le dire, il laissait assez voir combien ce jeune médecin avait compté sur la patience de ses lecteurs et sur la bienveillance de ses juges. En France, cette confiance et cette témérité, en matière scientifique, n'eût pas été poussée si loin.

Je ne juge pas, comme on le pense bien, tous les médecins de Naples au point de vue exclusif de ce qui précède. La patrie des Cyrillo, des Cotugno n'est pas encore entièrement déchue; il y a toujours à la tête de la médecine et de la chirurgie des hommes de renom, des esprits qui ont une valeur réelle et qui certainement ne vivent pas dans l'obscur tourbillon des préjugés du peuple napolitain: mais malheureusement le nombre en est petit. — ED. CARRIÈRE.

— La Société médico-pratique met au concours la question suivante pour l'année 1844:

« Résumer la marche, les causes et les caractères anatomiques de la *méningite* et de l'*encéphalite aiguë*;

» Donner ensuite une attention toute spéciale à l'interprétation des symptômes précurseurs et concommittant qui éclairent soit le diagnostic positif et différentiel, soit le siége, la nature et l'étendue des lésions du cerveau et de ses membranes, soit les présages de vie et de mort.

» Enfin, apprécier la valeur, préciser l'indication et le mode d'emploi des divers moyens curatifs expérimentés contre ces affections dangereuses. »

Ainsi ce sont les recherches séméiologiques et la précision thérapeutique qu'appelle avant tout le vœu de la Société.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

Les mémoires manuscrits revêtus de formes académiques devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1845, au secrétaire général, M. le docteur Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

mens du lait dans l'urine des femmes enceintes; par le docteur Bird. (Traduit de l'anglais.) 16° *De la différence des bassins selon les races*; par le professeur Stein. (Critique de l'ouvrage de Vrolick, qui admet cette distinction.) 17° *Sur les causes des déformations du bassin*; par le professeur Martin. (Les trois principales que l'auteur passe en revue sont l'arthrocace, l'ostéomalacie et le rachitisme.) 18° *Sur les avantages de la position sur les genoux et les coudes à donner aux femmes sur lesquelles on pratique certaines opérations*; par le docteur Grenser. (Enumération de ces avantages : cathétérisme pendant la grossesse, dans la rétroversion de l'utérus, dans l'enclavement de cet organe, dans les cas de ventre en besace; administration des lavemens; reposition de l'utérus rétroversé, de l'utérus prolabé, des hernies vésico et entéro-vaginales; versions du fœtus; reposition du cordon prolabé; et enfin dans les positions vicieuses du fœtus et l'abaissement de l'occiput.) 19° *Passages d'Hippocrate traitant de la chlorose*; par le docteur Bergson. 20° *Du céphalotribe*; par le docteur Zangheinrich. (Description d'un nouveau mécanisme pour serrer les branches de cet instrument.)

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par le docteur SEULEN, à Juliers.

Depuis que M. le professeur Stoltz a naturalisé en France ce nouveau mode de délivrance, son utilité n'est plus mise en doute, même chez nous; aussi ne reproduirons-nous pas la réfutation que M. Seulen fait des différentes objections qui avaient été adressées à cette opération, pour arriver de suite aux observations qui suivent son mémoire. De 1834 à 1841, il a fait sur 7 femmes, dont 3 avaient en le bassin déformé par rachitisme et 4 par ostéomalacie, 13 fois l'accouchement prématuré artificiel, et toujours avec succès pour la mère. 7 enfans sont nés vivans, dont 4 ont succombé bientôt après l'accouchement; les autres sont mort-nés, quelques-uns n'étaient pas même viables.

OBS. I. — Sommer, à Linnich, âgée de 30 ans, fut délivrée une première fois, avec beaucoup de peine, d'un enfant mort, par la perforation de la tête, après d'inutiles tentatives avec le forceps. Son bassin était déformé par le rachitisme, et le plus petit diamètre du détroit supérieur ne paraissait pas dépasser 2 pouces 3/4. Elle était arrivée à peu près à la trente-huitième semaine de la seconde grossesse, lorsqu'on entreprit, le 2 juin 1834, l'accouchement prématuré artificiel par la ponction de l'œuf. Le travail commença au bout de vingt-huit heures; mais, malgré de longues et violentes contractions, la tête ne franchit pas le détroit supérieur. On fit la perforation et on amena un enfant long de 18 pouces et un quart, et pesant sans le cerveau 5 livres 3/4. La réduction des os ne permit pas d'apprécier ses diamètres. La mère se remit bientôt.

Devenue de nouveau enceinte, le 25 septembre 1835, elle réclama les soins de M. Seulen, qui fit la ponction de l'œuf le 1er mai 1836. Trois jours après, on fit l'extraction d'un enfant qui s'était présenté par les pieds et succomba pendant les efforts qu'on fut obligé de faire pour dégager la tête. Il pesait 4 livres 1/2, avait 16 pouces 3/4 de longueur; le diamètre antéro-postérieur de la tête mesurait 3 pouces, et le transverse 2 pouces 1/2.

Arrivée à la trente-unième semaine de la quatrième grossesse, la femme fut de nouveau soumise à la délivrance artificielle au moyen de la ponction (août 1837). L'enfant se présenta cette fois par le coccyx; on tira sur les aines avec le crochet mousse et on l'amena vivant, mais si faible qu'il succomba un quart d'heure après la naissance. Il avait 16 pouces 1/2 de long; le diamètre antéro-postérieur de la tête, 2 pouces 3/4; le transverse, 2 pouces 1/2. Il pesait 4 livres 1/4.

La femme Sommer devint enceinte pour la cinquième fois le 26 juillet 1836, et le 2 mars 1839, on pratiqua la ponction de l'œuf. Le 3, la mère accoucha par les seuls efforts de la nature, d'une fille qui était venue la tête la première; celle-ci respira bien pendant une heure, au bout de laquelle elle succomba.

Au commencement de la vingt-neuvième semaine de la sixième grossesse, le 14 juillet 1840, on pratiqua la ponction, et ce n'est que le 19 que la femme accoucha spontanément d'une fille qu'elle a ensuite allaitée. Elle pesait 4 liv. 1/2, avait 17 pouces de long; diamètre antéro-postérieur de la tête, 3 pouces; le transverse, 2 pouces 3/4.

OBS. II. — La femme Schæffer, âgée de 27 ans, fut délivrée heureusement, en 1830, à l'aide du forceps. En 1832, elle accoucha naturellement. Bientôt après, elle fut prise d'une affection goutteuse qui la retint au lit pendant un an et demi. Après sa guérison, elle devint enceinte à la fin de 1834, et le 25 septembre 1835, elle fut délivrée à l'aide de la perforation, après d'inutiles tentatives avec le forceps.

Le 5 octobre 1836, elle fut encore une fois délivrée à l'aide de la perforation. Le bassin fut trouvé déformé, et le diamètre antéro-postérieur réduit à 2 pouces 3/4, tout au plus 3 pouces.

Le 22 novembre 1837, la femme était entre la trentième et trente-unième semaine d'une nouvelle grossesse, lorsqu'on fit la ponction de l'œuf. Elle accoucha sans la présence d'un homme de l'art, d'une petite fille morte qui était venue par les pieds. Elle pesait 4 livres 1/4, avait 16 pouces de long, le diamètre antérieur de la tête, 3 pouces; le transverse, 2 pouces 1/2.

OBS. III. — La femme Fischer (de Müntz), âgée de 27 ans, rachitique, fut délivrée deux fois par la perforation, en 1834 et 1835. Le diamètre antéro-postérieur de son bassin déformé mesurait 2 pouces 3/4, tout au plus 3 pouces. Arrivée à la fin de la trentième semaine de la troisième grossesse (le 22 mai 1837), on fit la ponction.

Le 24, la femme accoucha d'une petite fille bien portante, pesant 4 livres 3/4, longue de 16 pouces 1/2; diamètre antéro-postérieur de la tête, 3 pouces; transverse, 2 pouces 1/2; circonférence, 8 pouces.

OBS. IV. — H. G., âgée de 24 ans, rachitique, petite, ayant un bassin rétréci (3 pouces de diamètre antéro-postérieur), fut délivrée le 13 août 1837, à l'aide de la perforation, d'un enfant qui pesait 10 livres.

De nouveau enceinte, et arrivée entre la trentième et trente-unième semaine de la grossesse, le 9 octobre 1839, elle fut soumise à la ponction, et le 13, elle accoucha d'un garçon, qui expira peu après la naissance. Il pesait un peu plus de 5 livres.

En 1840, elle devint de nouveau enceinte, et était arrivée au terme de la grossesse et en travail depuis quelques jours, lorsqu'elle consulta M. Seulen; celui-ci soupçonnant la mort de l'enfant, fit la perforation du crâne et amena un petit garçon fort qui portait déjà des traces de décomposition.

Le 15 septembre 1841, la femme étant arrivée à la trentième semaine de la quatrième grossesse, on fit la ponction qui fut suivie trois jours après de l'expulsion d'une fille qui ne donna que très peu de signes de vie. Elle pesait près de 5 livres.

OBS. V. — Hamecher (de Steinstrass), âgée de 42 ans, ayant déjà accouché heureusement de cinq enfans, fut prise d'une affection goutteuse qui la retint au lit pendant quatre ans. La malade, auparavant robuste et bien conformée, devint chétive et petite; la colonne vertébrale et le bassin surtout ont été déformés; le pubis proéminait en forme de bec; l'angle sacro-vertébral plus saillant qu'à l'ordinaire, en sorte que le plus petit diamètre du bassin, devenu triangulaire, avait à peine 2 pouces.

Dans cet état, elle est devenue enceinte pour la sixième fois et au commencement du septième mois, le 24 décembre 1840, on fit la ponction de l'œuf; trois jours après, elle accoucha d'une petite fille qui a vécu un quart d'heure. L'enfant, venue par les fesses, avait 14 pouces 1/2 de long; sa tête était de 2 pouces 1/2 de diamètre en tout sens.

De nouveau enceinte dans le courant de l'année suivante, elle fut soumise, au commencement du septième mois de la grossesse, à l'accouchement prématuré artificiel, qui donna encore pour résultat une petite fille vivante, mais non viable.

OBS. VI. — Abel, à Bosslar, âgée de 38 ans, avait accouché huit fois heureusement, lorsqu'elle fut atteinte de la goutte, qui la retint au lit pendant un année. Son bassin fut déformé par ostéomalacie; pourtant le diamètre antéro-postérieur était encore de 2 pouces 3/4 à 3 pouces.

Enceinte pour la cinquième et sixième fois, elle fut délivrée à l'aide de la perforation.

Le 21 juin 1841, arrivée à la trentième semaine de la septième grossesse, on fit la ponction de l'œuf.

Le 24, la femme accoucha heureusement d'une petite fille pesant 5 livres 1/4, qui prit bien le sein, mais mourut dans les convulsions le seizième jour.

OBS. VII. — Iren, à Lich, âgée de 40 ans, accouchée quatre fois heureusement et sans les secours de l'art, fut prise de goutte qui dura quatre ans. Elle était souffrante, misérable et contrefaite, lorsqu'elle devint enceinte pour la cinquième fois. Le bassin déformé par ostéomalacie n'avait pas plus de 2 pouces 1/2 de diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur. Le pubis était saillant, en forme de bec.

Le 8 octobre 1841, on fit la ponction de l'œuf à la fin du septième mois de la grossesse.

Le lendemain, la mère accoucha d'une petite fille qui vécut trois quarts d'heure.

OPÉRATION CÉSARIENNE FAITE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE EN L'ENFANT DANS LA CLINIQUE DE GREISSWALD; par le docteur BERNDT.

OBS. — L'opérée, une pauvre fille de 22 ans, devenue rachitique dès la première année de sa vie, menstruée à 18 ans, est arrivée au terme de sa première grossesse le 12 avril 1842. Elle n'avait que 3 pieds 3 pouces de hauteur, sa tête était grosse, le tronc long de 1 pied 9 pouces, l'extrémité inférieure 9 pouces, et le bras de même longueur; le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait que 1 pouce 9 lignes; l'angle sacro-vertébral était fortement incliné en avant, et le pubis déprimé en arrière, le sacrum bombé faisait une saillie en arrière, et, par là le diamètre antéro-postérieur de l'excavation était agrandi, et par conséquent la hauteur du bassin diminuée, l'extrémité inférieure du sacrum et le coccyx horizontalement dirigés en avant. L'enfant donnait manifestement des signes de vie. Les contractions, qui ont commencé à neuf heures du soir, ont été très fortes et se sont soutenues jusqu'au moment de l'opération, qui fut faite le 13, à deux heures du matin, en présence de beaucoup de médecins. L'incision a été pratiquée le long de la ligne blanche à son côté gauche, parce qu'on avait reconnu l'insertion du placenta à droite et en haut; la plaie fut étendue de 6 pouces, depuis l'ombilic jusqu'à 3 pouces au-dessus du pubis, les intestins ont été retenus par des éponges appliquées par un aide sur les côtés du ventre. L'utérus fut incisé dans une étendue de 5 pouces, la poche des eaux encore entière a fait hernie dans la plaie, et après l'avoir rompue, on retira facilement l'enfant présentant la tête, ayant plusieurs anses de cordon autour du cou; c'était un fort garçon, pesant 8 livres. Le placenta fut retiré ensuite et l'utérus s'est parfaitement contracté; cependant une hémorragie assez abondante se manifesta, mais cessa spontanément. La plaie fut fermée par quatre points de suture, on y comprit le péritoine. Une bandelette de linge fut placée dans l'angle inférieur de la plaie et celle-ci recouverte d'emplâtres agglutinatifs et d'un bandage de corps. Toute l'opération, y compris le pansement, a duré vingt minutes. L'en-

fant n'ayant pas voulu prendre le sein fut d'abord nourri avec du lait et de l'eau sucrée, et la mère fut tétée par une femme jusqu'au 27 avril; alors l'enfant prit le sein.

Le 10 mai, l'opérée était guérie et l'enfant continua à bien se porter.

SUR L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par le docteur HOFMANN, de Munich.

Dans ce long mémoire, l'auteur passe en revue les différentes indications de l'accouchement prématuré artificiel; nous allons les énumérer sans appréciation, car, pour les discuter, il nous faudrait réellement faire un second mémoire. A cette occasion, nous rappelons une bonne thèse faite par M. Ferniot, élève de M. Stoltz, et soutenue sous sa présidence en 1836 sur le même sujet; ce travail éminemment pratique n'est au fond qu'un complément de celui du maître sur les accouchemens prématurés artificiels pour cause d'étroitesse de bassin.

M. Hoffmann regarde comme indications bien établies: les rétrécissements du bassin, la diminution de 6 lignes à 1 pouce du plus petit diamètre; l'hydropisie d'un organe important de l'économie, la néphrite, l'hémorragie utérine, l'éclampsie, et comme indication moins bien établie: la mort habituelle des enfans, les vomissemens opiniâtres, la grossesse prolongée, la phthisie, l'hystérocèle, la chute de la matrice, l'anévrisme du cœur, le goître volumineux avec asthme, l'hydropisie de la matrice et de l'amnios, le rétrécissement du bassin par des excroissances, la mort de l'enfant pendant la grossesse, et enfin la rétroversion de l'utérus.

SUR LA PARACENTÈSE DANS LA PÉRITONITE PUERPÉRALE; par le docteur DE HIMMELSTIERN, à Moscou.

M. le professeur Richter, s'appuyant sur des guérison de péritonite par l'écoulement des matières épanchées à travers le rectum et le vagin, et une troisième fois par l'ombilic où quelques jours avant la rupture spontanée il avait proposé la paracentèse, pratiqua cette dernière opération chez une femme primipare, âgée de 25 ans, qui était dans un état désespéré: douleur violente à l'ombilic, ventre tuméfié, fluctuation évidente, matité prononcée à la partie inférieure du ventre; pouls faible, à peine perceptible, très fréquent; diarrhée, respiration très pénible, fréquente; grands mouvemens des narines, face pâle, traits déformés. Beaucoup de moyens, tels que sangsues, calomel, poudre de Dower, lavemens d'opium avaient été employés pendant dix-neuf jours, lorsqu'on pratiqua, le 23 août 1842, la paracentèse. On incisa avec la lancette l'ombilic, et à travers une petite plaie de 2 lignes il s'écoula 15 à 20 livres de sérosité et de pus. Au lever du premier appareil fait le même jour, il s'écoula encore quelques livres de pus. La femme se remit peu à peu sous l'influence d'un traitement approprié, et au bout de trois semaines elle était guérie.

Nous n'entrerons pas avec l'auteur dans tous les détails sur le procédé opératoire qui doit varier suivant les cas; il nous a suffi d'avoir rapporté l'heureux succès de M. Richter, ayant que les trois observations qui l'ont mis sur la voie; au reste dans Pierre Franck, on trouve plusieurs cas de guérison par rupture spontanée de l'ombilic et une observation de paracentèse faite avec succès.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 MARS.

MONOGRAPHIE DES ORCHIDÉES.

M. RICHARD lit, en son nom et celui de M. Henri Galeoti, un mémoire ayant pour titre : MONOGRAPHIE DES ORCHIDÉES MEXICAINES, PRÉCÉDÉE DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA VÉGÉTATION DU MEXIQUE ET SUR LES DIVERSES STATIONS OU CROISSENT LES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ORCHIDÉES.

MONSTRUOSITÉS VÉGÉTALES.

M. AD. BRONGNARD lit un travail étendu qui a pour objet l'examen de quelques cas de monstruosités végétales propres à éclairer la structure du pistil et l'origine des ovules. M. Brongnard s'est dirigé, dans ses recherches, d'après ce principe : que l'étude des aberrations de la structure habituelle, appelées des monstruosités, est capable de jeter un grand jour sur l'organisation essentielle et fondamentale de certaines parties de végétaux. Voici une des principales conclusions du mémoire concernant l'origine des ovules, qui, selon lui, seraient de deux sortes. Dans l'immense majorité des végétaux phanérogames, les ovules naîtraient d'abord des feuilles carpellaires, et représenteraient des lobes ou dentelures de ces feuilles. Dans un petit nombre de familles, telles que les primulacées, les myrsinées, les théophrastées, et probablement les santalacés, les ovules correspondraient à autant de feuilles distinctes portées sur la prolongation de l'axe floral.

QUESTION DE LA GÉLATINE.

M. D'ARCET adresse de nouveaux documens relatifs à la question de la gélatine, entre autres, une lettre de M. le professeur Bergsma (d'Utrecht), auquel on a, par erreur, prêté une opinion contraire à celle qu'il a toujours professée, et qui proteste contre les conclusions du rapport de l'Institut des Pays-Bas, que nous avons récemment reproduites, et déclare se ranger à l'opinion de M. d'Arcet.

M. GAY-LUSSAC rappelle à cette occasion que, depuis nombre d'années, on attend en vain le rapport de la commission qui a été chargée de l'examen de cette question. C'est cependant une des questions les plus graves et qui intéresse au plus haut point l'humanité. Il désirerait que l'on procédât enfin à des expériences décisives.

M. THÉNARD : J'ai fait, en ma qualité de président de la commission, tout ce qui m'a été possible pour l'amener à présenter son rapport. Je l'ai réunie un grand nombre de fois, je lui ai indiqué les moyens que je crois être les plus sûrs pour arriver à une solution définitive de cette question. Ce moyen, je l'ai déjà rappelé plusieurs fois ici, consisterait à faire d'abord maigrir des chiens que l'on soumettrait à cet effet à l'usage d'une soupe type, puis à ajouter de la gélatine à cette alimentation, et à constater, après cette addition, s'il surviendrait ou non du changement dans le poids de ces animaux. J'ai vivement exprimé aux membres de la commission le désir que des expériences de ce genre fussent entreprises et suivies jusqu'à un résultat complet. Personne, jusqu'à présent, n'a répondu à cet appel. Je crois que cette inaction tient à ce que la commission est trop nombreuse; j'ai depuis longtemps signalé à l'Académie l'inconvénient des commissions composées d'un trop grand nombre de personnes.

Je demande, pour rajeunir et retremper la commission, que M. Gay-Lussac y soit adjoint.

M. Gay-Lussac s'en défend.

Après quelques observations nouvelles de M. Thénard et de M. Dupin, président, M. Dutrochet est adjoint à la commission.

CHARPIE VIERGE.

M. AUTIER, médecin à Amiens, adresse une boîte contenant divers échantillons d'une charpie vierge faite avec les déchets de fils de lin des fabriques et des tisserands. Ces déchets sont coupés avant le blanchissage à la longueur de la charpie ordinaire, afin que chaque bout soit moins anguleux, d'autres sont arrachés après, à l'aide d'un ancien instrument appelé *loup*, sorte de tambour hérissé de grosses pointes. Ce blanchissage est celui des fils; le lessivage ensuite, bains de chlore; lavage, second lessivage, afin de donner à la charpie beaucoup de souplesse; comme il est nécessaire d'altérer un peu les fils dans leur solidité, il suffit de les laisser séjourner plus longtemps dans les bains chlorurés. Lorsque ces fils sont bien blancs, et afin de les convertir en charpie, on les bat sur des claies en bois ou en corde, à la manière de la laine et du coton.

La charpie, ainsi préparée, est parfaitement ouverte, très douce au toucher, et ne contient aucun détritus pulvérulent. Son prix est très inférieur à celui de la charpie en usage.

QUALITÉ ÉLECTRIQUE DU SANG.

M. DURAND (de Lunel), médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Lyon, adresse un mémoire sur la qualité électrique du sang. Ce travail, qui se rattache à un livre récemment publié par M. Durand, sous le titre de nouvelle théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie, n'est point susceptible d'analyse.

EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM CONTRE LES MALADIES SATURNINES.

MM. NATALIS GUILLOT et MELSENS appellent l'attention de l'Académie sur les bons effets de l'iodure de potassium contre les maladies saturnines. Jusqu'à présent, ils ont administré cette substance seule, en laissant du reste les malades prendre, lorsqu'ils le peuvent, leur nourriture habituelle. Ils portent successivement la dose du médicament jusqu'à 4 ou 6 grammes par jour; 200 ou 300 grammes d'iodure leur ont paru suffire au traitement complet.

Le but des auteurs de la lettre, en donnant de la publicité à ces faits, est de provoquer de nouvelles expériences sur l'action de cette substance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE. — CANDIDATURE.

M. Robert se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Mége, correspondant de l'Académie, demande à échanger son titre contre celui d'associé libre. (Renvoyé à une commission spéciale.)

—M. le président rappelle à l'Académie que, conformément à la lettre du testament de M. d'Argenteuil, le concours pour le prix qu'il a institué reste ouvert jusqu'au 21 septembre 1844. En conséquence, les personnes qui auraient l'intention de concourir sont prévenues qu'elles ont jusqu'à ce terme pour faire parvenir leurs travaux. Quant aux auteurs qui ont déjà déposé leurs livres ou

mémoires. ils sont autorisés à les retirer, s'ils le jugent à propos, jusqu'à cette même époque.

M. Nacquart : Il serait convenable que jusqu'à la clôture du concours le nom des commissaires ne fût point connu des concurrens ; je demande, en conséquence, que la commission qui a été élue dans une des précédentes séances soit considérée comme non avenue. (Appuyé.)

M. le président met aux voix la proposition de M. Nacquart. Cette proposition est adoptée. La commission désignée est annulée.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES TUMEURS DU SEIN.

M. Roux : M. Gerdy me paraît s'être en partie rétracté dans la dernière séance; il m'a semblé avoir voulu établir que M. Cruveilhier, tout en ayant raison d'établir l'existence des tumeurs fibreuses, avait méconnu plusieurs variétés des tumeurs bénignes du sein ; il a prétendu qu'il y avait des tumeurs bénignes du sein auxquelles le nom de tumeurs fibreuses ne convenait pas, et il les a désignées, je crois, sous la dénomination de tumeurs fibro-celluleuses. On peut voir par là combien on s'entend peu sur le compte de ces tumeurs fibreuses. M. Gerdy a ajouté, enfin, que le diagnostic des tumeurs bénignes n'était pas impossible, et que lorsque ce diagnostic était bien établi, il fallait s'abstenir d'opérer, que l'opération était au moins inutile. Pour moi, je ne crois pas que l'opinion de M. Gerdy ait fortifié en rien celle de M. Cruveilhier. J'ai dit, et c'a été là l'objet d'un reproche que m'a adressé M. Gerdy, qu'il y avait dans la mamelle des tumeurs de différens ordres, mais qu'il était impossible de les distinguer *à priori*, pouvant en imposer les unes pour les autres avec la plus grande facilité. Je le répète, les difficultés les plus grandes se présentent tous les jours aux chirurgiens pour reconnaître les tumeurs du sein; et qu'on ne croie pas que ce soient les tumeurs solides qui peuvent être ainsi confondues les unes avec les autres, mais même les tumeurs liquides, les tumeurs enkystées. Ce n'est pas seulement sur le sein, mais dans toutes les régions du corps que les tumeurs liquides acquièrent quelquefois une densité, une dureté telles, qu'il est impossible de les distinguer des tumeurs solides. M. Roux rapporte ici plusieurs exemples à l'appui de cette assertion, entre autres celui d'un sujet auquel il enleva une tumeur de l'aisselle que l'on aurait juré être une tumeur solide, et que l'on reconnut à l'incision n'être qu'un kyste; et le fait d'une femme portant une tumeur dans le bassin que Boyer et M. Roux avaient jugée être une tumeur solide; l'extraction de cette tumeur ayant paru possible, il fut procédé à l'opération. Ces deux chirurgiens ne furent pas peu surpris de voir s'échapper, par une incision faite au vagin, un flot de liquide au milieu duquel nageaient une grande quantité d'acéphalocystes : c'était une tumeur hydatique. — Ne sommes-nous pas journellement embarrassés, ajoute M. Roux, pour diagnostiquer les tumeurs du scrotum? Il y a 15 ou 20 ans, rien n'était plus commun que de voir enlever de simples hydrocèles pour des sarcocèles. Ce n'est que depuis que l'on a appris à s'aider de la lumière pour reconnaître la transparence de la tumeur, que ces méprises sont devenues beaucoup plus rares.

M. Gerdy a dit que le cancer n'était qu'une période plus avancée, un mode de terminaison de plusieurs maladies différentes. Mais si le cancer n'est autre chose qu'une période, il y a donc eu une première période qui l'a précédée et durant laquelle on n'a pas pu distinguer à quelle sorte de tumeur on avait affaire. Enfin, M. Gerdy a reproduit à peu près dans les mêmes termes une des propositions de M. Cruveilhier, savoir que dans les tumeurs que l'on présume n'être point susceptibles de dégénération, l'opération est purement facultative, ou même, si j'ai bien entendu, qu'elle ne doit point être pratiquée. On a invoqué à l'appui de cette proposition la nocuité des opérations, même les plus simples. Je suis loin de nier que toutes les opérations n'entraînent après elles quelque danger; j'ai été même un des premiers à le reconnaître et à le déclarer dans cette discussion. J'irai même plus loin, je ne crois pas qu'il y ait, même en dehors de la chirurgie opératoire, de moyen absolument innocent. N'a-t-on pas vu souvent la saignée suivie d'accidens graves? J'ai vu de simples bains de pied produire chez les jeunes enfans la mortification de la peau. Qu'est-ce qui ne sait combien les médicamens internes ont pu produire des résultats fâcheux, surtout avant que l'on connût la loi de tolérance pour certains agens actifs? Ce que l'on a dit à l'égard des opérations praticables pour les tumeurs du sein devrait donc s'appliquer à toutes les opérations possibles; et cependant on ne croit pas devoir, par cette seule considération, s'abstenir de pratiquer ces opérations, je ne dirai pas seulement dans les cas où il y va de la vie des malades, mais même lorsqu'il s'agit de remédier à de simples difformités, à des maladies qui n'ont d'autre inconvénient que d'être gênantes, etc. Appliquant ces principes aux tumeurs du sein, je maintiens qu'il n'y a pas de maladies dans lesquelles l'opération soit commandée par un plus grand nombre de motifs.

M. Hervez de Chégoin a soutenu avec M. Cruveilhier la fréquence des tumeurs fibreuses du sein. Je répondrai à cela que depuis trois ou quatre ans il ne m'est pas arrivé une seule fois d'enlever une tumeur du sein qui ne fût squirreuse. M. Hervez a émis une proposition beaucoup plus grave relativement à la question de récidive des cancers. Les chances de la récidive seraient beaucoup plus grandes suivant lui lorsqu'on enlève un cancer récent, que lorsque la même opération est faite pour un cancer ancien. Les chances de succès seraient en raison de l'ancienneté de la maladie. Enfin, il ne croit pas que les cancers puissent jamais être d'origine locale. Il y a à cet égard une question préjudicielle que je regrette vivement de n'avoir pas vu discuter par M. Hervez. Qu'entend-il par cancer ancien? Est-ce le cancer devenu stationnaire? ou bien considère-t-il comme cancer ancien celui qui, ayant déjà une longue date, continue toujours à faire des progrès? Quelle est, en un mot, la limite qu'il assigne à l'ancienneté? Nous n'en savons rien.

Il est un autre ordre de considérations que M. Hervez me paraît avoir négligé et qui est cependant d'une grande importance dans la question de la temporisation; c'est celui du siége qu'affectent le plus souvent les cancers. Les organes qui y sont le plus exposés sont l'œil, les lèvres, la langue, les testicules, la mamelle. Tels sont en général les cancers pour lesquels les chirurgiens ont le plus souvent à pratiquer des opérations. Or, pense-t-on qu'il soit prudent de temporiser en présence des lésions de pareils organes? Attendra-t-on que le cancer de l'œil, par exemple, ait envahi l'orbite? Pourquoi le cancer des lèvres, celui de la langue, récidivent-ils si fréquemment? Parce qu'on a trop attendu et que lorsqu'on a pratiqué l'opération, les glandes sous-maxillaires étaient déjà envahies par la dégénération cancéreuse. Je crois, au contraire, que dans de pareilles circonstances l'expectation a les plus graves dangers. En général, quel que soit le siége des cancers, plus on temporise, plus on doit s'attendre à rencontrer de difficultés dans le procédé opératoire et à courir les chances de récidive. En résumé, je suis convaincu que par la temporisation les opérations deviennent plus difficiles, plus dangereuses, et que les chances de récidive sont plus grandes.

La parole est à M. Desportes.

M. Husson demande la parole pour une motion d'ordre : Malgré l'intérêt très grand de cette discussion, je crois qu'il serait utile de l'abréger. L'Académie a des travaux très arriérés qui vont se trouver en souffrance, et elle n'ignore pas d'ailleurs que les compétiteurs pour la place vacante ont des lectures à faire. (Appuyé.)

M. Velpeau : Il serait convenable qu'avant de clore la discussion, on convint d'accorder la parole aux personnes qui n'ont pas encore parlé et qui se proposaient de le faire et à celles qui n'ont été entendues qu'une fois.

M. Roux : Je m'associe à la proposition de M. Velpeau, qui est celle que j'avais déjà faite. Je la modifierai seulement en demandant qu'on n'entende que les personnes qui n'ont pas parlé du tout.

M. Desportes : Je demanderai que mon tour d'inscription me soit conservé. Je motive ma demande sur ce que j'ai lieu de craindre, à en juger par le compte-rendu du bulletin de l'Académie, de n'avoir pas été bien compris dans ma première argumentation.

M. Nacquart : Il serait nécessaire de circonscrire la discussion dans des termes tels qu'il ne fût pas possible aux orateurs de s'en écarter, et qu'une seule séance pût suffire pour terminer la discussion. Il faudrait pour cela qu'on se bornât, à l'avenir, à parler sur ces trois points exclusivement : y a-t-il des tumeurs fibreuses du sein? Ces tumeurs sont-elles susceptibles de dégénérer? Est-il nécessaire de les opérer?

M. le président : Il y a trois propositions, l'une de clore immédiatement la discussion, en réservant toutefois à M. Cruveilhier le droit de parler le dernier pour résumer la discussion; la seconde d'accorder la parole à celles des personnes inscrites qui n'ont pas encore été entendues; enfin la troisième de continuer la discussion. Je vais mettre la première aux voix.

La première épreuve est sans résultat. 13 membres votent pour la clôture, 13 contre. Le président engage tous les membres à voter et procède à une seconde épreuve. 25 membres votent pour la clôture; 20 votent contre. La clôture est prononcée. M. Cruveilhier a la parole pour résumer la discussion.

M. Cruveilhier : Plusieurs de mes collègues ont dit que j'avais fait beaucoup de concessions; quelques-uns même m'ont félicité d'avoir amendé mon opinion. Je n'accepte point la position qu'on a voulu me faire. La doctrine que j'ai soutenue n'est point une doctrine préconçue; elle est fondée sur des recherches anatomo-pathologiques et sur des études cliniques nombreuses et suivies. La conviction qui en est résultée dans mon esprit est telle, qu'elle n'a pu être ébranlée par la discussion dont cette doctrine a été l'objet. Afin de mieux l'établir, je reprendrai une à une les propositions de mon mémoire.

Première proposition : Les corps fibreux sont incapables de la dégénération cancéreuse. C'est là, pour moi, la proposition fondamentale de tout ce travail. Eh bien! je le demande, cette proposition a-t-elle été sérieusement attaquée? Je déclare qu'à cet égard ma conviction reste entière. Sans doute les tumeurs fibreuses peuvent subir avec le temps certains changemens, certaines modifications qui auront pu peut-être en imposer pour une véritable dégénérescence; elles peuvent se ramollir, se pénétrer de pus, de sang, se transformer en tissu cartilagineux ou osseux même, mais en tissu cancéreux, jamais. Telle était aussi l'opinion de Bayle. On a invoqué contre moi l'opinion de Dupuytren ; je la récuse, parce que Dupuytren n'a rien écrit lui-même là-dessus et que je n'accepte pas les opinions transmises par une voie indirecte; je la mets donc hors de cause. J'ai dit que j'étais tellement persuadé que les tumeurs fibreuses n'étaient point susceptibles de subir la dégénération cancéreuse, que dans le cas où un sein sur lequel il existât une tumeur fibreuse vînt à être le siége d'un cancer, le corps fibreux seul pouvait rester à l'abri de la génerescence cancéreuse. J'en ai cité un exemple. Je viens de lire à l'instant dans un ouvrage publié tout récemment (le Traité de chirurgie de M. Nélaton) une observation tout à fait analogue. Il s'agit d'un utérus cancéreux, dans lequel on trouva quatre corps fibreux intacts. M. Hervez de Chégoin, si compétent dans cette matière, n'a-t-il pas dit qu'il n'avait jamais rencontré cette dégénérescence. Ce qui a pu en imposer à l'égard des corps fibreux de l'utérus, c'est l'existence d'une enveloppe charnue dont sont ordinairement revêtus ces corps, laquelle enveloppe peut seule dégénérer, le corps fibreux restant intact.

2e *proposition* : La mamelle est l'un des organes les plus sujets à la production des corps fibreux. Cette proposition n'a même pas été attaquée.

Nous avons entendu M. Roux dire que j'avais porté la perturbation dans les esprits. Soit. Mais c'est la perturbation qui précède la lumière. M. Roux ne nous disait-il pas lui-même tout à l'heure qu'il y a vingt ans on extirpait de simples hydrocèles pour des tumeurs cancéreuses du testicule, et qu'on devait aujourd'hui à un nouveau moyen de diagnostic, de ne plus commettre de semblables méprises. Eh bien! aujourd'hui on extirpe des tumeurs fibreuses pour des cancers; si mes recherches peuvent avoir pour résultat la découverte d'un moyen de diagnostic analogue, je me féliciterai d'avoir causé cette perturbation.

3e *proposition* : Les corps fibreux de la mamelle sont plus fréquens à eux seuls que toutes les autres tumeurs ensemble dont cet organe peut être le siége. Je me suis appuyé pour établir cette proposition sur les faits publiés qui prouvent l'existence de ces corps, et j'ai ajouté aux preuves anatomo-pathologiques les preuves cliniques. J'invoque d'ailleurs l'opinion de MM. Morean, Mélier, Jolly, qui ont vu comme moi un grand nombre de faits de ce genre. J'invoque enfin les faits d'Astl. Cooper qui, sous le nom de tumeurs mammaires chroniques, a décrit ces mêmes tumeurs que j'appelle des corps fibreux.

4e *proposition* : Les corps fibreux peuvent être distingués par des signes certains des engorgemens inflammatoires chroniques et des tumeurs cancéreuses. Cette proposition est celle qui a été le plus contestée. Cependant M. Roux nous a dit qu'il avait pu prédire à plusieurs malades que les tumeurs qu'il leur avait enlevées ne récidiveraient point. Il reconnaît donc des caractères qui permettent de distinguer les tumeurs qui peuvent récidiver et celles qui ne récidivent pas. M. Blandin m'a fait remarquer qu'il y avait telles tumeurs enkystées qu'il était impossible de distinguer d'avec les tumeurs fibreuses. Cela est vrai ; je ferai remarquer cependant à mon tour que ces deux tumeurs ont une marche très différente. Je n'ai pas prétendu d'ailleurs que ce diagnostic fût toujours facile, j'admets même des cas où il est très difficile ; mais je persiste à dire que dans le plus grand nombre des cas il est possible, à la condition de tenir compte de toutes les données. Si la difficulté du diagnostic est si grande, je l'ai déjà dit, et je le répète, c'est parce que l'anatomie pathologique des tumeurs du sein n'est point encore faite.

5e *Voici ma dernière proposition* : L'opération, dans les cas de tumeurs fibreuses, n'est nullement nécessaire. Vous avez entendu M. Roux dire que la plus petite opération n'est pas innocente. C'est là aussi mon opinion. Il n'y a pas de petite opération chirurgicale. C'est pour cela que je crois important d'en restreindre le plus possible la nécessité.

Les préoccupations du cancer comme conséquence de toutes les tumeurs des mamelles est telle, que nous avons entendu dire que le diagnostic de ces tumeurs est peu important au point de vue pratique, étant toutes susceptibles de dégénérer. M. Amussat se reconnaîtra dans ces paroles. Il nous a montré comme un exemple de ce qu'il a avancé une tumeur crânienne qu'il a extirpée et qu'il dit être un kyste dégénéré. Cette tumeur n'était point un kyste, mais une sorte de corps variqueux, une tumeur érectile. J'admets pour les kystes comme pour les tumeurs fibreuses la loi d'incompatibilité avec le cancer.

M. Cruveilhier termine par quelques considérations sur la récidive et sur la diathèse cancéreuse, en réponse à l'argumentation de M. Hervez de Chégoin. Si nous avons bien entendu, M. Cruveilhier admet comme M. Hervez que le cancer est l'expression d'une diathèse générale, mais il diffère avec lui d'opinion en ceci, que M. Hervez considère le cancer comme une sorte d'émonctoire qu'il serait souvent dangereux de supprimer tant que la diathèse subsiste, et que c'est à cette suppression intempestive qu'il faut attribuer les récidives si fréquentes lorsqu'on opère de bonne heure ; tandis que lui, M. Cruveilhier, pense qu'indépendamment de la diathèse il faut tenir compte de l'infection générale qui résulte de la résorption des matières liquides et des détritus du cancer, d'où une double source de récidive, une double série de phénomènes à suivre dans la marche du cancer. En résumé, son opinion est que tant que la diathèse existe on opérerait en vain, la récidive étant toujours imminente.

M. Bousquet demande à l'Académie la permission d'insérer, dans le prochain numéro du Bulletin, les discours écrits que plusieurs membres se proposaient de lire dans cette séance.

M. Lisfranc s'oppose énergiquement à cette proposition, qu'il considère comme contraire au réglement et attentatoire aux droits qu'ont les rapporteurs ou les auteurs de mémoire de prendre les derniers la parole.

M. Delens demande que ces discours soient lus dans la prochaine séance, si M. Cruveilhier ne s'y oppose pas, ou bien qu'ils soient déposés immédiatement sur le bureau.

M. Lisfranc insiste de nouveau pour qu'on ne lise ni n'imprime ces discours : ce serait, dit-il rentrer dans la discussion ; or, l'Académie ne peut pas revenir sur sa décision.

MM. Gerdy et Velpeau appuient la proposition de M. Bousquet. M. Velpeau rappelle qu'il existe des précédens à cet égard à l'Académie, et que cela se pratique très souvent à l'Académie des sciences.

Sur l'invitation du président, l'un des secrétaires lit les articles du règlement qui ont trait à cet incident. Ces articles ne contiennent aucune disposition qui s'oppose à l'insertion demandée.

La proposition de M. Bousquet est mise aux voix et adoptée. MM. les membres qui se proposaient de faire des lectures sont invités à déposer leurs manuscrits sur le bureau.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chimie pathologique, ou recherches sur les solides et les liquides du corps humain, dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie ; par le docteur S.-D. Lhéritier. — 735 pages in-8°. Paris, 1843 ; chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Au milieu des travaux sans nombre auxquels se livre l'intelligence active de l'homme sur tant de points différens et dans des directions si variées, il n'en est pas de plus important sous le point de vue général, et surtout pour l'homme de l'art, que ceux dont s'occupent en ce moment plusieurs chimistes du premier ordre sur l'étude des corps organisés. Il y a quelques années à peine qu'on désespérait encore, pour ainsi dire, que les sciences physico-chimiques pussent jamais porter quelque jour sur les phénomènes si compliqués de l'organisation, et voilà que déjà de nouvelles et importantes découvertes sont faites dans ce monde jusqu'ici inconnu et semblent menacer de jeter la lumière sur les mystères les plus profonds et les plus chers à l'homme. Déjà quelques phénomènes de l'organisation ont été étudiés avec assez de succès pour qu'on ait reconnu manifestement qu'ils ne sont qu'un résultat des lois générales de la nature. Les progrès de la science moderne sous ce point de vue sont incontestables : chaque jour le domaine, autrefois si vaste, des causes ocultes se rétrécit. Cependant on ne s'en est pas tenu à ces résultats, déjà si beaux, et on a affirmé qu'il en était de même de tous les faits jusqu'ici rebelles aux explications physico-chimiques, et que les mêmes lois expliqueraient non seulement les produits organiques, mais encore les produits sensoraux, intellectuels et moraux. Quelques années encore, et si nous en croyons nos hardis investigateurs, cette soif insatiable de l'homme pour le savoir, ce besoin de se connaître lui-même, auront été satisfaits. Quoi qu'il en soit de ces prédictions, qui ne se réaliseront probablement jamais dans toute leur étendue, on ne peut nier cependant que cette partie de la science ne présente en ce moment un champ vaste et fertile, qui ne peut manquer d'être fécondé par les travaux dirigés de toutes parts à surface. Aussi ne sera-t-il pas sans utilité, en attendant de nouveaux progrès, de déterminer le point de départ des recherches à venir. Ce travail, qui, nous le confessons, serait beaucoup au-dessus de nos forces, nous le trouvons tout fait dans l'ouvrage de M. Lhéritier, qui offre un tableau tout à fait complet de l'état actuel de nos connaissances chimiques sur les liquides et les solides du corps humain. Nous nous proposons de reproduire ici les principaux traits de quelques-uns des points les plus importans de ce travail, sans prétendre à en présenter une analyse complète, qui ne pourrait, dans tous les cas, remplacer l'ouvrage auprès du lecteur.

Le Traité de chimie pathologique est distribué en dix chapitres, dans lesquels l'auteur étudie successivement l'histoire chimique du sang, de la lymphe, du chyle et des vaisseaux qui les contiennent, celle des produits et des organes qui concourent à la digestion, de l'urine et des reins, des tissus cellulaire et adipeux, des membranes séreuses et de leur sérosité, des membranes muqueuses et de leurs sécrétions, du système nerveux, des organes des sens externes, des organes de la génération, de l'appareil locomoteur, et enfin des produits morbides.

Cette distribution toute rationnelle et physiologique permet à M. Lhéritier d'entrer dans tous les développemens nécessaires, sans craindre de répétitions et d'oublis graves. Ainsi, le premier chapitre comprend l'histoire des trois fluides qui sont destinés à fournir tous les élémens à l'économie : le chyle, la lymphe et le sang. Dès les premières pages et à l'occasion de la graisse qui se trouve dans le chyle, l'auteur agite la question de l'origine de cette substance, qui ne serait, dit-on, dans le chyle qu'en raison de celle que renfermeraient les alimens. « Quant à moi, dit-il, je ne le crois pas, et je suis bien plus disposé à admettre que l'organisme transforme la matière des alimens d'une manière correspondante à sa nature, et que la digestion peut ainsi former la graisse avec des substances qui n'en contiennent pas (1). »

La chimie a jeté quelque jour sur la discussion soulevée par les physiologistes relativement à la nature de la lymphe, laquelle ne serait pour quelques-uns qu'une partie du sang artériel ramenée au cœur par les vaisseaux lymphatiques, tandis que, pour d'autres, ce liquide n'est que le produit de l'absorption interstitielle et le résultat d'une digestion générale, comme le chyle résulte de la digestion intestinale. Cette dernière opinion, qu'adopte l'auteur, contre l'autorité de Dupuytren et de M. Magendie, est appuyée de preuves qui ne semblent pas permettre de douter de son exactitude. Ce serait à la langueur insolite de l'absorption générale, à l'imperfection de l'assimilation et à l'atonie des vaisseaux lymphatiques, qui ne peuvent transporter la sérosité trop abondante qu'ils ont absorbée, que seraient dues, dans l'opinion de M. Lhéritier, chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, la prédominance de la partie séreuse du sang, la flaccidité des muscles, la faiblesse des mouvemens circulatoires et l'état des vaisseaux lymphatiques, que l'on trouve souvent, à l'ouverture des cadavres des hydropiques, gorgés de fluides.

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, à une époque où l'opinion opposée était en grande faveur parmi nous, un changement s'est opéré dans l'opinion sur ce point de doctrine, et on est revenu, ou à peu près, aux idées exprimées ici par M. Lhéritier.

L'histoire chimique du sang offre tant de détails et tant de points importans qu'il nous est impossible de suivre l'auteur dans ce vaste travail. Cependant nous ne pouvons nous dispenser de signaler quelques points spéciaux où il a fait preuve d'une bonne méthode et d'une excellente direction. Par exemple, après avoir prouvé l'insuffisance de toutes les explications qui ont été données de la coagulation du sang, il en conclut que ce fluide doit sa fluidité à sa propre vitalité et à celle des vaisseaux qui le contiennent, et que la perte de cette vitalité est nécessairement la cause de la coagulation, ce qui lui permet d'expliquer pourquoi le sang reste longtemps fluide dans les vaisseaux des animaux assommés et de ceux qui succombent à une mort instantanée, chez lesquels, par conséquent, la vitalité n'a pas subi d'épuisement progressif, et comment des caillots sanguins peuvent se développer quelquefois dans les cavités du cœur, pendant le cours d'une asphyxie, d'une syncope ou de toute autre maladie où les forces vitales sont anéanties.

La cause de la différence de couleur entre le sang artériel et le sang veineux ne dépend point de l'action de l'oxigène, qui ne joue dans l'artérialisation qu'un rôle à peu près passif. La couleur écarlate est la couleur naturelle du sang et est due à l'action des sels sur l'hématosine; quant à la couleur noire du sang veineux, elle est due à l'acide carbonique, lequel lorsqu'il est déplacé, éliminé par l'air introduit dans le poumon pendant l'inspiration, permet au sang de passer du noir au rouge artériel au moment où les sels peuvent agir librement sur la matière colorante.

On savait *à priori* que le sang variait dans les différens vaisseaux d'un même ordre; mais l'expérimentation n'avait encore fourni que des résultats assez obscurs; de nouvelles expériences rapportées par M. Lhéritier sur le sang de la jugulaire comparé à celui de la veine-cave et sur celui de la veine-porte, permettent de signaler quelques différences encore peu importantes, mais cependant assez tranchées pour servir de point de départ à d'autres expériences.

L'origine de la chaleur chez les animaux a été l'occasion de nombreuses discussions qui ne pouvaient trouver place dans le travail de M. Lhéritier. Aussi s'est-il contenté, après avoir exposé rapidement l'opinion de Chossat et celle de Chaussier, de rapporter quelques expériences sur cette question importante, et desquelles il croit pouvoir conclure que la principale cause de la calorification réside dans les combinaisons opérées entre les élémens du sang et l'oxigène absorbé pendant l'acte respiratoire, ou dégagé dans la trame, dans la gangue même des tissus à la suite et par le fait des réactions moléculaires qui constituent la nutrition. Peut-être eût-il été convenable de mentionner à cette occasion quelques autres recherches et surtout l'explication donnée puis abandonnée par Mitscherlich, et reprise récemment par MM. Muller et Dumas, et qui fait jouer à l'acide lactique un rôle si important parmi les réactions moléculaires qui s'opèrent dans le sang.

Les altérations du sang sont aujourd'hui l'une des divisions les plus importantes de la chimie organique, et leur étude occupe une grande partie de l'ouvrage de M. Lhéritier, où elles sont classées suivant qu'elles affectent la quantité et la qualité ou les principes constituans du sang dans les divers états pathologiques.

Ne pouvant reproduire tous les développemens contenus dans ce travail, nous nous bornerons à signaler quelques-uns des faits les plus remarquables et de ceux surtout qui résument la discussion.

L'étude de la pléthore et de l'anémie, éclairée par de nombreuses expériences sur le sang des sujets qui se trouvent dans ces deux états opposés, démontre qu'ils consistent principalement dans une modification de quantité des globules, du fer et de l'eau que contient le sang. Dans la première, il y a modification en plus; dans la seconde, modification en moins.

Le traitement de la pléthore est moins facile que celui de l'anémie; car il ne suffit pas toujours de boire beaucoup, ni de se soumettre exclusivement à l'usage des végétaux et des boissons rafraîchissantes, pour atténuer le nombre des globules et combattre les accidens de la pléthore. Les moyens les plus utiles (à part la saignée, qui n'a qu'un effet très momentané), consistent dans l'emploi des laxatifs et de l'hydrochlorate d'ammoniaque. L'auteur assure être parvenu à modifier notablement la quantité des globules chez des lapins auxquels on avait donné, pendant quinze jours, outre leurs alimens ordinaires, deux poignées de son additionné de 1 gramme 25 centigrammes d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Les altérations de nature et de proportion varient nécessairement suivant les principes constituans du sang; pour ce qui est de l'eau, par exemple, il suffit de se rappeler les usages auxquels sert ce liquide dans le sang, pour apprécier combien il est important d'en étudier les variations; pour l'albumine encore, bien que ces usages soient moins connus, on sait qu'elle existe dans le sang en plus ou moindre quantité, ou qu'elle en est précipitée plus ou moins facilement dans divers états morbides. Aux faits de ce genre déjà connus dans la science, bien qu'un peu vaguement, nous devons ajouter qu'il résulte, des recherches propres à l'auteur, que la proportion de l'albumine s'accroît de 2 pour 100, environ, dans la plupart des exanthèmes, principalement avant l'éruption. Ce que nous venons de dire de l'eau et de l'albumine, nous pourrions le dire également des sels qui exercent une action si évidente sur la matière colorante et la fibrine du sang, et dont la quantité diminue si notablement, d'après le docteur Stevens, dans les fièvres graves; des globules qui sont encore si mal connus, de la matière colorante qui offre, dans différentes affections, des changemens si utiles pour la séméiologie, et enfin, de la fibrine, dont on a fait depuis quelques années un moyen de diagnostic, mais sur l'exactitude duquel les pathologistes sont loin d'être d'accord. Ici, se rattachent les nombreuses explications pour la formation de la couenne, que M. Lhéritier rattache à des circonstances multiples, soutenant que la rapporter à une action unique, c'est vouloir rester en dehors de la vérité.

Les causes des altérations du sang considérées sous le point de vue de leur mode d'opération sont divisées en cinq classes:

1° Celles qui vicient les fluides dont le sang est formé. C'est dans les alimens de mauvaise qualité que l'on doit chercher les sources principales de ces viciations.

2° Celles qui troublent ou empêchent les fonctions de sécrétion et d'excrétion. A cette classe appartiennent tous les changemens survenus dans les sécrétions. Citons pour exemple, avec l'auteur, ceux que subit le sang pendant les fortes chaleurs. Il résulte, d'observations exactes, que l'accroissement de la chaleur atmosphérique, principalement quand l'air est humide et chargé de miasmes, diminue l'action de la respiration sur le sang, et que l'acide carbonique et d'autres élémens impurs, imparfaitement éliminés par cette voie, sont en partie combinés pour former la bile, alors plus abondante que de coutume et souvent altérée, et en partie excrétés par les surfaces intestinales et par la peau. Si les fonctions de ces organes, le foie, la peau et les surfaces intestinales, qui suppléent ainsi à la diminution d'action des poumons, sont enrayées par une circonstance quelconque, les matières qu'ils auraient dû séparer du sang s'y accumulent nécessairement et le vicient.

3° Celles qui contaminent les parties avec lesquelles elles sont en contact. De ce nombre sont les cas où des matières putrides sont introduites dans le sang, et probablement toutes les affections contagieuses.

4° Celles qui agissent sur le système vasculaire directement ou indirectement, au moyen des nerfs. Tels sont les acides, les alcalis fixes ou volatiles, leurs sous-carbonates, les sels métalliques, les astringens, l'alcool, la teinture d'opium, l'huile essentielle de térébenthine, etc., etc.

5° Enfin, celles qui sont constituées par le passage dans le sang des matières formées dans le corps lui-même. Ces matières sont, ou des produits de la sécrétion (bile, urine, lait), bien qu'on n'ait jamais démontré que ces produits existassent dans le liquide sanguin, ou des produits sans analogies dans l'organisme sain; tels sont le pus, la matière cancéreuse et divers corps inorganiques, comme l'ammoniaque, etc.

Après les considérations générales qui ressortent de cette classification des causes nombreuses auxquelles on attribue les altérations du sang, l'auteur passe à l'examen de celles de ces altérations qui ont été observées dans certaines conditions organiques; dans les fièvres, dans les phlegmasies, les névroses, la goutte, le choléra, le diabète, etc. Mais comme dans cette partie et dans la suivante, où l'auteur cherche à indiquer le traitement qui convient dans ces altérations, il n'y a rien qui ne soit déjà connu, il nous suffit d'avoir indiqué l'ordre dans lequel sont exposés les faits qui se rattachent à ces points dont l'étude est si peu avancée.

L'histoire de la salive, du suc gastrique, du suc pancréatique de la bile et du mucus du tube digestif, suivie de l'étude du rôle chimique que ces produits exercent relativement à la digestion, occupe une portion importante du volume. Dans ce chapitre, comme dans les autres, mais dans cette partie surtout, l'auteur ne se borne pas à présenter seulement les résultats chimiques, mais il appelle à son aide toutes les sciences qui peuvent éclairer les études médicales, s'appuyant sur des faits empruntés à la physiologie et à l'anatomie comparées et attribuant dans ses recherches une bien plus grande part à la pathologie que n'en accordent ordinairement, nous ne dirons pas les chimistes lorsqu'ils s'occupent de ces questions, mais même la plupart de ceux qu'on regarde comme des pathologistes purs. Tout en mettant en relief les influences chimiques, il tient cependant compte de l'action des propriétés vitales dont l'étude seule établit une distinction entre le médecin et le chimiste ou le physicien. L'article consacré à l'étude de la bile et de son influence est l'un de ceux dont la lecture sera le plus profitable. Nous avons indiqué déjà comment M. Lhéritier explique l'action de la sécrétion biliaire dans certaines conditions de climat ou de température; ici nous trouvons de nombreuses applications de ces données à l'étude des constitutions bilieuses. L'explication suivante de ces ictères par cause morale qu'on a expliqués par un spasme que per-

sonne n'a ni vu ni démontré nous fera voir avec quelle juste critique notre auteur chimiste admet les explications fournies par les sciences physico-chimiques. «Ce spasme du conduit hépatique me paraît une chose, sinon impossible, au moins difficile à admettre, et je crois beaucoup plus rationnel de supposer que l'ictère par émotion morale ou avec plaie de tête prend son origine dans une dépression du système nerveux, dépression qui jette le foie dans la torpeur, et qui le met dans l'impossibilité de sécréter du sang les élémens de la bile; d'où je conclus que ces variétés de jaunisse sont des jaunisses par défaut de sécrétion, et non par résorption; peut-être même est-il des cas de plaies de tête où l'état fonctionnel du foie n'est pour rien dans la teinte jaune que présente la peau; le fait suivant paraît l'attester. » Ici l'auteur rapporte le cas d'un charpentier qui, ayant reçu sur le côté gauche de la tête une pierre du poids de 125 grammes, put reprendre ses travaux au bout de trois jours, mais qui alors offrit depuis l'épaule droite jusqu'à l'extrémité des doigts une couleur jaune ictérique très-prononcée, un ictère partiel. Voici comment il se l'explique : « Le sang subit dans nos tissus des transformations dont l'ensemble constitue la nutrition; mais quel est l'agent qui préside en dernier ressort à ces transformations ? le système nerveux; eh bien ! ici le cerveau avait été commotionné, il en était résulté une sorte d'anervie locale qui s'était opposée à ces transformations nutritives; les élémens du sang n'avaient point été convenablement élaborés, dissociés, combinés et la matière colorante jaune, bilieuse, contenue dans ce liquide, s'était trouvée mise à nu. »

Après l'étude des produits de la digestion vient celle de l'urine, sur laquelle les travaux récens et ceux surtout de MM. Rayer et Becquerel ont jeté quelque jour. Ici encore l'auteur fait la part des sciences physico-chimiques et de la pathologie proprement dite; ainsi au lieu de repousser, comme le font quelques hommes dont au reste nous honorons le mérite, le passage du pus dans les urines à la suite de la résorption métastatique, il cite un exemple remarquable de ce phénomène critique et qu'il a observé lui-même. Ainsi encore la cause première de la formation du sucre dans le diabète lui paraît évidemment consister dans une perversion de la vitalité des organes digestifs, perversion qu'il serait disposé à placer sous la dépendance d'une névrose du système nerveux organique.

La chimie n'a encore révélé que des faits bien insignifians sur le système nerveux, ce point de départ de toutes les manifestations et de toutes les influences vitales. « S'il existe, dit notre auteur, quelques rapports entre les propriétés chimiques du cerveau et la nature des actes intellectuels, il serait sans donte intéressant de les connaître; mais je ne pense point qu'on y arrive jamais. Je me suis souvent demandé, par exemple, quelle différence dans la composition, dans les proportions des élémens chimiques de l'encéphale, pourraient expliquer les différences qui se manifestent dans l'entendement de tels on tels sujets, de l'enfant et de l'adulte, de l'homme fait et du vieillard, de l'homme plein de sens et de l'insensé; ces questions ne m'ont conduit qu'à des réflexions décourageantes. » Nous n'ajoutons point foi à ce découragement, car nous ne pensons pas que l'auteur, au sens droit duquel nous avons payé jusqu'ici de justes éloges, ait pu espérer d'arriver à la solution de ces questions, probablement insolubles pour la chimie actuelle et future.

La sueur ou transpiration sensible est loin d'être un produit toujours identique; l'âge, le sexe, l'état morbide influent sur sa qualité et sa quantité. « Si, dit M. Lhéritier, considérant ce produit de sécrétion sous le point de vue physiologico-pathologique, nous réfléchissons au caractère d'oscillation qui domine partout où il y a vie, nous concevrons sans peine combien les caractères physiques et chimiques de la sueur devant présenter de variations, non seulement dans la santé, mais encore pendant le cours des maladies.... Faut-il, en effet, s'étonner de voir l'exhalation cutanée se supprimer, s'accroître, perdre ses qualités normales, en revêtir de nouvelles pendant le cours des maladies si variées, lorsque nous réfléchissons aux nombreux rapports d'antagonisme existant entre les fonctions de la peau et celles des autres organes, antagonisme qui révèle la tendance de l'organisme à rétablir l'équilibre troublé par l'élément morbide, antagonisme qui se traduit si souvent à nos yeux par l'accroissement d'une activité plastique dont le résultat constitue une formation à laquelle nous donnons le nom de crise... Comparons les poumons et la peau; nous voyons aussitôt l'antagonisme existant entre ces organes, chargés tous les deux d'accomplir une sécrétion aqueuse. La peau vient-elle à recevoir l'impression d'un froid vif, son activité languit, sa sécrétion se supprime, et les poumons, protégés par leur position, ressentant moins l'action de la température extérieure, cherchent à rétablir l'équilibre, par compensation; mais alors ils deviennent fréquemment le siége de symptômes inflammatoires. La peau est également en antagonisme avec les reins et les organes digestifs, avec la sécrétion séreuse du tissu cellulaire, d'où résultent des accidens d'une autre nature. En un mot, la peau présentant une large surface en contact avec un milieu dont la température varie à chaque instant, et ses fonctions étant essentiellement éliminatrices, il n'est pas surprenant que toute suppression on toute perversion de ces fonctions ait un grand retentissement dans l'économie. »

Si ces considérations n'empruntent aucun intérêt des données fournies par la chimie, c'est que la chimie est encore muette sur la cause de ces nombreuses variations qu'offre la transpiration cutanée, même dans ses caractères chimiques, et que les études auxquelles les chimistes se sont livrés sur ce produit et qui sont exposées d'une manière bien complète dans le travail de M. Lhéritier n'ont encore fourni aucune application importante à la pratique.

On peut en dire autant des produits des organes de la génération, du sperme et des testicules; leur analyse chimique n'a encore révélé aucun fait qui eût quelque rapport à leur destination et au rôle important qu'ils jouent dans l'économie. Il en est autrement du lait qui, étant l'un des produits organiques les moins avancés, peut être facilement suivi dans les diverses transformations qu'il éprouve et pour ainsi dire jusque dans l'action qu'il exerce sur l'économie. Il y a cependant un fait important à remarquer ici, c'est que malgré le grand nombre de travaux dont le lait a été, depuis quelques années, l'objet de la part de chimistes habiles, on a découvert peu de faits d'une grande valeur pratique et le plus souvent les résultats n'ont abouti qu'à confirmer par la voie scientifique une foule de données utiles auxquelles les hommes n'étaient arrivés que par l'expérience seule et l'empirisme. Nous signalons cependant l'article relatif au lait, comme l'un des plus complets de tout l'ouvrage et comme l'un des plus remplis de faits pratiques et usuels.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les développemens dans lesquels il entre sur la composition des os, et où il repousse la prétendue distinction sous le point de vue clinique, établie par Delpech, entre la nécrose et la carie, et spécialement sur les produits morbides. Nous trouverions une étude aussi complète que possible du pus, du tubercule, du squirrhe et des calculs bilieux et urinaires; nous y verrions M. Lhéritier repoussant ces opinions si tranchées qui ont attribué la production du tubercule à une inflammation que rien ne décelait; car, pour lui, le tubercule est une matière hétérogène susceptible de se développer sous l'influence de causes multiples, toutes les fois que la diathèse tuberculeuse existe. Nous trouverions encore ailleurs, par exemple à l'occasion du traitement des calculs urinaires, question si vivement agitée de nos jours, des opinions toujours bien motivées et émises sans fracas ni enthousiasme. Telle est, au reste, la manière de l'auteur dans tout le cours de son ouvrage; aussi, à peine avions-nous lu la première page, que déjà nous prévoyions l'opinion qu'il émettrait sur une foule de points qu'on dit encore contestés; et ici nous ne voulons point articuler un blâme contre lui, laisser entendre qu'il avait un parti pris d'avance sur tous ces points; loin de là. Mais, qui ne sait que certains hommes entendent toutes les questions dans un sens contradictoire à la raison, et arrivent presque nécessairement à l'erreur sur la plupart des points. Eh bien ! il en est heureusement d'autres qui suivent une ligne entièrement opposée, qui arrivent moins souvent à l'erreur, et se rapprochent plus fréquemment de la vérité. C'est parmi ces derniers que, de notre point de vue, nous croyons devoir ranger M. Lhéritier, dont le travail porte le cachet de la bonne foi, de la réflexion, du désir de la vérité, mais sans passion ni exagération; c'est l'impression que nous en a laissée une lecture attentive.

Si nous étions tenus d'être sévère dans notre jugement sur ce travail, nous dirions pourtant qu'il offre quelques parties faibles, des assertions qui ne sont pas appuyées de preuves, si même elles ne sont pas évidemment fausses. Ainsi, est-il vrai, comme le dit M. Lhéritier, qu'on ait vu les glandes de Peyer se tuméfier, s'enflammer et s'ulcérer à la suite de l'introduction de matières putrides dans le système veineux ? Nous ne le pensons pas. L'hypothèse dans laquelle il suppose que les cheveux ont été placés en grand nombre au *sommet de l'homme* pour y servir, comme autant de pointes, au dégagement du fluide électrique, est-elle bien probable ? Il est au moins permis d'en douter. Mais ces taches légères ne nuisent point à la valeur réelle du TRAITÉ DE CHIMIE PATHOLOGIQUE, qui est aujourd'hui un des meilleurs ouvrages que nous ayons sur la matière.

— La réunion des professeurs particuliers, pour la distribution des amphithéâtres de l'école pratique pour les cours d'été, aura lieu à la Faculté mercredi prochain, 3 avril, à midi.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 6 AVRIL 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

M, MALGAIGNE ET LA MYOTOMIE RACHIDIENNE A L'ACADÉMIE.

> S'attacher par nn bonteux artifice de paroles à flétrir les découvertes d'autrui, non pour y corriger quelque chose, mais bien pour dénigrer les travaux des savans, cela ne me paraît ni un but ni une œuvre d'intelligence, mais bien plutôt une preuve de mauvaise nature ou d'impéritie.
>
> (Hippocrate, De l'Art. Trad. de M. Daremberg, p. 12.)

On n'a pas onblié que M. Malgaigne, voulant pronver l'inexactitde du relevé statistique de M. Guérin, avait déclaré avoir visité tons les malades du service de ce médecin, sans rencontrer une seule guérison. On n'a pas oublié non plus que vérification faite de cette assertion, il est demeuré constant que M. Malgaigne n'avait pas même vu 9 des 134 malades qu'il avait dit avoir visités. Depuis lors, M. Malgaigne a senti sans doute le besoin de justifier ses déclarations *à priori*, et il s'est transporté réellement cette fois chez un certain nombre des malades de M. Guérin. C'est le résultat de cette enquête un peu tardive qu'il vient de communiquer à l'Académie.

Nous allons reprendre une à une, depuis la première jusqu'à la dernière, toutes les assertions de M. Malgaigne, et nous espérons démontrer jusqu'à l'évidence que son factum académique n'est qu'une nouvelle attaque contre la personne et le caractère de M. Guérin, à l'aide de *prétextes*, d'*équivoques*, de *subterfuges* et d'*assertions controuvées*, aussi indignes de la science que d'un corps savant devant lequel il a osé les porter. Nous examinerons successivement :

1° La base de son factum;
2° Ses renseignemens;
3° Ses assertions;
4° Ses conclusions.

§ Ier. — BASE.

M. Malgaigne fait reposer son attaque sur 24 cas traités dans le service de M. Gnérin. Il les catégorise comme il snit et dans les termes qui suivent.

1re Catégorie. « 4 malades qui ne sont *certainement pas guéris, mais les » renseignemens précis manquent* pour juger s'il y a eu *amélioration* ou » *aggravation*. Chez deux de ces malades, nous avons rencontré un manvais » vouloir qui venait de plus haut et que nous n'avons pu vaincre; mais il était » facile de constater par-dessus les vêtemens des saillies accusatrices; une troi» sième est allée au bureau central depuis sa sortie réclamer de nouveaux soins, » mais elle a donné une fausse adresse; la quatrième est à la campagne, et tout » ce que nous en *savons c'est qu'elle a encore aujourd'hui une gibbosité des » plus prononcées.* »

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

NAPLES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Le peuple napolitain est connu pour sa gaîté bruyante; il est remarquable par sa physionomie expressive et mobile, qui lui donne un caractère tout particulier, même en la comparant à celle des autres contrées méridionales. Pour bien étudier tous les accidens de ce curieux phénomène d'inervation, il faut aller dans la rue de Tolède ou suivre la route qui va de Naples à Portici. C'est là qu'est la place de l'observateur. Ces deux grandes lignes, le chemin de Naples à Portici et la rue de Tolède, sont, en effet, les lieux de passage les plus fréquentés et le rendez-vous ordinaire de la population. Rien n'est sans doute étourdissant comme ce pêle-mêle de promeneurs, de marchands et d'équipages dont les bruits de Paris ne peuvent donner qu'une idée très imparfaite. Mais les organes finissent par se faire à ce bruyant milieu, et on parvient bientôt à s'abstraire assez, au sein de ce tumulte, pour s'y livrer à l'aise aux méditations silencieuses de l'observation.

La première à laquelle on s'arrête, c'est celle que fait naître le spectacle du langage double en quelque sorte du Napolitain. Je n'ai pas besoin de nommer l'nn de ces langages; quant à l'antre, c'est la pantomime. Rien n'est curieux comme cette rare mobilité des yeux, de la bouche et de toutes les parties du visage. La physionomie est bien réellement chez le Napolitain l'expression littérale de sa conversation et de ses pensées. Cela est si vrai, qu'à distance et sans percevoir les sons du langage, on peut pour ainsi dire deviner en regardant les interlocuteurs, quelle passion les agite, et jusqu'anx phrases qu'ils échangent entr'eux. Il ne faut pour cela qu'un peu d'habitude. Toutefois, malgré la justesse de sa pantomime, le Napolitain ne l'emploie seule que dans des circonstances exceptionnelles. Il aime trop le bruit, au milieu des émotions de la rue de Tolède et de la route de Portici, pour ne pas user et abuser de la parole. Au sein de cette cohue, où se développe une sorte d'électricité qui s'empare de tout le monde, il met au service de ses plaisirs et de ses passions tous les moyens d'expression qui sont en lui, et on peut assister alors à des scènes où la mimique et la parole se combinent et s'harmonisent de la manière la plus pittoresque. Je me suis souvent mêlé à des groupes qu'agitait l'ardeur du jeu et de la dispute, et j'avais peine à suivre les mille détails d'expression qui se succédaient sur ces physionomies, tant ils étaient rapides et inattendus. Pour que ce spectacle ait tout son caractère, il faut que les acteurs appartiennent à ces natures fortes et passionnées que n'ont altérées ni le besoin ni la maladie. Mais par quelle organisation particulière les traits et le corps lui-même sont-ils donés d'une facilité si merveilleuse d'évolution? Cette facilité se développe sans doute par l'imitation et l'habitude; mais le point de départ est dans l'organisme lui-même. C'est par un surcroit d'inervation, d'activité, c'est par une sensibilité plus vive sur

Noms des sujets.

1° Fille Pierre, âgée de 14 ans, rue Neuve-Saint-Paul, 9; entrée le 28 juillet 1841, sortie le 2 octobre.

2° F. Gimbrey, âgée de 15 ans, rue Saint-Dominique, 28; entrée le 23 juillet 1841, sortie le 26 octobre.

3° Rose Beraud, 9 ans 1/2, rue du Vieux-Colombier, 3; entrée le 3 juillet 1841, sortie le 2 novembre. A passé dans deux institutions, toujours bossue; on ignore aujourd'hui où elle est.

4° Célina Lefèvre, 15 ans, rue Bourbon-Villeneuve, 41; entrée le 5 février 1841, sortie le 28 avril. Elle a été au bureau central, où M. Bouvier l'a examinée; mais a donné une fausse adresse.

2e Catégorie. « 7 malades sorties sans amélioration sensible ; de celles-ci, 3 » sont restées jusqu'à ce jour à peu près dans le même état; la déviation a empiré » chez les quatre autres. »

Noms des sujets.

1° Annette Masson, 11 ans, rue de Reuilly, 24; entrée le 28 juillet 1840, sortie le 7 décembre.

2° Eugénie Lebelle, 15 ans, rue du Gindre, 8; entrée le 5 août 1840, sortie le 9 novembre.

3° F. Henry, 12 ans 1/2, rue Neuve-des-Petits-Champs, 3; entrée le 3 novembre 1841, sortie le 11 décembre; rentrée le 22, sortie le 12 février 1842.

4° F. Chipault, âgée de 13 ans, rue Saint-Merry, 37; entrée le 29 octobre 1841, sortie le 5 janvier 1842; rentrée le 26 janvier, sortie le 6 avril.

5° F. Marguerettaz, 4 ans, rue des Fossés-Saint-Germain-l'Auxerrois, 5; entrée le 26 février 1841, sortie le 11 août. Aujourd'hui en Normandie.

6° Marie Jacquemin, 14 ans, rue des Récollets, 22; entrée le 8 mai 1841, sortie le 7 juillet.

7° Clotilde Thierry, 14 ans 1/2, rue de la Quintaine, à la Villette, 14; entrée le 23 avril 1842, sortie le 17 décembre.

3e Catégorie. « 7 malades, sorties avec une amélioration passagère qui n'a » pas duré au-delà de quelques mois ou même de quelques semaines; après quoi » la déviation a recommencé à faire des progrès; et chez 5 de celles-ci elle est » aujourd'hui beaucoup plus forte qu'auparavant. »

Noms des sujets.

1° Augustine Uschiels, 11 ans 1/2, rue Jean-Jacques-Rousseau, 15; entrée le 2 octobre 1841, sortie le 11 avril.

2° Alexandrine Poulet, 14 ans, rue Saint-Lazare, 126; entrée le 25 mars 1840, sortie le 4 septembre.

3° Mélanie Servan, 12 ans, rue de Londres, 23; entrée le 1er août 1839, sortie le 11 septembre; rentrée le 9 octobre, sortie le 24 mai 1840.

4° Adélaïde Michel, 14 ans, quai de Bercy, 39; entrée le 21 décembre 1840, sortie le 6 février 1841; rentrée le 21 août, sortie le 26 octobre.

5° Anaïs Boullay, 10 ans, morte en 1842; son père est employé à la poste, et elle a été vue par M. Bouvier; entrée le 5 août 1840, sortie le 30 novembre.

6° Joséphine Bourdon, 15 ans, rue de Bourgogne, 18; entrée le 2 septembre 1840, sortie le 14 mars 1841.

7° Clémence Lefèvre, 13 ans, rue Saint-Martin, 54; entrée le 1er août 1840, sortie le 3 octobre.

4e Catégorie. « 6 malades sorties avec des améliorations partielles et qui » persistent encore actuellement. »

Noms des sujets.

1° Pierrette Gérard, 14 ans, à l'octroi du Maine; entrée le 27 novembre 1841, sortie le 12 février 1842.

2° Mariette Raymond, 12 ans, rue d'Arcole, 19; entrée le 25 septembre 1841, sortie le 7 mai 1842.

3° Pauline Dumont, 12 ans, à Joigny; entrée le 3 octobre 1840, sortie le 4 juin 1841.

4° F. Lechner, âgée de 14 ans, rue des Vieux-Augustins, 4; entrée le 21 avril 1841, sortie le 16 juin.

5° Virginie Gaudet, 16 ans, Faubourg-Saint-Martin, 108; entrée le 18 décembre 1841, sortie le 7 septembre 1842.

6° Emilie Vernel, 19 ans; entrée le 3 août 1839, sortie le 16 mai 1840; rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, 5.

Après avoir indiqué ces quatre catégories, M. Malgaigne ajoute les réflexions qui suivent sur les six malades de la dernière.

« 1re malade. Elle était bossue et avait la tête fortement penchée à gauche; » aujourd'hui la tête est à peu près dans la ligne verticale; mais la malade est » beaucoup plus bossue qu'auparavant.

» 2e malade. Cas analogue au précédent, seulement l'inclinaison n'a été » qu'à demi corrigée; mais aussi la gibbosité n'a que médiocrement augmenté.

» 3e malade. Encore un cas du même genre ; l'inclinaison a été corrigée; la » gibbosité est restée la même; mais depuis la sortie de l'hôpital, il est survenu » une claudication considérable qui n'existait pas auparavant.

» 4e malade. Ici c'est la déviation qui paraît avoir été un peu redressée; et » la malade et la mère s'applaudissent beaucoup du résultat. Cependant la jeune » fille garde une gibbosité extrêmement marquée; et c'est une de celles sur les» quelles la myotomie a laissé les résultats les plus graves. Les 5e et 6e ma» lades offrent les améliorations les plus notables; et l'une d'elles n'est restée » que 55 jours à l'hôpital et a cessé tout traitement depuis. Malheureusement, » elles s'étaient engagées à se refuser à tout examen, et je n'ai pu constater » par moi-même l'état réel des choses. Seulement toutes deux ont bien voulu me » dire *qu'elles ont encore l'épaule un peu bombée en arrière, mais que* » *lorsqu'elles ont leur corset, on ne le dirait pas.* »

Telle est la base du factum de M. Malgaigne. On va en juger la valeur.

Le relevé de M. Guérin indique 155 cas de déviations de l'épine sans distinction des cas traités à l'hôpital ou à la consultation. Ces cas sont catégorisés comme il suit :

Guérisons complètes	24
Améliorations	28
Non améliorées	4
Mort	1
Non revues ou non traitées, ou encore en traitement	98
Total	155

C'est donc sur 155 cas qu'ont été pris les 24 cas cités par M. Malgaigne et non sur 57 comme il l'a gratuitement avancé. Pour dissimuler cette première inexactitude, M. Malgaigne a allégué qu'il n'avait fait porter ses calculs que sur les traitemens complets, et il a élagué immédiatement les 98 cas de la dernière section. Or cette section, qu'on le remarque bien, comprend les cas dont le traitement n'était pas encore *terminé*, ceux dont le traitement avait eu lieu, mais qui n'avaient pas été *revus*, et ceux enfin dont le traitement commencé n'avait pas eu de suite. Eh bien!

toute la surface dermique que les méridionaux se font remarquer généralement, comme on ne l'ignore pas. Eh bien! le Napolitain présente au plus haut degré ce caractère physiologique, qui s'est créé chez lui sous l'influence complexe du climat, des habitudes et des mœurs.

Mais une chose très remarquable, c'est qu'il y a une très grande différence entre le mode d'expression mimique des Napolitains de la ville et de ceux qui habitent les rives méridionales du golfe. Le Napolitain a moins d'activité, de mobilité dans la physionomie, moins de soudaineté dans les attitudes. Il lui faut le tourbillon du mouvement et le tumulte de la joie générale, pour qu'il s'éveille de sa douce oisiveté, *il suo dolce far niente*. Alors son visage s'anime, sa gaîté éclate, et il passe souvent toutes les bornes dans l'expression d'une joie qui touche presqu'au délire. Mais tout cela n'est pas pur. Il y a au fond de cette joie un peu de cette teinte mélancolique que Léopold Robert a imprimée sur les physionomies de ses *immortels moissonneurs*. Qu'on me permette ici une courte explication. C'est à tort qu'on crut, à l'époque où ce tableau fut connu, que le peintre, dont la pensée rêvait le suicide, avait jeté du bout de son pinceau sur les figures joyeuses de son œuvre, un morne reflet des douleurs sous lesquelles il devait succomber. On se trompait; car l'artiste n'avait fait que traduire exactement les résultats sérieux de son observation. Il y a, en effet, en Italie et surtout à Naples, des populations entières minées sourdement par de mauvaises influences et qui présentent le type que Robert a rendu dans toute sa triste vérité. Or, loin de se rapprocher de ce type si commun, les habitans des campagnes qui s'étendent depuis Naples jusqu'à la pointe de la Campanie s'en éloignent de manière à faire presque contraste. Quand la joie les agite, leur physionomie rayonne d'un éclat particulier. Lorsqu'ils se livent au plaisir, au milieu des fêtes de la cité, ou qu'ils animent par leurs chants et leurs provocations la route si vivante de Naples à Portici, cette joie devient épidémique. Il est difficile, quelque étranger qu'on soit à ces amusantes folies, ou par caractère ou par tempérament national, de ne pas s'y intéresser et souvent même de ne pas les partager. Cette influence est toute naturelle. Elle s'explique en quelque sorte par l'harmonie qui existe chez ces riverains du golfe de Naples, entre le sentiment qu'ils expriment et les conditions de santé dont ils jouissent. Malgré ces différences entre les habitans de la ville et ceux de la campagne, ces deux genres de population trahissent la même origine et conservent entr'elles beaucoup de points de ressemblance. Mais, je l'ai déjà fait remarquer, les uns vivent oisivement dans un milieu malsain, et les autres sous l'influence bienfaisante d'un air pur et d'une existence occupée.

Avec une activité si puissante de l'inervation dans l'état normal, la fonction nerveuse doit jouer un rôle de première ligne dans l'état morbide. On connaît déjà certaines habitudes du peuple napolitain qui ne font que développer l'irritabilité si vive de l'organisme. Or, ces causes réunies d'une part et de l'autre les provocations incessantes dont le tempérament, si bien disposé lui-même, est journellement l'objet, doivent déterminer une foule d'affections ou purement nerveuses ou compliquées d'un état spasmodique. Il est vrai que le Napolitain a quelques bonnes traditions qui peuvent modifier l'irritabilité mise en jeu par la chaleur ou les écarts et les habitudes du régime. Ainsi, il fait entrer dans sa nourriture le parenchyme juteux et sain de la pastèque ; et lorsqu'il a quelque menue monnaie, il visite le comptoir de l'*acquajolo*, où se débite de l'eau fraîche aro-

quelle raison M. Malgaigne a-t-il eué pour prétendre que ses 24 cas sont étrangers à cette catégorie ? Aucune. Mais, en revanche, il donne très explicitement lui-même des preuves du contraire ; nous allons les extraire de son factum.

Quelques-uns des sujets que nous avons examinés, dit-il, retournent encore à la consultation de M. Guérin (1). Donc leur traitement n'était pas terminé (catégorie des 98).

Quelques autres ont interrompu brusquement le traitement et n'ont pas voulu le terminer. C'est encore M. Malgaigne qui nous l'apprend (la fille Henry) (2) ; donc catégorie des 98.

D'autres (tonjours de l'aven de M. Malgaigne) sont dans les départemens ou bien on ne sait où (Rose Béraud (3), Célina Lefèvre (4), Marguerettaz (5).

Il en est enfin qui sont mortes depuis plusieurs années (Anaïs Boullay (6) ; ces malades n'ont donc point été *revues* ; catégorie des 98.

Donc des sujets qui revenaient à la consultation n'avaient pas fini leur traitement ; donc des sujets qui n'avaient pas voulu le continuer ne l'avaient pas achevé ; donc des sujets en Normandie ou dans l'autre monde depuis 1841 et 1842 n'ont pu être revus en 1843. Pour compléter l'édification du lecteur sur ce premier point, nous terminerons par le fait qui suit.

M. Malgaigne porte Célina Lefèvre, 1re catégorie de ses 24, comme examinée par M. Bouvier, et comme ayant donné une fausse adresse ; or, ladite Célina Lefèvre, que M. Bouvier a vue après son traitement, et sur laquelle M. Malgaigne a des renseignemens *authentiques*, est morte de fièvre typhoïde dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, où elle a été portée de l'hôpital des Enfans en 1841. Elle avait été prise de cette maladie pendant son traitement orthopédique ; et à cause de son âge (elle avait plus de 15 ans) elle a dû être transférée à Necker.....

M. Bouvier et la Société de chirurgie expliqueront comment ils ont fait pour vérifier l'exactitude du dire de M. Malgaigne sur ce point. Ce cas de Célina Lefèvre est précisément celui qui se trouve porté dans le relevé de M. Guérin à la colonne des morts, section des déviations de l'épine.

Enfin des 24 cas cités par M. Malgaigne, il en est 4, ceux de sa première catégorie, sur lesquels il est obligé de convenir qu'il n'a point de renseignemens précis. Ce qui réduit à 20 le nombre des cas qu'il dit avoir examinés.

(1) Voici le texte de M. Malgaigne : « Beaucoup d'entre elles (des malades » que j'ai examinées), après avoir quitté l'hôpital ont continué leur traitement » chez elles avec des corsets *fournis* par le chef du service (nouvelle reproduc- » tion de la diffamation pour laquelle M. Malgaigne a *demandé grâce*)... » Elles recevaient la visite tantôt de l'orthopédiste lui-même, tantôt de ses col- » laborateurs ; elles retournaient à la consultation, et quelques-unes y *retour-* » *nent encore*. »

(2) Texte de M. Malgaigne : « Elle est sortie de l'hôpital non guérie, *ne vou-* » *lant plus se soumettre* à aucun traitement. » (Malg., JOURNAL DE CHIRURG., 20 août 1842.)

(3) Texte de M. Malgaigne : « Elle a passé dans deux institutions, toujours » bossue ; *on ignore aujourd'hui où elle est*. »

(4) Texte de M. Malgaigne : « Elle a été au bureau central où M. Bouvier l'a » examinée, mais a donné une fausse adresse. »

(5) Aujourd'hui en Normandie, dit M. Malgaigne.

(6) M. Malgaigne nous apprend qu'elle est morte en 1842.

Voilà donc un premier fait établi, relativement à la base du factum de M. Malgaigne, que les 24 cas cités par lui portent sur les 155 cas du relevé et non sur 57 seulement. De plus, de son aveu, les 24 cas qu'il dit avoir examinés doivent se réduire à 20. De ce premier fait découlent d'importantes conséquences, savoir :

1° Qu'il est tout à fait impossible à M. Malgaigne de dire à laquelle des catégories du relevé, *guérisons*, *améliorations*, *non améliorations*, *cas indéterminés*, en tout 155, se rapportent ces 20 cas ; il ne peut sortir d'embarras qu'à l'aide d'équivoques, de suppositions gratuites et injurieuses.

2° Que la plupart de ces cas, se rapportant évidemment et d'après les indices fournis par M. Malgaigne lui-même à la catégorie des 98 cas indéterminés, ne peuvent prouver ni contre l'orthopédie, ni contre la myotomie rachidienne, ni contre l'exactitude du relevé de M. Guérin.

§ II. — RENSEIGNEMENS DE M. MALGAIGNE.

On ne dit rien du caractère général et moral de l'enquête : c'est un procédé qui n'avait pas eu d'exemple et qui n'aura probablement pas d'imitateur. Il est digne du but de celui qui l'a mis en usage ; voyons-en l'exécution et les résultats :

Pour juger du changement opéré par le traitement, il eût été indispensable que M. Malgaigne connût l'état des malades avant et après leur séjour à l'hôpital. Or, il n'a eu ce renseignement indispensable sur aucun malade : ni M. Guérin, ni ses collaborateurs n'ont rien publié à cet égard. M. Malgaigne a suppléé à ce point de départ de la manière suivante.

Dans un certain nombre de cas, c'est la mère, la tante, ou la maîtresse de pension, ou les voisins qu'il a interrogés ; dans d'autres, il n'a eu aucun renseignement, et dans quelques-uns enfin, il n'a pas tenu compte de ceux qu'on lui donnait. Pour peu que M. Malgaigne conteste ce qui précède, on s'empressera de fournir toutes les preuves désirables. Quant à sa manière d'examiner les malades et d'apprécier leur état, M. Malgaigne a encore une méthode à lui. Il les juge à distance et par-dessus les vêtemens, ou même il les diagnostique sans les voir. On se dispense, pour le moment, d'entrer dans les détails de tous les faits. Mais voici deux exemples bien capables de montrer la valeur et le caractère de son procédé d'investigation.

1er cas. D'abord le cas de F. Lechner (4e cas de la 4e catégorie). « La » malade et la mère, dit M. Malgaigne, s'applaudissent beaucoup du ré- » sultat. » Et il ajoute : « Cependant la jeune fille garde une gibbosité » extrêmement marquée, et c'est une de celles sur lesquelles la myotomie » a laissé les *résultats les plus graves*. » De tout cela, pas un mot, oui, pas un mot de vrai. La mère ne s'est point applaudie du résultat devant M. Malgaigne, par la raison qu'elle était morte depuis assez longtemps quand il s'est présenté pour voir la fille. Celle-ci n'a plus de gibbosité marquée ou point marquée : elle n'en a plus d'aucune espèce. M. Malgaigne n'a pu le constater, car il ne l'a pas examinée. Il l'a vue comme il a vu beaucoup d'autres malades, à distance respectueuse. Voilà à quoi on s'expose quand on diagnostique les gibbosités à travers les vêtemens, à la façon des somnambules. Enfin, il n'est point vrai que la myotomie ait laissé de graves résultats chez cette jeune fille : elle ne lui a laissé que le souvenir d'un bienfait. Que ceux qui voudront juger entre

---

matisée de jus de citron. Mais cela suffit à peine pour apaiser l'ardeur de la soif qui est si vive après les transpirations et dans les jours caniculaires.

Malgré tous les inconvéniens de la chaleur, on sait l'immense confiance que le Napolitain professe pour elle. Nous avons dit quel axiôme il avait trouvé pour justifier ses sympathies pour le soleil ; et on peut avouer, tout en faisant la part de ce qu'il y a de faux et d'exagéré dans tous les préjugés populaires, qu'il a de bonnes raisons pour admettre celui-ci. En effet, quand le portefaix du Môle est fatigué, il n'a qu'à dormir quelques heures au soleil, pour se relever dispos et fort. C'est encore à l'influence solaire que le pêcheur a recours, quand, après avoir passé une partie de la nuit dans l'air humide de la plage, il éprouve du malaise et du frisson. Un peu de sommeil et une douce transpiration ont bientôt rétabli l'équilibre. Les personnes de la classe élevée ont dans cette thérapeutique solaire la même confiance que le peuple du Môle et des bords de la mer. Leurs goûts, leurs préférences le prouvent. Au lieu d'habiter les premiers étages de leurs maisons ou de leurs palais, elles se logent le plus près possible de la terrasse qui couronne le faîte des édifices. Qu'on ne pense pas que ce soit pour les promenades ou les conversations du soir *per amica silentia lunæ* ; mais pour s'y tenir pendant des heures entières sous l'ardent rayonnement du soleil, dans une molle contemplation des beautés du golfe, de la ville et de la campagne. Les maisons de plaisance, les villas magnifiques qui montent jusqu'aux flancs du Vésuve par les villages de Portici et de Resina sont disposés de manière à ce que la lumière puisse inonder les appartemens les plus intimes. De rares allées couvertes serpentent dans les jardins. Là, les arbres sont taillés pour border les avenues et non pas pour les couvrir d'ombre. Tout est à l'avantage de la vue et au profit du soleil.

Ainsi, ce que toute la population cherche à Naples, depuis l'homme du peuple jusqu'à l'aristocratie, c'est le soleil, c'est la transpiration ; pour tout le monde cette douce et molle transpiration est le bain par excellence. Ce sentiment d'agréable fraîcheur qu'on se procure en se plongeant dans l'eau ne vaut pas cette voluptueuse expansion qui se produit sous l'influence de la chaleur. Le chaud, il est vrai, peut avoir ses inconvéniens ; le Napolitain va jusqu'à l'avouer. Mais pour que le bien ne devienne pas un mal, il n'y a qu'à se garder des extrêmes. En n'oubliant pas cette sage précaution on est à l'abri de tout. Sans doute les bains lavent la peau (le Napolitain le reconnaît aussi) et sont un moyen de propreté qui a ses avantages. Mais lorsqu'on a le soleil, et un soleil comme celui de Naples, on arrive au même but par la transpiration, par l'évaporation, d'une manière à la fois plus agréable et plus naturelle. C'est sur ce mélange de faux et de vrai que le Napolitain a fondé son aphorisme thérapeutique sur la merveilleuse efficacité de la chaleur. Pour qu'il se convertisse aux pratiques hygiéniques de l'antiquité ou de la civilisation contemporaine, pour qu'il se baigne, en un mot par amour de lui-même et de la propreté, il faut une révolution dans ses idées ou dans son climat. Il y a des réformes plus faciles.

L'hygiène publique est encore à l'état d'enfance dans l'opinion des Napolitains ; ils ne paraissent pas en soupçonner l'utilité. La ville est disposée de manière à ce que les eaux descendent vite à la mer. On sait qu'elle est construite en amphithéâtre sur une côte montueuse. Mais, dans les rues transversales, c'est-à-dire parallèles aux lignes des quais, les eaux sont retenues ; et la paille pourrit au milieu de mares infectes qui occupent quelquefois

les assertions de M. Malgaigne et celles de M. Guérin se transportent à l'adresse indiquée, et ils verront. Tout cela n'est pas croyable. Mais voici qui est plus fort, si c'est possible.

2e CAS. Dans la 4e catégorie, M. Malgaigne cite Pauline Dumont comme ayant contracté depuis sa sortie de l'hôpital une claudication grave qui n'existait pas auparavant. Or, cette jeune fille est entrée à l'hôpital avec une déviation de l'épine et une *luxation congénitale* d'un des fémurs. De deux choses l'une, ou M. Malgaigne n'a pas vu la malade ou il l'a vue. S'il ne l'a pas vue, on a là un échantillon de la valeur de ses renseignemens; s'il l'a vue, c'est autre chose; ou bien il ne l'a pas examinée et il a jugé la claudication à travers les vêtemens, comme les déviations de l'épine. S'il l'a examinée, il a méconnu, ou constaté la luxation; dans la première hypothèse, on a la mesure de la précision de son diagnostic; dans l'autre, un spécimen de sa bonne foi. Mais à quelque point de vue qu'on se place, on appréciera la facilité avec laquelle M. Malgaigne impute les choses les plus graves à une méthode et à celui qui l'applique.

§ III. — ASSERTIONS DE M. MALGAIGNE.

On a déjà, par ce qui précède, la juste mesure de la confiance qu'on peut accorder aux assertions de M. Malgaigne. Un homme qui fait porter 24 malades sur 57, alors qu'il y en a 155; un homme qui annonce 24 malades comme examinés par lui, et qui est forcé de reconnaître ensuite qu'il n'a pas de renseignemens précis sur 4, qui en a jugé beaucoup d'autres à distance ou sans les voir, qui compte, parmi les 24 malades examinés et constatés par la Société de chirurgie, des malades absens de Paris ou morts depuis deux et trois ans; un homme enfin qui met sur le compte du traitement orthopédique une claudication dépendant d'une luxation congénitale qu'il dit avoir examinée, dispenserait au besoin de discuter le détail de ses assertions. Voyons-les cependant; il en ressortira toujours quelques lumières.

1re ASSERTION. *Une commission spéciale nommée par la Société de chirurgie a constaté la réalité des résultats présentés par M. Malgaigne.* Cette Société a joué un grand rôle précédemment, et elle le continue; c'est elle qui a écrit les lettres anonymes du SIÈCLE et de la GAZETTE DES HÔPITAUX; c'est elle qui a protesté en faveur du droit de libre discussion; c'est elle encore qui a fait des choses un peu moins sérieuses, dont il sera question en temps convenable. Mais, comme le dit Montaigne, ne commençons point à nous demander « comment est-ce que cela se faict, mais se faict-il? » M. Malgaigne, on ne l'a pas oublié, avait déclaré avoir vu 134 malades qu'il n'avait pas visités; il est bien permis après cela de se demander s'il est vrai que la Société de chirurgie a constaté les deux choses affirmées par M. Malgaigne : 1° *vérifié l'examen des 24 malades*; 2° *constaté l'authenticité des renseignemens fournis sur ceux qu'elle n'a pu vérifier elle-même* (1). Cela mériterait la peine d'être établi. Or, nous croyons avoir de bonnes raisons pour n'admettre ni l'une ni l'autre de ces deux assertions, et, jusqu'à plus ample informé, nous les maintiendrons comme d'indignes équivoques sur lesquelles nous portons le défi formel de donner des renseignemens sérieux et des preuves réelles (1). En attendant une réponse, nous rappellerons au lecteur les cas de Célina Lefèvre, de F. Lechner et la claudication *consécutive* à la myotomie rachidienne de la fille Dumont.

2e ASSERTION. *Il faut juger les résultats obtenus sur les malades de la consultation, par ceux obtenus dans le service* (2). M. Malgaigne a donné une grande importance à cette assertion; c'est une prémisse commode à l'aide de laquelle il a conclu de 20 malades examinés suivant sa méthode, aux 135 qu'il n'a pu examiner d'aucune manière. Mais pour réduire son assertion au néant, il suffit des remarques suivantes : 1° il est positif, d'après les notes mêmes de M. Malgaigne, que tous les malades traités dans le service étaient atteints de déviations graves aux deuxième et troisième degrés (gibbosité très marquée); les malades traités à la consultation étaient généralement, au contraire, beaucoup moins déviés. On conçoit aisément pourquoi il en a été ainsi : les sujets de la consultation n'avaient pas le moyen de faire la dépense d'un lit orthopédique. On réservait donc pour l'hôpital les cas qui ne pouvaient se passer de ce moyen, et c'étaient les plus graves. Cela est si vrai, que lorsque les sujets avaient obtenu du lit orthopédique, à l'hôpital, les avantages qu'on pouvait en attendre, ils étaient renvoyés chez leurs parens pour faire place à d'autres, et leur traitement était continué à la consultation. C'est ce que dit M. Malgaigne lui-même. 2° Quant à l'efficacité des soins, il est certain que les parens exécutent beaucoup mieux et beaucoup plus rigoureusement les prescriptions du traitement consécutif, qu'on ne le fait à l'hôpital. Le service orthopédique n'a ni interne, ni externe; l'application des machines est laissée à une fille de service, et l'on connaît le zèle, l'intelligence et la bonne volonté de ces sortes d'aides. Il est donc positif et avéré que les résultats obtenus sur les malades traités à l'hôpital ont été et ont dû être beaucoup moins avantageux que ceux obtenus sur les malades de la consultation, à cause de la plus grande gravité des cas, et à cause du défaut de suite et de précision dans les soins.

3e ASSERTION. *Une seule malade* (Mademoiselle Vernel) *a gagné quelque chose après sa sortie de l'hôpital; toutes les autres y ont perdu* (3). Voyons le fait d'abord, puis la raison ensuite.

(1) Voici le texte de M. Malgaigne : « Il m'est donc resté définitivement une » masse de 24 malades, qui ont été *visités*, *interrogés*, *examinés*, ou sur lesquels j'ai eu des *renseignemens authentiques*. J'ajouterai, qu'avant de venir » en présenter l'histoire à l'Académie, des circonstances sur lesquelles il serait » pénible d'insister, m'ont fait désirer de la soumettre à une première *vérification*, et qu'une commission spéciale, nommée par la Société de chirurgie, a » déjà *constaté* la *réalité* des résultats qui vont être exposés. »

(1) Les noms des 24 malades étant publiés, nous invitons la Société de chirurgie à indiquer nominativement les cas qui ont été *examinés* réellement et par qui ils ont été examinés.

(2) Texte de M. Malgaigne : « Ce serait une chose bien étonnante par elle» même que les malades soumis à un traitement actif, régulier, incessant, avec » tous les appareils à leur disposition, eussent moins profité que des jeunes » filles abandonnées aux soins de leurs parens avec des appareils incomplets et » vicieux, et revues seulement de temps à autre à une consultation extrême» ment nombreuse. »

(3) Texte de M. Malgaigne : « Beaucoup d'entre elles, après avoir quitté l'hô» pital, ont continué le traitement chez elles.... Or, mademoiselle Vernel seule » y a gagné quelque chose : toutes les autres y ont perdu plus ou moins; il » suffira de rappeler le fait de mademoiselle Masson, celui surtout de made» moiselle Michel, obligée de rentrer à l'hôpital 6 mois 1/2 après sa première » sortie, puis après sa deuxième sortie continuant le traitement à domicile pen» dant une année entière, et au bout de ce temps se trouvant deux fois plus » déviée qu'auparavant. »

toute la largeur de la chaussée. Si on entre dans les maisons, un tableau à peu près semblable frappe bientôt la vue et affecte l'odorat. Les cours, les corridors d'entrée sont les lieux commodes où le premier passant s'arrête pour y satisfaire sans crainte et sans gêne ses besoins naturels. J'étais allé visiter, un jour, un riche gentilhomme qui habitait le haut d'une maison placée dans le voisinage de la rue de Tolède. La cour était souillée, ce qui ne m'étonna pas, car j'étais fait à cet usage; mais à chaque étage, à chaque repos d'escalier, j'aperçus des flaques d'urine dans les angles des murs. Les habitans et les habitués de la maison donnaient l'exemple pour encourager peut-être ceux qui avaient la discrétion de ne pas aller plus loin que la cour. Il n'y a que les palais et les grands hôtels qui soient, grâce aux portiers ou aux suisses, à l'abri de cette calamité. Les autres habitations sont à la discrétion des passans. Naturellement, les rues et les quartiers qui se trouvent dans des conditions semblables, et que le soleil ne visite qu'un instant dans la journée, laissent exhaler une odeur infecte. Ces lieux sont ordinairement très humides, et les maladies y sévissent avec beaucoup de rigueur. Mais ceux que le soleil échauffe longtemps s'assainissent par l'activité de l'évaporation. Ceci justifie par un argument de plus le proverbe napolitain qui donne à l'ombre le privilége malheureux de la formation des maladies, et considère le soleil comme le meilleur remède et le plus habile médecin.

Ces graves atteintes à l'hygiène publique et privée ont, comme on le pense bien, leurs conséquences nécessaires. La privation de bains, et en général des soins de propreté presque les plus vulgaires, amène cette classe si nombreuse de maladies de la peau que nous connaissons en France, excepté la pellagre qui se développe exclusivement sous le ciel italien. L'habitation de lieux humides et privés de soleil donne naissance aux affections scrofuleuses, au rachitisme, et enfin aux fièvres de mauvais caractère. Ces maladies, et tant d'autres qui viennent véritablement des mêmes causes, sont supportées avec la plus inaltérable patience. Le Napolitain qui ignore cette filiation ne paraît pas désirer la connaître. Il souffre sans en chercher la raison hors de ses préjugés et de ses habitudes; il y met le nonchalant laisser-aller qui se fait remarquer dans la plupart des actes de sa vie. Le gouvernement a d'excellentes intentions; mais comment toucher à l'arche sainte de ces mœurs intimes, de ces habitudes privées qui ont deux manières de se faire respecter : la force d'inertie et l'insurrection? On le sait, il faut prendre le Napolitain en traître, pour lui faire accepter le bénéfice d'une réforme salutaire; mais le but est souvent bien difficile à cacher. Ainsi, en supposant que le pouvoir, au lieu de construire des routes et de faire des chemins de fer, se mît à creuser des égouts dans les rues qui ont depuis un temps immémorial le privilége de la malpropreté, qu'il entreprît le grand œuvre de l'assainissement de ces étables d'Augias qui infectent l'entrée de tant de maisons, par une sévère législation d'hygiène publique, il est à peu près certain que malgré sa puissance et sa bonne volonté, il ne réussirait pas. Les descendans de Mazaniello quitteraient le môle ou leurs quartiers infects à la première rumeur de cette atteinte à leurs vieux priviléges; et leur oisif aller se changerait bientôt en une fièvre d'insurrection. Le roi aurait alors à choisir, comme on l'a déjà vu à propos de la source acidule de Sainte-Lucie, entre la réforme d'un abus et la désaffection de ses sujets; ce qui est une alternative très embarrassante même pour un monarque absolu.

Si la population avait assez d'énergie pour avoir un peu de bonne volonté

Le fait n'existe pas; il faudrait, pour détruire cette allégation de M. Malgaigne, reprendre une à une toutes les malades, et le contredire sur chacun des cas en particulier. Nous nous bornerons aux deux exemples qu'il a cités : à celui d'Annette Masson et d'Adélaïde Michel. A l'égard de la première, non seulement M. Malgaigne ne sait pas dans quel état était cette jeune fille avant son entrée en traitement et à sa sortie de l'hôpital, mais il ne l'a même pas examinée. C'est une de celles qu'il a jugées par sa méthode abréviative. Quant à Adélaïde Michel, il n'avait pas plus de renseignemens; il ne l'a pas même examinée, et cette jeune fille n'a pas voulu s'astreindre à suivre un traitement mécanique régulier après sa sortie de l'hôpital. Ce qu'on vient de voir des deux faits allégués par M. Malgaigne ne fait-il pas prévoir ce qu'il adviendrait des cas qu'il ne cite pas, et ne rend-il pas superflu tout examen détaillé de ces cas. Mais, à supposer qu'il les eût examinés, et que le résultat eût été même tel qu'il l'affirme, qu'est-ce que cela prouverait. En effet, nous ne prétendons pas que quelques sujets n'aient pas perdu, après leur sortie de l'hôpital, une partie du bénéfice de leur traitement; ce que nous contestons, c'est l'allégation générale et les conclusions que M. Malgaigne en tire contre la valeur des résultats annoncés, et contre la myotomie rachidienne en particulier. Or, il est avéré qu'un certain nombre de sujets n'ont pas conservé l'amélioration obtenue; mais à qui la faute? Au médecin, à la méthode? tout simplement au défaut de persévérance et à l'incurie des malades, voilà tout. Et, qu'on le remarque bien, c'est surtout chez les sujets qui n'ont pas *continué* leur traitement, chez ceux qui n'ont pas été *revus*, c'est-à-dire chez les sujets de la catégorie des 98, que cela est arrivé. Or, qu'est-ce que cela prouve contre le relevé de M. Guérin ou contre sa méthode?

Nous nous abstenons pour le moment de relever plusieurs autres assertions de moindre importance. Elles n'auraient d'autre résultat que de montrer le genre de précision, de rigueur, d'exactitude et de bonne foi qui caractérisent le factum de M. Malgaigne. Pour donner une idée seulement de son assurance au point de vue scientifique dans une question qui lui est totalement étrangère, nous nous bornerons à relever deux de ses remarques: 1° il annonce gravement avoir cherché partout les cordes musculaires rétractées chez les sujets opérés. La plus simple notion de la chose lui eût appris que ce n'est pas après, mais avant l'opération que ces cordes font saillie; 2° il termine son mémoire en disant qu'un mauvais moyen de fortifier les muscles, c'est de les couper. M. Malgaigne n'est pas tenu de savoir ce que tous les ténotomistes savent, c'est-à-dire, que les muscles rétractés reprennent, après leur allongement par l'opération, une consistance, un volume, une force et une contractilité dont leur tension extrême les avait dépossédés. Mais il ne s'agit pas de discussion scientifique; M. Malgaigne n'est pas dans les conditions requises pour la provoquer et la soutenir. Ce n'est pas quand on n'a pour toute connaissance et toute expérience, que les produits d'une enquête ténébreuse, faite pour un tribunal extra-scientifique et avec des intentions, des moyens, un but et des résultats extra-scientifiques, qu'on est admis à discuter sérieusement contre ceux qui ont consacré à l'étude d'une science, leur vie, leur fortune, leur intelligence, et nous pouvons ajouter maintenant leur repos.

§ IV. — CONCLUSIONS DE M. MALGAIGNE.

Les conclusions du factum de M. Malgaigne peuvent être ramenées aux propositions suivantes:

1° M. Guérin n'aurait point produit de guérison complète de déviation de l'épine;

2° La myotomie rachidienne serait une méthode inutile sinon dangereuse;

3° Les résultats de l'enquête de M. Malgaigne contrediraient le relevé statistique de M. Guérin.

Nous ne dirons que peu de mots de ces conclusions; ce qui précède suffit pour les faire juger.

I. Relativement à la première, ce n'est pas avec des assertions sans preuves ni fondement, avec 20 cas dont les uns sont défigurés, travestis, les autres empruntés à une catégorie de faits dénués de toute valeur, qu'on infirme des résultats observés sur 155 cas, et constatés en public par des personnes honorables et consciencieuses. Ce n'est pas avec les intentions d'un homme poursuivi pour diffamation et calomnie, qu'on détruit la possibilité de résultats depuis longtemps reconnus et attestés par une illustre Compagnie savante, et à l'issue d'un concours où la contradiction des principales rivalités contemporaines avait été admise et entendue. Or, il faut bien le rappeler, la commission de l'Académie des sciences a constaté elle-même plusieurs cas de guérisons complètes que M. Malgaigne, d'après son enquête, déclare aujourd'hui impossibles (1). Cette autorité ne vaudrait-elle pas la sienne?

II. Quant au danger de la myotomie rachidienne, on sait maintenant ce qu'il en faut penser d'après le factum même de M. Malgaigne. Les plaies ne suppurent jamais; dans le plus grand nombre des cas l'opération n'est point douloureuse; le plus ordinairement les malades ne s'aperçoivent point d'un déclin dans leur force musculaire (et M. Malgaigne ajoute naïvement: J'ignore à quoi peut tenir une semblable immunité : il le saura maintenant). Enfin l'on connaît les résultats graves produits chez la fille Lechner, l'origine de la claudication *survenue* chez une des malades traitées par M. Guérin (2).

On en peut dire autant de l'inutilité de la méthode; mais pour abréger, nous renvoyons tous ceux que cela intéresse aux publications faites sur cette question par les chirurgiens qui ont pratiqué et adopté la myotomie rachidienne: *En Angleterre*: MM. Braid, Whitehead, Laycock,

(1) Voici le texte du rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie: « 1° Quatre cas de déviations musculaires du 2e degré ont été complètement » guéris; 2° trois cas de déviations osseuses au 2e degré considérablement améliorés; 3° deux cas de déviations osseuses du 3e degré améliorés. La commission ajoute: Cette épreuve, présentée par l'auteur comme simple spécimen de » ses applications thérapeutiques, et comme confirmation des succès énoncés » dans son ouvrage, a produit des résultats complètement d'accord avec les » principes scientifiques. »

(2) Dans l'extrait qu'il a donné à la GAZETTE DES HÔPITAUX, M. Malgaigne va beaucoup plus loin encore que dans son factum; il parle des *accidens graves* produits par la myotomie rachidienne. Ce procédé par amplification est dans les habitudes de M. Malgaigne. On se rappelle les *revers graves* qu'il avait annoncés en contradiction avec le relevé de M. Guérin, et qu'il n'a jamais pu produire.

---

lorsqu'il s'agit non pas de ses préjugés mais de son bien-être, elle n'aurait pas la peine de réfléchir, elle aurait seulement à regarder avec un peu d'attention un spectacle qui est constamment sous ses yeux. C'est un exemple de bien-être et de brillante santé que la nature a placé auprès d'elle. Il y a, en effet, aux portes de Naples, sur les collines méridionales du golfe, une population qui prouve par sa constitution physique la merveilleuse influence de l'air pur et des saines habitudes. Elle s'étend depuis Portici qui touche presqu'à la ville, jusqu'à *Résina*, *torre del Greco*, *torre del Annunziata*; enfin jusqu'à *Castellamare* et *Sorrente*, ce berceau d'un des plus grands poètes de l'Italie. Il n'y a d'aride sur tout ce côté du golfe où les villages sont peuplés comme des villes et qui se confondent par les faubourgs, que les flancs du cône supérieur du Vésuve. Tout le reste est couvert de riches cultures et de magnifiques habitations. Là sont les villas des grandes familles de Naples; et là aussi sont l'activité laborieuse et la féconde industrie. A Naples, on vit et on dort; sur la côte méridionale jusqu'à la pointe de la Campanie, on s'agite et on travaille. Ce sont ces populations qui nourrissent Naples et une partie de l'Italie. Là se font en grand toutes sortes de commerces; c'est dans ces riches villages que se fabrique la moitié du macaroni qui se consomme dans la presqu'île italienne et dans la Sicile. Enfin, les habitans de cette terre heureuse et fertile sont infatigables dans leur productive activité.

Les habitudes laborieuses donnent l'instinct des réformes utiles et la force de les accomplir; car les habitans de la campagne ne se font pas remarquer par les vicieux erremens des habitans de la ville. On ne voit dans leurs villages ni ruelles étroites, ni flaques d'eau croupissante, ni fumiers sordides. Les maisons sont respectées par les passans et jouissent d'une propreté presque française. La population elle-même ne se confie pas exclusivement au soleil pour les exigences de l'hygiène. Elle croit à l'utilité des bains, et ne craint pas de le prouver. Aussi quelle différence dans l'espect, dans le caractère, dans le tempérament général, et dans la nature des maladies! On connaît déjà l'habitant de la ville; on sait à quelles maladies l'exposent sa conduite, ses mœurs, ses préjugés; on n'ignore pas, bien que le sujet ne soit pas encore étudié dans toutes ses faces, quelles sont les conditions générales de tempérament qui résultent des influences dont il a été déjà question. Eh bien! voici maintenant le revers de la médaille ou plutôt son plus beau côté. Le campagnard a une taille élevée; il est rarement sujet à l'obésité. Son regard est vif, sa démarche agile. Il a le teint brun et la nuance bilieuse; mais ce dernier caractère est peu prononcé. Une couleur vive d'incarnat marque les lignes des lèvres et s'étend sur les joues. Enfin la physionomie semble animée par le sentiment intime d'une santé pour ainsi dire inaltérable. La nature des maladies est, comme on le pense bien, en harmonie avec les tendances de cette constitution. Les affections inflammatoires, les fièvres cérébrales, sont les maladies les plus communes. Les maladies de la peau, les typhus, ainsi que celles qui tiennent à une infection des lieux ou à une détérioration profonde des forces de l'économie, respectent en général la population. Voilà le tableau vivant qui forme contraste avec celui qu'offre la ville de Naples. Si, par une révolution morale difficile à prévoir, le Napolitain se déterminait à regarder, à réfléchir et à vouloir se corriger, l'amélioration de la population aurait fait un grand pas; Naples aurait enfin un charme de plus; les habitans pourraient devenir dignes du pays.

ED. CARRIÈRE.

Child, Robert Hunter; *en Allemagne* : MM. Klein, Neumann, Dieffenbach, Camerer de Heller, Heine et Bérend.

L'autorité de ces chirurgiens balancera peut-être celle de M. Malgaigne.

III. Enfin pour ce qui est de la contradiction entre les résultats de l'enquête de M. Malgaigne et le relevé de M. Guérin, on en a maintenant l'explication; on peut la résumer en deux mots; M. Guérin n'a fait connaître aucun résultat nominal; il n'a donné que des chiffres au nombre de 155; sur ces 155 cas, M. Malgaigne en a pris 20. Il ne sait pas, il ne lui est pas possible de savoir à laquelle des catégories du relevé ces 20 cas correspondent et appartiennent. Il est certain au contraire, et d'après des indications fournies par M. Malgaigne lui-même, que bon nombre sont empruntés aux 98 cas non déterminés. Les autres se rapportent aux diverses catégories du relevé, et ils ont été légèrement, arbitrairement et iniquement appréciés.

Voilà ce que nous avions à dire du factum de M. Malgaigne.

Nous terminerons en rappelant qu'une commission composée de membres éminens des Académies des sciences et de médecine est chargée en ce moment par le conseil général des hôpitaux, de l'examen de la myotomie rachidienne comme de toutes les méthodes et procédés orthopédiques de M. Guérin. Elle s'occupe de sa mission avec le plus grand zèle et la plus grande activité. Elle s'en occupe avec des faits dont elle voit réellement et par elle-même tous les élémens, toutes les phases; et elle s'en occupe munie de lumières et de connaissances qui ne pourront être faussées par aucun sentiment autre que l'amour de la science et de la vérité. Cela ne peut-il pas donner quelque sécurité aux personnes qui auraient été ébranlées par l'assurance et les calomnies de M. Malgaigne?

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU COEUR; par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

A certaines époques de l'évolution des sciences, on voit surgir certaines idées dont s'empare l'esprit des observateurs pour les étudier, les analyser, les retourner en tout sens; puis on les abandonne par lassitude, par inconstance, sans avoir obtenu la solution définitive des problèmes poursuivis. On passe alors à d'autres objets, à l'égard desquels s'exerce le même esprit d'investigation, pour aboutir aux mêmes incertitudes. C'est ainsi que, depuis quinze ans, nous avons vu successivement aborder et délaisser une foule de grandes questions, telles que celles relatives à la nature et au traitement des fièvres graves, du rhumatisme, des maladies du cœur, des affections calculeuses, des difformités de la taille, etc., etc. Aujourd'hui c'est le tour des affections cancéreuses, à l'égard desquelles les notions ne font que s'embrouiller de plus en plus; tant il est vrai que nous ne savons et ne pouvons savoir le tout de rien.

Il résulte néanmoins de cette effervescence passagère et si stérile en apparence que certaines données partielles, mais positives, restent acquises à la science, qui accomplit ainsi ses destinées lentes, mais progressives, jusqu'à ce que de nouveaux travailleurs, venant à reprendre en sous-œuvre quelques-uns de ces matériaux épars, les élaborent dans l'ombre et le silence pour les féconder encore et ajouter une nouvelle pierre à l'édifice de l'art. Or, l'accomplissement de ces progrès minimes, mais réels, est particulièrement dévolu aux hommes qui se trouvent en possession d'observer un assez grand nombre de faits de même catégorie, et du rapprochement desquels peuvent surgir des conséquences parfois inattendues. Car c'est l'autorité du nombre qui peut seule transformer en lois des aperçus qui, s'ils reposaient sur des faits isolés, pourraient être considérés comme un pur effet du hasard. C'est ainsi que, sans idées préconçues et par le simple résultat de comparaisons attentives, nous croyons avoir acquis certaines notions soit nouvelles, soit confirmatives de quelques principes encore en litige, relativement aux maladies du cœur, notions que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos confrères.

Peu de localités, je crois, sont aussi fertiles en maladies organiques du cœur que celle où nous observons; et cela se comprend tout d'abord lorsqu'on envisage la fréquence, en Alsace, de deux genres d'affections qui ont avec celles du cœur des relations incontestables : ce sont les maladies des poumons et le rhumatisme articulaire, double et fatal produit du froid humide et des fréquentes variations de température. Notre intention cependant n'est pas de produire ici un tableau complet des maladies des organes circulatoires; nous voulons seulement appeler l'attention sur quelques points de la pathologie du cœur, à l'égard desquels nous nous croyons en mesure de pouvoir émettre quelques aperçus intéressans, sinon tout à fait nouveaux. Nous nous proposons donc de traiter en quatre chapitres distincts : 1° des adhérences du péricarde avec le cœur; 2° des rapports des altérations valvulaires avec les affections connues sous le nom d'anévrismes; 3° de l'hypertrophie concentrique du cœur; 4° de la formation des caillots sanguins dans les cavités du cœur pendant la vie. Sur un total de trois mille cinq cents malades environ, qui, depuis près de huit ans sont passés dans nos salles de clinique, nous avons observé quinze cas de péricardite, cinq ou six cas d'adhérences anciennes du péricarde, et plus de cent cas de ces affections du cœur, vaguement désignées sous le nom d'anévrismes; sans compter les cas assez nombreux de troubles matériels survenus dans le cœur à l'occasion des maladies étrangères à cet organe. Tel est le fond dont nous avons extrait les matériaux que nous allons mettre en œuvre.

CHAPITRE PREMIER.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES ADHÉRENCES DU PÉRICARDE AVEC LE COEUR.

Quantité d'anciens observateurs, tels que Columbus, Th. Bartholin, Tulpius, etc., ont rencontré des adhérences complètes du péricarde avec le cœur, et les ont décrites sous le titre de *cœur dépourvu du péricarde*. Les auteurs plus modernes, tels que Peyer, Stalpart Van der Wiel, Freind, Lancisi, Haller, ont relevé ces erreurs et rétabli l'exactitude des faits, en rattachant ces cas prétendus monstrueux aux adhérences accidentelles du péricarde. Morgagni, dans une de ses *lettres*, admirable comme toutes les autres (1), passe en revue les divers cas d'adhérence du péricarde répandus dans les auteurs, et signale les symptômes particuliers rencontrés dans chacun d'eux : là, en effet, se trouvent disséminés tous les signes dont nous allons traiter *ex professo*; mais exposés sans liaison et privés des détails d'ensemble exigés aujourd'hui pour constituer des observations exactes et probantes, détails qui ne pouvaient guère être produits avant les travaux des modernes anatomo-pathologistes, et surtout avant la précieuse découverte de Laënnec.

Après les nombreuses observations publiées dans ces derniers temps sur la péricardite, notamment par MM. Louis et Bouillaud en France, Hope en Angleterre, Scoda en Allemagne, etc., il ne reste, sans doute, que bien peu de chose à dire sur cette maladie; aussi n'aborderai-je qu'un point de son histoire, celui précisément sur lequel ces savans observateurs ont négligé de s'appesantir. Le dernier mot au sujet des effets et des signes de l'adhérence mutuelle des deux feuillets du péricarde, consécutivement à l'inflammation de cette enveloppe séreuse, se trouve, je crois, dans ce passage du livre de M. le professeur Bouillaud : « Les adhérences, les plaques laiteuses, ou les taies du péricarde que l'inflammation de cette membrane entraîne si souvent à sa suite, ne me paraissent pas troubler nécessairement le jeu du cœur : on en rencontre du moins chez des personnes qui jouissent de la plus florissante santé.

» Je ne connais encore aucun signe qui puisse faire reconnaître en particulier l'existence des adhérences du péricarde. » (Suit une note où la valeur du signe donné par M. Sander, la dépression onduleuse de l'épigastre, est révoquée en doute.) « Je ne serais cependant point surpris qu'on découvrît par la suite quelque bruit propre à signaler la présence de certaines espèces d'adhérences, etc. » (TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR, t. I, p. 467.) On remarquera l'extrême réserve qui a dicté ce passage, car ce profond observateur pressentait que ce ne doit pas être impunément que vient à se souder, à *s'ankyloser*, en quelque sorte, cette enveloppe du cœur, qu'il a lui-même ingénieusement comparée à celle des articulations (TRAITÉ DU RHUMATISME). Quel organe, en effet, a plus besoin de liberté que celui dont le mouvement est en réalité le premier ressort de la vie? Ces réflexions m'avaient déjà préoccupé lorsque s'offrit à moi l'observation suivante :

RHUMATISME ARTICULAIRE; PLEURO-PÉRICARDITE AIGUE; ANXIÉTÉ CONSIDÉRABLE; TUMULTE DU COEUR; PETITESSE ET IRRÉGULARITÉ DU POULS; MORT; ADHÉRENCE DU PÉRICARDE AU COEUR.

OBS. I. — Une fille de 36 ans, de constitution forte, lymphatique, couturière, entre à la Clinique le 7 novembre 1836. Elle dit avoir été affectée, il y a quinze ans, d'un rhumatisme articulaire peu intense. Il y a huit jours qu'à la suite d'un refroidissement ses règles se supprimèrent, et bientôt survint du frisson, suivi de chaleur et de sueur; puis, dans la hanche droite, une douleur qui s'étendit promptement au genou. Bientôt aussi douleur vive à la région précordiale, dyspnée, anxiété, palpitations fortes mais passagères. Elle n'a fait usage que de sudorifiques.

(1) Morgagni : DE SEDIB. ET CAUS. MORBOR., epistol. XXIII : *de palpitatione et dolore cordis.*

A son entrée à l'hôpital, mêmes symptômes : dyspnée, anxiété, battemens du cœur tumultueux, bruit de souffle ou de frottement obscur au premier temps, pouls petit, très fréquent, chaleur, peau moite. (Saign. de 300 grammes, 20 sangsues à la régioo précordiale.) Caillot de sang volumineux, couenneux, à bords retroussés.

Le 8, facies pâle, endolori, intelligence nette, sentimeot de pesanteur et de gêne précordiales, augmenté par l'inspiration et la toux; la respiratiou o'est sensiblement accélérée que dans les mouvemens du tronc; point de voussure sensible ni de matité anormale. Ao niveau du cœur, matité, résonnaoce égophonique en arrière et à gauche du thorax. Battemens et bruits tumultueux et confus du cœur; pouls petit, fréquent, inégal, irrégulier par instans. Toutes les articulations du côté droit sont doulonreuses, ainsi que l'épaule gauche. Le poignet droit est rouge, gonflé, très sensible à la pressiou (Saignée de 360 gr., chiendent gommé, cataplasme sur le sternum.) Caillot peu volumineux, consistaot; couenne épaisse.

Le 9, moins d'oppressioo, cœur moins tumultueux; on peut distinguer un bruit de frottemeut superficiel, appréciable aux deux temps; matité, souffle tubaire, égophouie à la partie postérieure, inférieure et gauche du thorax. (Saignée de 360 grammes, émolliens.) Caillot petit, couenneux.

Le 10, toux, dyspnée; l'épanchemeot pleurétique gauche est augmenté, l'anxiété précordiale est modérée, les bruits du cœur sont moins confus, le bruit de frottemeot paraît plus faible; pouls plus large à 120. Le rhumatisme occupe les articulations des mains et des pieds. (30 ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax, poudre de Dower 0,50, émolliens, diète.)

Le 11, plus de calme, facies meilleur, respiration paisible en supination, dyspnée lorsque la malade est assise, mêmes signes locaux au poumon et au cœur. (Saignée de 300 grammes, vésicatoire à la partie postérieure du thorax.) Caillot petit, à bords retroussés, couenne épaisse, exacerbation le soir, chaleur, agitation, céphalalgie; insomnie la nuit.

Le 12, excitation persistante, aoxiété, dyspoée, pouls très fréquent, à 160. Chaleur et téoesme vésicaux; constipation. Cet appareil d'excitation paraît occasionné par le vésicatoire. (Poudre de jalap et calomel, de chaque 0,30, lavement anodin, fomentations émollieules sur le ventre, tisane de graine de lin, poudre de Dower.)

Le 13, le calme paraît rétabli, moins d'anxiété et de dyspnée (30 inspirations), symptômes locaux persistans, pouls à 120. (15 ventouses scarifiées à la région précordiale, émolliens.)

Le 14, agitation, chaleur, soif, battemens du cœur précipités, tumultueux; l'épanchement pleurétique augmente; le côté gauche du thorax offre 4 centim. de plus que le droit eo circonférence. (15 sangsues à l'épigastre, lavement huileux, extrait de digitale 0,05 en pilule.)

Le 15, même état, anxiété vive, battemens du cœur forts et si confus qu'on ne sait à quel temps rattacher un bruit de frottemeot obscur qui s'y trouve mêlé; pouls à 130, petit, irrégulier, peau sudorale. Les articulations sont libres. (Saignée de 300 grammes, infusion de digitale par cuillerée, poudre de Dower 0,75.) Caillot petit et toujours couenneux.

Le 16, agitation, anxiété, dyspnée persistantes, douleur précordiale, décubitus dorsal; le mouvement augmente la dyspnée et provoque la toux; pouls petit, irrégulier, à 140. (Vésicatoire à la région précordiale, infusion de digitale, poudre de Dower.)

Les 17 et 18, même état d'anxiété. (Chiendent nitré, pilules d'extrait d'aconit et de digitale, chaque 0,05.) Exacerbation le soir. Il se forme des ulcérations au sacrum.

Le 19 au soir, suffocation imminente, bouche entr'ouverte, extrémités froides, somnolence, un peu de râle trachéal (apparences de mort prochaine). (Sinapismes aux jambes.)

Le 20, un peu de mieux, dyspnée, parole brève, pouls petit, irrégulier, très fréquent. (Pilules de calomel et de jalap, onctions mercurielles sur le thorax, potion avec teinture de digitale, 20 gouttes.)

Les 21 et 22, amélioratiou apparente, respiration plus libre; la malade peut se mouvoir au point de descendre de son lit; mais les battemens du cœur sont toujours obscurs et confus; le pouls petit et fréquent. Les membres commencent à s'infiltrer. (Tisane de fraisier nitrée, pilules de calomel et de jalap. Potion : infusion d'espèces diurétiques 120, oximel scillit. 30,0, teinture de digitale 20 gouttes, à prendre par cuillerées d'heure en heure.)

Les jours suivans, état stationnaire; on ne peut analyser les bruits confus du cœur. (Diurétiques, mercuriaux.)

Le 29, pendant la nuit, suffocation imminente qui paraît céder à des sinapismes. Le matin, prostration, lividité, sueurs froides, yeux fermés, état comateux, orthopnée, râle trachéal, résolution des membres, pouls filiforme (agonie). Potiou : eau distillée de mélisse 60,0, eau de fleur d'oranger 60,0, éther sulfurique 20 gouttes; sirop d'écorces d'oranges 30,0, par cuillerées d'heure en heure.) Chose étonnante! l'agonie se dissipe graduellement; la malade revient à la vie. Le soir, elle est dans le même état que la veille.

Le 30, orthopnée, palpitations incommodes, battemens violens, toujours tumultueux et confus; pouls petit, inégal, irrégulier, à 120. L'épanchement pleurétique est au même point; l'anasarque s'établit lentement. (Pot. *ut suprà*, vésicatoires aux cuisses, limonade tartarique.)

Rien de remarquable jusqu'au 7 décembre où les progrès de l'infiltratioo obligent à faire des scarifications sur les membres. (Pilules de calomel, d'opium et de digitale.) On donne journellement des bouillons pour alimens.

Dans la soirée du 9, la malade o'était pas plus mal que précédemment; la dyspnée s'augmente rapidement; à minuit elle appelle l'infirmière, pousse un gémissement et meurt, le quarantième jour de la maladie, treote-troisième du séjour à l'hôpital.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Infiltration générale; scarifications enflammées; ulcère au sacrum.

Cavité thoracique. Epanchement abondant de sérosité rougeâtre mêlée de flocons albumineux remplissant la plèvre gauche.

Poumon refoulé, splénisé. Le côté droit est très sain, à part un peu d'engouement séro-sanguin du poumon. Plèvre gauche adhérant au péricarde par des pseudo-membranes.

Le cœur adhère au péricarde de manière à ne pouvoir en être détaché que par le scalpel, au moyen d'une pseudo-membrane plus serrée en avant qu'eo arrière où l'adhérence est formée par uo tissu aréolaire contenant dans ses mailles ooe matière gélatineuse, et formant dans quelques points des tractus celluleux, espèces de brides molles passant d'un feuillet à l'autre du péricarde. Le ventricule gauche du cœur paraît légèrement hypertrophié; il contient un caillot blanchâtre, fibrineux, intriqué dans les colonnes charnues. Les valvules mitrale et aortique n'offrent pas d'altérations. Les cavités droites sont saines et contienoent beaucoup de sang coagulé. Rieo de particulier dans les autres appareils.

Il s'agit dooc ici : 1° d'un rhumatisme, point de départ probable des accidens suivans; 2° d'une pleurésie avec épanchement d'un seul côté, ne pouvant expliquer entièremeot la dyspnée et surtout l'anxiété extrêmes éprouvés par la malade; enfin 3° d'une péricardite *sèche*, pseudo-membraneuse, expliquant le défaut de voussure et le peu d'étendoe de la matité précordiales; mais ce qu'il y a surtout de remarquable ici, c'est cette anxiété, ce tumulte des battemens, cette confusioo des bruits du cœur, coïncidant avec la fréquence, la petitesse et souveot l'inégalité, l'irrégularité du pouls, phéoomèoes qui doivent se rencootrer bien rarement au même degré dans les péricardites ordinaires, et qui ne peuvent guère s'expliquer que par les adhérences établies eotre le cœur et soo enveloppe; phénomènes résultant directement des entraves imposées aux mouvemens du cœur par ces adhéreoces, car le cœur lui-même était exempt d'altérations notables.

Nous feroos remarquer accessoirement ces deox espèces de résurrection qui oot eo lieu le 19 et surtout le 29 novembre. Ce n'est pas la seule fois que noos ayons vu ainsi des malades revenir à la vie; cela nous est arrivé toot récemment eocore pour one malade affectée aussi d'hypertrophie par lésioo valvulaire du cœur avec anémie. Mais le fait de résurrection le plus remarquable qu'il soit possible de rencontrer est sans contredit le suivant qui se trouve consigné dans ma Clinique médicale (1841-42, n° 81). Le voici : « Appelé cet hiver à donner des soins au général C..., conjointement avec deux habiles confrères, un soir nous trouvâmes le malade qui était affecté d'une énorme anasarque par maladie du cœur; oous le trouvâmes, dis-je, dans uo état d'agooie confirmée; perte de connaissance, face décomposée, sueurs froides, râle trachéal, asphyxie imminente, pouls filiforme, etc. Nous jugeâmes tous trois qu'il n'avait plus que quelques instans à vivre; cependant et par forme d'essai, je conseillai et nous pratiquâmes quelques scarifications sur les membres inférieurs. Nous quittâmes le malade annonçant à la famille qu'il allait expirer. Quel fut moo étonnement lorsqu'on vint me dire, le lendemain matin, que le général voulait me voir! J'y courus et le troovai complètement *ressuscité*. Les scarifications avaient coulé avec une telle abondaoce qoe la coucbe du malade était traversée. Graduellement la connaissance était revenue; la peau s'était réchauffée, le pouls s'était relevé, la respiration s'était dégagée; les cuisses avaient considérablemeot diminué de volume, et le général ne conservait aucun souvenir de soo agonie de la veille. Il n'en mourut pas moins réellement huit jours après. »

Ce qui prouve qu'il ne faut jamais désespérer d'un sujet tant qu'il respire et que l'agonie a aussi son traitement, comme l'a fort bien fait voir M. le professeur Piorry au sujet de l'asphyxie par l'écume bronchique.

Enfin, on remarquera encore cette mort subite, c'est-à-dire inatteodue pour le moment, et produite probablement par ooe syocope, laquelle aura été soit la cause, soit plutôt l'effet de ces caillots comme organisés, rencontrés dans le cœur gauche. Mais revenons à notre sujet.

Donc, eo y réfléchissaot, j'ai cru voir des rapports rationnels eotre quelques-uns des symptômes observés chez ce sujet pendant la vie, et cette adhérence rencoutrée après la mort. Cepeodant mes idées à cet égard ne pouvaient être fixées que par de nouveaux faits, et j'atteodais lorsque s'offrit le cas suivant.

Rhumatisme ancien; endocardite chronique; péricardite obscure; pleurésie diaphragmatique; battemens tumultueux du coeur; petitesse du pouls, etc.; mort par syncope; adhérences du péricarde au coeur.

Obs. II. — Un jeune homme de 22 aos, pâle, amaigri, serrurier, éprouve depuis quatre ans des attaques de rhumatisme articulaire. Il y a deux mois que, travaillaot le cuivre depuis quelque temps, il fut pris de coliques avec diarrhée, et en même temps de douleurs dans la plupart des articulations. La colique cède aux antiphlogistiques, mais bientôt douleur précordiale, palpitations, dyspnée, toux vive, les jambes s'infiltrent. Uo jour il aperçoit quelques stries de sang dans ses crachats, et il entre à la Clinique le lendemain, 3 décembre 1836.

Etat actuel : Face pâle, amaigrie, quoiqu'un peu bouffie; toux fréquente, sans douleur; expectoration facile de mucosités abondantes, spumeuses, légè-

rement striées de sang. Point de dyspnée. La poitrine mesurée offre 4 centimètres à l'avantage de la partie supérieure; omoplates saillantes. Râles muqueux assez fins sous les clavicules; râles disséminés dans le reste du thorax; sonorité partout. Rien du côté de l'appareil digestif; pouls peu développé, régulier, un peu fréquent. Raideur douloureuse dans les articulations des genoux, des épaules, des coudes, sans rougeur ni gonflement appréciables; un peu d'empâtement du tissu cellulaire autour des malléoles. (Looch; lichen lacté; soupes.)

Les jours suivans, rien de remarquable. Vers la fin du mois, on reconnaît que le premier bruit du cœur est plus sourd, plus prolongé (souffle obscur), endocardite?

Le 18 janvier 1837, un point douloureux se fait sentir sous la mamelle gauche; les battemens du cœur sont fréquens, un peu confus, sans bruits anormaux bien distincts, un peu de dyspnée; râles disséminés dans le thorax. (10 ventouses scarif.; *loc. dol.*, puis emplâtre stibié.)

Le 23, dyspnée, fréquence du pouls persistant. (Saignée de trois palettes.)

Le 26, même état. (Vésicatoire au bras.)

Le 28, matité précordiale de 9 centimètres; battemens étendus, tumultueux; pouls assez développé, 90. (Chiend. nitré; potion avec acide sulf. alcoolisé, 4,0; pilules d'acétate de plomb, 0,10; sinapismes autour des genoux.)

Dans les premiers jours de février, les symptômes du côté du cœur deviennent plus alarmans: battemens fréquens, tumultueux, sourds, un peu soufflés; dyspnée vive; œdème des pieds. (Saignée de 120,0; tisane nitrée; pilules de digitale et d'acétate de plomb.)

Le 8 février, douleur le long des attaches du diaphragme, *à droite;* dans ce point, le son est mat et la respiration obscure (pleurésie diaphragmateuse).

Les jours suivans, les accidens du côté du cœur et du poumon droit persistent, et sont combattus par les saignées locales, les calmans, les diurétiques, etc.

Dans les premiers jours de mars, le trouble du cœur et l'épanchement pleurétique droit se sont aggravés, malgré les saignées, les dérivatifs, etc. Rien ne calme la force des palpitations, qui sont tumultueuses, étendues, vibrantes, obscurément soufflées; pouls vif, irrégulier, anasarque croissante. Néanmoins le malade peut se lever.

Le 26 mars, il était debout; mais, voulant regagner son lit, il est pris de syncope, et meurt après trois mois de séjour à l'hôpital.

Nécroscopie trente-six heures après la mort.

Thorax. On rencontre un épanchement circonscrit de pus crêmeux, occupant la moitié environ de la hauteur du thorax, à droite. Le lobe inférieur du poumon est refoulé en haut et en dedans. Rien du côté gauche.

Le péricarde offre une étendue considérable. Il adhère complètement au cœur par une exsudation pseudo-membraneuse solide qu'il faut diviser avec le scalpel. Toutes les cavités du cœur paraissent dilatées, surtout à droite; elles sont remplies de caillots sanguins. Les valvules de l'aorte sont épaissies et comme végétantes.

Voici les dimensions du cœur :

Diamètre transversal, à la base.......	15 centimètres.
— de la base à la pointe..........	17
Circonférence à la base...............	30
Epaisseur du ventricule gauche.......	3
— du ventricule droit............	1
— de la paroi interventriculaire..	3

Rien de remarquable dans les autres appareils.

Ce cas est sans doute plus obscur que le précédent; néanmoins, il est assez facile de l'élucider par l'analyse : un homme sujet aux rhumatismes éprouve du côté du cœur quelques accidens qu'il est rationnel d'attribuer à l'endocardite valvulaire constatée après la mort. Ces accidens se calment. Il entre à l'hôpital avec des signes de bronchite suspecte de tubercules et un reste de rhumatisme; le cœur n'offre alors qu'un peu de souffle obscur. Plus tard, douleur sous la mamelle gauche, puis tumulte du cœur, dyspnée, etc. Voici très probablement le début de la péricardite, mais mal dessinée. Ces accidens s'aggravent. Plus tard encore, douleur au côté droit, et l'on constate une pleurésie. Puis ces deux groupes de phénomènes marchent ensemble en s'aggravant. Bref, le malade succombe deux mois et plus après l'invasion présumée de la péricardite, et l'on trouve le péricarde partout adhérent par une pseudo-membrane. Il est clair pour nous que le tumulte croissant du cœur est dérivé de l'adhérence du péricarde, laquelle s'est établie sourdement et d'emblée; que l'endocardite valvulaire ne peut expliquer suffisamment ce phénomène, non plus que la pleurésie. Mais il faut convenir que la complication des phénomènes, le caractère insidieux de la péricardite ne nous ont pas permis d'instruire cette analyse pendant la vie, et que nos conclusions sont un résultat purement posthume. Elles n'en ont cependant pas moins de valeur en faveur de notre thèse, à savoir, que le tumulte du cœur, notamment, est un signe parfois équivoque, mais cependant positif, de l'adhérence du péricarde.

Dans le fait suivant, la corrélation fut patente et facile à établir.

BRONCHITE CHRONIQUE; PÉRICARDITE SÈCHE; SIGNES EXPRESSIFS D'ADHÉRENCES DU PÉRICARDE; PNEUMONIE ULTIME; NÉCROSCOPIE CONFIRMANT LE DIAGNOSTIC.

Obs. III. — Une femme de 55 ans, de constitution détériorée, lymphatique, entre à la clinique le 6 janvier 1840. Elle raconte qu'elle est sujette à des rhumes, à des oppressions de poitrine. Elle n'a jamais eu de rhumatismes. Depuis six semaines elle tousse davantage, et depuis quinze jours elle éprouve en outre des palpitations très incommodes. Les pieds se sont infiltrés; elle a perdu l'appétit et les forces.

Etat actuel : Facies amaigri, pâle, endolori; dyspnée, toux fréquente, crachats de catarrhe. Poitrine assez sonore, quelques râles muqueux disséminés. Matité précordiale de 3 pouces, point de voussure marquée; pouls irrégulier, peu développé, à 56 (il est à remarquer que la malade a pris de la digitale); battemens du cœur assez confus, avec bruit anormal difficile à définir. (Souffle ou frottement.) Infiltration légère des jambes. Les urines ne sont point albumineuses. Rien de particulier dans les autres organes. (Saignée de 180,0; potion gommée; frictions de teinture de scille et de digitale sur les jambes; bouillie pour alimens.)

Les jours suivans, les pulsations irrégulières persistent; on croit toujours percevoir du souffle ou du frottement léger.

Le 14, on note : dyspnée, pouls lent, très irrégulier; les bruits du cœur sont assez forts, mais sourds, confus, tumultueux. Nous diagnostiquons : *péricardite avec adhérences.* (Diurétiques; vésicatoire à la région précordiale.)

Les jours suivans, l'état persiste, avec légères variations. Nous donnons la digitale, le nitre, l'oximel scillitique, le genièvre, frictions mercurielles sur le thorax, le quart d'alimens.

Au bout de cinq jours, les gencives se prennent; on suspend les frictions. L'état n'est pas amélioré; les battemens du cœur sont toujours assez intenses, mais sourds, profonds, irréguliers. Le catarrhe persiste également; l'œdème fait des progrès.

Le 15 mars, dyspnée plus grande; peau chaude; pouls vif, très fréquent (à 148); matité, souffle tubaire, bronchophonie en arrière et à droite du thorax; crachats brunâtres. Pneumonie. (Saignée de 180,0; émulsion; diète.) L'état s'aggrave.

Le 18, sub-délire; pouls très fréquent, irrégulier; battemens du cœur plus faibles, sourds et lointains.

Le 20, mort, deux mois et demi après l'entrée, trois mois après l'invasion des accidens cardiaques.

Nécroscopie trente-six heures après la mort.

Emaciation, infiltration partielle, face bouffie, sensiblement cyanosée.

Thorax. Engouement du poumon gauche, hépatisation grise, infiltration séro-purulente du poumon droit.

Le péricarde adhère au sternum et aux plèvres voisines par des productions pseudo-membraneuses. Les feuillets pariétal et cardiaque adhèrent intimement par des pseudo-membranes épaisses, grisâtres, solides, qu'on est obligé de diviser avec le scalpel. Le cœur lui-même ne paraît point altéré, ses valvules sont saines; il contient quelques caillots ambrés.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ici tout est clair et précis. Après avoir hésité quelques jours, notre expérience nous permet de diagnostiquer franchement une péricardite avec adhérences. Nous y sommes autorisés par le tumulte, l'irrégularité des battemens du cœur, la petitesse et l'irrégularité du pouls, joints à la dyspnée. Il est assez rare de rencontrer des cas aussi bien dessinés; la bronchite ne pouvait donner lieu à de pareils phénomènes; l'endocardite chronique, qu'on eût pu supposer, ne trouble pas ordinairement à ce point le jeu du cœur, et donne presque toujours lieu à du souffle distinct. Quant à la pneumonie ultime, elle est arrivée après coup.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES, RÉGNANT D'UNE MANIÈRE ENDÉMIQUE DANS UN PAYS D'ÉTANGS; communiquées par M. Vaulpré, D. M. P.

Obs. I. — La femme Mathi, âgée de 59 ans, a toujours joui d'une bonne santé; elle a eu dix enfans. Depuis trois ans seulement elle habite la commune de Dompierre. Il y a sept semaines, elle eut un accès de fièvre qui dura quarante-huit heures. Ne voyant pas reparaître un second accès, elle se crut guérie, lorsque la semaine suivante, le mardi, à deux heures, elle eut un frisson avec tremblement pendant plusieurs heures; puis une grande chaleur avec agitation, délire, puis sueur abondante; ce ne fut que le jeudi matin qu'elle se trouva mieux. Elle n'eut pas de nouvel accès jusqu'au mardi de la semaine suivante. Ce troisième accès fut en tout semblable au premier et au deuxième et dura jusqu'au jeudi. La quatrième semaine, elle eut un nouvel accès, le mardi, en tout semblable aux précédens. Dans le courant de la semaine, elle se trouvait assez bien, à l'exception du défaut d'appétit; puis elle voyait ses jambes enfler à chaque accès.

Ce ne fut qu'au septième accès arrivé la septième semaine, le mardi 31 octobre, dans l'après-midi, qu'on vint me chercher. Je la trouvai dans l'état suivant : frisson avec tremblement depuis une heure jusque dans la nuit, vomis-

semens bilieux, la bouche mauvaise, la langue large, recouverte d'un enduit blanchâtre fort épais; soif peu vive; un peu de gonflement à l'estomac sans douleur vive; la rate volumineuse et sensible dépassant les côtes dans l'étendue d'une main. Les parois de l'abdomen sont infiltrées. Les jambes sont très enflées. Le pouls petit, concentré, marquant 100. Dans la nuit il survint de la chaleur avec délire et agitation violente. Le mercredi, à 11 heures, il y avait 120 pulsations, le pouls plein et fort; dans la soirée, la transpiration s'établit, et le jeudi, à 10 heures, l'accès était terminé. Voulant m'assurer si on ne m'en imposait pas, je vins tous les jours voir la malade, je la trouvais toujours sans fièvre; l'embarras de l'estomac persistait toujours, peu d'appétit, la bouffissure de la face se prononçait. Enfin, le mardi de la huitième semaine, l'accès reparut à midi et dura jusqu'au jeudi matin. Je prescrivis : *sel d'Epsom, 32 grammes; chiendent fortement nitré; opiat avec quina jaune, 64 grammes; sel de centaurée, sel de seignette, de chaq. 4 gram.; sirop d'absinthe, 9 lit., à prendre 8 grammes chaque matin.* De ce moment, la fièvre n'a plus reparu, la bouffissure et l'enflure des jambes ont sensiblement diminué; le gonflement de la rate diminue aussi, et aujourd'hui, 18 octobre, la malade est tout-à-fait rétablie.

Obs. II. — Femme Bourguignon, âgée de 40 ans, habitant Châtillon depuis son enfance, d'une complexion délicate, ayant la fièvre à peu près tous les six ans, se portait bien, le 11 novembre, est prise de frisson avec tremblement, puis de chaleur avec mal de tête; puis de la sueur; en un mot elle eut un accès de fièvre simple; seulement à partir de l'invasion du frisson, chaque fois qu'elle urinait, elle pissait du sang mêlé avec les urines; elle n'accusait aucune douleur en urinant. Les urines, examinées quatre heures après leur émission, ressemblaient à du sang non coagulé étendu d'eau; elles laissent au fond du vase un petit dépôt bourbeux ressemblant à de la lie de vin. Le 12, après une intermission de quatre heures pendant laquelle les urines ont été sanglantes, l'accès reparaît avec les mêmes caractères que la veille, et les urines étant toujours les mêmes; la rate n'est pas engorgée; *40 centigrammes de sulfate de quinine.* Le 13, l'accès ne vint pas, mais les urines furent encore sanglantes; *30 centigrammes de sulfate de quinine.*. Le 14, la fièvre ne parut pas et les urines cessèrent de contenir du sang. Depuis ce temps, elle n'a pas eu de fièvre et n'a pas pissé de sang.

Obs. III. — Femme Morin, 26 ans, bonne constitution, bien portante, tempérament lymphatico-sanguin, a eu cinq accès de fièvre assez bénins pour qu'elle ne fît pas appeler le médecin, lorsque, le 19 novembre, elle eut son sixième accès, qui débuta à une heure, par un frisson très fort avec tremblement; à six heures, le frisson durant toujours, elle eut un vomissement muqueux, puis un second, qui consista en du sang pur qui ne tarda pas à se coaguler; elle en rendit environ 250 grammes. C'est alors qu'on vint me chercher; je trouvai la malade dans un état de prostration et d'abattement complet, la face complètement décolorée, la parole difficile, la langue presque naturelle; pas de soif; une douleur peu sensible à l'épigastre, la rate ne dépassait pas les côtes et n'étant pas sensible, le pouls filiforme marquant 95. (Sinapismes aux extrémités; potion avec l'acétate d'ammoniaque et la teinture de cannelle; sulfate de quinine, 1 décigr. toutes les deux heures.)

Le 20 novembre, à une heure, l'accès reparut et ne dura que trois heures. Il n'y eut aucun vomissement. (Sulfate de quinine, 30 décigr.)

Depuis lors, il n'y eut ni fièvre, ni vomissement. Après avoir ausculté la poitrine avec beaucoup d'attention, je fus assuré que les poumons ne présentaient aucune lésion qui pût faire croire à une hémoptisie.

Obs. IV. — Fe St-Cyr, âgée de 42 ans, habitant la commune de Sandrans depuis plusieurs années, a une fièvre presque continuelle depuis trois ans : teint jaune-paille, amaigrissement extrême, développement énorme de l'abdomen, qui est envahi aux trois quarts par la rate, dont le parenchyme paraît mou au toucher, et qui semble devoir se déchirer à la pression.

Dans les mois de juin, juillet, octobre 1840, elle rendit, par les vomissements et par les selles, du sang coagulé en très grande abondance. Il y eut une guérison momentanée sous l'influence d'une boisson ferrugineuse composée ainsi : sulfate de fer, 8 gr.; eau, 1 kilog., et de l'extrait de quinquina à la dose de 8 grammes par jour. Le traitement fut continué pendant environ quatre mois. La rate avait perdu au moins les deux tiers de son volume; cependant elle dépassait les côtes de plus d'une main. La malade, ne voulant pas reprendre le traitement qui lui avait réussi, vit reparaître la fièvre dans l'automne 1842. Elle disparut et revint à plusieurs reprises; la rate augmenta sensiblement. Cependant, il n'y eut ni vomissements, ni selles sanglantes. Enfin, le 8 octobre 1843, après une altercation très vive, elle fut prise d'un vomissement de sang tellement abondant que la mort survint au bout d'une heure. On ne me permit pas de faire l'autopsie. A ce moment, la rate descendait jusque dans la fosse iliaque droite; en pressant un peu fortement, on sentait cet organe se déchirer.

NOTE SUR LA SYPHILIS TRAITÉE PAR LE TARTRE STIBIÉ, D'APRÈS DES EXPÉRIENCES FAITES PAR LE DOCTEUR WITTEBRAND; extrait d'une feuille périodique finlandaise.

Quel que soit le degré de précision et de certitude qu'ait déjà atteint le traitement des maladies syphilitiques, il ne sera pas toutefois sans intérêt de connaître les résultats d'une médication qui, sous plusieurs rapports, mérite de fixer l'attention des praticiens : il s'agit de la médication par le tartre stibié.

Les expériences, que nous allons exposer en résumé, ont été faites par le docteur Willebrand dans un hôpital militaire à Wilsingfors, capitale de la Finlande.

Un cas de blennorrhagie, compliquée d'un rhumatisme aigu, lui a fourni la première occasion de constater l'efficacité de ce mode de traitement.

La guérison rapide de la blennorrhagie le détermina à recourir au même procédé dans beaucoup d'autres cas analogues. Dans trois cas, la guérison eut lieu en 6 jours, 15 à 20 jours au plus ont suffi pour tous les autres. Chez l'un des sujets, dont l'affection se montrait opiniâtre, il est survenu une hématurie qui a exigé la suspension du traitement.

Mais dans les expériences appliquées aux différentes formes de la syphilis proprement dite, le tartre stibié a agi avec beaucoup plus d'efficacité. Les cas de chancre primitif y indiqués ont été guéris en douze, quinze et vingt jours. Willebrand croyait, suivant la doctrine allemande, que le chancre primitif devait toujours être soumis à un traitement général. Ce n'a été que dans quelques cas de chancres à fond induré seulement que la guérison ne s'est pas maintenue.

Les effets les plus significatifs ont été recueillis à l'égard des affections secondaires, sous les formes d'ulcérations de la gorge et de plaques muqueuses du scrotum. Trente cas ont été traités : les phénomènes de la maladie disparurent en onze, douze et quinze jours. Après leur disparition, le tartre stibié fut administré encore pendant six ou huit jours, sauf dans quelques cas où le traitement supplémentaire s'est effectué par des tisanes. Il s'est écoulé depuis la guérison, pour la plupart des sujets, deux années et pour quelques uns trois années sans aucune récidive.

Parmi les affections cutanées, concomitantes des cas d'ulcération secondaire, la roséole syphilitique, observée plusieurs fois, a disparu par l'usage du même traitement. Les affections plus graves de la peau ont opposé plus de résistance. Il y a eu huit cas de syphilides pustuleuses et squammeuses. La durée en a été de vingt à vingt-huit jours. Les inconvénients de l'usage prolongé de tartre stibié ont, dans quelques cas, nécessité le changement du traitement.

Dans toutes ces expériences, le tartre stibié a été également administré à l'intérieur, à la dose d'un demi grain six à huit fois par jour; les premières doses produisirent souvent des vomissements; mais dès le second jour, les malades supportèrent bien ce médicament; néanmoins, il y a eu des exceptions; un cas est cité où la dose ne put être élevée à un huitième de grain sans exciter des nausées et sans donner lieu à des évacuations par haut et par bas. Alors cette médication se trouva moins heureuse et on fut obligé de recourir à un autre traitement.

Les règles générales de la propreté, du repos, de la température égale et convenable, et la diète ont été sévèrement suivies. Le traitement topique a consisté seulement dans l'eau tiède. D'ailleurs, l'hôpital militaire offre, sur tout autre établissement de santé, l'avantage d'indiquer exactement les récidives par la raison que les soldats qui, dans le cours de leur service, viennent d'être attaqués de nouveau de la maladie, sont forcés de rentrer dans le même hôpital.

Si le traitement de la syphilis, dans une contrée aussi septentrionale que celle où les recherches rapportées se sont faites, ne doit pas, quant aux résultats, différer beaucoup de ce qui se passe sous un ciel plus doux, les faits dont nous avons ici communiqué l'analyse nous paraissent devoir établir la valeur de cette médication: si enfin l'on écarte toute argumentation sur le mode d'agir spécial en vertu duquel ce médicament rentre au nombre des anti-syphilitiques les plus puissans, il reste néanmoins encore à la doctrine à fixer les indications précises pour cette médication. Sans vouloir pourtant ébranler nullement l'empire du mercure, tout efficace qu'en soit d'ailleurs l'usage actuel, nous croyons que dans les formes de syphilis où le mercure est reconnu comme impérieusement prescrit, il n'est peut-être pas de praticien qui n'ait été embarrassé par des contre-indications graves, et nous pensons que ce même praticien s'estimera heureux de posséder dans le tartre stibié un médicament sous l'influence duquel il verra les phénomènes de l'affection se neutraliser si promptement.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DU PHYMOSIS VÉNÉRIEN PAR LA BELLADONE; par M. Paul de Mignot, D. M. P., à Bordeaux.

Monsieur,

Depuis quatre ans, j'ai publié, dans le Bulletin médical de Bordeaux un assez grand nombre d'observations authentiques qui ont établi d'une manière

irréfragable l'utilité de la belladone, seule ou unie au mercure, dans le traitement du phymosis et du paraphymosis accidentels. Plusieurs journaux de la capitale ont tout simplement reproduit ces faits sans réflexion, sans commentaire. Ils ont attendu, pour porter un jugement, que l'expérience ait prononcé; jusque-là sans doute ils s'abstiendront, et cette conduite est louable. Mais aujourd'hui la GAZETTE MÉDICALE (1) croit devoir renoncer à cette sage réserve; elle rompt le silence, et, s'érigeant en souverain arbitre, elle vient déclarer que ma pratique est dangereuse et que ma méthode est mauvaise.

Sur quoi s'est-on fondé pour tenir un semblable langage? Aux faits oppose-t-on la dialectique des faits? Est-ce avec l'arme puissante de l'expérimentation qu'on vient frapper d'ostracisme une méthode qui vaut au moins la peine d'être examinée? L'a-t-on même attaquée par une logique pressante, rigoureuse? Rien de tout cela : on se borne à condamner!

Mais que peut avoir de sérieux une telle critique? Elle n'émane même pas d'une conviction profonde, car elle résume l'opinion d'un homme *qui n'a pas encore essayé la belladone*, qui se propose seulement, à la première occasion, de l'employer *à titre d'adjuvant parfois utile*. Il faut être bien téméraire pour condamner, sur de simples conjectures, un procédé qu'on ne connaît pas, pour proclamer insuffisante et dangereuse une médication qui a radicalement guéri, et sans le moindre accident, douze malades dont je rapporte l'observation, deux signalés par M. Chabrely, un autre enfin vainement traité par M. Lacoste, à l'aide de la cautérisation dont vous êtes si enthousiaste! En vérité, c'est forcer un peu les limites du bon sens que de vouloir prouver qu'une méthode qui a si souvent réussi est *insuffisante* et surtout *dangereuse!* Révoque-t-on en doute l'exactitude des faits rapportés? Mais alors c'est une accusation tacite d'incapacité ou de mauvaise foi; et, pour mon compte, je renvoie volontiers une pareille accusation à celui qui, sous le voile de l'anonyme, ne craint pas de la porter à ses confrères.

Si encore vous vous étiez donné la peine de légitimer votre jugement, d'expliquer les motifs de votre réprobation!.... Mais il n'en est point ainsi : vous prenez au hasard une phrase que vous n'avez pas voulu comprendre, une observation que vous avez tronquée ou que vous n'avez pas lue en entier, et vous partez de ces données pour juger en dernier ressort un mode de traitement exposé et développé dans trois mémoires, pour saper en deux mots, si c'est possible, une œuvre qui a déjà produit des résultats utiles, et à l'édification de laquelle il eût peut-être mieux valu concourir. Ainsi, vous citez cette phrase isolée : « ...... *D'ailleurs il ne faut pas agir avec trop de précipitation* » (notez que je parle du phymosis syphilitique, et que je suppose que le cercle de constriction est relâché) ; « *on sait que dans les affections syphilitiques la » nature choisit quelquefois un point de l'économie pour y séquestrer le » principe du mal et l'empêcher d'infecter les voies circulatoires. Eh bien! » il y a un grand nombre de phymosis et de paraphymosis qui sont positivement entretenus par ce virus spécifique, et contre lesquels une médication anti-syphilitique générale et locale peut seule convenir* (2). » Vous citez cette phrase et vous vous écriez : « Pour l'honneur de la science, nous ne nous arrêterons pas à réfuter ces idées rétrogrades! » Ainsi, pour l'honneur de la science, vous niez les accidens produits par la syphilis, vous méconnaissez le phymosis syphilitique, vous rejetez sans examen les opinions admises aujourd'hui par les praticiens éclairés et consciencieux! Des idées rétrogrades, dites-vous? Eh! pourquoi craindre de rétrograder vers la vérité, lorsqu'on s'est trop avancé dans le sentier de l'erreur? Croyez-vous, par exemple, que les partisans outrés de la doctrine physiologique aient fait faire un pas à la science, le jour où ils ont professé que la syphilis n'était que le produit de l'inflammation? Vous n'admettez donc pas de virus syphilitique? Mais c'est vous qui êtes rétrograde, et je vous engage, non pas pour l'honneur de la science, qui n'est nullement compromis, mais pour votre propre honneur, à ne pas vous retrancher dans un silence dédaigneux, à vouloir bien réfuter ces opinions surannées, à développer vos modernes théories, et nous verrons si vous trouverez beaucoup d'adeptes! Croyez-moi, le sujet est grave : il vaut la peine qu'on s'en occupe.

La belladone, dites-vous, est insuffisante, et, ce qui le prouve, c'est que, dans un des cas cités par M. Mignot, « *pendant trois jours encore le mal fait des » progrès... le bourrelet se creuse de rides profondes*, etc. » De cette dernière circonstance, vous concluez que le paraphymosis s'est terminé par gangrène! Vous êtes complètement dans l'erreur. Il n'y eut pas la moindre apparence de gangrène, la moindre perte de substance; les excoriations du bourrelet et sa déchirure étaient uniquement dues à l'action de la syphilis et aux tentatives de réduction qui avaient été faites le premier jour; et si vous voyiez aujourd'hui ce jeune homme, vous ne reconnaîtriez pas la trace de ces accidens. Mais vous eussiez facilement trouvé la preuve, même dans cette observation que vous critiquez, que ma méthode ne se borne pas à l'unique emploi de la belladone; ici j'obtins une guérison complète en associant la belladone au mercure, aux injections résolutives et à une compression méthodique.

Ainsi, dans votre précipitation à juger, vous oubliez une chose essentielle : c'est que ma pratique, toute dangereuse qu'elle vous paraît, n'est pas exclusive; elle appelle à son aide le mercure, les astringens, les dilatans mécaniques (puissant moyen auquel personne encore n'avait songé) et même la cautérisation. Oui, la cautérisation, que je me garde bien de proscrire, mais que je ne voudrais pas, comme vous, préconiser à l'exclusion de toute autre méthode.

A tout autre agent thérapeutique, vous opposez la solution concentrée du nitrate d'argent, usitée à l'hôpital de l'Antiquaille, à Lyon, et vous ajoutez que ce moyen est infaillible, qu'il réussit *toujours*, qu'il est *constamment* suivi de succès. Ce sont vos propres paroles. Je ne m'arrêterai pas à les réfuter; je vous ferai observer seulement que ces sortes d'affirmations ne doivent être prononcées qu'avec une grande réserve, et que les mots *toujours*, *constamment* devraient être rayés du vocabulaire médical.

Si quelquefois j'ai rejeté les caustiques, au moins j'ai motivé mon opinion. J'ai dit qu'ils me paraissaient dangereux dans la première période, dans la période inflammatoire du phymosis et du paraphymosis; j'ai ajouté qu'ils pouvaient être utiles aux deux dernières périodes. (Voir mon dernier mémoire, page 6 et suivantes.) Ce langage est-il donc irrationnel? Etes-vous conséquent avec vous-même lorsque vous signalez comme dangereuse une pratique qui admet tout ce que la vôtre a de bon, qui rejette ce qu'elle peut avoir de mauvais, qui cherche à s'entourer des moyens les plus efficaces, et qui vante celui dont elle a retiré le plus d'avantages?

Vous rejetez encore le traitement par la belladone à cause de sa lenteur, et vous reconnaissez, comme moi, les inconvéniens de l'incision! Mais la solution caustique est-elle plus expéditive? produit-elle des effets plus prompts? C'est ce qui reste à examiner. Vous n'ignorez pas, sans doute, que la *posthé-balanite* et les coarctations préputiales qui en sont la conséquence sont le plus souvent entretenues par des ulcérations syphilitiques? Eh bien! je vous le demande en conscience : êtes-vous bien convaincu d'avoir abrégé d'un seul jour la durée de ces ulcérations syphilitiques par la cautérisation? L'escharre qu'elle produit les protége sans doute contre les matières sécrétées; mais les empêche-t-elle de parcourir leurs périodes?

Je ne prolongerai pas cette discussion, uniquement soulevée dans l'intérêt de la science et de la vérité. Mais, en terminant, je déclare que je regarde comme non avenu le jugement de la GAZETTE MÉDICALE, qui sera repoussé, je pense, par tous les praticiens de bonne foi. Plus que personne j'apprécie le talent des hommes qui président à la rédaction de ce journal; mais puisqu'ils se sont chargés de la noble mission d'instruire le corps médical et de le tenir au courant de la science, ils ne devraient jamais oublier qu'il ne faut émettre en médecine que des idées mûries par l'observation et l'expérience; que, gardiens fidèles des intérêts de tous, ils ne peuvent avoir d'autre bannière que la justice, d'autre devise que l'impartialité!

Agréez, etc.

Bordeaux, le 6 mars 1844.

NOTE DU RÉDACTEUR. — Malgré l'étendue de cette lettre, malgré le ton qu'il a plu à son auteur de lui donner, la question scientifique qui s'agite entre lui et nous est fort simple et peut se résumer en deux mots. Dans le phymosis et le paraphymosis produits par des chancres, M. de Mignot emploie le plus souvent la belladone en applications topiques. Nous, au contraire, nous pratiquons dans tous les cas, par attouchemens directs ou par injections, la cautérisation des surfaces virulentes. Les résultats *constamment* heureux de cette méthode, qui du reste n'est pas nôtre, devaient naturellement nous rendre sévères à l'égard de celle qu'on prétend lui substituer. Voyons donc quels sont les griefs de notre confrère contre le jugement porté par la GAZETTE MÉDICALE.

« Nous avons, dit-il d'abord, condamné sa méthode sans l'avoir expérimentée. » Ce reproche, nous l'acceptons avec empressement, nous nous félicitons de l'avoir mérité. Maîtres de guérir en trois semaines au plus, par le nitrate d'argent, les cas les plus compliqués, pouvions-nous sans inhumanité consentir à expérimenter dans les mêmes circonstances un moyen pour le succès duquel son auteur lui-même ne demande pas moins de *quarante jours?* (V. mém. cité.) Assurément non! L'induction et l'analogie suffisaient pour faire repousser une médication aussi notoirement impuissante, et l'intérêt de nos malades nous interdisait de chercher à justifier cette proscription par des essais cliniques.

A la vérité, M. de Mignot ne partage pas nos idées sur l'efficacité de la cautérisation. « Êtes-vous bien convaincus, nous demande-t-il, d'avoir abrégé ainsi d'un seul jour la durée des ulcérations syphilitiques? » Cette dissidence est sans doute affligeante. Mais, heureusement pour la cautérisation, tels sont aujourd'hui le nombre et la qualité de ses partisans, qu'un refus d'adhésion, de quelque part qu'il vienne, peut en saine logique être regardé comme non avenu.

Il était tout naturel que, cherchant à faire révoquer la condamnation de son procédé, l'auteur critiqué usât de tous les moyens pour décliner notre compétence. Mais, dans son intérêt, il en est auxquels nous regrettons sincèrement qu'il ait voulu avoir recours. Ainsi, par une flagrante altération de textes, il nous attribue sans hésiter les idées les plus absurdes en syphilographie. A l'entendre, « nous nions les accidens produits par la syphilis, nous méconnaissons le phymosis syphilitique, nous n'admettons pas de virus syphilitique. » En disant *altération de textes*, nous retenions sous notre plume une expression plus sévère. Mais si un sentiment de convenance nous défend ici le mot, il ne peut nous interdire de donner les preuves. Or, il est curieux de voir comment s'y est pris M. de Mignot pour métamorphoser à ce point notre opinion. En critiquant son travail dans la GAZETTE MÉDICALE (V. n. 9, p. 140), nous en avions extrait le passage suivant : « Il ne suffit pas d'agir avec trop de précipitation; on sait que, dans les affections syphilitiques, la nature choi-

(1) Numéro du 2 mars.

(2) Page 9 du dernier mémoire.

sit quelquefois un point de l'économie pour y séquestrer le principe du mal et l'empêcher d'infecter les voies circulatoires. Une longue élimination est souvent nécessaire au malade, en ce qu'elle épure le sang et produit une guérison sans rechute. » Et bornant là notre citation, nous avions cru devoir qualifier comme elle le mérite cette dangereuse doctrine qui prescrit formellement de faire suppurer aussi longtemps que possible un chancre virulent, pour le plus grand bien du malade. Maintenant, qu'a fait M. de Mignot? Fort embarrassé vraisemblablement pour répondre, mais voulant répondre néanmoins, il use du singulier expédient que voici. Il reproduit de nouveau la citation par nous critiquée de son mémoire; seulement, il la reproduit à sa manière. Ainsi, une fois arrivé à ces mots : *d'infecter les voies circulatoires*, il supprime sa dernière phrase : *une longue élimination est souvent nécessaire*, etc., laquelle surtout nous avait paru répréhensible, et la remplace sans cérémonie par cette autre : « Eh bien! il y a un grand nombre de phymosis et de paraphymosis qui sont positivement entretenus par ce virus spécifique, et contre lesquels une médication antisyphilitique générale et locale peut seule convenir, » proposition fort orthodoxe il est vrai, mais que jamais la GAZETTE MÉDICALE n'avait songé ni à critiquer, ni même à citer. N'importe, ce qui n'a jamais été dans nos colonnes, M. de Mignot l'y a vu. Dans sa feinte indignation, il s'écrie à deux reprises : « Vous citez cette phrase!... » On l'avouera, du même coup retirer un contresens monstrueux et nous en attribuer un non moins énorme, c'était une tactique adroite, au succès de laquelle il n'a manqué que d'avoir pu s'accomplir sans notre concours. Mais les textes étant rétablis, à chacun reviennent ses opinions, à chacun sa place; et nous doutons fort que notre confrère ait à se féliciter de celle que va lui donner la divulgation de son petit stratagème.

On comprend maintenant pourquoi, malgré les instances de M. de Mignot, nous sommes peu disposés à engager avec lui une discussion pour la défense des absurdités qu'il veut bien nous prêter. Quant au traitement des chancres par la belladone, si nous l'avons déclaré dangereux, c'est parce qu'il est, de l'aveu de son auteur, très long; parce que jamais, dans ces cas, il n'est indifférent de guérir vite ou de guérir lentement; parce que, enfin, l'art est en possession de moyens beaucoup plus expéditifs. Voici nos motifs. — Permis à notre correspondant d'en appeler de cette sentence à *l'expérience* et aux *praticiens de bonne foi*. L'expérimentation, nous ne la ferons point et nous dissuaderons toujours de la faire, toutes les fois du moins que la cautérisation sera indiquée. Pour ce qui est de l'opinion publique, c'est là en effet à tous notre juge souverain. Mais on ne devance pas ses arrêts; il faut savoir les attendre : et si, à nous critiques désintéressés, on nous refuse avec raison le droit de parler en sa place, certes ce ne peut être en aucun cas pour le remettre aux mains d'un auteur qui se complait dans son œuvre!

DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AVRIL.

COMMISSION DE LA GÉLATINE.

M. MAGENDIE prie l'Académie d'accepter sa démission de membre de la commission de la gélatine. Il motive cette résolution sur un sentiment de délicatesse qui lui est dicté, vis-à-vis d'un des membres de l'Académie, par l'opinion qu'il professe sur la question de la gélatine, opinion bien connue aujourd'hui et qui est entièrement conforme à celle qui vient d'être récemment exprimée par l'Institut des Pays-Bas. Il désire d'ailleurs pouvoir dès aujourd'hui discuter et manifester librement son opinion devant l'Académie et devant le public, ce qu'il ne pourrait faire s'il continuait à faire partie de la commission.

M. SERRES regrette vivement la résolution prise en ce moment par M. Magendie. Plusieurs anciens membres de la commission ont donné leur démission et ont dû être remplacés par des membres nouveaux qui, n'étant pas naturellement au courant de la question, avaient eu en quelque sorte à faire leur éducation. C'est là une circonstance fâcheuse à laquelle on doit en grande partie attribuer les retards que l'on reproche à la commission. Quant au motif qu'invoque M. Magendie, il ne lui semble pas assez important. De ce qu'un membre de l'Académie serait personnellement intéressé dans la question, aucun des commissaires, pas plus que la commission tout entière, ne saurait se considérer comme lié par cette seule considération.

M. LE PRÉSIDENT, sur l'instance de plusieurs membres, invite M. Magendie à retirer sa démission.

M. MAGENDIE persiste dans sa demande. Sa démission est acceptée, mais avec prière d'attendre le retour de M. Thénard momentanément absent.

PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA RESPIRATION.

M. GAY-LUSSAC lit un travail qui a pour titre : OBSERVATIONS CRITIQUES SUR LA THÉORIE DES PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA RESPIRATION.

Deux théories principales ont été proposées sur les phénomènes chimiques de la respiration. Dans l'une, longtemps adoptée par les chimistes et les physiologistes, la formation de l'acide carbonique et de l'eau, ainsi que la production de l'azote ont lieu dans les poumons même, au contact de l'oxygène de l'air avec les vaisseaux capillaires sanguins.

Dans l'autre théorie, l'oxygène n'agit plus immédiatement dans le poumon sur le sang; il en est simplement absorbé, et les phénomènes chimiques auxquels il peut concourir se passent hors du poumon dans le trajet circulatoire, et ce n'est qu'au retour du sang dans le poumon qu'il y verse les produits de l'oxygénation.

Cette dernière théorie présentée depuis longtemps, fortifiée et ébranlée tour à tour par quelques faits opposés, a enfin reçu cours dans la science depuis le dernier travail de M. Magnus (1) sur la respiration, travail délicat et difficile qui a eu pour objet, en constatant la présence dans le sang de l'acide carbonique, de l'oxygène, de l'azote, de donner à la nouvelle théorie de la respiration une base solide qui lui avait manqué jusqu'à présent. A en juger par l'assentiment de quelques chimistes éminens et par le silence de la critique, les recherches de M. Magnus semblent avoir fixé les opinions sur les phénomènes chimiques de la respiration; et ce n'est pas sans méfiance que je viens, pressé par les doutes qui se sont élevés dans mon esprit, soulever une discussion qui, du reste, n'a d'autre motif que l'intérêt de la vérité.

M. Magnus a d'abord cherché à constater que le sang humain veineux contenait de l'acide carbonique. A cette fin, il a fait traverser le sang par un courant d'hydrogène qui, après avoir été desséché, cédait l'acide carbonique dont il s'était chargé à de la potasse dans l'appareil à boules de M. Liebig. Des expériences qui ont duré chacune six heures lui ont donné les résultats suivans.

Sang humain veineux.	Acide carboniq.	Ou p. 100 de sang.	Acide carbon.
66cc,8	16cc,6	100cc	24cc,8
59 ,8	12 ,8	100	21 ,4
62 ,9	22 ,2	100	35 ,2

Après vingt-quatre heures, temps au bout duquel le sang n'avait encore aucune odeur :

Sang humain veineux.	Acide carboniq.	Ou p. 100 de sang.	Acide carbon.
66cc,8	24cc,9	100cc	37cc,2
59 ,8	23 ,9	100	40 ,0
62 ,9	34 ,0	100	54 ,0

En remplaçant l'hydrogène par de l'air, de l'oxygène ou de l'azote, les résultats sont restés les mêmes.

M. Gay-Lussac, après avoir fait remarquer que ces résultats, qui prouvent d'ailleurs que le sang contient beaucoup d'acide carbonique, ne sont pas complets, reproduit les résultats de nouvelles expériences faites depuis par M. Magnus. Voici en moyenne le résumé général de résultats consignés dans ces nouveaux tableaux. Pour 100 en volume de sang artériel, M. Magnus a trouvé 6,4967 d'acide carbonique, 2,4178 d'oxygène, 1,5131 d'azote, et pour 100 de sang veineux 5,5041 d'acide carbonique, 1,1703 d'oxygène et 1,0081 d'azote.

Avant d'interpréter les résultats contenus dans ce tableau, ajoute M. Gay-Lussac, il est nécessaire d'exposer plus explicitement en quoi consiste la nouvelle théorie.

Elle admet que dans l'acte de la respiration l'oxygène de l'air est absorbé par le sang artériel dans les poumons, qu'il est ensuite entraîné dans le torrent de la circulation, que dans ce trajet et par le travail secret des capillaires une certaine quantité se combine, partie avec du carbone pour former de l'acide carbonique qui reste en dissolution dans le sang, partie avec de l'hydrogène pour former de l'eau. Le sang, ainsi chargé d'acide carbonique, est transformé en sang veineux, arrive dans le poumon où il abandonne à l'air son acide carbonique, reprend alors de l'oxygène, et transformé en sang artériel, commence une nouvelle révolution.

Ainsi, M. Magnus doit principalement prouver :

1° Que le sang veineux doit contenir de l'acide carbonique et, au cas où le sang artériel en contiendrait aussi, plus que celui-ci;

2° Que la différence des quantités d'acide carbonique de l'un à l'autre sang doit satisfaire aux exigences de la respiration;

3° Que la quantité d'oxygène absorbée dans le poumon par le sang artériel et abandonnée ensuite dans le trajet de la circulation, doit également satisfaire et à la production de l'acide carbonique, et à celle de l'eau qui l'accompagne toujours dans l'acte de la respiration.

4° Que le sang veineux doit contenir de l'azote et plus que le sang artériel, au cas où celui-ci en contiendrait aussi.

Voyons donc si ces diverses conditions seront satisfaites par les expériences de M. Magnus.

Les résultats renfermés dans ce dernier tableau prouvent avec la dernière évidence que le sang artériel et le sang veineux contiennent chacun en dissolution de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote. C'est un fait acquis à la

(1) Ce travail a été inséré dans les ANNALES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE.

science, si les expériences de M. Magnus sont incontestables. Mais en examinant les quantités relatives des gaz dans chaque espèce de sang, on y découvre bientôt des contradictions manifestes. Ainsi, tandis que 100 parties ou volume de sang artériel ont produit 6,4967 d'acide carbonique, le sang veineux n'en a fourni que 5,5041. Et cependant les quantités relatives de l'acide, dans chaque sang, devraient être évidemment en sens contraire. Conséquemment, s'il n'existe pas quelque erreur inaperçue dans les résultats de M. Magnus, si moi-même je ne me fais pas quelque illusion, la nouvelle théorie de la respiration s'écroulerait avec la base essentielle qui vient à lui manquer; car cette théorie exige que le sang veineux contienne plus d'acide carbonique que le sang artériel, et les expériences même de M. Magnus déposent du contraire; le sang artériel contient 18 pour 100 en plus d'acide carbonique que le sang veineux.

La même difficulté que pour l'acide carbonique se présente à l'égard de l'azote, le sang artériel devrait en contenir moins que le sang veineux, et d'après le tableau des résultats de M. Magnus, il en contient moitié plus.

Les proportions de l'oxygène marchent seules dans un sens favorable pour chaque espèce de sang; car 100 parties de sang artériel en ont donné 2,4178, et le sang veineux 1,1703 seulement, ou presque moitié.

Examinant ensuite les conséquences des résultats concernant l'oxygène, M. Gay-Lussac signale l'absence de données positives à cet égard, et en appelle à d'autres données prise en dehors du travail de M. Magnus et adoptées par lui.

Ces données sont : 1° que d'après H. Davy un homme expire en une minute 13 pouces cubes d'acide carbonique;

2° Que chaque pulsation du cœur fournit une once de sang, et qu'en supposant 75 par minute, il passe 75 onces de sang, soit 115,7 pouces cubes dans le même espace de temps.

Conséquemment, puisque 115,7 pouces cubes de sang contiennent 13 d'acide carbonique, 100 de sang en contiendraient 11,23, quantité que pouvait très bien fournir le sang, car M. Magnus admet d'après ses expériences qu'il en renferme bien plus de 20 p. 100.

Ici, ajoute M. Gay-Lussac, après avoir longuement discuté la valeur des données de M. Magnus, relativement aux proportions de ces différens gaz dans les transformations successives du sang, il est bien nécessaire de s'entendre sur l'idée qu'on doit se former de la réunion de l'oxygène avec le sang. A-t-elle lieu en vertu de l'affinité que produit la combinaison? Est-ce simplement en vertu de celle qui préside aux dissolutions? C'est dans cette dernière hypothèse qu'a raisonné M. Magnus pour l'acide carbonique et pour l'azote. Quant à l'oxygène, il semblerait, d'après sa théorie, qu'il devrait se combiner avec le sang par affinité; mais il résulte de la discussion à laquelle se livre M. Gay-Lussac à cet égard, que les difficultés et les objections qu'on aurait à opposer à cette théorie sont tellement nombreuses, que M. Magnus lui-même n'a pu l'admettre. Pour M. Gay-Lussac, il reste donc bien entendu que tous les gaz qui interviennent dans les phénomènes de la respiration, qu'ils soient absorbés par le sang ou qu'ils s'en dégagent, n'obéissent qu'à une simple force de dissolution, d'après les règles établies par Dalton.

Dans le but de mieux éclairer la question qui nous occupe, ajoute encore M. Gay-Lussac, nous ferons une nouvelle application avec des données en partie différentes de celle-ci. D'après des expériences récentes de M. Bourgery, un homme adulte respirant librement introduit à chaque inspiration un demi litre d'air dans le poumon. Il fait 15 inspirations semblables en une minute, et pendant ce même espace de temps le cœur fait 60 pulsations. Supposons toujours comme précédemment qu'en une minute le cœur pousse 75 onces de sang dans le poumon, ou, ce qui revient sensiblement au même, 2 lit. 3. Enfin, admettons, d'après plusieurs observateurs, que l'air expiré du poumon contient en moyenne 4 centièmes de son volume d'acide carbonique; on sera conduit à cette conclusion que puisque le volume d'air introduit dans le poumon en une minute est de 7 lit. 5, tandis que celui du sang qui le traverse dans le même temps est de 2 lit., 3 ou 3,26 fois plus petit, il faut, d'après la loi de Dalton, et en admettant que le sang veineux dissolve son volume d'acide carbonique, que pour qu'il puisse donner à l'air dans le poumon 4 centièmes de son volume d'acide carbonique, soit en somme 13 représentant 13 d'oxygène, il en renferme $(1 + 3,26) \times 4 = 17,0$ p. 100 de son propre volume. C'est là le minimum d'acide carbonique que devrait contenir le sang veineux : et comme le sang artériel en contient aussi, ce minimum serait la différence des quantités d'acide carbonique contenu dans chaque sang.

M. Magnus explique en grande partie au moins le changement de couleur du sang veineux par la perte d'acide carbonique qu'il fait dans le poumon. Deux raisons nous empêchent de partager cette opinion; la première qu'il n'est pas démontré que le sang veineux se débarrasse d'acide carbonique dans le poumon; la deuxième, qu'en supposant que cela soit, la quantité d'acide carbonique qu'il conserverait, d'après M. Magnus, serait tellement grande par rapport à celle qu'il abandonnerait, qu'on ne pourrait plus expliquer par une petite quantité en moins un changement de couleur aussi remarquable.

En résumé, cette discussion paraît démontrer que la théorie de la respiration soutenue par M. Magnus ne repose encore sur aucune base solide et qu'un nouvel examen des phénomènes chimiques de la respiration est devenu nécessaire.

M. Gay-Lussac annonce en terminant qu'il s'occupe en ce moment de l'étude de cette question avec le concours de M. Magendie.

ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

M. Danielssen, médecin de l'hôpital Saint-Georges à Bergen, adresse un mémoire sur l'éléphantiasis des Grecs, régnant, depuis un demi-siècle, endémiquement dans une des parties littorales de la Norwège, et notamment dans les provinces de Christiansand, Bergen et Trondhgem. Cette maladie sévit avec une grande intensité dans la Norwège; car sur 200,000 habitans, 1,200 en sont attaqués. La maladie se développe sous deux formes : l'éléphantiasis tuberculeux et l'éléphantiasis anesthète. Dans le plus grand nombre d'autopsies que l'auteur a eu occasion de faire, il a trouvé dans le derme aussi bien que dans le tissu cellulaire une masse dure, jaunâtre et granulée, qui semble détruire la structure de la peau et du tissu cellulaire. Cette infiltration se trouve également dans les parois des veines sous cutanées, et cela à un tel degré que la veine basilique, par exemple, peut égaler l'épaisseur du doigt. On remarque des infiltrations semblables dans les yeux, dans le larynx, dans la trachée et les bronches, dans la plèvre, dans le foie, dans la rate, dans la matrice et dans tous les intestins; mais, chose remarquable, les poumons en sont ordinairement exempts.

Les moyens curatifs opposés jusqu'ici à cette affreuse maladie ont très mal réussi. Une fois développée, elle tend, sans qu'on puisse l'arrêter, vers une terminaison ordinairement funeste.

CRYPTOGAMES DÉVELOPPÉS DANS L'ESTOMAC.

M. Gruby communique une observation curieuse de plantes cryptogamiques se développant en grande masse dans l'estomac d'une malade atteinte depuis 8 ans de difficultés de faire descendre les alimens soit liquides, soit solides, dans l'estomac, sans rétrécissement de l'œsophage, accompagné de vomissemens.

CRYPTOGAMES DU CUIR CHEVELU CONSTITUANT LA TEIGNE TONDANTE (HERPES TONSURANS.)

M. Gruby accompagne cet envoi d'un mémoire intitulé : Recherches sur des cryptogames qui constituent la maladie contagieuse du cuir chevelu décrite sous le nom de teigne tondante (herpes tonsurans).

Parmi les maladies du cuir chevelu, il y en a une qui, par sa nature contagieuse et l'opiniâtreté qu'elle oppose à son traitement, mérite d'attirer l'attention du pathologiste, je veux parler de la teigne tondante de M. Mahon ou de l'herpes tonsurant de M. Cazenave.

La teigne tondante est principalement une maladie du cuir chevelu qui se caractérise par la tonsure et la chute des cheveux sur des plaques arrondies couvertes de petites écailles blanchâtres et de petites aspérités analogues à ce qu'on appelle vulgairement la chair de poule.

En examinant avec attention sous le microscope les fragmens de cheveux provenant de la teigne tondante, on y reconnaît que tout leur tissu est rempli de cryptogames et que les cheveux sont encore couverts de leurs écailles épidermiques, lorsque leur intérieur est déjà plein de sporules.

Ces cryptogames prennent naissance dans l'intérieur de la racine des cheveux, sous la forme d'un groupe de sporules rond; à mesure que le cheveu pousse, les cryptogames qu'il renferme poussent également et jusqu'à ce qu'il sorte de son follicule.

Les cryptogames qui constituent la teigne tondante diffèrent tellement de ceux qui constituent la phyto-alopécie (porrigo decalvans, que M. Gruby a décrit dans un précédent mémoire) qu'on ne pourrait jamais confondre ces deux maladies. Leur siége même, leur développement et le rapport qu'ils offrent avec le tissu des cheveux diffèrent également de celui de la phyto-alopécie.

D'abord les cryptogames de la teigne tondante ne sont formés que de sporules et chapelets; rarement on voit des sporules allongés imitant des branches.

Les cryptogames de la phyto-alopécie, au contraire, ont de nombreuses branches courbées, ondulées, et les sporules placés à leur côté.

Dans la teigne tondante les sporules sont grands (diamètre égal à $\frac{2-6}{1000}$ sur $\frac{4-10}{1000}$ de millimètre). Les sporules des cryptogames de la phyto-alopécie, au contraire, sont extrêmement petits; leur diamètre n'est que de $\frac{3-5}{1000}$ de millimètre.

Dans la teigne tondante, les sporules remplissent l'intérieur des cheveux, tandis que leur surface interne est peu changée.

Les sporules, au contraire, du *microsporon oduini* sont placés à la surface externe des cheveux et forment une véritable gaîne autour d'eux.

Les cryptogames de la teigne tondante prennent naissance et se développent dans la racine des cheveux.

Le *microsporon odouini*, au contraire, se développe à la surface externe des cheveux, en dehors des follicules.

Ces caractères sont tellement constans dans la teigne tondante qu'il n'y a pas un seul cheveu malade dans cette affection qui ne les présente.

La teigne tondante ne présente aucun autre produit pathologique que ces cryptogames, et elle mérite d'être classée parmi les maladies parasites végétales, à côté de la phyto-alopécie, mentagrophite, etc.

Pour distinguer la teigne tondante de la phyto-alopécie, M. Gruby propose de lui donner la dénomination de *rizo-phyto-alopécie*.

POLYPE DU LARYNX. — TRACHÉOTOMIE.

M. Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une lettre dans laquelle il fait connaître les résultats d'une opération de laryngotomie pratiquée pour un cas de polype du larynx. Le diagnostic difficile de cette maladie avait été établi par plusieurs médecins consultans. Il s'agit d'une femme âgée d'une trentaine d'années, chez laquelle il s'était développé une excroissance fibro-celluleuse dans le larynx. Le corps étranger était engagé entre les lèvres de la glotte; il avait déterminé des accidens très graves et nécessité

de prompts secours; car la suffocation était imminente et l'angoisse extrême. Jugeant l'excision de la trachée-artère indispensable pour rétablir d'abord la respiration, M. Ehrmann la pratiqua aussitôt et plaça une canule à demeure dans le conduit aérien, sauf à procéder plus tard à l'extirpation du polype fixé dans l'intérieur du larynx. Le surlendemain, alors que le cancer était parfaitement rétabli, et que la respiration se faisait en toute liberté par la voie artificielle, il exécuta son projet et parvint à faire heureusement l'ablation du corps étranger, en rasant avec le bistouri toute la longueur du ligament inférieur gauche de la glotte, après avoir saisi à l'aide d'une pince l'excroissance devenue visible par l'écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde divisé. Cette femme se trouvait, le sixième jour de l'opération, dans l'état le plus satisfaisant. M. Ehrmann se réserve de faire connaître plus tard les résultats définitifs de cette opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS

PROCÈS-VERBAL.

M. Blandin : Je crois que M. Cruveilhier n'a pas fait autant de concessions que l'a dit M. Lisfranc; mais je crois aussi qu'il en a fait plus qu'on ne le dit dans le procès-verbal. Je me rappelle, par exemple, que M. Cruveilhier, à l'occasion d'une pièce que je lui ai montrée comme un exemple de l'extrême difficulté du diagnostic des tumeurs fibreuses, est convenu qu'il y avait lieu de modifier un peu l'opinion qu'il avait émise relativement à la facilité de ce même diagnostic. Le procès-verbal ne parle pas de cette concession.

M. Dubois (d'Amiens) : M. Blandin se méprend, je crois. La concession faite par M. Cruveilhier a porté seulement sur la fréquence des tumeurs fibreuses. Nous nous en rapporterons d'ailleurs à la déclaration de M. Cruveilhier lui-même.

(M. Cruveilhier est absent. On attendra sa présence pour éclairer ce point.)

Le procès-verbal, sauf réserve faite relativement à la rectification demandée par M. Blandin, est mis aux voix et adopté.

— M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Sivi, son correspondant à Grenoble.

CORRESPONDANCE.

Entre autres pièces de la correspondance, nous avons entendu désigner les suivantes :

1° Une lettre de M. Pétrequin sur les accidens résultant de la contusion du périnée et les moyens qu'ils réclament.

2° Une lettre de M. Cassinat, contenant de nouveaux documens relatifs aux cas de peste du *Léonidas*, en rectification des diverses assertions qui ont été émises sur ce sujet devant l'Académie. M. Cassinat émet dans cette lettre quelques nouveaux faits tendant à établir que les limites de l'incubation de la peste sont de dix à vingt-quatre jours.

RAPPORTS.

EAUX MINÉRALES D'ÉVAUX.

M. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel demandé par M. le ministre du commerce, sur les eaux minérales d'Evaux, dans le département de la Creuse.

M. Caventou : Un fait m'a frappé dans le rapport que nous venons d'entendre, c'est l'existence d'une certaine quantité de principes iodiques dans les conferves qui prennent naissance dans les piscines d'Evaux, tandis qu'il paraît résulter des analyses faites par la commission que les eaux elles-mêmes n'en contiennent pas, ou du moins qu'elles n'en contiennent qu'une quantité tellement minime qu'il n'a pas été possible de l'apprécier d'une manière positive. Peut-être les commissaires n'ont-ils pas poursuivi leurs recherches à cet égard d'une manière suffisamment minutieuse; cependant, c'était là une question assez importante pour devoir être complètement éclaircie.

Je ferai une autre observation relativement aux principes minéralisateurs de ces eaux. M. Henry nous a dit qu'il y avait trouvé une matière organique azotée. Je demanderai si l'analyse de cette matière a été faite rigoureusement et s'il a reconnu dans cette même matière organique l'existence du principe iodique; car il est probable que, si les eaux en contiennent, c'est spécialement dans cette matière qu'il doit se rencontrer.

M. Henry : Malgré tous mes efforts, je n'ai pu parvenir à trouver la moindre trace d'iode dans les eaux elles-mêmes. Quant à la matière organique, je la considère comme l'origine des conferves, et c'est par conséquent dans cette matière que réside le principe iodique.

M. Chevallier : Le principe iodique en question se rencontre dans toutes les conferves des eaux de mer; on le trouve aussi dans celles des eaux de Vichy.

M. Desportes : M. Henry ne paraît pas s'être occupé, dans ses recherches, d'un objet d'une grande importance, à mon avis, savoir d'où viennent ces eaux, quelle est la nature des terrains qu'elles traversent avant de sourdre à la surface du sol, quelle peut être leur influence sur la végétation.

M. Henry : Il est impossible, en général, de savoir d'où proviennent les eaux minérales. Elles sourdent de terrains qui peuvent très souvent n'être pas les mêmes que ceux où elles prennent naissance. On peut tout au plus acquérir, à cet égard, quelque probabilité; mais il est impossible de savoir au juste la nature des terrains où se trouvent les eaux minérales. On l'ignore complètement pour les eaux des Pyrénées elles-mêmes, où il semblerait cependant plus facile que partout ailleurs d'étudier ce genre de relation.

M. Chevallier : La question de M. Desportes est insoluble. La température même des eaux thermales indique assez qu'elles viennent d'une très grande profondeur. Dans la plupart des sources connues, il n'existe aucune relation entre la composition des eaux et la nature des couches qu'elles traversent. Telles eaux traversent des terrains ferrugineux, qui ne contiennent pas un atome de fer, etc. D'ailleurs, pût-on être guidé par la connaissance géologique des terrains au milieu desquels sourdent des eaux minérales, de pareilles recherches seraient à peu près inexécutables.

PROPOSITION RELATIVE AUX BUSTES ET PORTRAITS DES ACADÉMICIENS CÉLÈBRES.

M. Cornac : Je demande la parole pour une proposition.

M. Ferrus : Je regrette de ne pouvoir accorder la parole à M. Cornac, mais le réglement s'y oppose, la proposition n'ayant pas été préalablement soumise au conseil.

M. Cornac : Je suis étonné de cette opposition. Je demande que l'Académie soit consultée.

Après quelques paroles d'explication échangées entre le président et M. Cornac, l'Académie consultée décide que la proposition sera immédiatement entendue.

M. Cornac lit l'article du réglement relatif aux bustes et portraits des académiciens destinés à orner la salle des séances. L'une des dispositions de ces articles est que aucune décision ne peut être prise à cet égard que cinq ans après le décès des membres à la mémoire desquels on voudra rendre cet honneur. M. Cornac rappelle qu'il existe dans le recueil des mémoires de l'Académie deux rapports, l'un de Bourdois de Lamothe, sur Corvisart; et l'autre de M. Husson, sur Laënnec; et que bien que ces rapports aient été faits depuis plusieurs années, il n'a encore été pris à cet égard aucune détermination par le conseil. Deux académiciens célèbres sont morts depuis, et tous deux depuis plus de cinq ans; ce sont Dupuytren, mort en 1835, et Broussais, mort en 1838. Il demande qu'une commission soit nommée à l'effet de proposer à l'Académie de rendre les honneurs qui sont dus à la mémoire de ces deux illustres académiciens. Il exprime en outre le désir que le conseil prenne enfin une détermination en ce qui concerne Corvisart et Laënnec.

La proposition de M. Cornac est mise aux voix et adoptée. Le conseil d'administration aura à désigner la commission chargée de cet objet.

LECTURES ET COMMUNICATIONS.

HÉRÉDITÉ DE LA FOLIE.

M. Baillarger lit une note sur ce sujet et présente à l'Académie un atlas contenant des tableaux statistiques, résumé de 600 observations de maladies mentales héréditaires.

L'auteur s'est proposé la solution des trois questions suivantes :

1° La folie de la mère, toutes choses égales, d'ailleurs, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père?

2° Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfans que celle du père?

3° La folie se transmet-elle plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons?

Première question. La folie de la mère, toutes choses égales, d'ailleurs, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père?

Sur 453 aliénés atteints de folie héréditaire en ligne directe, la maladie avait été transmise :

Par la mère.....................	271
Par le père......................	182
La différence est de	89, ou d'un tiers.

La folie de la mère est donc plus fréquemment héréditaire que celle du père dans la proportion d'un tiers.

2e question. Dans les cas de folie héréditaire, la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfans que celle du père? Le résultat des relevés est le suivant : sur 271 familles dans lesquelles la folie avait été transmise par la mère, la maladie, à l'époque où les observations ont été recueillies, s'était manifestée :

Chez un seul enfant..............	203 fois
Chez deux enfans.................	62
Chez trois enfans..................	5
Chez quatre enfans................	1
	271
Total des enfans aliénés...	346

La folie de la mère avait donc été transmise à plusieurs enfans 70 fois sur 271, c'est-à-dire dans plus d'un quart des cas.

Quant à la folie transmise par le père, M. Baillarger a trouvé :

Que, sur 182 familles dans lesquelles la folie venait du père, la maladie, à l'époque où ces observations ont été recueillies, avait atteint :

Un seul enfant	152 fois.
Deux enfans	26
Trois enfans	4
Total	182
Total des enfans aliénés	216

La folie du père a donc été transmise à plusieurs enfans 30 fois sur 182, c'est-à-dire dans 1/6 des cas.

Ainsi, la folie de la mère, en même temps qu'elle est plus fréquemment héréditaire que celle du père, paraît aussi, toutes choses égales d'ailleurs, atteindre un plus grand nombre d'enfans.

3e QUESTION. La folie se transmet-elle plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons?

Sur 346 enfans qui avaient hérité de la mère, il y avait 197 filles et 149 garçons.

La différence est de 48 ou d'un quart.

Sur 215 enfans auxquels la maladie avait été transmise par le père, le nombre des garçons était de 128; celui des filles de 87; total 215.

La différence est de 41 ou d'un tiers.

La folie de la mère se transmet donc plus souvent aux filles qu'aux garçons, dans la proportion d'un quart; la folie du père, au contraire, plus souvent aux garçons qu'aux filles, dans la proportion d'un tiers.

En comparant ces résultats, on aperçoit bien vite deux autres rapports qui ne sont pas sans intérêt.

On trouve en effet que, sur 271 garçons, 126 tenaient la folie de leur mère, 125 de leur père.

La différence est à peine d'un sixième.

Pour les filles, au contraire, cette différence est beaucoup plus tranchée, et c'est de tous les résultats qui précèdent celui qui paraît avoir le plus d'importance.

Sur 274 filles aliénées, 189 tenaient la folie de leur mère, 85 seulement l'avaient héritée de leur père.

La différence est de 104, c'est-à-dire plus de la moitié.

D'où cette conclusion :

Que les garçons tiennent à peu près aussi souvent la folie de leur père ou de leur mère; mais que les filles, au contraire, héritent au moins deux fois plus souvent la folie de la mère que celle du père.

En faisant l'application de ces résultats au pronostic à porter sur les enfans nés de parens aliénés, on arrive aux conclusions suivantes :

1° La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore se transmet à un plus grand nombre d'enfans.

2° La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons; celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père; elle est, au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles.

STATISTIQUES. — PROPOSITION.

M. MÉLIER lit un travail intitulé : QUELQUES REMARQUES SUR LES STATISTIQUES. Proposition à ce sujet.

Depuis quelque temps, depuis que l'utilité des statistiques a été généralement admise, et que l'on a bien compris les services qu'elles peuvent rendre, le gouvernement consacre des sommes considérables à recueillir des documens sur toute sorte de questions. On fait des statistiques au ministère de l'intérieur, au ministère de l'agriculture et du commerce, au ministère de la justice, etc., on en fait partout. C'est maintenant une partie importante du travail des bureaux, et qui occupe un grand nombre de plumes. On lit dans un rapport au roi, placé en tête de ces statistiques, celle de l'agriculture, qu'en comptant les maires et les différens employés qui ont pris part à sa confection, le nombre des collaborateurs s'élève, pour cette seule statistique, à plus de 100,000 personnes,

Parmi ces statistiques, s'il en est plusieurs qui, purement administratives, industrielles, commerciales, n'ont rien de commun avec la médecine, il en est un certain nombre qui l'intéressent essentiellement et desquelles elle peut attendre de précieux renseignemens sur une foule de questions, ou, pour mieux dire, sans lesquelles beaucoup de questions de l'ordre le plus élevé ne sauraient être résolues d'une manière satisfaisante. Elles appellent conséquemment toute notre attention.

Ces vastes recueils, formés si laborieusement et à si grands frais, pourraient être d'autant plus utiles à la science, qu'ils remplissent mieux que tous ceux qui les ont précédés les conditions hors desquelles il ne saurait y avoir de bonnes statistiques; ils s'étendent à la France entière, embrassent de longues périodes, et portent sur des masses considérables de faits.

C'est donc entrer dans les vues de l'administration et lui rendre service, que de signaler celles de ces statistiques qui pourraient être défectueuses. Les remarques consignées dans notre rapport sont relatives à une omission faite dans l'une d'elles, omission tellement grave qu'elle suffirait à elle seule pour entacher de nullité les tableaux où elle existe : il est certain du moins qu'elle leur ôte une grande partie de leur valeur, et ne permet guère d'en tirer parti.

Il s'agissait, l'Académie voudra bien se le rappeler, de l'hérédité et de son influence dans la production des maladies nerveuses, influence si grande de l'aveu presque unanime des médecins, non seulement dans ces maladies en particulier, mais dans toutes en général, qu'il n'est peut être pas de cause dont il soit plus essentiel de tenir compte. En traitant cette grave et difficile question de l'hérédité, les auteurs dont nous analysions les travaux avaient eu à l'examiner particulièrement en ce qui regarde l'aliénation, et chacun faisant usage des chiffres qu'il avait pu rassembler, soit en puisant dans les ouvrages publics, soit d'après sa propre expérience, s'était appliqué à rechercher la proportion des cas héréditaires. On sait que cette proportion varie singulièrement selon les auteurs; pour les uns, elles ne serait que d'un huitième; pour d'autres, elle irait jusqu'à la moitié. Mais si l'on diffère quant au chiffre, on est d'accord sur le fait essentiel, à savoir que, de toutes les causes de l'aliénation, l'hérédité est la plus puissante comme elle est la plus fâcheuse, et que, dès lors, c'est une de celles qu'il importe le plus de signaler et de bien approfondir.

Pendant que nous étions occupés à l'examen des mémoires envoyés au concours, et que nous cherchions nous-mêmes à nous éclairer sur la question, parut un nouveau volume de la statistique générale de la France. Ce volume, un de ceux qui touchent le plus directement à la médecine, a pour objet les établissemens et institutions de bienfaisance. Parmi beaucoup d'autres documens précieux, il contient un état général des aliénés pour tout le royaume, classés d'après les causes connues ou présumées de la maladie. Impossible de ne pas s'attendre à y trouver des renseignemens sur l'hérédité. Par une omission singulière et véritablement inexplicable, l'hérédité n'y a pas même été mentionnée. Toutes les autres causes, même les plus rares ou les plus douteuses, rangées sous les deux grandes divisions de causes physiques, et de causes morales, ont été notées avec soin et détail, et celle-là précisément qui est la plus fréquente et la plus grave, celle qui avant toute autre doit appeler l'attention, se trouve entièrement négligée.

« En voyant une pareille lacune dans un si beau travail, destiné à être souvent cité, et qui a déjà eu du retentissement, on ne peut s'empêcher de regretter, disions-nous dans notre rapport, que l'Académie ne soit pas consultée » quand il s'agit de rassembler les élémens et de disposer les tableaux des statis» tiques qui intéressent la médecine. Il entrerait, ce semble, dans ses attribu» tions d'éclairer l'administration sur la manière de dresser ces statistiques et » d'en coordonner les matériaux, » et je me demandais : « Si l'Académie ne » pourrait pas, dans l'intérêt de la science, adresser au ministre des observations » à ce sujet. »

Ainsi que je l'ai dit en commençant, cette question, bien que favorablement accueillie par l'Académie au moment où nous l'avons soulevée, ne pouvait recevoir aucune solution. Je viens la renouveler aujourd'hui, et tout en regrettant qu'elle ne soit pas proposée par une voix ayant plus d'autorité que la mienne, j'appelle sur elle toute l'attention de l'Académie.

Il s'agirait donc, si l'Académie le juge convenable et croit pouvoir le faire, en premier lieu, de signaler au ministre, comme défectueux et incomplets, les tableaux de la statistique générale de la France relatifs aux causes de l'aliénation; la cause réellement puissante, et pour ainsi dire fatale de cette maladie, celle qui joue le plus grand rôle dans sa production y ayant été complétement passée sous silence. On pourrait ajouter avec vérité que l'indication des autres causes, telle qu'elle a été adoptée dans ces tableaux, laisse beaucoup à désirer; qu'elle comporterait une classification plus régulière et plus vraie, et qu'il y aurait lieu à la refaire complétement.

Il s'agirait, en second lieu, de faire en sorte qu'à l'avenir l'Académie de médecine, instituée pour s'occuper de tout ce qui peut intéresser la santé publique et contribuer aux progrès de la science, fût consultée sur les statistiques qui ont trait à la médecine et à l'hygiène publiques, sur la meilleure forme à donner à ces statistiques et aux tableaux dont elles se composent, sur les renseignemens à y introduire, sur leur classification, etc.

Cette demande étant généralement appuyé est renvoyée au conseil d'administration.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. Malgaigne lit un travail intitulé : SUR LA VALEUR RÉELLE DE L'ORTHOPÉDIE, ET SPÉCIALEMENT DE LA MYOTOMIE RACHIDIENNE DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE. (Voir au commencement du journal l'analyse de ce travail.)

Le bureau renvoie le mémoire de M. Malgaigne à une commission composée de MM. Amussat, Jobert et Louis.

M. J. GUÉRIN demande la parole pour un fait personnel.

M. LE PRÉSIDENT : L'heure est très avancée. M. Guérin voudrait-il renvoyer ce qu'il a à dire à la prochaine séance?

M. J. GUÉRIN : Ce que j'ai à dire ne demande pas cinq minutes. Je sais que le réglement interdit toute discussion sur la lecture des personnes étrangères à l'Académie. Ainsi, en demandant la parole pour un fait personnel, je veux me renfermer rigoureusement dans les limites de mon droit.

En effet, Messieurs, si la myotomie rachidienne était seule en cause comme méthode, je laisserais à chacun de vous le soin d'apprécier l'attaque dont elle vient d'être l'objet. Mais, outre la méthode, il y a la personne de l'inventeur. Bien qu'en apparence on ait voulu s'en tenir à la question scientifique, il n'en est pas ainsi au fond. Les précédens de cette discussion donnent à ce qu'on ne dit pas aujourd'hui devant l'Académie, un supplément de signification à l'aide de ce qu'on a dit ailleurs. C'est donc pour dégager ma personne de ce débat où on voudrait implicitement la remettre en cause, que j'ai demandé la parole. Quelques courtes explications diront tout ce qu'il m'est permis de dire à cet égard.

J'ai publié et je soutiens que la myotomie rachidienne est rationnelle en principe, et efficace en pratique. J'ai annoncé des faits assez nombreux militant en faveur de cette proposition. Si les faits qu'on vient de citer avaient la portée qu'on prétend leur donner, la méthode ne serait pas seulement mauvaise, mais mon assertion pourrait être entachée comme contraire à la vérité, ainsi que l'auteur du mémoire l'a dit très explicitement ailleurs.

M. Husson, M. Nacquart, interrompant : C'est de la discussion : au fait personnel.

M. J. Guérin : Si vous vouliez bien ne pas m'interrompre, vous verriez qu'il ne s'agit que de cela. (M. J. Guérin cherche à continuer. MM. Husson, Nacquart, Gerdy couvrent sa voix ; ils interpellent vivement M. le président. M. Gerdy demande à faire une motion d'ordre.)

M. J. Guérin : J'ai demandé la parole pour un fait personnel ; le règlement m'en donne le droit et j'en use. C'est une violence qui n'a pas de nom que de vouloir empêcher un membre de défendre sa personne et son caractère contre des attaques produites au sein même de l'Académie. (M. J. Guérin continuant au milieu de l'agitation) : Or, j'ai annoncé, dans le relevé numérique de mon service à l'hôpital des Enfans, que sur 154 cas de déviations de l'épine, il y avait eu 24 guérisons ; les 130 autres cas étaient répartis comme il suit : 28 améliorations, 4 non-améliorations, 1 mort, et 98 cas dont le résultat n'a point été exprimé dans le relevé, soit parce que les malades n'avaient point été revus, soit parce que le traitement avait été interrompu ou n'était pas encore terminé. Eh bien ! on vous a parlé de 24 cas de non guérison. Sans examiner la valeur du diagnostic affirmé, je me bornerai à faire remarquer qu'on ne sait pas, et qu'on est dans l'impossibilité de savoir à laquelle des catégories de mon relevé, *guérisons, améliorations, insuccès, non revus*, traitemens *inachevés*, etc., ces 24 cas se rapportent. Voilà un premier point incontestable. En voici un second. Dans quel état étaient les malades avant leur mise en traitement ? dans quel état étaient-ils à leur sortie ? On ne le sait pas davantage ; car je n'ai rien publié à cet égard. On a suppléé à ce renseignement indispensable par une enquête et des renseignemens dont l'Académie appréciera l'origine, la valeur et le caractère.

M. Nacquart : Je propose l'adjonction de MM. Roux et Velpeau à la commission désignée par le bureau.

M. J. Guérin : Je demande à l'Académie la permission de récuser M. Velpeau comme juge dans ce débat. Les opinions et les dispositions de M. Velpeau, en ce qui concerne mes travaux et ma personne, sont assez connues : dans une affaire aussi grave, c'est le moins que je puisse mettre ma moralité attaquée à l'abri de toute prévention.

M. Velpeau : Il ne s'agit pas ici de la personne de M. Guérin, mais d'un mémoire lu par M. Malgaigne. En conséquence, je ne vois pas pourquoi je serais récusé par M. Guérin. J'insiste, au contraire, pour que l'Académie fasse droit à la proposition de M. Nacquart.

L'adjonction de MM. Roux et Velpeau est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée au milieu d'une grande agitation.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL D'ANATOMIE GÉNÉRALE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE ; par L. Mandl, accompagné de cinq planches gravées. — 1 vol. in-8°. Paris, 1843, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

En ouvrant ce livre, et dès les premières pages, nous nous sommes demandé (et tout lecteur se demandera comme nous) pour quel motif son auteur lui a donné le nom de Manuel. S'il a voulu, par ce titre, mettre en relief la concision vers laquelle ses efforts ont été constamment dirigés, on ne peut qu'applaudir à son dessein. Malheureusement, parmi nous, le mot *manuel* emporte une idée beaucoup moins favorable. Aux yeux de presque tous, il représente une série de propositions données sous forme magistrale, un exposé de doctrine où la brièveté ne s'obtient qu'au prix des lacunes. C'est le précepte brut sans sa justification théorique ; la conclusion, isolée du raisonnement qui l'a enfantée et qui l'appuie. Sous aucun de ces rapports, nous pouvons le déclarer, l'ouvrage de M. Mandl ne mérite son titre. On va voir, par la manière large dont il a conçu son sujet, que ce *manuel* équivaut aux traités les plus approfondis et les plus complets que nous possédions sur la matière.

Le but de la science qui s'enseigne ici est la connaissance des tissus organiques, ainsi que leur distinction. Le choix des moyens d'étude est donc pour l'auteur le premier point qu'il importe de déterminer. Or, M. Mandl voyait ici, tout d'abord, un soupçon assez légitime en apparence s'élever contre lui. Principalement connu par de laborieuses recherches microscopiques, n'était-il pas à craindre qu'il n'accordât à ce genre d'investigations une suprématie trop exclusive ? M. Mandl n'est point tombé dans cet écueil. Disons plus, il l'a vu et l'a évité. L'anatomie générale et l'anatomie microscopique, dit-il lui-même, sont souvent confondues. Ces sciences cependant sont réellement indépendantes l'une de l'autre. La première profite des résultats qui appartiennent à la seconde ; mais si elle les utilise, c'est au même titre que ceux que lui fournissent la chimie, la pathologie. Ainsi, par exemple, l'état actuel des microscopes ne fait découvrir aucune différence entre la texture du tissu cellulaire et celle des membranes séreuses et fibreuses. En écrivant une anatomie microscopique, on pourrait donc avec raison réunir toutes ces parties en un seul groupe, en former une seule et même classe de tissus. Mais l'anatomie générale aurait-elle pour cela le même droit ? En aucune manière ; car elle fonde ses divisions non pas sur la considération unique de texture, mais sur celle de propriétés bien différentes, telles que l'apparence extérieure des tissus, leur composition chimique, leur distribution dans l'organisme, etc. Néanmoins, s'il ne fonde pas le seul point de départ pour une classification des tissus, le microscope rend de précieux services pour éclairer cette voie. Combinés aux résultats de l'observation directe, ses enseignemens atteignent souvent à des solutions qui demeureraient impossibles sans ce secours mutuel. Le microscope, par exemple, ne verra que des corpuscules dans une trame organique, tandis que l'examen à l'œil nu n'y découvrira que des fibres. Eh bien ! en les rapprochant entr'elles, ces observations vont démontrer comment les corpuscules, en réalité, composent les fibres.

Ce n'est pas non plus à la chimie qu'il faudra demander une base rationnelle pour l'étude et la distinction des tissus. Sans repousser les lumières que cette science prodigue journellement, l'auteur prémunit sagement contre les écarts auxquels pourrait exposer une confiance exagérée en ses inductions. Les défectuosités des procédés d'analyse devraient d'abord à elles seules inspirer cette défiance ; car peut-on raisonnablement espérer de l'emploi des mêmes moyens un égal succès pour l'étude des corps organiques et pour celle des corps inorganiques, quand on voit les lois si différentes selon lesquelles s'opèrent, dans l'un et l'autre règne, les combinaisons des élémens primordiaux ? D'un autre côté, les tissus qu'étudie la chimie sont frappés de mort ; et, en tant que privés de la vie, ils ont déjà subi une décomposition dont les réactifs ne sauraient tenir compte. On peut enfin faire à toutes les analyses et contre leur prétendue certitude une objection très grave, c'est qu'elles ne parviendront jamais à décomposer ce qu'elles ont dissocié. On comprend que, avec un pareil esprit, notre auteur se montre peu empressé d'adopter les conclusions que la chimie organique moderne étale depuis quelques années avec tant de complaisance et de faste. Mais, du moins, s'il refuse à l'analyse chimique ce rang souverain, ce n'est point pour le donner à d'autres méthodes d'examen. Chacune a sa place marquée d'après l'importance de son but et selon la sûreté des agens qu'elle emploie. Toutes s'éclairent et se complètent ; car c'est le même objet qu'elles explorent par ses diverses faces. Aussi peut-on dire que le soin avec lequel chacune a été mise en œuvre par un auteur est la meilleure garantie de la confiance que mérite son langage.

Examinons donc, d'après M. Mandl, les divers points de vue sous lesquels l'anatomiste aura à considérer un tissu afin de déterminer l'ordre qu'il doit occuper dans l'économie. Il établit préjudiciellement une différence qui nous semble sans importance entre les *tissus* et les *systèmes organiques*. Les *tissus* seraient les groupes différenciés en vertu des propriétés apparentes à la vue ; tandis que, pour le *système organique* distinct, il faudrait avoir égard en outre à toutes les conditions de nature, de développement, de distribution, de décroissance, etc., qui leur appartiennent. A nos yeux, nous le répétons, cette division n'est point justifiée. En elles-mêmes, les deux expressions sont indifférentes ; et quelle que soit celle qu'on adopte, *tissu* ou *système organique*, il sera toujours indispensable, dès qu'on voudra catégoriser et établir un genre à part, de prendre en considération tous les caractères que nous venons de nommer.

Cette petite difficulté vidée, voyons de combien d'élémens se compose, dans cet ouvrage, l'histoire anatomique de chaque tissu. En première ligne, sont exposées ses *propriétés physiques*, celles qui frappent d'abord les sens de l'observateur, soit sur le vivant, soit sur le cadavre. Viennent ensuite les *propriétés vitales*, telles que la contractilité, l'irritabilité, se manifestant seulement pendant la vie. L'auteur distingue soigneusement d'avec ces propriétés vitales, *les fonctions*, dont la physiologie a spécialement à s'occuper. En troisième ordre, il décrit les *propriétés chimiques*.

Les *propriétés anatomiques* forment le quatrième et le plus important chapitre. Ici encore, par une distinction plus voisine peut-être de la recherche que de la précision, M. Mandl appelle *structure* l'arrangement que l'œil nu peut découvrir, et *texture* celui qu'on n'aperçoit qu'à l'aide du microscope. C'est là surtout que se dévoile le préparateur patient et le micrographe exercé. L'auteur ne dissimule aucune des objections qu'on a faites contre l'emploi du microscope. C'est donc un juge compétent et un juge non prévenu qui discute l'utilité et la valeur de cet instrument. Si son langage diffère parfois de celui des autres observateurs, il ne se retranche jamais à leur égard dans un silence dédaigneux. A l'entendre discuter leurs variations, en expliquer les causes, avouer ses propres inadvertances, trouver par l'interprétation d'un texte des analogies là où le premier coup-d'œil montrait des contradictions inconciliables, on reconnaît le praticien, et on est irrésistiblement entraîné à se

ranger de son côté. Disons aussi que l'exacte définition des termes employés entre pour beaucoup dans la confiance qu'inspirent ses opinions. Ces mots de globule, vésicule, cellule, noyaux, etc., si vagues, si souvent confondus entr'eux dans les écrits des Allemands, ont chez lui chacun sa signification spéciale; et presque toujours (nous disons à dessein *presque*, parce que nous voulons rester vrais et que nous tenons à être crus) la description micrographique se lit et se comprend sans efforts.

Le tissu étant bien connu, il devient aisé de le retrouver partout où il se présente et de déterminer ainsi sa *distribution* dans l'organisme. A ce chef se rattachent des notions importantes sur l'ensemble du tissu, ses rapports avec les autres systèmes, etc. Mais la considération de distribution n'est pas circonscrite à chaque groupe isolément. Elle les domine tous, en ce sens que, pour M. Mandl, elle a été la base de leur classification. A l'exemple de Bichat, il divise tous les tissus du corps humain en deux grandes classes :

1° *Systèmes généraux*, répandus sans interruption partout le corps;

2° *Systèmes particuliers*, n'existant qu'en certains endroits du corps.

A la première catégorie appartiennent les systèmes ce ulaire, nerveux et vasculaire.

La seconde se subdivise en trois genres :

a Systèmes privés de nerfs et de vaisseaux capillaires : celui des appendices tégumentaires.

b Systèmes dépourvus de nerfs bien distincts et de grands réseaux de vaisseaux capillaires, visibles à l'œil nu : les systèmes adipeux, séreux, fibreux, cartilagineux et osseux.

c Systèmes pourvus de nerfs bien distincts et de grands réseaux de vaisseaux capillaires : les systèmes musculaire, glandulaire et cutané.

Telle est la classification de M. Mandl. Au point de vue scholastique, on pourrait reprocher à l'auteur d'avoir pris pour ses ordres et pour ses sous-ordres un point de départ tout à fait différent, établissant ceux-là d'après la distribution des tissus, et ceux-ci selon leur structure. Malgré cette défectuosité, le tableau si simple dressé par M. Mandl réunira de nombreux suffrages; et à coup sûr il a, pour devenir classique, bien d'autres chances que tant d'ambitieux essais, monumens éphémères d'analogies aussi stériles que forcées.

Reprenons maintenant l'inventaire des matériaux qui appartiennent à la description de chaque tissu. Après la distribution, l'auteur traite du *développement*. Dans une série de considérations générales, il réfute d'abord cette erreur ancienne, erreur qui prétendait retrouver dans les phases successives que parcourt le fœtus humain les diverses organisations permanentes des animaux inférieurs. Puis il aborde les questions de texture, raconte (c'est là le plus souvent le mot propre) les théories dont le microscope a été l'occasion pour les rêveurs savans d'outre-Rhin, combat en particulier la doctrine de Schwann sur la théorie des cellules, et avance enfin son opinion personnelle sur un sujet si obscur encore que jusqu'ici aucun de nos compatriotes n'avait osé le discuter. — Les différens tissus ont ensuite l'histoire de leur développement tracée en particulier. On comprend que nous avons dû nous borner ici à donner une idée générale de la manière dont l'auteur a exécuté cette partie de sa tâche.

Les *différences individuelles*, les phénomènes d'*accroissement*, de *décroissement*, de *régénération*, fournissent en général au tableau peu de traits vraiment distinctifs; souvent néanmoins ils font le sujet de détails intéressans et de remarques originales.

Vient en dernier lieu le complément et la fin de toute science anatomique, l'application. Mais, en vertu même de l'étendue du champ qui s'ouvrait, il fallait ici se borner. M. Mandl nous paraît l'avoir bien senti, car il l'exprime avec une logique parfaite. « Ce sera de l'application de l'anatomie générale à la physiologie et à la pathologie que nous nous occuperons, dit-il, mais nullement de la description des fonctions physiologiques ou des altérations pathologiques elles-mêmes. Ces fonctions, ces altérations, nous les supposons déjà connues du lecteur; ce dont il s'agira ici, ce sera leur explication totale ou partielle, par les résultats obtenus dans les recherches anatomiques. » (P. 92.)

Enfin, la *définition*, toujours placée en tête de la description, mais dont l'analyste comme l'auteur ne peuvent s'occuper qu'après avoir passé en revue les différentes considérations qui servent à la créer et à la soutenir. Après avoir envisagé son sujet sous tant de points de vue si variés, M. Mandl devait nécessairement opter pour l'un d'eux, comme servant de base à la définition. Ecoutons-le fixer et justifier son choix : « Nous tâcherons, dit-il, autant que possible, de nous en tenir toujours à une définition purement anatomique, en évitant avec soin les caractères physiologiques. Il n'y a rien de plus impropre, en effet, que d'entendre définir dans une anatomie générale les artères comme les vaisseaux qui partent du cœur, et les veines comme ceux qui y rentrent, etc.; aucun anatomiste ne les a vues ni partir ni rentrer; l'anatomiste ne voit pas même que ce sont des vaisseaux qui contiennent le sang sortant du cœur ou rentrant des parties périphériques du corps. » (P. 5.) Il y aurait beaucoup à dire contre cette prétention de circonscrire rigoureusement les élémens d'une définition dans un seul ordre de données. Le vrai savant méprise ces vaines règles; il brigue avant tout la clarté et prend n'importe où, comme son bien, tout ce qui peut concourir à l'assurer. M. Mandl lui-même n'a-t-il pas donné précédemment l'exemple de cette philosophie plus tolérante, lorsqu'il invoque à l'appui de sa classification des tissus : ici, les caractères de distribution; là, ceux de composition intime? Il y a plus : sur le terrain même des définitions, nous le voyons parfois abandonner son propre système, et l'on trouverait sans peine à lui reprocher plus d'une infraction aux règles qu'il vient de poser. Ainsi, après avoir formellement banni de ses définitions tout trait qui aurait rapport aux fonctions, il définit les muscles de la manière suivante : « Le système musculaire est composé de faisceaux fibreux, mous, rouges ou rougeâtres, qui sont de tous les organes *les plus susceptibles de changer passagèrement de volume et de forme*, ou de *se mouvoir et d'occasioner ainsi le déplacement* du corps entier ou de ses parties. » (P. 428.) De même, à son avis, nous venons de le voir, l'anatomiste n'est pas censé savoir si les artères partent du cœur et si les veines y rentrent! Or, dans la définition même du système nerveux, on lit qu'il existe deux classes de nerfs : « les uns qui *prennent naissance* de la moelle épinière, etc.... » (P. 131.) Nous ne nous arrêterons pas à justifier plus longuement ces accusations. Leur seul énoncé en montre le fondement, mais aussi, empressons-nous de le reconnaître, le peu de gravité.

Nous venons d'indiquer les principes selon lesquels chaque tissu a été étudié dans cet ouvrage. Il serait fastidieux maintenant d'examiner la manière dont cette méthode a été appliquée dans tous les chapitres. Après avoir (pour parler le langage de M. Mandl) initié le lecteur aux lois de leur *structure*, nous voulons lui laisser le plaisir de pénétrer lui-même dans les détails intimes de leur *texture*. Ce plaisir ne sera point perdu pour son instruction. Outre l'exactitude et la richesse des matériaux, il trouvera partout une érudition plus riche de faits bien digérés que de noms propres, et une concision soutenue, même dans les questions les plus abstraites. Sous ces deux rapports, nous pourrions appeler la manière de l'auteur une sorte de *germanisme francisé*. Peut-être ce mot, qui paraît sans portée, serait-il cependant le plus propre à bien caractériser la physionomie de ce livre et l'espèce de services qu'il est appelé à rendre. Entre la phraséologie un peu creuse des soi-disant anatomistes transcendans, et les ingénieuses fictions des grands penseurs d'Allemagne, il y avait un milieu à tenir, une fusion à opérer. Par son origine, par l'époque de sa naturalisation au milieu de nous, par la nature de son esprit, nous dirions même par ses habitudes qui en font avant tout un homme de science, un homme positif, M. Mandl paraissait plus que personne destiné à accomplir cette œuvre. Le présent livre prouvera qu'il a bien compris et dignement suivi sa vocation.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu de M. Billod une nouvelle réclamation en réponse à celle de M. le docteur Lisle sur le traitement moral des aliénés. Ce médecin conteste de nouveau les opinions et les assertions de M. Lisle relatives au service des aliénés de Bicêtre. Nous nous sommes abstenu de publier la réclamation de M. Billod pour mettre fin à une discussion qui nous paraît maintenant suffisamment éclairée.

— Il y a dix-huit mois, une souscription a été ouverte, avec l'autorisation de M. le ministre de la guerre, et sous la présidence de M. le général Petit, commandant des Invalides, pour élever un monument à la mémoire de l'illustre Larrey. La commission placée à la tête de cette œuvre de reconnaissance nationale a exprimé le vœu qu'une statue fût élevée dans la cour de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. M. le maréchal y a donné son assentiment.

L'exécution de ce monument a été confiée à M. David (d'Angers). La commission a décidé aussi qu'une médaille serait frappée à l'effigie de Larrey, pour servir de récompense aux jeunes officiers de santé militaires les plus dignes de marcher sur les traces de leur illustre chef.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 15. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 13 AVRIL 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CRITIQUE DES THÉORIES ET PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA RESPIRATION. — OPINIONS CONTRE LES QUALITÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE. — DE LA FÉCONDATION CHEZ LES MAMMIFÈRES. — DU SUCRE ET DU BEURRE DANS L'ENGRAISSEMENT DES ESPÈCES GRANIVORES. — HÉRÉDITÉ DE L'ALIÉNATION MENTALE. — STATISTIQUES MÉDICALES; STATISTIQUES ADMINISTRATIVES.

Depuis notre dernière revue, une foule de travaux importans ont occupé les séances des académies des sciences et de médecine; nous allons reprendre les plus intéressans de ces travaux, afin d'en discuter la valeur au profit des lecteurs de la Gazette Médicale. La variété des questions égale au moins leur intérêt; ce qui prouve avec quel louable zèle les savans de tous les ordres s'efforcent de faire marcher la science. Nous ne saurions mieux commencer notre aperçu général que par une communication récente de M. Gay-Lussac devant l'Académie des sciences, touchant la théorie des phénomènes chimiques de la respiration. Nous nous féliciterons d'abord, avec tous les physiologistes, de voir un savant de la force de M. Gay-Lussac consacrer ses recherches à l'examen des questions de physique, qui compliquent presque toujours les produits des actes de la vie. Il paraît difficile qu'il ne sorte pas un grand jour de cette discussion, entreprise sous de tels auspices. Sans doute nous n'obtiendrons pas le dernier mot de cette grande fonction, car nous croyons qu'elle n'est pas plus complètement justiciable, si l'on veut nous passer ces expressions, que les autres fonctions des corps vivans, des lois de la physique et de la chimie; mais il est permis d'espérer que nous parviendrons à mieux connaître un jour ses nombreux points de rattachement avec les manifestations du monde inorganique. M. Gay-Lussac a pressenti déjà les

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

12 avril 1844.

Cicéron voulait qu'on eût peu de choses à dire pour les bien dire. Grâce donc, mon cher confrère, car j'ai tant et de si diverses choses à vous raconter, qu'il me sera bien difficile de satisfaire aux conditions posées par l'orateur romain.

La question à l'ordre du jour et qui sera probablement résolue quand cette lettre vous parviendra, est de savoir si l'on continuera ou non à breveter les remèdes. Les avis sont partagés; ministres, chambres, académies sont peu d'accord. Vous connaissez notre opinion : point de brevet pour les médicamens; c'est l'opinion de l'Académie; c'est celle de la majorité des médecins qui jugent la chose au point de vue pratique. Nous ne sommes pas cependant de ceux qui ne voient chez leurs adversaires que des motifs intéressés. C'est une manière expéditive et assez commune aujourd'hui de rétorquer les argumens d'autrui; il est plus facile d'accuser les gens que de combattre leurs raisons. Pour faire immédiatement la part de toute chose, nous admettrons trois classes d'opinions relatives au brevetage des médicamens: les opinions *théoriques*, les opinions *pratiques* et les opinions *industrielles*. Dans les premières, c'est la considération du principe général et libéral de la loi qui domine, c'est le droit de propriété. Les secondes se préoccupent surtout des avantages et des inconvéniens réels de la loi dans son application; c'est le sentiment du principe réalisé. Les dernières ne considèrent la loi que comme un moyen. Dire que MM. Gay-Lussac, Caventou et bon nombre de pairs et de députés font partie de ceux qui défendent les premières, c'est montrer la haute moralité de leurs convictions et légitimer un examen sérieux de leurs motifs. M. Caventou, dans une brochure distribuée aux chambres, avait fait valoir le point de vue des théoristes avec talent. M. Adelon s'est chargé de le combattre, et il l'a fait avec cette lucidité, cette raison, cet ordre, cette connaissance précise de la matière et des faits, qui ne laissent aucune objection debout. Vous trouverez au compte-rendu de l'Académie sa dissertation: elle justifiera pleinement à vos yeux le succès qu'elle a obtenu. Non seulement l'Académie en a voté le renvoi au ministre, et par le canal du ministre à la commission de la chambre, mais elle a décidé qu'une démarche officielle serait faite auprès du ministre lui-même par le conseil d'administration de concert avec M. Adelon pour appuyer les conclusions de son mémoire. Il est donc probable que la chambre des députés sanctionnera l'exception votée par la chambre des pairs. Ce qu'il y a eu de piquant dans l'affaire, et ici commence le rôle des industriels, c'est que le ministre, après avoir adopté et promis depuis longtemps la réforme cent fois demandée par l'Académie, ne s'est plus souvenu, en rédigeant le projet de loi, ni de ses promesses ni des obsessions de l'Académie, car le projet demande le maintien du *statu quo*. De méchantes langues ont prétendu que les opinions théoriques et pratiques n'avaient pas été les seules entendues; elles ont été jusqu'à dire que des argumens de la qualité de ceux

deux parts qu'il fallait faire dans cette étude aux physiciens et aux physiologistes. En effet, il a annoncé qu'il associait à ses investigations un physiologiste bien digne assurément de compléter l'examen de la question; nous voulons parler de M. Magendie. M. Gay-Lussac est entré en matière par l'exposé sommaire de l'état actuel des idées sur les phénomènes chimiques de la respiration. Nous allons suivre son exposition pour mettre exactement nos lecteurs en mesure d'apprécier les résultats ultérieurs des travaux de ces deux savans.

Il a aujourd'hui deux théories en possession d'expliquer les phénomènes chimiques de l'acte respiratoire : l'une remonte à Lavoisier; c'est la plus générale, celle qui a été acceptée par la physiologie. Dans celle-ci, l'acide carbonique, l'eau et l'azote rejetés par l'expiration se formeraient dans le poumon lui-même, au contact de l'oxigène de l'air avec les vaisseaux capillaires du sang. D'après l'explication reçue, l'oxigène introduit dans le sein de l'organe pulmonaire au moment de l'inspiration se combinerait avec le carbone et l'hydrogène du sang veineux, ce qui produirait, indépendamment de l'azote laissé à nu, l'acide carbonique et l'eau rejetés par l'expiration. La fonction respiratoire consisterait ici dans une combustion effectuée dans les poumons, combustion d'où naîtraient à la fois et le sang artériel et la chaleur vitale. Les physiologistes, nous l'avons dit, avaient accueilli à peu près unanimement cette théorie, sur la foi de sa simplicité, malgré les objections graves qu'on pouvait opposer à ses déductions, lorsqu'un autre chimiste s'efforça de la remplacer par une autre opinion. Suivant M. Magnus, l'oxigène de l'air n'agirait pas immédiatement sur le sang dans le poumon; l'organe respiratoire ne serait que le véhicule de l'air vital, tandis que les phénomènes chimiques auxquels il est appelé à concourir se passeraient hors du poumon dans le trajet du mouvement circulatoire, en sorte que ce ne serait ici qu'au retour du sang dans le poumon qu'il y verserait les produits de l'oxigénation. Des faits positifs semblaient devoir assurer le succès de la théorie de M. Magnus; savoir, la présence de l'acide carbonique, de l'oxigène et de l'azote dans la masse du sang.

M. Gay-Lussac accepte les réfutations qui renversent les théories de Lavoisier, sans admettre les idées émises par M. Magnus. Pour mieux comprendre la solidité de l'argumentation de ce savant, résumons en entier les vues de M. Magnus. Suivant M. Magnus, dans l'acte de la respiration, l'oxigène de l'eau est absorbé par le sang artériel dans le poumon; il est ensuite entraîné dans le torrent circulatoire; chemin faisant, et par une élaboration spéciale des capillaires, une certaine quantité se combine, partie avec du carbone, pour former de l'acide carbonique, qui reste en dissolution dans le sang, partie avec de l'hydrogène, pour former de l'eau. Le sang, ainsi chargé d'acide carbonique et transformé en sang veineux, arrive dans le poumon, où il abandonne à l'air son acide carbonique, reprend alors de l'oxigène et, redevenu sang artériel, commence une nouvelle révolution. D'après cette explication, M. Magnus doit principalement prouver que le sang veineux doit contenir de l'acide carbonique; et, au cas où le sang artériel en contiendrait aussi, plus que celui-ci; que la différence des quantités d'acide carbonique de l'un à l'autre sang doit satisfaire aux exigences de la respiration; que la quantité d'oxigène absorbée dans le poumon par le sang artériel, et abandonnée ensuite dans le trajet de la circulation, doit également satisfaire et à la production de l'acide carbonique et à celle de l'eau qui l'accompagne toujours dans l'acte de la respiration; enfin, que le sang veineux doit contenir de l'azote et plus que le sang artériel au cas où celui-ci en contiendrait aussi. Telles sont, suivant M. Gay-Lussac, les conditions exigées par la théorie de M. Magnus dans les résultats de ses expériences sur les deux espèces de sang. Eh bien! il résulte, des expériences de ce chimiste, que 100 parties en volume de sang artériel en ont produit 6 d'acide carbonique, et que le sang veineux n'en a fourni que 5. Cependant les quantités relatives de l'acide dans chaque sang devraient être évidemment en sens contraire, de sorte que, suivant la remarque de M. Gay-Lussac, la nouvelle théorie de la respiration s'écroulerait avec la base essentielle qui vient à lui manquer.

La même difficulté se présente à l'égard de l'azote. Le sang artériel devrait en contenir moins que le sang veineux, tandis que, d'après le tableau de M. Magnus, il en contiendrait deux fois plus. Les proportions de l'oxigène marchent seules dans un sens favorable pour chaque espèce de sang; car 100 parties de sang artériel en ont donné 2, et le sang veineux 1 seulement, ou presque moitié moins. Mais, en présence des résultats négatifs signalés par l'acide carbonique pour l'azote, M. Gay-Lussac ne fait aucun cas de celui qui concerne l'oxigène. Toutefois, il l'accepte et il en examine les conséquences.

Si l'acide carbonique est produit pendant l'acte de la respiration aux dépens de l'oxygène absorbé par le sang, il doit y avoir un certain rapport entre les volumes de ces deux fluides. Ainsi en connaissant seulement le volume relatif de l'acide carbonique expiré dans un temps donné, nous saurions que le volume correspondant de l'oxygène absorbé doit au moins lui être égal. Or, M. Gay-Lussac reconnaît, d'une part, qu'il est impossible de rien conclure à cet égard des expériences de M. Magnus, et, d'une autre part, que les résultats d'expériences empruntées à d'autres savans infirment complètement là-dessus les principes de ce chimiste. M. Gay-Lussac poursuit sa critique sur plusieurs autres assertions de M. Magnus, telle que la transformation du sang veineux en sang rouge par la perte de l'acide carbonique effectuée dans le poumon, et il arrive à la conclusion générale, savoir: que sa discussion démontre que la théorie de la respiration soutenue par M. Magnus ne repose encore sur aucune base solide et qu'un nouvel examen des phénomènes chimiques de cette fonction est devenu nécessaire. On le voit, M. Gay-Lussac s'est borné jusqu'à présent à débarrasser la question de ces phénomènes des théories qui en constituent l'explication. Nous attendons avec impatience les résultats positifs de ses recherches.

Nos lecteurs savent sans doute qu'il existe depuis environ quatorze ans une commission formée dans le sein de l'Académie des sciences pour résoudre le problème si curieux de la vertu nutritive de la gélatine. En attendant les résolutions bien tardives de cette commission, quelques hôpitaux emploient comme matière alimentaire une substance dont on est loin de connaître au juste la puissance nutritive. Il paraît même, d'après des travaux très récens, qu'à tout prendre on aurait singulièrement exagéré les qualités de cette matière: c'est du moins ce qui résulte clairement d'une opinion motivée formulée dernièrement par quelques corps savans. Une opinion analogue vient d'être émise devant l'Académie des sciences par M. Magendie. Ce savant a déclaré formellement que la gélatine est un simple produit chimique, et que, dans aucun cas elle ne peut être considérée comme un aliment. Nous devons ajouter que M. Magendie a accompagné cette déclaration de sa démission de membre de la commission de gélatine. Nous n'insisterons pas sur les motifs de la détermination de ce savant; cependant nous ne saurions taire qu'il a

---

que Figaro appelle irrésistibles avaient pu peser dans la balance. Elles se fondent sur ce que cette balance, comme vous savez, n'est pas tenue par le ministre lui-même. Quoi qu'il en soit de cette conjecture, que nous nous gardons de prendre sous notre responsabilité, il est probable que l'Académie l'emportera, et que prochainement les murs de la capitale et la quatrième page des journaux seront purgés d'une foule de découvertes illustrées par brevet. Au reste, toute cette discussion aurait pu se résumer en deux mots: les drogues que l'on brevète sont elles des *inventions?* Non! Y a-t-il eu de mémoire d'homme une véritable invention pharmaceutique brevetée? Non. Qu'ont été jusqu'ici les brevets d'inventions appliqués aux remèdes, sinon un moyen de charlatanisme, un *prétexte?* L'exception n'atteindra donc pas le droit des inventeurs; elle n'empêchera donc pas les inventions de se produire, elle ne détruira donc qu'une arme de l'arsenal si nombreux, si puissant et si fécond du charlatanisme.

Les chambres ont encore à voter d'autres lois qui nous intéressent : les lois sur les falsifications des vins, sur le régime des prisons, sur l'instruction secondaire. Nous aurons à dire notre mot sur chacune; la médecine ne devrait-elle pas être appelée une des premières à donner son avis dans toutes ces circonstances? Qui mieux qu'elle pourrait apprécier les procédés à l'aide desquels ces falsifications s'effectuent et se dissimulent; qui mieux qu'elle en apprécierait et préviendrait les effets sur la santé publique; qui mettrait mieux d'accord, à propos des prisons, les lois de l'humanité avec celles de la société; et pour l'éducation comment régler sans les lumières de la physiologie, de l'hygiène et de la médecine proprement dite, les convenances, les aptitudes de telle ou telle nature, les moyens d'arriver à tel ou tel but, la valeur de telle ou telle pratique? Mais on est loin encore du temps où la science de l'homme deviendra la base de ses lois, de ses institutions. En attendant, faisons des vœux en famille pour que la science se rende de plus en plus digne de sa haute mission.

A propos de falsification des vins, il est impossible de ne pas juger la loi destinée à la réprimer comme un stérile effort d'une médecine symptomatique. Un de nous disait dernièrement que la falsification en tout genre était le fait général caractéristique de l'époque, et on veut remédier, par un remède différent, à chacun des symptômes de ce mal profond, à chacun de ses paroxysmes! Faites donc autant de lois particulières qu'il y a de cas particuliers dans ce vaste système de démoralisation. Ecoutez ce qu'on lit tous les matins dans les journaux: MM. les médecins inspecteurs chargés de la surveillance des débits d'eau minérale viennent de saisir une quantité considérable de bouteilles d'eau fabriquée à Paris, et qu'on vendait pour de l'eau minérale *naturelle* provenant de *sources*. (Moniteur.) — La police vient de faire jeter à la mer cinquante caisses de thé falsifié à l'aide d'acide fluorique. (Vorwarts.) — Un pharmacien est mis en cause pour avoir vendu je ne sais plus quel médicament dans lequel il y avait une quantité notable de deuto-chlorure de mercure (Gaz. des Tribun.), etc., etc. On n'en finirait pas si on voulait rapporter tous les faits de falsification déférés chaque jour aux tribunaux. Ici c'est la monnaie d'or et d'argent qu'on nettoie à l'aide d'un bain chimique. Là c'est la galvanoplastie qui ouvre une nouvelle voie aux faux monnayeurs. Plus loin, c'est l'huile, le savon, le lait, etc. Voici cependant un genre de falsification auquel on est parvenu à donner une toute petite teinte de moralité: l'addition d'une certaine quantité d'eau au vin ne serait

placé en première ligne le désir de jouir dans ses recherches sur ce prétendu aliment de toute l'indépendance de son opinion.

M. Pouchet, dont nous avons analysé ailleurs les curieux travaux sur la fécondation des mammifères, a donné suite à ses expériences délicates. Les résultats obtenus jusqu'ici par ce physiologiste peuvent être résumés dans les propositions suivantes. Chez les mammifères les œufs se développent dans les vésicules de Graaf et ils en sont expulsés sans le concours du mâle, puisque cet acte s'opère à des époques déterminées, et facilement appréciables. M. Pouchet a essayé d'établir ce point de doctrine en suivant et en reproduisant par des figures toutes les phases du développement des vésicules de Graaf et de l'expulsion de l'œuf. M. Pouchet pense en outre que la fécondation n'a lieu que quand le passage des ovules dans le canal sexuel coïncide avec la présence du fluide qui doit lui arriver. Il a abordé également la question de l'origine de la formation et du développement des corps jaunes, et il a montré que, dans son opinion, ils sont dus à l'accroissement diamétral des vésicules qui forment la membrane propre, accroissement par lequel ces vésicules, qui n'ont d'abord qu'un centième de millimètre, acquièrent rapidement six à sept centièmes de millimètre. M. Pouchet a tâché de fixer et de figurer avec précision le lien qu'occupe l'ovule à la surface de la membrane propre de la vésicule de Graaf, ainsi que les procédés par lesquels il se trouve expulsé de cette même vésicule. Ces recherches de M. Pouchet s'étendent encore au chemin parcouru par le fluide séminal. Ce physiologiste se croit autorisé à conclure à cet égard, soit de ses observations, soit de ses expériences, que dans les cas normaux le fluide séminal ne parvient jamais à l'ovaire, qu'il ne s'avance même qu'à une fort petite distance dans les trompes et que quelquefois même il n'y entre nullement. Chez la lapine, sur laquelle ces canaux offrent de 160 à 210 millimètres de longueur, il ne se trouve jamais un seul zoosperme au-delà des 20 premiers millimètres; souvent il n'en existe que dans les 100 premiers et parfois même on n'y en rencontre aucun.

Les résultats obtenus par M. Pouchet et dont nous venons d'offrir le sommaire s'accordent en général avec les résultats obtenus par plusieurs autres physiologistes. Les questions de priorité dans lesquelles s'égarent beaucoup d'observateurs n'intéressent guère la science : ce qui la touche ce sont les résultats certains, bien constatés, de quelque part qu'ils lui arrivent. Aussi ne nous occuperons-nous pas de la discussion des titres d'antériorité des faits annoncés par M. Pouchet; mais appréciant plutôt la valeur de ces faits, nous n'hésiterons pas à dire qu'ils jettent la plus vive lumière sur l'espèce des phénomènes les plus curieux de la nature et qu'ils sont un acheminement à la détermination des lois physiologiques qui y président et l'accomplissent. Toutefois nous ne pouvons pas nous dispenser de reproduire une réflexion que nous avons déjà indiquée lorsque nous avons analysé le livre de M. Pouchet : c'est qu'on s'abuserait étrangement si l'on croyait avoir tout fait en retraçant avec une exactitude sans reproche les conditions anatomiques, matérielles, des fonctions de l'économie; car à côté de ces conditions, théâtre des phénomènes, il y a encore les conditions de principes, de l'enchaînement et des circonstances de ces phénomènes; en d'autres termes, il y a toujours deux élémens à apprécier en présence de l'action de nos organes : l'élément anatomique et l'élément physiologique. L'anatomie seule ne révèle jamais directement les lois de cette action; la physiologie de son côté doit prendre pied sur l'anatomie si elle ne veut se perdre dans les nues. L'explication ne saurait être exacte et positive que lorsqu'elle s'appuie en même temps et sur les données anatomiques et sur les données physiologiques. Nous avions besoin de nous arrêter en passant sur cette distinction pour contenir la tendance trop générale à légiférer soit en physiologie, soit en pathologie.

Une autre communication faite à l'Académie des sciences mérite encore attention. Elle se rattache à la théorie de l'engraissement dont nous avons plusieurs fois parlé dans notre revue. Il s'agissait d'examiner l'influence de l'action du sucre et du beurre sur l'engraissement des granivores. L'auteur des expériences que nous mentionnons ici, M. Letellier, n'a employé qu'une seule espèce de ces animaux, et il a choisi des tourterelles. Son but était de contrôler des expériences analogues déjà instituées par M. Chossat. M. Letellier s'est servi du sucre de canne en pain, pulvérisé et humecté avec une certaine quantité d'eau. Il évalue à 15 ou 16 grammes la quantité de cette substance qu'il a fait prendre par jour aux sujets de ses expériences. Ces expériences avaient été précédées comme de raison par une détermination moyenne de la quantité de graisse contenue chez des sujets de même espèce soumis à leur régime ordinaire. Le résultat général de ces expériences comparées n'a pas été favorable à la propriété engraissante du sucre. En effet, la différence a été de 6 à 15 grammes dans la proportion de graisse au profit des tourterelles alimentées comme à l'ordinaire. Cette différence énorme tient peut-être en partie à quelques circonstances indépendantes de l'action du sucre; cependant elle est trop grande pour n'être pas due au moins partiellement à l'insuffisance du régime par le sucre.

Le même expérimentateur a tenté une autre série d'expériences sur des animaux de la même espèce, en se servant de beurre pour unique aliment. Il semblait *à priori*, surtout à s'en rapporter au principe fondamental de la nouvelle doctrine de l'engraissement, qu'une substance grasse comme le beurre dût se prêter avec un avantage notable à la génération de la graisse. Les résultats n'ont pas confirmé cette prévision. Au contraire, la quantité de graisse formée sous l'influence de ce régime a été de beaucoup inférieure à la quantité obtenue par le régime normal. La différence s'est trouvée de 7 à 15. Ces expériences ne justifient donc pas les vues émises par les auteurs de la nouvelle doctrine. Il serait important que la science pût avoir à cet égard une solution satisfaisante. Aussi faisons-nous le vœu que l'Académie saisisse toutes les occasions qui se présentent pour avancer cette solution.

L'Académie de médecine nous fournira une moisson moins abondante. On sait qu'elle a été absorbée, deux ou trois mois durant, par la discussion des tumeurs fibreuses du sein. Elle a reçu pourtant, dans l'avant-dernière séance, deux ou trois communications dont nous allons parler. La première est une note de M. Baillarger, au sujet de l'hérédité de la folie. Elle consiste dans des tableaux statistiques, résumé de six cents observations. M. Baillarger a cherché, dans ses travaux, à résoudre trois questions extrêmement délicates : la folie de la mère, toutes choses égales, est-elle plus fréquemment héréditaire que celle du père? la maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfans que celle du père? la folie passe-t-elle plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons?

Nous venons de dire que ces questions étaient extrêmement délicates; et, en effet, elles sont toutes dominées par une question préjudicielle dont la solution nous paraît devoir les précéder : c'est la question de l'héré

---

point réputée une falsification. C'est du moins l'opinion de M. le ministre des finances. Et pourquoi? Parce que c'est autant de mal de moins sur la santé des ouvriers! Ce considérant est emprunté à un jugement américain qu'on lisait ces jours derniers dans la GAZETTE DES TRIBUNAUX : le tribunal était à coup sûr de la Société de tempérance. M. le ministre en est peut être membre correspondant. Mais tous ces braves ouvriers, qui échangent la sueur d'une journée contre quelques gouttes d'un vin prétendu généreux, aimeraient assez qu'on les laissât eux-mêmes chargés du soin de mettre de l'eau dans leur vin.

Je vous parlais tout à l'heure des tribunaux américains; voici ce qu'on lisait ces jours derniers dans le COURRIER DES ÉTATS-UNIS : « La législature de l'état de New-York, siégeant à Albany, s'est occupée récemment de deux pétitions assez caractéristiques de l'esprit national du pays. La première demande qu'il soit loisible à tout le monde de s'établir *docteur* en médecine ou en chirurgie (*sic*), comme on s'établit marchand ou restaurateur. A cette pétition a été opposée une protestation de la faculté de médecine de New-York qui verrait détruire en un jour son existence et ses priviléges. Mais plus d'un orateur, dit le journal, a pris le parti de la liberté en médecine comme en toute chose, attendu, disent-ils, que depuis le commencement des siècles, et probablement jusqu'à la fin, les médecins ne seront jamais d'accord entre eux, que leur science est par conséquent incertaine et problématique. » Il n'y a pas là de quoi nous étonner. En 93, nous allions bien au-delà de la pétition américaine : nous la réalisions moyennant patente. Est-ce que ne pratiquait pas la médecine qui voulait? Il n'a fallu que 50 ans pour placer cette vérité d'alors aux antipodes de la vérité d'aujourd'hui. Sommes-nous plus sages, plus logiques pour cela? Il y a des raisons d'en douter. Cette prétention, par exemple, de ne vouloir qu'un seul ordre de médecins ou de chirurgiens qu'on appelle modestement *encyclopédistes*, n'équivaut-elle pas à la loi médicale de 93 et à la pétition de New-York? Qu'on y regarde bien, il y a fort peu de différence au fond. Ceux qui prétendent savoir toute la médecine et affichent un profond dédain pour ceux qui n'en cultivent qu'une branche pour la mieux connaître, ne ressemblent-ils pas à ceux qui veulent être médecins d'emblée? L'ensemble des connaissances est à la médecine comme celle-ci est à une de ses branches. Quoi de plus raisonnable! Mais, il faut bien le reconnaître, ce n'est ni avec la logique ni avec les faits qu'on soutient le contraire. Les partisans de la médecine encyclopédique ne se piquent pas de tant de rigueur; ils sont plus forts dans l'art de la personnalité que dans la dialectique scientifique; ils trouvent plus aisément une injure qu'une bonne raison. Mais leurs injures sont comme leur science, sans originalité ni portée. Il en est un surtout qui se fait remarquer dans ce genre de polémique par une exubérance qu'on ne peut comparer pour la quantité et la qualité qu'à ses ouvrages. L'autre jour encore, toutes les spécialités de l'époque étaient vouées à l'anathème; c'étaient tous gens sans capacité ni talent, sans esprit ni moralité. Et pourquoi cette sainte colère? Simplement parce que l'illustre encyclopédiste ne peut devenir spécialiste en quoi que ce soit. Il y vise cependant. Il essaie de l'être dans toutes les branches de l'art à la fois, à l'aide de certains procédés, qu'on ne veut pas dire parce que tout le monde les connaît, mais il n'arrive à être que ce qu'il était, que ce qu'il est et ce qu'il restera éternellement. Peut-être essaierons-nous un jour de raisonner plus longuement sur les hommes et les choses à cet endroit. En attendant, voici un court passage trop peu connu

dité. Certes, on ne peut nier les transmissions héréditaires des maladies; trop de preuves se réunissent pour les démontrer; mais cette notion, il faut l'avouer, appartient moins jusqu'ici à la science qu'à la masse de ces connaissances empiriques qui composent trop souvent le bagage de la médecine pratique. Qui sait, par exemple, les conditions sous lesquelles les influences héréditaires se propagent? qui nous dira la part qu'y prennent les mâles, celles qu'y prennent les femelles, et jusqu'à quel point leur mariage peut accroître, atténuer ou détruire leur participation respective? On ne connaît pas mieux le rôle que jouent les milieux, l'influence de la civilisation, les actions et réactions incessantes du moral sur le physique, et du physique sur le moral; cependant, on ne peut révoquer en doute la part qu'y prennent toutes ces circonstances. Nous n'avons donc bien réellement que des incertitudes, de l'obscurité et du vague touchant les transmissions héréditaires. Maintenant, M. Baillarger veut s'assurer, au moyen de la statistique, des degrés d'influence du père et de la mère sur la transmission de la folie; mais quelle garantie a-t-il des droits dans la paternité de ses six cents observations, et pourtant ces droits doivent être établis sans conteste avant de pouvoir argumenter d'après leurs titres; enfin, les six cents observations se trouvaient-elles sous les mêmes modifications? n'avaient-elles pas des points de départ, des causes déterminantes différentes? On le sait, et c'est là un des écueils inévitables de la plupart des documens statistiques, la méthode numérique ne peut s'appliquer sans erreur qu'à des quantités homogènes ou de même espèce : l'absence de cette condition frappe de nullité toutes les conséquences de ses principes. M. Baillarger aurait donc bien fait, avant de procéder à ses calculs laborieux, de nous prévenir qu'il opérait selon les exigences de la méthode qui a des valeurs homogènes. Voici toujours les conséquences qui résultent des déterminations de ce médecin. Relativement à la première question, M. Baillarger conclut que la folie de la mère, en même temps qu'elle est plus fréquemment héréditaire que celle du père, paraît aussi, toutes choses égales, atteindre un plus grand nombre d'enfans. Quant à la seconde question, ce médecin admet, d'après ses chiffres, que les garçons tiennent à peu près aussi souvent la folie de leur père et de leur mère; tandis que les filles héritent au moins deux fois plus souvent de la folie de la mère que de la folie du père; enfin, suivant M. Baillarger, la folie de la mère serait plus fréquente d'un tiers que la folie du père.

M. Mélier a soulevé, devant l'Académie de médecine, une question qu'il a convertie en une proposition, et qui a été généralement appuyée par la compagnie. M. Mélier a regretté avec raison la lacune qu'il a aperçue dans la statistique officielle de la France à l'endroit de l'hérédité de l'aliénation mentale. Il désirerait encore, avec raison, que l'Académie fût consultée, soit pour la rédaction, soit pour les résultats des tableaux de cette statistique qui se rapportent aux sciences médicales. Mais, tout en adoptant les principes de la proposition de M. Mélier, nous croyons apercevoir une difficulté insurmontable dans son admission. Les statistiques fournies par les médecins et relatives à des sujets de médecine ne sont pas construites, à beaucoup près, sur le modèle des statistiques administratives. Quand il s'agit d'estimer, par exemple, la contenance des bois de la France, il est facile de procéder de département en département, le mètre à la main. Il n'en est plus ainsi des questions qui font le sujet des statistiques médicales. Ici les points de départ ne présentent rien de fixe; chaque médecin l'établit d'après ses vues personnelles. Les résultats fournis sur ces données n'offrent pas plus de stabilité : ils sont relatifs aux divers aspects sous lesquels chaque question est envisagée, et M. Mélier n'ignore pas combien les médecins sont peu disposés à voir à l'unisson un même objet; nous ne connaissons guère qu'un seul ordre de question dans lequel toutes les opinions puissent se rencontrer : c'est lorsqu'il s'agit de rapports généraux sans mention aucune des faits particuliers. Par exemple, on s'accordera toujours sur les rapports entre les chiffres des naissances et les chiffres des mortalités, entre le nombre des admissions dans les hôpitaux ou hospices et le nombre des sortans; mais dès que vous vous engagez dans la détermination de la valeur des séries de faits, vous espérez vainement de vous entendre; chacun les appréciant à sa guise ou selon ses idées, vous subissez malgré vous les conséquences de la divergence des idées individuelles. Ceci revient à dire qu'autre chose est une statistique du point de vue administratif et autre chose une statistique du point de vue scientifique. La première est généralement fixe, solide, constante; l'autre est nécessairement variable, mobile et changeante. Rien n'empêche sans doute, et nous le désirons pour notre compte, que l'administration se concerte plus souvent avec les corps académiques; mais lui conseiller de s'en rapporter aux savans du soin de dresser ses tableaux statistiques, c'est lui donner, à notre avis, un conseil funeste, c'est substituer le cahos des opinions à l'ordre rigoureux de ses allures.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU COEUR; par C. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Dans le cas suivant, des adhérences récentes, mais partielles, molles et lâches, vont donner des signes inconstans et douteux.

TUBERCULES PULMONAIRES; ENTÉRITE FOLLICULEUSE; PÉRICARDITE BIEN CARACTÉRISÉE, SANS SIGNES ÉVIDENS D'ADHÉRENCES; MORT; ADHÉRENCES PARTIELLES ET LÉGÈRES.

Obs. IV. — Un homme de 36 ans, d'assez faible constitution, entre à la clinique le 3 juin 1839. Depuis six mois il tousse, a de la dyspnée, ses jambes s'infiltrent quelquefois; il a sensiblement maigri.

Etat actuel : Légère coloration de la face, décubitus dorsal, abattement, réponses lentes; langue rouge, sèche, brûlée au centre; soif vive, nausées, quelques selles liquides (entérite typhoïde); dyspnée; matité légère sous la clavicule droite; souffle obscur et léger craquement humide à l'auscultation (tubercules). Région précordiale sans voussure; matité de 9 centimètres, douleur à la percussion. Impulsion du cœur peu marquée, bruit douleux (souffle ou frottement) au premier temps; pouls petit, fréquent, inégal, parfois irrégulier (péricardite ?); léger œdème des pieds. (Limonade tartar.; cataplasmes et lavemens sédatifs; frictions de teinture de scille et de digitale sur les membres inférieurs.)

Les jours suivans, l'état typhoïde marche; nous constatons plus nettement un bruit de frottement doux aux deux temps qui confirme le diagnostic péricardite. (Frictions d'onguent de digitale, puis vésicatoire sur la région du cœur; le reste *ut suprà.*)

jusqu'ici de notre véridique Montaigne, qui montrera que les gens d'esprit ne sont pas tous du côté de MM. les encyclopédistes : « Comme nous avons des » pourpoinctiers, des chaussetiers pour nous vestir, et en sommes d'aultant » mieulx servis, que chascun ne se mesle que de son subiect, et a sa science » plus restreincte et plus courte que n'a un tailleur qui embrasse tout; et comme, à nous nourrir, les grands, pour plus de commodité, ont des officiers distinguez de potagers et de rostisseurs, de quoy un cuisinier qui prend la » charge universelle ne peult si exquisement venir à bout; de mesme, à » nous guarir les Ægyptiens avoient raison de reiecter ce général mestier de » médecin, et descouper cette profession : à chasque maladie, à chasque partie du » corps son ouvrier, car cette partie en estoit bien plus proprement et moins » confusément traitée, de ce qu'on ne regardoit qu'à elle spécialement. Les » nostres ne s'advisent pas, que qui pourveoid à tout ne pourveoid à rien; que » la totale police de ce petit monde leur est indigestible (1). »

Depuis longtemps, cher confrère, nous ne vous avons rien dit des tribunaux. Nous avions bien assez de notre affaire, sans mettre le nez dans celles des autres. Pourtant, s'il y avait eu quelque chose d'important ailleurs, vous l'auriez su. Je n'ai à vous signaler aujourd'hui qu'un ou deux procillons en exercice illégal de la médecine. Ici un inventeur de pilules; là une famille de rebouteurs connus de père en fils, et qui exercent aussi la spécialité à leur manière. Tout rebouteurs qu'ils sont, ils ont prouvé qu'en maintes circonstances ils avaient fait ce que des chirurgiens titrés, encyclopédistes par rapport à eux, n'avaient su faire. Ils ont été bien et dûment condamnés, malgré le précédent donné dans l'affaire du bijoutier guérisseur, dont les merveilles avaient si fort attendri les juges.—Voici une affaire plus intéressante: il s'agit d'un procès en interdiction intenté à deux adeptes du Polonais Towienski, qui se dit envoyé de Dieu. M. et Mme B. ont négligé un établissement de parfumerie pour aller se désaltérer à la parole du nouveau révélateur, et leur commerce a malheureusement marché en proportion inverse de leur ferveur religieuse. La famille des époux B. a demandé leur interdiction comme étant frappés de démence! M. et Mme B. ont répondu fort judicieusement que ce serait une singulière folie que celle qui aurait attaqué deux individus d'origine, d'âge et de sexe différens, mari et femme, le même jour, à la même heure et au même degré! Pour des fous, ils ne raisonnent pas trop mal, comme vous voyez. On ne sait rien encore de la conclusion de l'affaire; mais elle soulève une question neuve de médecine légale. D'aprés certains auteurs modernes fort estimables, Moïse, Socrate, Mahomet, Jésus-Christ lui-même, n'auraient été que d'illustres fous (remarquez bien que je ne prends pas pareille idée sous ma responsabilité). Le mieux possible pour le Polonais Towienski serait qu'il appartînt à cette catégorie de personnages si recommandables aux yeux des gens à courte vue, comme vous et moi. Or, si l'on regarde les prosélytes du novateur comme atteints de démence, et il sont déjà très nombreux, il faudra considérer leur folie comme une folie transmise, communiquée d'une manière quelconque. Quel nouveau sujet d'étude de pathologie mentale! Et voyez la conséquence : tous les auteurs et adeptes des religions ne formeraient plus qu'une vaste famille de fous. L'idée est assez originale, comme vous voyez; c'est une nouvelle manière d'envisager les grandes révolutions morales. Les re-

(1) Essais, liv. II, chap. 37.

Le 8, sub-délire, soubresants des tendons, diarrhée, dyspnée. Le double bruit de frottement superficiel n'est distinct qu'à la pointe du cœur. (Pansez le vésicatoire avec poudre de digitale; riz gommé; cataplasmes et lavemens laudanisés; sinapismes aux jambes.)

Le 9, dyspnée considérable; pouls petit, irrégulier; narines pulvérulentes, selles involontaires. (Vésicatoire à la nuque.)

Mort le 10, huit jours après l'entrée.

NÉCROSCOPIE, 30 heures après la mort.

ABDOMEN : injections disséminées par plaques et par arborisations dans toute l'étendue de la muqueuse digestive, plus marqués vers la fin de l'intestin grêle où l'on rencontre quelques plaques de Peyer réticulées et gauffrées, plus une ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Quelques plaques réticulées existent aussi au commencement du gros intestin; rate sensiblement engorgée.

THORAX : les deux poumons offrent un peu d'engonement hypostatique. Le droit est adhérent à la plèvre. Son sommet induré contient quelques tubercules crus et ramollis.

Le péricarde, dans toute son étendue, est tapissé de pseudo-membranes qui rendent sa surface interne inégale, tomenteuse; il est rouge dans quelques points exhalant une sérosité sanguinolente. De quelques endroits partent des *tractus* pseudo-membraneux ou gélatineux qui font adhérer lâchement les deux surfaces entre elles, *tractus* qui s'allongent et se brisent avec facilité. Ils occupent surtout la base du cœur dont la pointe est villeuse, mais libre. Le cœur lui-même. paraît légèrement hypertrophié, mais les valvules sont à l'état normal.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ici, malgré la complication des phénomènes, il nous a été facile de faire la part de tous les organes lésés : tubercules, entérite folliculeuse, péricardite, lesquels ont marché de concert sans trop s'obscurcir mutuellement. Les adhérences partielles, molles et lâches ont dû nécessairement nous échapper, puisqu'elles n'entravaient pas très sensiblement le jeu du cœur dont la pointe était libre et pouvait donner la sensation caractéristique du double bruit de frottement que nous ne percevions, on se le rappelle, qu'à la pointe du cœur. Or, l'absence du bruit de frottement est précisément le signe négatif qui, joint aux signes positifs, permet de constater l'adhérence générale. Donc, les cas analogues échappent presque nécessairement au diagnostic.

Alors qu'au lieu d'être récente, l'adhérence existe depuis longtemps, bien qu'elle soit générale, il devient fort difficile, sinon impossible, d'en constater l'existence pendant la vie. Car alors l'économie s'est habituée à cet obstacle, le cœur est parvenu à dominer, sinon à détruire ses entraves. Néanmoins, même alors, on peut, à certains caractères, parvenir à soupçonner l'adhérence, pour peu que l'attention soit fixée sur ce point. C'est ainsi que, dans le cas suivant, cette adhérence nous a échappé, bien que pourtant elle se soit révélée par quelques signes.

ADHÉRENCES ANCIENNES DU PÉRICARDE NON RECONNUES; SIGNES ÉQUIVOQUES; MORT PAR PNEUMONIE SUPPURÉE; NÉCROSCOPIE.

OBS. V. — Un homme de 64 ans, fortement constitué, cloutier, a dans le cours de sa longue existence éprouvé sans doute plusieurs maladies dont il n'a pas conservé le souvenir. Il dit seulement que depuis cinq mois il tousse, éprouve de la dyspnée et ressent une douleur dans l'hypocondre droit, au niveau des attaches du diaphragme. Depuis quinze jours, son mal a augmenté, depuis trois jours il est couché; hier, il a craché du sang.

A son entrée à la clinique, le 25 février 1841, facies coloré, *lèvres cyanosées, grande oppression*, douleur pongitive sous le sein droit, crachats muqueux et verdâtres; submatité, râle crépitant abondant dans les deux tiers inférieurs et postérieurs du poumon droit, râles muqueux, sibilans, disséminées dans le reste du thorax. Point de voussure ni de matité de la région précordiale. Les battemens du cœur sont modérés *mais confus*; la jambe droite est légèrement *infiltrée*; pouls fréquent, *inégal, peu développé*, (Saignée de 300,0; solut. de gomme.)

Les jours suivans, on ne constate rien de nouveau, si ce n'est que les crachats sont rouillés. (On donne le tartre stibié à haute dose.)

Le 28, le malade paraissait aller un peu mieux, lorsque le 1er mars on le trouve affaissé, facies endolori, menaces de syncopes (sinapismes aux jambes), mort le 4e jour de l'entrée; 8e de la pneumonie.

NÉCROSCOPIE, 40 heures après la mort.

THORAX : Les deux poumons sont généralement engonés, mais le lobe supérieur du poumon droit est passé à l'état d'hépatisation grise et contient de petits foyers purulens, sans tubercules.

Le péricarde adhère au cœur dans sa totalité par un tissu *celluleux* assez serré, ancien, sans traces d'inflammation récente. Le tissu du cœur ne paraît pas altéré. Quelques caillots fibrineux remplissent; les cavités valvules saines.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ce sujet a manifestement succombé à la pneumonie suppurée, greffée sur catarrhe chronique; mais si de l'adhérence ancienne on rapproche la dyspnée, l'infiltration de la jambe, la cyanose des lèvres et surtout les battemens du cœur obscurs et confus, tous phénomènes si peu ordinaires (sauf la dyspnée) dans la simple pneumonie, on reconnaîtra peut-être que l'adhérence du cœur s'est encore réfléchie dans le cas actuel par quelques signes, équivoques sans doute, mais dont l'inspection cadavérique a manifesté le véritable caractère.

Lorsqu'une ancienne adhérence est compliquée de lésions valvulaires graves, suffisantes pour expliquer les désordres circulatoires, alors il nous paraît à peu près impossible d'isoler les symptômes propres à l'adhérence de ceux qui dérivent de la lésion valvulaire, ou du moins le départ ne peut être fait qu'après coup; exemple :

RHUMATISMES ANCIENS SUIVIS DE SYMPTÔMES DE MALADIE DU COEUR; SIGNES COMMUNS D'ADHÉRENCE ET DE LÉSION VALVULAIRE; MORT; ADHÉRENCE GÉNÉRALE ANCIENNE; LÉSIONS VALVULAIRES CHRONIQUES.

OBS. VI. — Une femme de 32 ans, de constitution médiocre, lymphatique, servante, entre à la Clinique le 19 férier 1839. Il y a six ans qu'elle fut prise d'un rhumatisme articulaire qui dura très longtemps, et pendant lequel elle commença à ressentir des palpitations et de la dyspnée, accidens qui se sont plusieurs fois répétés depuis et auxquels est venu de temps en temps se joindre un peu d'infiltration des jambes.

Etat actuel : face légèrement bouffie, sensiblement violacée, œdème des pieds, un peu de voussure précordiale, matité de neuf centimètres carrés, battemens du cœur assez forts, tumultueux, bruit de souffle aux deux temps, reflux veineux dans les jugulaires, pouls peu développé, irrégulier (trois pulsations consécutives et un silence); dyspnée, petite toux sèche, thorax sonore; un peu de râle d'œdème disséminé (saignée de 300,0; 15 ventouses scarifiées à la partie interne des cuisses, potion gommée avec teinture de digitale, 15 gouttes.)

Les jours suivans, peu de changemens (on répète les saignées locales, nitre, digitale); un peu de mieux. Quelques vertiges et des vomissemens font suspendre la digitale. Les battemens du cœur restent tumultueux; les bruits de souffle se montrent variables; la dyspnée revient par exacerbations (calmans, diurétiques, alimentation légère.)

Le 9 avril, dyspnée, anxiété, pouls petit, très irrégulier, œdème croissant (infus. de tilleul, potion antispasmodique; soupe).

1er mai : battemens du cœur tumultueux, irréguliers, bruit de souffle confus, pouls petit, irrégulier, orthopnée, vertiges, abattement moral. L'infiltration est

---

ligions ne seraient plus qu'une sorte d'épidémie d'aliénation mentale, dont on ne se garantirait qu'à force de scepticisme. Ne vous semble-t-il pas, cher confrère, qu'en fait d'épidémie de ce genre, il vaut peut-être mieux se trouver au nombre des malades que parmi les bien portans?

Voici quelques nouvelles, avant de passer à autre chose.

— Sir Henry Halfort vient de mourir à Londres. C'était le Portal de l'Angleterre. Comme l'illustre médecin français, sir Halfort avait été médecin de plusieurs souverains. Après la mort du célèbre docteur Baillie, il était devenu le praticien le plus recherché de Londres, et n'avait plus de rival. En 1820, il fut élu président du collége des médecins, et fut maintenu dans cette dignité par réélection annuelle pendant près d'un quart de siècle. Sa renommée était si grande, disent les journaux de Londres, qu'on venait le consulter de tous les pays. Plusieurs souverains étrangers se sont rendus exprès en Angleterre pour avoir son avis. Doué d'une sagacité rare, d'une parfaite connaissance de l'homme, il commandait la confiance, autant par la supériorité de son esprit que par la distinction et l'affabilité de ses manières. Plus médecin que savant, c'était un grand praticien dans toute l'acception du mot. Les ouvrages qu'il a publiés sur différens points de médecine pratique, sont, comme ceux de Portal, exempts de toute vue systématique, et plus remarquables par la sagesse des doctrines que par la nouveauté des aperçus. Il était né en 1776. Il laisse une fortune immense.

— La petite-vérole fait de grands ravages à Londres; et pourtant on vaccine à force, Qu'en dira l'ombre de Jenner?

— Sir Astley Cooper a fondé un prix triennal très considérable qui vient d'être décerné pour la première fois. C'est le docteur Simon, l'un des professeurs d'anatomie du King's college, qui l'a remporté. Le sujet indiqué par Astley Cooper lui-même était le thymus et ses usages.

— M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, membre de l'Académie des Sciences, vient d'être nommé inspecteur-général de l'Université pour la partie des sciences. Il faut féliciter le ministre, la science et le savant.

— La nouvelle salle de l'Académie sera inaugurée dans quinze jours. La séance d'installation sera une séance d'apparat. On y entendra, entre autres lectures, l'éloge de Double par M. Bousquet, l'éloge de Bourdois de la Motte par M. Pariset. On assure que MM. H. et V. termineront la séance, l'un par une lecture sur l'enquête considérée comme perfectionnement de la critique médicale, l'autre par une improvisation contre les spécialités. La GAZETTE MÉDICALE recueillera les discours avec le plus grand soin.

Puisque nous sommes à l'Académie, je voudrais bien vous dire quelques mots d'un dernier incident qui doit marquer une nouvelle époque dans les annales de cette illustre compagnie. Mais auparavant j'ai à vous rendre compte de quelques petites circonstances qui se rattachent au même sujet, et sans lesquelles vous ne comprendriez qu'imparfaitement ce que j'ai à vous dire.

Vous connaissez le procès que le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE a eu la barbarie d'intenter à trois amis de la science, de la vérité et du droit de libre discussion. Vous en savez le résultat : demandeur et défendeurs, tout le monde en paraissait satisfait, et l'on supposait, vu cette satisfaction générale, qu'il

générale, vomituritions, diarrhée. (Chiend. nitré, frict. de teint. de scille et de digit. sur les membres, frict. de pommade d'iodure de potassium sur la région précordiale.)

Bref, les symptômes vont en s'aggravant et la malade succombe dans un état d'angoisses des plus pénibles, le 22 mai, trois mois après son entrée.

Nécroscopie, 30 heures après la mort.

Thorax : adhérences anciennes du péricarde dans la presque totalité de son étendue. Cœur volumineux. Hypertrophie du ventricule gauche (3 centim. d'épaisseur); ossification de la valvule mitrale offrant un anneau rétréci et béant (rétrécissement et insuffisance); cartilaginification des valvules aortiques, constituant également un rétrécissement avec insuffisance. Cavités droites distendues sur des caillots volumineux. Parois du ventricule droit sensiblement dilatées et épaissies.

Poumons infiltrés de sérosité sanguinolente.

Abdomen : foie volumineux. Du reste, rien de particulier, si ce n'est un engorgement général du système veineux.

Il était difficile ici de faire la part des accidens résultant des diverses lésions existantes, les signes propres à l'adhérence ancienne pouvant aussi bien résulter de la lésion des valvules, laquelle se révélait pendant la vie par un double bruit de souffle qui devait éloigner cette idée d'adhérence. Néanmoins, il est plus que probable que celle-ci avait une part notable dans la production des phénomènes d'embarras circulatoire, qu'elle a renforcé les graves accidens observés pendant la vie. C'est pourquoi, dans des cas semblables, et en l'absence de signes de péricardite, l'idée d'adhérence ne pourra jamais être admise qu'à titre d'hypothèse plus ou moins vraisemblable.

L'obscurité du diagnostic de l'adhérence ancienne ou récente doit encore augmenter alors que celle-ci est partielle et compliquée aussi de lésions patentes qui suffisent pour expliquer les troubles de la circulation. Tel est le cas suivant où la péricardite, quoique fort obscure, a été diagnostiquée, mais où l'adhérence nous a échappé, en raison de son peu d'étendue et des lésions valvulaires qui la compliquaient, et pourtant encore eût-il été possible au moins de soupçonner quelques entraves dans le jeu du cœur.

LÉSION VALVULAIRE ANCIENNE CONSTATÉE; TROUBLES DIGESTIFS ET CIRCULATOIRES; PÉRICARDITE INTERCURRENTE DIAGNOSTIQUÉE; ADHÉRENCE PARTIELLE INAPERÇUE; NÉCROSCOPIE.

Obs. VIII. — Une fille de 28 ans, de belle constitution, sanguino-lymphatique, servante, entre à la Clinique le 14 juillet 1837. Elle raconte que le 9, après une grande fatigue, elle s'est donné une indigestion accompagnée de vomissemens et de vives coliques. Les vomissemens ont persisté jusqu'au 12 où les règles ont apparu pour disparaître bientôt. Au malaise général, à l'anxiété épigastrique se sont jointes de la céphalalgie, de la fièvre et des palpitations.

Etat actuel. Langue assez belle, bouche pâteuse amère, nausées continues, abdomen élevé, douloureux; constipation depuis le début; dyspnée sans douleur thoracique; palpitations. Point de voussure précordiale; les battemens du cœur sont assez nettement dessinés vers la base, mais *beaucoup plus confus à la pointe, tumulte très grand; le pouls est très irrégulier*, à 116, *petit et nerveux* (ces mots sont littéralement transcrits de la feuille de visite rédigée par notre chef de Clinique); reflux veineux des jugulaires; intelligence nette. (15 sangsues à l'épigastre, limonade, lavement émollient.)

Le 15, pouls très petit, très irrégulier; matité précordiale de 9 centimètres; battemens du cœur tumultueux; bruit de souffle rude, circonscrit dans la région du cœur. Les accidens digestifs sont amendés. (Lésion valvulaire du cœur gauche, irritation gastrique.) (12 sangsues à la région précordiale.)

Le 16, même état. (Saignée de 360,0.)

Le 17, cœur toujours accéléré; pouls petit, irrégulier, contrastant avec la force d'impulsion du cœur. Les jours suivans, l'état gastrique s'améliore; les phénomènes cardiaques ne subissent pas de notables modifications. (Saignée locale, émolliens, digitale.)

Le 26, nous percevons un bruit de frottement superficiel, de lèchement, qui nous fait prononcer le mot *péricardite* et douter de la nature du bruit soi-disant valvulaire noté plus haut. Nous insistons sur les saignées locales, les émolliens, les révulsifs.

La maladie se poursuit avec des modifications diverses; le bruit de frottement disparaît et fait, de nouveau, place à des bruits de souffle rude bien caractérisés. Le tumulte et l'irrégularité du cœur persistent avec des variations; les extrémités inférieures commencent à s'infiltrer.

Le souffle plus ou moins râpeux est toujours circonscrit dans la région du cœur, sans s'étendre à l'aorte, et le 22 août nous spécifions : *ossification de la valvule mitrale.*

Bref, les palpitations, la dyspnée, l'infiltration se compliquent d'accidens pulmonaires, et la malade succombe dans les premiers jours de septembre, deux mois environ après son entrée, victime d'une maladie incurable et des actes nombreux d'intempérance constatés jusque dans l'autopsie.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Infiltration générale.

Thorax. Les deux poumons sont engoués à la base et infiltrés de sérosité.

Le péricarde contient environ 60 grammes d'une sérosité assez limpide. Vestiges de fausses membranes disséminées sur les deux feuillets. La pointe du cœur est adhérente à son enveloppe et médiatement au centre phrénique par une production pseudo-membraneuse assez résistante; le cœur paraît volumineux, ce qu'il doit surtout aux caillots sanguins qui remplissent ses cavités, surtout à droite. Le ventricule gauche offre un peu d'épaississement sans dilatation notable. Les valvules aortiques sont saines, mais la valvule mitrale est ossifiée; ses bords sont soudés de manière à former un anneau solide qui peut à peine recevoir l'extrémité du petit doigt (rétrécissement et insuffisance). L'oreillette gauche et les deux cavités droites sont largement dilatées, sans hypertrophie appréciable.

Les autres organes n'offrent rien de particulier, si ce n'est que nous trouvons l'estomac rempli de vin et de matières alimentaires.

Cette fille portait donc une lésion ancienne de la valvule mitrale, dont l'origine demeure inconnue.

Les accidens gastriques se sont, dès le début, probablement compliqués de péricardite sèche avec tendance à l'adhérence générale, manifestée par le trouble extrême de la circulation lors de l'entrée. Le bruit de frottement perçu le 26 juillet était plutôt, nous le croyons, un signe de résolution qu'un signe d'apparition de la péricardite, l'adhérence s'étant *retranchée* à la pointe du cœur; car la fausse membrane constituant cette adhérence était ancienne. Mais tout ceci, j'en conviens, est hypothétique et ne nous est venu à l'esprit qu'après l'autopsie.

Les troubles résultant de la lésion mitrale ont continué de se dessiner par leurs signes propres, lesquels ont, pour ainsi dire, éclipsé les signes pouvant se rattacher à l'adhérence partielle. Il était difficile, je crois, d'y voir plus clair dans un cas aussi complexe; mais nous restons convaincu que l'adhérence initiale et son résidu ont eu leur part dans ces troubles si prononcés, si permanens de la circulation. Remarquez, comme notion provisoire, cette lésion bornée à la valvule mitrale coïncidant avec un peu d'hypertrophie *sans dilatation* du ventricule gauche et dilatation considérable des autres cavités.

Ici la valvule mitrale était seule ossifiée; dans le cas suivant ce sont

---

n'en serait plus question qu'entre les huissiers chargés de faire exécuter le jugement et les vainqueurs obligés de payer le prix de leur victoire. On se trompait. Ce n'était là que la première partie d'un drame mi-sérieux, mi-comique, dont la seconde moitié menace d'être beaucoup plus longue que la première. On a recommencé par le banquet chirurgical ou les *félicitations*; puis sont venues les révélations académiques ou les *équivoques*; puis le concert de la presse, ou les *travertissemens*; puis enfin la lecture à l'Académie de médecine, ou le *dénouement*. Voilà bien des choses, cher confrère, et des choses si importantes, si intéressantes, si étonnantes, que je veux vous les donner avec les détails qu'elles comportent et méritent. Ce sera la matière d'un post-scriptum. Attendez donc le prochain numéro de la Gazette avec patience. Comme avant-goût, je vais terminer par quelques détails sur certain *pique-nique départemental* déjà ancien, mais qui avait passé inaperçu; il mérite cependant, comme vous allez voir, de prendre sa place dans l'histoire des mœurs contemporaines.

Ce pique-nique remonte à quelques mois; il a eu lieu sous la présidence d'une de nos célébrités médicales, connue par son art merveilleux de faire des grands hommes. — Or, vous trouvez-vous engagé dans un périlleux procès, avez-vous besoin d'amis, de beaucoup d'amis pour répandre en tout lieu, et jusque dans le prétoire que votre cause est excellente, morale, sainte même, que vous avez fait la guerre à l'intrigue et au charlatanisme, que vous êtes l'homme le plus sincère, le meilleur apôtre du monde; le pique-nique est un moyen sûr et expéditif d'arriver à votre but. Vous êtes des Vosges ou de la Charente, réunissez chez Véfour ou Lemardelay à 10 fr. par tête tout ce qu'il y a dans Paris de Vosgiens ou de Charentais, voyageurs ou résidans, savans ou députés, magistrats ou négocians, toutes personnes estimables au plus haut point, et à qui le souvenir du clocher est cher. Aucun ne refuse d'être de la partie: tous sont enchantés de faire ou de refaire connaissance, celui-ci avec une influence pour la prochaine élection, celui-là avec une illustration de la science ou de l'art, cet autre avec l'honneur de la magistrature ou du barreau. Entre le plumb-puding et le fromage glacé, les esprits sont disposés à l'expansion, le cœur à l'amitié. Vous portez un toast à l'*union des Vosgiens*, et tous les convives de répondre et de se donner la poignée de main patriotique. C'est un attendrissement général, et l'auteur du toast et du pique-nique reçoit les félicitations de tout le monde pour sa merveilleuse idée ! Merveilleuse en effet, et bien plus merveilleuse que ne le pensent les honnêtes Vosgiens; car si le pique-nique n'est pas chose entièrement nouvelle quand il s'agit d'une réunion de camarades de collége, ou de garde nationale, c'est un expédient véritablement original pour se procurer rapidement et à peu de frais beaucoup d'amis et de connaissances. Comme toute bonne chose, ce procédé aura des applications; on le recommande aux médecins sans malades, aux avocats sans causes et aux solliciteurs sans appui.

A huitaine donc, mon cher confrère, pour le reste.

— *P. S.* La chambre a adopté la probibition en ce qui touche les préparations pharmaceutiques : elle a maintenu, dans la catégorie des objets brevetables, les substances alimentaires et les cosmestiques.

les valvules de l'aorte qui étaient principalement altérées, circonstance qui nous a empêché de reconnaître l'adhérence générale résultant d'une péricardite intercurrente qui pourtant fut diagnostiquée.

RHUMATISME ARTICULAIRE; SIGNES DE LÉSION VALVULAIRE; PÉRICARDITE INTERCURRENTE RECONNUE; TERMINAISON PAR ADHÉRENCE GÉNÉRALE MÉCONNUE; NÉCROSCOPIE.

Obs. VIII. — Un garçon de 17 ans, d'assez faible constitution, brossier, entre à la Clinique le 4 août 1839. Il raconte qu'il y a trois mois il fut pris de gonflement douloureux des articulations qui fut soulagé par des ventouses, mais persista néanmoins pendant longtemps. Il y a deux mois que survinrent des palpitations qui existent encore.

État actuel. Voussure précordiale, matité très étendue, léger frémissement cataire à la palpation; battemens du cœur sourds, tumultueux; bruits de souffle confus; pouls fréquent, peu développé; dyspnée; point d'infiltration. (Chiendent nitré, pilules de digitale, le quart d'alimens.)

Les jours suivans, le tumulte du cœur ayant diminué, on perçoit distinctement du souffle rude aux deux temps (rétrécissement et insuffisance valvulaire).

Le 1er septembre, dyspnée, anxiété précordiale, pouls plus fréquent. (Saignée de 240,0; frictions de teinture de digitale sur le thorax.)

Le 4, symptômes plus graves, anxiété extrême, douleur précordiale, tumulte, bruits confus. Nous soupçonnons une péricardite. (12 sangsues au sternum, qui saignent abondamment.)

Le 6, bruit de frottement superficiel très sensible vers la pointe du cœur; ce bruit existe indépendamment du souffle valvulaire. (Vésicatoire sur la région précordiale; eau laxative de Vienne 150,0.)

Les jours suivans, un peu d'amélioration; cependant les poumons s'engouent. (12 ventouses scarifiées sur le dos; potion diurétique et sédative : prenez infus. de sureau 120,0, nitrate de potasse 4,0, teint. de digit. 15 gouttes, oximel simple 30,0.)

Vers le 16, le bruit de frottement superficiel a cessé d'exister; les bruits de souffle valvulaire persistent seuls; le tumulte du cœur et l'oppression ont diminué; le pouls est toujours petit, fréquent, inégal. (On saupoudre le vésicatoire de digitale; diurétiques.)

Néanmoins les impulsions du cœur sont toujours fortes; les bruits de souffle deviennent confus; le pouls reste irrégulier; une douleur pongitive avec menaces de suffocation se fait sentir dans la région précordiale (recrudescence de la péricardite). (Ventouses scarifiées, frictions de pommade de digitale sur le sternum.)

Dans les premiers jours d'octobre, l'anxiété, l'orthopnée augmentent, douleur dans la région hépatique; le foie s'engorge : on le palpe à travers le liquide épanché dans l'abdomen. (Ventouses, frictions mercurielles sur le thorax; diurétiques.)

Dans les premiers jours de novembre, la cachexie séreuse est prononcée; l'orthopnée, le tumulte du cœur mêlé de souffle confus, la petitesse et l'irrégularité du pouls sont permanens; les adoucissans, les calmans, les révulsifs ne procurent pas d'amélioration.

Le 3 novembre, nous notons toujours: orthopnée, battemens du cœur obscurs et soufflés, pouls très petit et fréquent, œdème considérable. (Scarifications aux membres inférieurs.)

Le malade expire le 3 décembre au milieu d'anxiétés déchirantes et prolongées, quatre mois environ après son entrée.

Nécroscopie 24 heures après la mort.

Thorax. Adhérences pleurétiques, sérosité dans les plèvres, engouement séreux pulmonaire.

Adhérences du péricarde avec les plèvres voisines. Il est adhérent à toute la surface du cœur au moyen d'un tissu pseudo-membraneux résistant. Cœur volumineux, épaississement notable et dilatation du ventricule gauche; ossification et déformation considérables des valvules aortiques; léger épaississement de la valvule mitrale; quelques noyaux d'ossification à l'origine de l'aorte; cavités droites très dilatées, légèrement épaissies et remplies de caillots sanguins.

Abdomen. Cavité péritonéale remplie de sérosité citrine; rougeurs disséminées dans toute l'étendue de la muqueuse digestive; foie très volumineux.

Il est probable que les troubles circulatoires observés lors de l'entrée du malade, quoique très prononcés, dérivaient uniquement de la lésion valvulaire que nous constatâmes d'emblée. La péricardite paraît avoir pris naissance dans les premiers jours de septembre : elle fut signalée par l'aggravation des symptômes existans et par le bruit de frottement superficiel caractéristique que nous pûmes distinguer du souffle valvulaire coexistant. Vers le milieu du mois, les symptômes étaient amendés et le bruit de frottement disparu; on pouvait croire que la péricardite s'était terminée par résolution; mais la réapparition de symptômes graves, de la douleur précordiale, de l'anxiété auraient dû faire soupçonner la formation des adhérences, et je crois qu'aujourd'hui ce diagnostic ne nous échapperait pas. Car il est évident pour nous que cette adhérence générale a dû être pour une bonne part dans l'aggravation de la maladie et dans les tourmens qui ont précédé la mort de ce pauvre enfant. Néanmoins, je le répète, alors qu'il y a complication, la part de chacun des élémens est toujours difficile à faire.

Les faits précédens suffiront, je l'espère, pour faire apprécier les symptômes concomittans des adhérences du cœur; ce sont, ordinairement : 1° la force, le tumulte et la confusion des battemens du cœur, coïncidant avec d'autres signes de péricardite ou succédant aux signes connus de la péricardite ordinaire, ou se montrant avec d'autres affections qui ne suffisent pas pour expliquer ces désordres circulatoires; 2° la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls résultant de la gêne que le cœur enchaîné de toutes parts éprouve à se mouvoir librement et à se contracter complètement; 3° l'anxiété précordiale, la tendance aux syncopes, la dyspnée, dérivant des causes précédentes et des liaisons intimes qui existent entre la circulation et la respiration; 4° l'infiltration plus ou moins générale, l'engouement pulmonaire, les congestions parenchymateuses, la cyanose, dérivant de tous les obstacles à la circulation veineuse, quelle que soit leur nature, etc.

Tous ces symptômes, en effet, sont communs à toutes les affections qui peuvent troubler, entraver le mécanisme du cœur, et nous devons rechercher quelles sont les nuances, sinon les caractères fondamentaux, qui distinguent l'appareil symptomatique propre aux adhérences du péricarde des appareils symptomatiques propres aux diverses autres affections avec lesquelles ces adhérences peuvent si facilement être confondues.

Ces affections sont surtout : 1° la *péricardite sèche*, simple ou sans adhérence, dans laquelle les mouvemens du cœur, ordinairement forts et précipités, sont cependant plus détachés, plus nets, plus réguliers, et sont presque toujours accompagnés de ce bruit de frottement superficiel si caractéristique et qui ne peut se produire que lorsque le cœur glisse librement dans son enveloppe. Or, ce bruit de frottement pouvant se produire encore lorsque les adhérences sont circonscrits, il en résulte que celles-ci doivent souvent échapper au diagnostic (obs. VII).

2° La *péricardite avec épanchement*. Pour peu que le liquide soit abondant, on conçoit que les battemens du cœur, au lieu d'être bruyans, superficiels, sont sourds, profonds; en outre, la voussure et la matité précordiales sont plus prononcées que dans les cas de simple adhérence. La péricardite avec épanchement doit se terminer très rarement par adhérence, parce qu'alors les feuillets du péricarde séparés par le liquide se cicatrisent, pour ainsi dire, isolément.

3° Dans les *lésions valvulaires*, les battemens du cœur sont ordinairement forts, mais plus nets, plus réguliers, et l'on y distingue presque toujours ces bruits de souffle doux ou râpeux, qu'il n'est pas toujours, il est vrai, facile de distinguer du bruit de frottement superficiel; mais cette difficulté relève du plus ou moins d'habileté du praticien : *non crimen artis quod professoris est.* D'ailleurs, dans l'adhérence complète on ne perçoit aucun bruit particulier, tel est le signe distinctif pathognomonique; mais lorsqu'il y a complication d'adhérence et de lésion valvulaire, le diagnostic de la première devient singulièrement obscur (obs. VI, VII, VIII). Nous croyons cependant qu'avec de l'habitude cette difficulté n'est pas toujours insurmontable.

4° Il est un accident grave avec lequel l'adhérence du péricarde pourrait être un instant confondue : c'est la *formation de caillots sanguins dans le cœur pendant la vie.* Alors, en effet, il peut y avoir tumulte du cœur, petitesse et irrégularité du pouls, vive anxiété, dyspnée, lypothymies; mais lorsque ces phénomènes dépendent de cette cause, ils se produisent ordinairement dans des circonstances autres que celles où se forme l'adhérence du péricarde que, du reste, ils peuvent compliquer (obs. I et II). Mais, dans tous les cas, les caillots se forment promptement et déterminent rapidement la mort, tandis que la marche de l'adhérence est bien moins abrupte.

5° Je crois qu'il n'est guère possible de confondre avec les symptômes de l'adhérence les troubles variés que peut sympathiquement éprouver la circulation dans les nombreuses maladies qui n'affectent pas le cœur lui-même.

En définitive, l'adhérence aiguë résultant toujours de la péricardite, l'existence constatée de celle-ci sera le meilleur des indices pour faire reconnaître, ou du moins soupçonner la formation des adhérence, lorsqu'aux signes propres à la péricardite simple succéderont ceux caractéristiques de ces adhérences. Mais lorsque l'adhérence est ancienne, remonte à une époque et se rattache à des circonstances inconnues, alors le praticien a besoin de toute sa sagacité pour la démêler parmi les symptômes des autres affections qu'elle peut compliquer.

Nous n'avons vu jusqu'ici que des cas d'adhérence terminés par la mort; cependant l'existence des adhérences anciennes prouve qu'elles peuvent se terminer par la guérison. Ce serait donc un complément essentiel de notre travail que de faire voir quelle est la succession des phénomènes qui peuvent s'observer dans ce dernier cas. Mais comment le savoir, puisque jusqu'à ce jour les signes de l'adhérence elle-même sont restés à peu près inconnus, et que, dans tous les cas, ces signes sont assez obscurs pour qu'il soit chanceux de se prononcer sur son exi-

tence pendant la vie? Cependant, et par anticipation, il est assez facile de se figurer ce qui doit se passer alors; nous avons d'ailleurs quelques points d'analogie dans ce qui s'observe parfois dans la pleurésie et la péritonite terminées par adhérences sans entraîner la mort. Il doit arriver d'abord que les phénomènes d'inflammation du péricarde, douleur, dyspnée, fièvre, etc., s'évanouissent graduellement; cependant il doit rester un sentiment obscur de gêne précordiale; le cœur doit s'émouvoir facilement, ainsi que la respiration; le pouls doit conserver un peu de petitesse, de fréquence et d'irrégularité; puis ces vestiges doivent se dissiper insensiblement, ou du moins cesser d'être perçus par le malade, sauf à se reproduire plus ou moins facilement lorsqu'une cause quelconque vient à émouvoir la circulation. Lorsque, par exemple, une autre maladie vient à se produire, et que le cœur a besoin de toute sa liberté pour réagir, les palpitations, la dyspnée se mettent facilement de la partie; puis l'œdème, la cyanose peuvent survenir, et tous les accidens ajoutent à l'affection incidente une gravité qui, dans bien des cas, doit suffire pour déterminer un résultat fatal (obs. V.) Voilà pour les symptômes fonctionnels, voyons pour les lésions organiques.

L'adhérence générale une fois formée doit souvent persister à toujours (obs. V, VI); néanmoins, il peut arriver, et cela doit surtout s'observer dans les adhérences partielles, que les mouvemens du cœur se débattant contre les obstacles, tiraillent, allongent les adhérences, les brisent même si elles sont fragiles (obs. VII), ou les transforment en espèce de ligamens lâches dont les dimensions permettent au cœur de se mouvoir en liberté. C'est ainsi que, l'an dernier, nous avons rencontré chez un phthisique une bride réunissant la pointe du cœur au centre phrénique, bride comme fibreuse, épaisse, résistante, semblable à un tendon, mais plus souple, et dont la longueur, de deux à trois centimètres, permettait à la pointe du cœur d'opérer ses évolutions. Cette particularité nous a échappé pendant la vie. C'est alors probablement qu'avec une certaine attention on pourrait saisir certains bruits anormaux de craquement, de frottement, etc. Mais comme l'attention, dans ces cas, est rarement attirée vers le cœur, ces phénomènes passent inaperçus, ou bien si on les perçoit, on les attribue à de simples rugosités du péricarde ou même à quelques lésions valvulaires.

Une question trop superficiellement traitée par les auteurs est celle de savoir si la péricardite chronique et les adhérences en particulier peuvent concourir à la production de l'hypertrophie du cœur, indépendamment des obstacles à la circulation siégeant dans les canaux vasculaires. L'affirmative se conçoit *à priori* de deux manières: 1° par le surcroît de nutrition qui détermine ordinairement un travail phlegmasique prolongé; 2° par suite de l'activité contractile suscitée dans le cœur par cette même phlegmasie. Cependant, à ne consulter que les faits, sans idée préconçue, la péricardite chronique et les adhérences paraîtraient n'avoir que très peu d'influence sur la production de l'hypertrophie. Par exemple, si dans notre observation I, où il s'agit d'un péricardite n'ayant duré que quarante jours, on trouve une légère hypertrophie, dans l'observation III où la péricardite a duré trois mois, et dans l'observation V où l'adhérence existait probablement depuis plusieurs années, le cœur n'a pas paru sensiblement hypertrophié. Dans nos autres observations où l'hypertrophie s'est rencontrée, on a pu naturellement l'expliquer par l'existence d'obstacles directs au cours du sang. Donc, la péricardite, envisagée comme cause d'hypertrophie, nous paraît un simple échappatoire au moyen duquel, en l'absence d'obstacles circulatoires appréciables, on explique la formation de certaines hypertrophies à l'aide de quelques-unes de ces plaques laiteuses qu'il est si fréquent de rencontrer dans les autopsies.

On doit être frappé du nombre des cas d'adhérences que nous avons rencontrés, en égard à la petite quantité des péricardites qui se sont offertes à notre observation. C'est que, probablement, cette terminaison est plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Si l'on a soin de faire des autopsies complètes, on la rencontrera dans bien des cas où l'on ne pouvait nullement la soupçonner, et chez des sujets dont aucun des antécédens ne devait faire supposer qu'ils eussent été jamais affectés de péricardite; car, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis, la péricardite passe le plus souvent inaperçue, surtout pour ceux qui ne pratiquent pas l'auscultation, seul moyen qui, dans la plupart des cas, puisse la faire reconnaître; nous apporterons en preuve les faits suivans, qui nous serviront en même temps à faire voir comparativement comment la maladie se comporte lorsqu'elle guérit sans adhérences.

PÉRICARDITE LATENTE RÉVÉLÉE PAR L'AUSCULTATION; GUÉRISON PROMPTE.

Obs. IX. — Une fille de 22 ans, de bonne constitution, quoique d'apparence lymphatique, bien réglée, servante, entre à la clinique le 24 mars 1843. Elle dit n'avoir jamais été malade. Il y a quatre jours qu'elle a été prise de céphalalgie, lassitudes, douleur épigastrique, suivies bientôt de vomissemens et de diarrhée. On lui a fait en ville une saignée et une application de sangsues.

État actuel : Langue blanchâtre, soif modérée; point de vomissemens; abdomen indolent, quatre selles dans les vingt-quatre heures; pouls plein, assez résistant, à 90. Peau chaude et sèche, un peu de dyspnée, sans toux ni douleur pectorale. Facies chlorotique, léger souffle carotidien, pas de palpitations. Nous diagnostiquons : irritation gastro-intestinale, chlorose. (Tisane de riz; catapl. abdominal; lavement laudanisé.)

Les 25 et 26, les symptômes gastriques sont dissipés; mais la malade conserve un peu de dyspnée et de fréquence du pouls. (*Ut suprà*; soupe.)

Le 27, épistaxis dans la nuit; légère douleur précordiale; toux sans expectoration; un peu de dyspnée. En examinant le cœur avec attention, nous sommes surpris de percevoir un bruit de frottement superficiel, de lèchement très prononcé, occupant la pointe du cœur et isochrone avec la systole; point de voussure ni de matité anormales; pouls régulier, peu développé, à 80. La péricardite est manifeste pour tous les assistans. (15 sangsues à la région précordiale; looch; tisane de riz; diète.)

Le 28, les phénomènes précédens sont aussi marqués que la veille. (Emolliens; emplâtre de Vign sur le sternum.)

Le 29, le bruit de frottement est à peine perceptible; respiration libre; pouls régulier. La malade se trouve bien. (*Ut suprà*; soupe.)

Deux jours après, nous commençons l'emploi des amers, des ferrugineux, de l'alimentation substantielle dirigés contre la chlorose. Le souffle carotidien disparaît graduellement; mais la pâleur persiste. La malade veut sortir le 5 avril, douze jours après son entrée.

Il est évident que la péricardite s'est insidieusement produite sous le voile des accidens gastriques, et qu'elle fût passée totalement inaperçue sans l'exploration attentive du cœur. Quant à la facilité, à la rapidité de la résolution, c'est là une bonne fortune sur laquelle il ne faudrait pas compter : c'est la seule fois que nous ayons trouvé la péricardite d'aussi facile composition.

Le fait suivant, accompagné de quelques circonstances analogues, a offert beaucoup plus de gravité; nous l'exposons en abrégé.

CHLOROSE, BRONCHITE, PÉRICARDITE GRAVES, COMBATTUES PAR LES ANTIPHLOGISTIQUES VIGOUREUX; GUÉRISON.

Obs. X. — Une fille de 14 ans, chétive, anémique, entre à la clinique le 20 avril 1836. Elle raconte qu'il y a six semaines, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise d'une douleur assez vive dans la région précordiale, avec toux sèche, fièvre, etc.

A son entrée : dyspnée considérable; toux suivie de quelques crachats muqueux. Thorax assez sonore; gros râles muqueux disséminés; battemens du cœur forts, tumultueux; pouls fréquent et dur, facies grippé, peau chaude et sèche; sub-délire par intervalles. (Bronchite; affection du cœur indéterminée.)

Le traitement antiphlogistique ayant apaisé l'activité du cœur, bientôt nous pûmes percevoir distinctement un double bruit de frottement superficiel très prononcé décelant la péricardite. Malgré la faiblesse du sujet, nous ne vîmes de remède possible à cette affection grave et compliquée que les évacuations sanguines appliquées avec prudence. Dans l'espace de dix jours, nous pratiquâmes trois saignées modérées, trois applications de sangsues, deux laxatifs et un vésicatoire à la région précordiale, lequel nous servit à l'administration de la digitale par la méthode endermique. Au bout de quinze jours de traitement, les accidens du cœur et des poumons étaient dissipés; mais il restait un état anémique ou chlorotique caractérisé par la pâleur générale, les bruits éclatans du cœur, le bruit de souffle carotidien, etc., accidens qui furent modifiés par les préparations ferrugineuses et un régime analeptique.

Ce cas est un de ceux où le tact du médecin est mis à une rude épreuve; car il s'agit de gouverner entre deux écueils, de choisir entre deux indications contraires, et de prendre un parti vigoureux, sans cesser de procéder avec la circonspection commandée par les élémens opposés.

En achevant de nous lire, on demandera peut-être à quelles conséquences pratiques peuvent conduire des recherches sur un sujet tel que celui-ci. A cela nous répondrons d'abord, qu'en fait de sciences naturelles, une notion positive quelconque est toujours bonne à recueillir, quelle que soit son apparente stérilité; car c'est au temps qu'il appartient d'en faire découvrir les applications utiles. En second lieu, qui ne comprend qu'une péricardite étant donnée, si l'on peut saisir l'instant où les adhérences commenceront à se former, ce sera un puissant motif pour redoubler d'activité dans le traitement, afin d'éteindre l'inflammation adhésive et d'empêcher par tous les moyens possibles ces funestes liens de s'organiser? Qui ne comprend encore que si nous pouvions reconnaître les adhérences anciennes compliquant une affection quelconque, nous pourrions en faire la part dans l'ensemble phénoménal de la maladie et modifier le traitement en conséquence? Qui ne comprend enfin que ces adhérences étant constatées chez un sujet bien portant en apparence, nous devrions diriger son hygiène de manière à prévenir les troubles de la circulation auxquels les adhérences du péricarde sont une prédisposition permanente? Bref, ce travail n'eût-il qu'un intérêt de curiosité scien-

tifique, nous nous croirions encore autorisé à le produire; car la science, je le répète, se compose d'un ensemble de notions, qui toutes n'ont pas un intérêt actuellement pratique.

CONCLUSIONS.

1° La péricardite se termine fréquemment par des adhérences générales ou partielles du cœur avec son enveloppe.

2° Les adhérences paraissent succéder plus spécialement à la péricardite sèche.

3° Ces adhérences sont une cause puissante de troubles pour l'organe central de la circulation.

4° Les troubles apportés aux mouvemens du cœur par ses adhérences avec le péricarde sont d'autant plus graves et dangereux que ces adhérences sont plus récentes et plus étendues.

5° Les signes caractéristiques de l'adhérence générale et récente sont la force, le tumulte et la confusion des battemens du cœur; la fréquence, la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls; la dyspnée, l'anxiété précordiale, la tendance aux syncopes; l'infiltration séreuse, l'engouement pulmonaire, les engorgemens viscéraux, la cyanose, etc.

6° Le signe donné par le docteur Sander (dépression de l'épigastre pendant la systole) n'a été constaté dans aucune de nos observations, et nous l'avons rencontré dans des cas autres que l'adhérence du péricarde.

7° Aucun de ces signes n'est pathognomique ou exclusivement propre à l'adhérence du péricarde.

Tous ces signes ne se rencontrent pas toujours réunis chez le même sujet.

Aucun de ces signes n'est constant, permanent, invariable; tontes réserves applicables à tous les signes prétendus caractéristiques d'une maladie quelconque.

8° Tous ces signes n'ont de valeur que par leurs combinaisons et leurs rapports avec les autres circonstances constitutives d'un cas donné.

9° L'adhérence peut constituer un accident assez grave pour occasioner la mort, à l'état aigu (obs. I); ou pour la favoriser, une autre affection échéant, à l'état chronique (obs. V, VI); il n'est même pas démontré qu'une ancienne adhérence ne puisse, par la gêne prolongée du cœur, entraîner, à la longue, l'hydropisie et la mort.

10° Cependant, plus l'adhérence est ancienne, moins elle menace la vie; il doit même arriver qu'elle finisse par ne plus apporter aucune entrave sensible au jeu de la circulation.

11° Le seul avantage des adhérences générales est de mettre à l'abri des péricardites subséquentes, comme l'adhérence provoquée de la tunique vaginale préserve de la rechûte de l'hydrocèle.

12° Les rapports présumés de l'adhérence du péricarde avec l'hypertrophie du cœur sont rationnels, mais attendent encore la sanction des faits.

13° Savoir que l'adhérence est une terminaison fréquente est un motif de plus pour combattre vigoureusement cette inflammation.

14° La possibilité de diagnostiquer pendant la vie la formation et l'existence des adhérences du péricarde avec le cœur peut être utile, soit pour s'opposer à temps aux progrès de l'inflammation adhésive, soit pour obvier au surcroît d'accidens que les adhérences anciennes peuvent apporter dans les maladies incidentes, soit pour prévoir et prévenir les dérangemens que ces adhérences peuvent occasioner dans l'état de santé apparente.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le numéro d'avril 1843 contient les articles originaux suivans: 1° *Cas d'empoisonnement présumé par une substance irritante, avec quelques remarques sur les propriétés vénéneuses de certaines viandes provenant d'animaux malades*; par S. Taylor. 2° *Remarques sur les tumeurs du bassin qui mettent obstacle à l'accouchement, avec observations*; par M. John Lever. (Dans ce travail, plus complet qu'original, l'auteur traite des tumeurs développées aux dépens des annexes de l'utérus ou autour de cet organe. Il passe successivement en revue celles de l'ovaire, des trompes de Fallope, du rectum, de la vessie, du tissu cellulaire pelvien, enfin les hernies vaginales et périnéales.) 3° *Recherches sur quelques causes de mort après les blessures et les opérations dans les hôpitaux de Londres, et sur les moyens d'en prévenir l'effet*; par M. Norman Chevers. 4° *Observations sur la structure, les fonctions et les maladies des artères coronaires du cœur*; par le même. 5° *Remarques sur la solution digestive de l'œsophage et sur les propriétés différentes des deux extrémités de l'estomac*; par M. Wilkinson King; *avec une observation*; par M. John Conley. 6° *Cas de morve chez l'homme*; par M. Hughes. 7° *Tableau des cas de hernie admis à l'hôpital de Guy, de septembre 1841 en décembre 1842*; par M. Poland. 8° *Précis d'observations faites sous la direction du docteur Bright sur des malades dont l'urine était albumineuse*; par M. Barlow; *avec une analyse chimique du sang et des sécrétions*; par M. G.-O. Rees. 9° *Recueil d'observations de fièvre*; par M. Brown.

OBSERVATION D'UN CAS OU L'ON SOUPÇONNA QU'AVAIT EU LIEU UN EMPOISONNEMENT PAR UNE SUBSTANCE IRRITANTE; SUIVIE DE REMARQUES SUR LES PROPRIÉTÉS VÉNÉNEUSES DE CERTAINES MATIÈRES ANIMALES EMPLOYÉES COMME ALIMENT; par le docteur TAYLOR.

Voici le fait qui donna lieu aux soupçons dont il est question dans le titre ci-dessus, et qui motiva une enquête et des expériences chimiques assez nombreuses.

OBS. — Trois membres de la famille d'un berger, la mère, le fils et la fille, ces deux derniers encore enfans, furent, ainsi que leur père, pris, à la suite d'un dîner, où ils avaient mangé une épaule de mouton, de douleurs dans l'estomac, d'une grande agitation et de vomissemens, ainsi que de dévoiement, au moins chez les deux enfans, dont le plus jeune, âgé de 2 ans, mourut moins de trois heures après le repas. Le père était sorti immédiatement après son dîner pour aller à son travail, et ne se plaignit d'avoir éprouvé qu'une vive sensation de brûlure dans le côté, et dont il n'avait pu se rendre compte. Mais quand il revint chez lui, sa femme et sa fille étaient sans connaissance et son fils était mort. On a appris depuis que la viande qu'ils avaient mangée avait été prise sur un mouton mort du tournis, qui avait été distribuée à tous les pauvres du voisinage, et avait été conservée pendant quelque temps dans le sel, probablement après avoir déjà éprouvé un commencement de décomposition. Mais comme il y avait peu d'union dans le ménage, et que le père conservait toujours une certaine quantité d'arsenic et de sublimé, dont il se servait pour détruire les mouches de ses troupeaux, et comme les accidens s'étaient développés avec une rapidité extraordinaire à la suite du dîner, dont il avait pris part et dont il paraissait avoir très peu souffert, tandis que, des trois autres personnes, une était morte et les deux autres avaient couru un grand danger, on l'accusa d'avoir empoisonné sa famille avec l'un de ces poisons ou quelque préparation de baryte. L'autopsie de l'enfant mort avait offert des traces d'inflammation dans l'estomac, dans le péritoine, dans les intestins et à la partie supérieure du larynx; mais les matières contenues dans l'estomac et les viscères n'avaient fourni à l'analyse la trace d'aucun poison. Tout le corps de l'enfant était considérablement tuméfié.

Il est à remarquer encore qu'aucune des personnes des familles pauvres qui avaient mangé de la même viande ne fut même incommodée, et que la famille du berger ayant dîné deux jours de suite de cette même viande n'en avait pas été incommodée le premier jour, et que les accidens n'avaient offert de gravité qu'après le second dîner.

Appelé à donner son avis sur ces faits, l'auteur établit que la mort ne peut être attribuée qu'à l'une des trois causes suivantes: 1° à quelque poison irritant mêlé avec les alimens; 2° à la nature vénéneuse de la viande elle-même, soit en raison de la maladie pour laquelle le mouton avait été tué, soit que la viande eût déjà éprouvé un commencement de décomposition; 3° à des causes naturelles.

La première hypothèse n'est appuyée d'aucun fait certain, et l'auteur l'a repoussée comme improbable, en s'appuyant sur les résultats négatifs de l'analyse et sur le vague des caractères de ce qu'on appelle l'inflammation de l'estomac et des intestins.

Arrivé à la seconde hypothèse, il rappelle d'abord quelques-unes des recherches faites sur les accidens produits par les viandes en voie de putréfaction, prises comme alimens, et fait remarquer que jusqu'ici on n'a pas cité d'exemple d'empoisonnement par la viande altérée ou putréfiée de mouton ou de bœuf, tandis que celle de veau, de porc, de jambon et les saucisses ont fréquemment causé des accidens, et rapporte ensuite successivement des cas de ce genre observés, l'un par le docteur Christison, en 1826; un autre à la fête de Zurich, en 1839, un troisième plus récemment encore dans le grand duché de Bade, plusieurs cas recueillis en Angleterre par le docteur Mac-Divitt, et qui ont surtout rapport à la viande de porc; et enfin quelques cas non encore publiés. Puis, rappro-

chant de ces faits celui de la famille dont il est question, et insistant sur la nature de la maladie dont était atteint le mouton, et pour laquelle il fut tué, sur l'état de décomposition avancée où était déjà cette viande lorsqu'elle fut salée, sur l'ignorance où l'on est de l'époque où les autres pauvres familles ont mangé leur part du même mouton, et sur quelques autres faits qui ressortent de ceux exposés ci-dessus, il en conclut que probablement l'altération de cette viande fut la cause unique de tous ces accidens. Toutefois, il reconnaît que certaines objections peuvent être opposées à cette conclusion, et celle spécialement déjà indiquée que ce serait le premier cas connu d'un empoisonnement par la viande de mouton salée.

RECHERCHES SUR QUELQUES CAUSES DE MORT APRÈS LES BLESSURES ET LES OPÉRATIONS, DANS LES HÔPITAUX DE LONDRES, ET SUR LES MOYENS D'EN PRÉVENIR L'EFFET; par M. NORMAN CHEVERS.

C'est par l'encombrement et ses effets qu'on explique en général l'excès de la mortalité qui, dans les hôpitaux, suit les lésions traumatiques. M. Chevers propose une autre interprétation. Les individus qui fournissent aux établissemens publics des grandes villes leur contingent ont, pour la plupart, souffert antérieurement de privations, d'irrégularités de régime, de variations brusques de température, de syphilis, etc. Or ces diverses influences ont produit à la longue chez eux un état pathologique général tel que le pouvoir de réparation après une blessure, une opération, se trouve presque entièrement épuisé. La plus légère lésion chirurgicale amène alors une inflammation interne à laquelle ils succombent. Telle est, selon M. Chevers, la cause de la mortalité des hôpitaux. Il lui restait à en prouver la réalité et à en déterminer le mode d'action.

En relevant les cas de décès survenus à l'hôpital de Guy, de 1827 en 1842, l'auteur a rassemblé 153 exemples de mort arrivée, secondairement après une lésion chirurgicale accidentelle ou faite par la main de l'opérateur. Or dans ce nombre 153 fois la mort a été due à l'inflammation des membranes ou des organes sécrétoires internes (sans compter les reins, le foie et la rate). Dans les 19 cas restant, les malades succombèrent au tétanos, à l'hémorragie, à la gangrène, l'érysipèle, la diarrhée, etc.

En comptant maintenant non plus le nombre des individus, mais le nombre de fois que chaque affection interne a pu être constatée à l'autopsie, on trouve :

Une affection bien manifeste des reins	72 fois
Un état douteux des mêmes organes	11
Maladie aiguë des poumons	47
Bronchite	2
Pleurésie	35
Méningite	27
Affection du cerveau	9
Péricardite	14
Péritonite	52
Phlébite	3
Phlegmasie des organes digestifs	9
Cystite	8

Si l'on remarque que dans 44 autopsies l'état des reins n'a pas été examiné, on reconnaîtra que l'altération de ces organes est de toutes la plus commune. Cela a conduit notre auteur, comme nous le verrons tout à l'heure, à des déductions particulières.

Maintenant, les causes que nous signalions à l'instant : l'intempérance, les fatigues, etc., créent-elles une maladie interne actuelle ou seulement une prédisposition, une aptitude à contracter cette même maladie à la suite d'une blessure ou d'une opération ?.... M. Chevers se prononce pour la première solution. Il est impossible, dit-il, d'avoir un peu fréquenté les hôpitaux de Londres sans acquérir la certitude que la plupart de ceux qui succombent quelques jours après une blessure, une opération, étaient porteurs d'une altération chronique ou même aiguë des reins, du foie ou de la rate. Il porte même si loin la conviction à cet égard qu'il n'hésite point à ajouter : « Il est très probable que si ces sujets n'avaient point éprouvé de lésion traumatique, toute autre influence aurait chez eux déterminé une semblable exacerbation de la maladie rénale ou hépatique et amené une inflammation mortelle. »

Une remarque que l'auteur appuie sur plusieurs faits de sa pratique est que les maladies antécédentes des reins prédisposent d'une manière prononcée aux hémorragies après les opérations.

Après avoir signalé le danger, M. Chevers en vient au moyen de l'éviter. S'il est vrai, comme il prétend l'avoir établi, que la complication de maladie rénale est de toute la plus fréquente, on aura dans l'inspection des urines un procédé assuré pour reconnaître cet état. Il ne faudra donc jamais pratiquer une opération avant d'avoir recherché si les urines du malade sont albumineuses; car dans ce cas il conviendrait d'attendre, autant du moins que la temporisation ne compromettrait pas essentiellement les jours du sujet. Le même soin doit être apporté dans l'exploration préalable de la rate, du foie, etc.

— Le mémoire de M. Chevers contient assurément des documens précieux. Mais il est par trop évident que ses tableaux pèchent par exagération. D'un côté, en effet, la plupart des *inflammations* qu'il dit avoir constatées à l'autopsie de ses blessés étaient sans doute le résultat de l'état connu sous le nom d'*infection purulente*, plutôt que celui d'une phlegmasie franche et simple. D'autre part, tout en reconnaissant chez les hommes de la classe ouvrière qui forment la population des hôpitaux, une disposition plus grande à être frappés après une opération, de telle ou telle maladie interne, nous ne saurions admettre avec l'auteur que cette maladie existe chez eux, actuellement réalisée, *avant l'opération*. Tout au moins, la preuve de cette assertion serait-elle fort difficile à donner; et l'on a dû s'apercevoir que c'était justement là le côté faible de la théorie de M. Chevers. Du reste, il a soin d'avertir en terminant que ses observations sont plus spécialement applicables aux hôpitaux de Londres.

OBSERVATIONS SUR LA STRUCTURE, LES FONCTIONS ET LES MALADIES DES ARTÈRES CORONAIRES DU COEUR; par le docteur N. CHEVERS.

L'auteur se propose de signaler dans ce travail des différences très notables, qui existent entre les tuniques des artères coronaires et celles de tous les autres vaisseaux sanguins, puis d'indiquer les causes de ces différences, et enfin quelques-uns des états morbides qu'on peut regarder comme appartenant spécialement à ces systèmes particuliers. Il rappelle d'abord qu'il a décrit ailleurs la disposition compliquée que présente le tissu fibreux laminé placé entre les membranes interne et moyenne de l'aorte et de quelques-unes de ses branches, et assure que c'est au développement remarquable que prend ce tissu aux dépens probablement des autres tuniques dans les artères coronaires que celles-ci doivent les principales différences qui les distinguent. D'après l'auteur, les artères coronaires auraient donc cinq tuniques différentes, l'interne, la tunique sous-séreuse, qui est un prolongement de celle de l'aorte, puis la moyenne ou fibreuse, qui est extrêmement mince, formée par une seule couche de fibres circulaires entrelacées, et présente à peine le tiers de l'épaisseur de la tunique moyenne de l'artère radiale au poignet, puis la tunique externe, et enfin celle qui est formée par le réseau compliqué de nerfs fournis par le plexus cardiaque. D'après cette disposition, le docteur Chevers trouve une grande ressemblance entre les artères coronaires et les grosses veines superficielles des extrémités. Or, nous devons dire ici que cet anatomiste a reconnu, dans les études auxquelles il s'est livré sur le système veineux, une différence très remarquable dans la disposition des tissus qui forment les veines profondes du corps et des extrémités, et les veines sous cutanées des extrémités; car, tandis que les premières ne présentent dans leurs parois que de longues fibres circulaires et parallèles, sans aucune fibre longitudinale proprement dite, les tuniques des dernières sont formées par une forte couche de fibres qui suivent une direction longitudinale dans les intervalles de chaque paire de valvules, et sont immédiatement adossées à une couche externe et distincte des fibres circulaires qui les croisent à angle droit sans s'entrelacer avec elles. Cette analogie de structure entre les artères coronaires et les veines superficielles des membres correspond à une analogie de fonctions également remarquable; car, comme les veines superficielles des membres, et même plus qu'elles, les artères coronaires sont sous l'influence d'une forte action musculaire; comme elles, et plus qu'elles, elles sont soumises à de fréquentes et fortes contractions qui exigent de leurs parois une grande extensibilité et une grande résistance; comme celles dont jouissent les veines superficielles avec la disposition signalée ci-dessus.

Les artères coronaires sont sujettes aux mêmes maladies que l'aorte, et à quelques autres qui dépendent spécialement de leur situation et de leur structure. Voici les principales de ces altérations.

1° Les orifices des artères coronaires sont l'un des points du système artériel où le tissu fibreux offre le plus fréquemment des dépôts cartilagineux et osseux. Assez souvent même ces formations se déposent autour de l'orifice, sous forme d'un anneau dur et gros qui quelquefois acquiert assez de développement pour l'obturer presque complètement. Le docteur Ridges a recueilli un nombre considérable de cas où cette altération a amené un résultat funeste. Mais les orifices ne sont pas toujours également rétrécis, et quand il n'y en a qu'un seul qui soit altéré, il n'en résulte pas habituellement de circonstance fâcheuse; car les anastomoses permettent au vaisseau resté libre de fournir du sang à toutes les

branches qui se trouvent au-dessous de l'obstacle à la circulation. On a remarqué cependant que, quand un de ces vaisseaux était oblitéré, l'autre ne tardait pas à se dilater. Dans d'autres cas, les mêmes matières osseuses ou cartilagineuses peuvent, chez les vieillards, se déposer sur un point du trajet des artères, et alors elles y forment pas, comme dans les petites artères des membres, des espèces d'anneaux calcaires, mais des masses qui suffisent quelquefois pour empêcher ou au moins gêner beaucoup le cours du sang, tandis que les portions intermédiaires fortement dilatées éprouvent, dans certains cas, une rupture mortelle. On a depuis longtemps noté la coïncidence de cette altération avec les symptômes de l'angine, et il paraîtrait que les syncopes subites auxquelles les personnes âgées sont très sujettes dépendraient souvent de la même cause.

2° La distension longtemps continuée des artères coronaires leur donne une apparence variqueuse et les rend quelquefois si tortueuses, que, quand la graisse vient à disparaître, elles font une forte saillie à la surface du cœur, paraissant ne tenir à cet organe que par un repli du péricarde. Cette disposition amène encore quelquefois la rupture des artères.

3° Dans les cas de rupture du cœur, on a trouvé fréquemment cet organe chargé de tissu adipeux, et les artères considérablement dilatées.

4° Il n'est pas rare de rencontrer des personnes âgées et douées de beaucoup d'embonpoint qui se plaignent de violentes palpitations avec sensation de suffocation imminente, à la suite d'un exercice ou d'une émotion subite, de l'application du froid sur une partie du corps. Chez ces personnes, le pouls est habituellement faible, en même temps que la percussion et l'auscultation indiquent que, bien que le cœur soit gros, il agit cependant faiblement. Ces accidens dépendent probablement d'un degré avancé de l'altération dont il vient d'être question. L'auteur assure que, partant de cette hypothèse, il prescrivait, dans des cas de ce genre, les moyens propres à faire disparaître une partie du tissu adipeux superflu de ces malades, et à diminuer la quantité des liquides en circulation, et a vu le cœur acquérir une nouvelle énergie, ce qui lui était prouvé par une plus grande force du pouls et par la cessation complète des attaques de suffocation pendant de longs intervalles.

OBSERVATIONS SUR LA SOLUTION DIGESTIVE DE L'ŒSOPHAGE ET DU FOIE, PROPRIÉTÉS DISTINCTES DES DEUX EXTRÉMITÉS DE L'ESTOMAC; par WILKINSON KING; avec une observation recueillie par M. CONLEY.

Dans ce court travail, sur un sujet déjà traité par l'auteur dans un mémoire précédent du même recueil (GAZ. MÉD., année 1842., p. 347), nous trouvons de nouveaux faits à l'appui des ingénieuses recherches faites par M. King sur le ramollissement de l'œsophage et de l'estomac, produit après la mort par l'influence du fluide gastrique, mais qui ne diffèrent pas assez de ceux contenus dans le premier travail, et que nous avons analysés déjà, pour que nous les reproduisions ici. L'auteur affirme que, depuis la publication de ses dernières recherches, il a continué d'observer si fréquemment le passage subit de la partie ramollie à la partie non ramollie, et qu'il a donné comme un caractère constant du ramollissement digestif, qu'il est très étonné que les mêmes recherches n'aient point été depuis reprises par d'autres praticiens. Nous rappellerons, en effet, qu'il résultait de sa première publication, comme il ressort encore de la seconde, que ce ramollissement se rencontre sur près de la moitié des cadavres examinés, et que ses effets paraissent d'autant plus prononcés que l'individu était doué de plus de vigueur. L'auteur admet encore que chez les animaux, comme chez les hommes, l'action du suc gastrique est plus énergique chez ceux qui se nourrissent de matières animales que chez les herbivores, et cependant il fait remarquer que chez les nègres de la Jamaïque, dont l'alimentation consiste surtout en farineux, il a vu la solution digestive de l'estomac s'opérer avec une grande activité.

OBSERVATION D'UN CAS DE MORVE CHEZ L'HOMME; par le docteur HUGHES.

Cette observation ne peut être considérée comme un cas de morve véritable, car le sujet n'a pas présenté la lésion caractéristique de la morve, l'ulcération de la membrane pituitaire et l'écoulement nasal qui en est l'effet, mais doit être rapportée au farcin chronique, ou peut-être, comme le suggère l'auteur, à ces cas qu'on observe si souvent, et qui n'ont pas encore été désignés par une dénomination particulière, et dans lesquels des accidens presque toujours identiques sont attribués à l'absorption des matières putrides; car tous les sujets présentant cela de commun qu'ils ont tous été plus ou moins directement ou indirectement exposés à l'inoculation de matières animales putrides ou décomposées. Ainsi l'homme dont il est question dans l'observation rapportée, qui avait pour occupation de tuer les chevaux, s'étant par accident blessé à l'avant-bras gauche, au moment où avec le même couteau, il détachait les chairs d'un cheval tué récemment, présentait dès le lendemain un gonflement douloureux, qui s'étendait depuis la plaie jusqu'au bord interne du biceps, et alla en augmentant; bientôt il s'y joignit des douleurs rhumatismales, puis des tumeurs douloureuses sur le bras et la jambe du côté droit, des accidens fébriles à caractères adynamiques, de la tuméfaction du genou et des paupières qui recouvraient les yeux, de la suppuration de cinq ou six tumeurs répandues à la surface du corps et de la grosseur d'un œuf de pigeon, de pustules en grand nombre sur la face et le tronc, et enfin, dans les derniers jours, un écoulement spontané très peu abondant, d'un brun rougeâtre et presque visqueux, par le nez. L'autopsie n'ayant pu être faite, on n'a pu s'assurer de la lésion qui déterminait cet écoulement; mais on constata qu'il n'y avait aucun engorgement dans l'aisselle, l'aine ou sous la mâchoire.

TABLEAU DES CAS DE HERNIE ADMIS A L'HÔPITAL DE GUY, DE SEPTEMBRE 1841 EN DÉCEMBRE 1842; par M. POLAND.

Ce relevé porte sur 45 cas. La plupart de ces observations n'offrent, chacune isolément, qu'un intérêt ordinaire. Nous en extrayons seulement les deux suivantes :

HYDROCÈLE DU LIGAMENT ROND.

OBS. I. — Une femme de 26 ans, mariée depuis trois ans et ayant eu deux enfans, dit que, quelque temps avant son mariage, elle avait éprouvé dans l'aine un sentiment de plénitude qui se dissipa ensuite. Il y a un mois, elle aperçut dans le même lieu une tumeur à laquelle, vu son indolence, elle ne fit pas autrement attention. Cependant la tumeur continuant à faire des progrès, elle entra à l'hôpital. On reconnut que cette tumeur occupait la région inguinale et la grande lèvre droite; on pouvait la refouler, mais non la réduire. Augmentant après les fatigues, elle disparaissait presque par le repos. Elle était un peu tendue, et semblait être un kyste uni au ligament rond et contenant un fluide. M. Key regarda cette affection comme une hydrocèle du ligament rond et conseilla de la traiter par la teinture d'iode.

La malade quitta l'hôpital au bout de quelques jours.

AFFECTION FONGUEUSE DU TESTICULE ET DU CORDON, SIMULANT UNE ÉPIPLOCÈLE; MORT.

OBS. II. — William Stretton, âgé de 26 ans, avait depuis sa naissance une hernie du côté gauche, qui fut toujours réductible. Il ne porta un bandage qu'à deux reprises différentes et pendant peu de temps chaque fois. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, la hernie sortit durant un effort et ne put être réduite. A l'examen, on trouva une tumeur sensible au toucher, s'étendant de l'anneau gauche dans le scrotum et jusqu'au périnée. Peau tendue, constipation depuis deux jours, langue blanche. On ne pouvait découvrir le testicule; mais le malade disait le sentir lorsqu'on pressait sur la partie postérieure de la tumeur. La glace, les bains chauds, la saignée, les purgatifs furent successivement employés et amenèrent quelques selles. Un peu d'amélioration s'ensuivit; mais la tumeur ne diminua pas de volume. Le troisième jour, elle parut fluctuante: une ponction exploratrice avec une aiguille donna issue à un liquide inodore couleur de café. Bientôt après, la tumeur devint plus douloureuse à la pression; plusieurs foyers durent être incisés dans le voisinage. Une masse fongueuse se fit jour par ces ouvertures. Cautérisée avec l'acide nitrique elle n'en persista pas moins. Le malade émacié et affaibli par le dévoiement mourut au bout de quatre mois de séjour à l'hôpital.

AUTOPSIE. Dans l'abdomen, une portion d'épiploon était épaissie et plissée comme si elle avait été contenue quelque temps dans un sac herniaire. Une poche péritonéale occupait le canal inguinal et se terminait au niveau de l'anneau externe. Le testicule et le cordon étaient convertis en une masse fongueuse qui remontait jusque dans le canal inguinal. Au-dessus, le cordon ainsi que les ganglions lombaires et pelviens offraient l'apparence normale.

Quoique, d'après les commémoratifs, ainsi que d'après l'inspection cadavérique, l'existence d'une ancienne hernie congéniale ne paraisse pas douteuse, il est probable cependant que la tumeur développée lors de l'entrée du malade dépendait uniquement de la dégénérescence fongueuse du testicule. Peut-être les essais de taxis ont-ils eu pour effet de hâter, sinon de provoquer, la désorganisation de cette masse morbide.

Outre ces deux faits intéressans, le relevé statistique de M. Poland contient l'histoire de cinq hernies étranglées et opérées sans ouverture du sac. Nous ne pensons pas avoir besoin de les reproduire ici, quelque probantes qu'elles soient, pour établir l'existence d'un étranglement indépendant du collet du sac. Cette question, longtemps maintenue pendante par l'insistance de M. Malgaigne, est aujourd'hui jugée de la même manière par tous les chirurgiens. Ce n'est donc pas pour apporter de nouveaux argumens, mais seulement à titre de notions utiles au point de vue pratique, que nous donnerons quelques détails sur ces faits. Ces cinq hernies étaient fémorales; sur 5 opérés, 2 sont morts. Des deux malades qui

ont succombé, l'une était âgée de 85 ans, l'autre avait eu déjà plusieurs selles, lorsqu'un érysipèle gangreneux vint l'enlever. Les insuccès dans ces deux cas sont donc en partie expliqués par des causes étrangères à l'opération; et ils ne doivent point empêcher d'adopter la même pratique (le débridement sans incision du sac) dans les circonstances où l'étranglement borné à l'anneau la rendrait applicable. Les cinq opérations à l'hôpital de Guy ont été faites par MM. Key. Cooper et Callevay.

OBSERVATIONS FAITES SOUS LA SURVEILLANCE DU DOCTEUR BRIGHT SUR DES MALADES DONT L'URINE ÉTAIT ALBUMINEUSE; par le docteur G. H. BARLOW; AVEC L'EXAMEN CHIMIQUE DU SANG ET DU PRODUIT DE SECRÉTION; par le docteur REES.

Ce long mémoire contient 34 observations longuement détaillées, et qui toutes ont été recueillies dans un service affecté uniquement par les administrateurs de l'hôpital Guy, sur la demande du docteur Bright, au traitement des maladies dans lesquelles l'urine est albumineuse. A ce service est adjoint un laboratoire pourvu de tous les instrumens chimiques et optiques nécessaires pour l'examen du sang et des divers fluides de sécrétion, lequel devait être fait (et l'a été réellement) par le docteur Rees, et les résultats obtenus sur le sang, l'urine et quelques autres liquides sécrétés sont énoncés à la fin de chaque observation. Pour donner une idée de ce travail, dont le principal intérêt est dans les observations, qu'il serait impossible d'analyser, nous allons indiquer les deux principaux groupes dans lesquels les 34 observations, qui ne sont qu'un premier essai, peuvent être distribuées. Celles qui forment le premier, toutes terminées par la mort, avec autopsie, sont destinées à étudier autant que possible les changemens qu'a amenés dans les diverses fonctions et sécrétions de l'économie la sécrétion de l'urine albumineuse. Ainsi, les deux premières de ces observations, qui sont deux exemples de complication d'une maladie du cerveau, offrent une preuve évidente du danger qu'entraîne le développement subit de symptômes cérébraux, et qui est toujours à craindre lorsque l'urine contient de l'albumine, en quelque petite quantité qu'elle s'y trouve, et avec diminution de la densité spécifique du liquide, danger qui ne diminue point par l'absence ou la disparition de l'hydropisie; il paraîtrait même, d'après un nombre de cas assez considérable de ce genre, que ceux où l'hydropisie est peu prononcée, ou même ne l'est pas du tout, sont ceux où l'invasion soudaine des phénomènes cérébraux est le plus à redouter. Dans deux cas bien tranchés de ce genre la seule trace d'épanchement qui ait pu être constatée était un chémosis aqueux produit par l'anasarque du tissu cellulaire, situé sous la conjonctive. Dans cinq autres cas qui appartiennent au même groupe, nous voyons une série de faits dans lesquels la maladie du rein se prononce de moins en moins à mesure que l'affection thoracique qui la compliquait offre de plus en plus d'activité. Le docteur Bright croit pouvoir conclure de ces faits que, bien que les maladies du cœur et des poumons puissent, par l'obstacle qu'elles opposent au retour du sang par les veines, déterminer dans les reins, comme dans les autres viscères abdominaux, une congestion qui trouble leur fonction et, dans quelques cas même, amener leur désorganisation; cependant, comme la maladie des reins était d'autant moins avancée que l'affection thoracique avait fait plus de progrès, on ne doit pas soutenir, comme on le fait, que les maladies du cœur ou des poumons sont la cause générale ni même la plus fréquente de la véritable maladie des reins, et que l'on doit chercher ailleurs le siége et le point de départ de cette formidable affection.

Le second groupe contient 21 observations de guérison ou au moins d'amélioration et à l'aide desquelles le docteur Bright cherche à jeter quelque jour sur les moyens de curation à opposer à la maladie elle-même, d'après l'effet de ceux qui ont été employés dans ces 21 cas. Voici les plus importans de ces résultats:

1° Dans six cas où le mercure a été employé jusqu'au moment où il commençait à agir sur les gencives, on en a obtenu des effets si peu avantageux qu'on a cessé de l'employer de nouveau, dans la conviction que cette médication était non seulement sans efficacité, mais même nuisible dans les cas où la maladie des reins était l'affection primitive et principale, et que dans les complications où l'usage de ce traitement aurait pu être réclamé pour une autre maladie, on devait en surveiller les effets avec le plus grand soin.

2° La coloquinte a été employée dans six cas; or, bien qu'elle ne l'ait jamais été seule et même que dans les cas où son administration a été suivie d'amendement, ce ne soit pas à cette préparation que l'on ait pu attribuer tout l'amendement obtenu, cependant elle paraît à M. Bright y avoir contribué pour beaucoup, et devoir occuper une place parmi les moyens doués de quelque efficacité contre la maladie des reins.

3° Dans quatre cas où les préparations d'antimoine (données surtout sous la forme de vin antimonié de tartrate de potasse) ont été employées en même temps que la saignée ou la coloquinte, il y a eu un soulagement assez manifeste; mais dans six autres cas où, après l'antimoine, on eut recours aux toniques, l'amendement fut encore plus manifeste.

4° Enfin dans quatre cas où les toniques seuls furent employés, l'effet du traitement fut fort varié.

RECHERCHES SUR LE SANG CONSIDÉRÉ SOUS LE POINT DE VUE DES CONDITIONS PARTICULIÈRES DANS LESQUELLES IL SE TROUVE DANS LA MALADIE DE BRIGHT; par le docteur REES.

Cette communication est la suite de la précédente dans laquelle le docteur Rees a déjà fourni sa part de travail en commun, en donnant à la suite de chaque observation les résultats fournis par l'analyse du sang, de l'urine et de quelques autres produits sécrétoires dont il avait été principalement chargé; l'objet de ce second mémoire est de tirer quelques inductions de tous ces faits isolés sur l'état du sang dans la maladie de Bright comparé avec ce qu'il est à l'état normal. Mais pour que cette comparaison soit faite avec quelque utilité il est d'abord indispensable que l'on connaisse exactement quelles sont les opinions de l'auteur sur l'anatomie et la structure du sang chez l'homme en santé. Voyons donc d'abord, avec le docteur Rees, les caractères principaux que présente le sang dans son organisation physique à l'état normal avant d'étudier les altérations qu'il subit de l'influence de la maladie de Bright. Les données sur lesquelles il s'appuie sont, il est vrai, toutes empruntées aux observations microscopiques; mais comme elles ont été confirmées par des résultats obtenus sur des masses considérables et accessibles aux autres moyens d'investigation, on ne peut les repousser par le seul motif que d'autres observateurs ont abusé des recherches microscopiques. Avant de procéder à l'exposition des faits qui lui sont propres, l'auteur fait voir combien sont insuffisans ou même trompeurs les moyens que les chimistes emploient maintenant dans l'étude du sang, moyens qui par leur activité ont pour premier résultat de changer complètement ces mêmes conditions physiques que l'on voudrait constater et étudier. Quel est le moyen, par exemple, qu'ils emploient pour extraire du sang l'hématosine? L'acide sulfurique qu'on mêle au liquide rouge jusqu'à ce qu'il soit devenu brun et presque solide. Si pourtant il était démontré que la matière colorante du sang est contenue dans une vésicule, à parois membraneuses, nous reconnaîtrons que l'acide sulfurique n'a pu agir sur la matière colorante sans agir en même temps sur la membrane albumineuse qui la contenait et conséquemment sans altérer notablement les conditions dans lesquelles se trouvait cette matière colorante dans la circulation, tandis qu'à l'aide des procédés ingénieux de l'auteur, le chimiste pourrait d'abord séparer les corpuscules (globules) du sang des autres parties constituantes du même liquide, ensuite les ouvrir et obtenir en solution la matière colorante qu'ils contenaient et qu'il serait alors facile de soumettre à l'analyse chimique.

Au milieu de toutes les incertitudes que les recherches microscopiques ont causées et n'ont point encore dissipées, on peut cependant regarder comme démontré que le globule sanguin est composé de deux solutions, l'une colorée en rouge, l'autre blanche; mais dans quel rapport sont ces deux substances l'une avec l'autre, c'est ce qui n'a pas encore été positivement décidé. Voici ce que M. Rees a constaté sur ce point. Il a reconnu que les globules sanguins sont des sacs fermés contenant un fluide dans leur intérieur; mais il restait à décider si le fluide était rouge ou si la couche rouge appartenait aux parois des globules, le liquide lui-même étant alors incolore. Cette question sur laquelle les micrographes ne sont pas d'accord, bien que la plupart adoptent la première hypothèse, n'a pas paru insoluble à M. Rees. Si le globule du sang est un sac sans ouverture, s'est-il dit, et s'il crève, comme on l'a observé, par le contact de l'eau, ne peut-on pas, en réunissant un grand nombre de globules à la fois et les traitant par l'eau qui les fera tous crever, espérer de voir les débris des vésicules tomber en masse au fond de l'eau, qui conserverait en solution la matière colorante. Cette expérience fut faite en effet. Des débris d'un caillot furent agités dans du sérum, afin d'en détacher le plus qu'il serait possible de globules rouges; puis, après avoir laissé reposer le liquide quelques heures, afin de donner aux globules le temps de tomber au fond, on décanta le liquide ne laissant que la couche la plus inférieure et d'un rouge très foncé sur laquelle on versa de l'eau distillée qu'on laissa en repos après l'avoir vivement agitée pendant quelques instans. Au bout de quelques heures, on distinguait au fond du vase un dépôt blanc et au-dessus duquel le liquide était parfaitement transparent et d'un beau rouge. Cette expérience démontre donc que les parois des globules sont blanches et que la matière colorante est en solution dans le liquide.

Ces faits supposent ce qui n'avait pas encore été établi avant les travaux du docteur Rees, que les parois ou les membranes des globules rouges se laissent, malgré leur extrême ténuité, et comme tous les autres tissus animaux, traverser par les liquides, en vertu des lois de l'endosmose; cependant l'auteur, désirant avoir une preuve plus convaincante, fut amené à la trouver dans une nouvelle et plus large application des lois de l'endosmose. S'il est vrai que les liquides pénètrent dans les globules du sang et en sortent dans des proportions qui sont toujours en rapport avec leur pesanteur spécifique, il en résulte qu'en réunissant une grande masse de globules, et les traitant par des solutions de densité différente, on obtiendrait sur le liquide contenu dans les globules des effets qui varieront suivant la densité des liquides extérieurs: ceux dont la densité sera le plus élevée devant s'échanger avec le liquide intérieur en plus grande proportion que ceux dont la densité spécifique est moindre, et les liquides, après que les globules se seraient précipités, offriraient nécessairement des degrés différens de coloration; quelques-uns seraient colorés en rouge foncé; d'antres, au contraire, presque blancs, suivant la quantité du liquide des globules qu'ils auraient déplacé. Les expériences faites en grand d'après ces vues, dit l'auteur, réussirent complètement et achevèrent de démontrer leur exactitude, en même temps que celle des résultats microscopiques déjà rapportés. En effet, M. Rees paraît avoir obtenu des résultats de coloration très variés en variant la densité des liquides qu'il employait, évitant avec soin les sels qui précipitent le sérum.

Ces différentes expériences ont permis à l'auteur de constater que le fer que contient le sang à l'état normal et qui est renfermé dans les globules rouges est en dissolution dans le liquide même des globules. Si, en effet, après avoir séparé les parois des globules du liquide qu'ils contiennent, on fait évaporer ce dernier jusqu'à siccité, et que l'on incinère le résidu, on reconnaît qu'il contient tout le fer des globules, tandis que la même opération sur les débris des globules, après qu'on en a bien séparé toute la matière colorante, ne fournit pas la moindre trace de la présence de ce métal. Tout le fer du sang est donc contenu dans le liquide des globules et sous une forme très soluble.

D'après ces faits, il est facile de comprendre ce qui se passe dans le développement de ces petits globules que tous les expérimentateurs ont observé dans le sang, mêlés avec les autres et ayant exactement les mêmes propriétés, pour ce qui concerne les phénomènes de l'endosmose, et par quelle voie pénètre le fer qui est nécessaire pour qu'ils arrivent à leur maturité; il suffit d'un liquide présentant deux conditions: 1° contenant du fer en solution; 2° ayant une densité spécifique moindre que celle du liquide contenu dans le petit globule. Or, le chyle mélangé à la lymphe offre ces deux conditions: son sérum contenant du fer probablement à l'état de lactate, et sa pesanteur spécifique étant, d'après les recherches de M. Rees chez l'homme, de 1,024 (celle du liquide du sang est au moins de 1,052). Ainsi s'explique chez l'homme en santé l'introduction continuelle du fer tenu en dissolution par le sérum du chyle, dans l'intérieur des petits globules qui arrivent ainsi à leur complet développement.

Si tel est l'état normal, on conçoit l'effet que doit produire par exemple une diminution de la pesanteur spécifique du sang, et que si le sérum du chyle n'éprouve pas une modification proportionnelle dans sa pesanteur, la matière colorante rouge, le grand oxigénateur du sang ne pénètrera plus en aussi grande quantité dans le globule sanguin, et que le même trouble des phénomènes de l'endosmose se reproduisent sur tous les points du corps où ils sont constamment en activité, l'équilibre sera nécessairement troublé, et le sang, devenu aqueux, tendra à reproduire la même condition dans tous les autres solides. L'étude de l'endosmose est donc d'une grande importance pour le pathologiste, et il est probable que plusieurs des phénomènes de la maladie de Bright doivent être rapportés à l'une des modifications du sang dont nous venons de parler.

Tont en faisant jouer au sang le principal rôle dans la production de la maladie de Bright, M. Rees se défend cependant de prétendre que tous les cas d'albuminurie ne seraient que des degrés différens d'un seul et même mode de lésion du sang. Il distingue dans cet état morbide les symptômes primitifs de ceux qui ne sont que secondaires, et il reconnaît que les premiers peuvent bien n'être réellement que le résultat d'une congestion du rein, d'un trouble mécanique de la circulation, donnant lieu à la filtration par l'urine des matières albumineuses du sang, causant dans l'économie une perte qui, par la détérioration du fluide vital, peut à son tour faire que le sang devienne la cause de phénomènes qui ne se seraient point développés sans le premier trouble. Il admet donc qu'au commencement le sang peut être tout à fait à l'état normal, et que la présence de l'albumine dans l'urine n'est alors que le résultat d'une congestion opérée par le sang à l'état normal. Voici ensuite l'ordre dans lequel se développent les phénomènes qui constituent la maladie de Bright, proprement dite, quand elle n'a pas été arrêtée après ce début: le sang s'affaiblit par la perte de l'albumine, ce qui détermine une diminution de la pesanteur spécifique du liquide contenu dans les globules dans lesquels le chyle ne peut plus faire pénétrer les élémens réparateurs.

RAPPORT SUR LES CAS DE FIÈVRE (FEVER); par le docteur BROWN.

Cet article ne contient que l'historique de 27 cas de fièvre, sans autre document sur l'origine de ces cas, sans aucune réflexion. Nous nous dispenserons de tout commentaire aussi, nous, et pourtant nous ferons à l'usage de ceux qui s'occupent des recherches sur les fièvres, et surtout sur les fièvres chez les Anglais, nous ferons la remarque que, sur les 29 observations de fièvres rapportées ici avec des développemens généralement suffisans, chez 6 la maladie s'est terminée par la mort, et que deux autopsies ont été faites; or, dans l'un de ces deux cas, on trouva, dit l'auteur, les glandes inférieures de Peyer proéminentes, mais sans ulcération; dans l'autre, qui s'est terminé par une péritonite par suite de perforation intestinale, il y avait dans les quatre derniers pouces de l'intestin de nombreuses ulcérations dont une avait perforé le péritoine.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AVRIL.

OBSERVATIONS SUR L'ACTION DU SUCRE DANS L'ALIMENTATION DES GRANIVORES; par M. LETELLIER.

M. DUMAS a présenté, au nom de M. Letellier, le mémoire dont le titre précède et en a fait une analyse verbale.

On se rappelle que M. Chossat, de Genève, avait présenté à l'Académie un mémoire qui, suivant son auteur, tendait à donner la solution de la question de l'engraissement. Il concluait, à la suite d'une série d'expériences faites sur des pigeons exclusivement nourris avec du sucre, qu'il y a production de graisse par l'usage du sucre. M. Letellier s'est proposé de contrôler, par une nouvelle série d'expériences analogues, les expériences de M. Chossat. Voici quels en ont été les résultats.

M. Letellier a expérimenté sur des tourterelles; il leur a donné du sucre de canne en pain, pulvérisé et humecté avec une quantité d'eau convenable. La quantité qu'on a fait prendre par jour a été de 13 à 16 gram. Elle a été en général bien supportée. Il y a eu quelques vomissemens. Les selles ont été le plus souvent modérées. Afin d'obtenir des résultats qui présentassent quelques certitudes, on détermina à l'avance la moyenne de la graisse que pouvaient contenir les tourterelles dans les conditions d'une alimentation normale. Sept tourterelles ont été sacrifiées à cet effet. Elles avaient été toutes nourries avec du millet et gardées ainsi quelque temps pour s'assurer de leur bon état de santé. Elles ont donné pour résultat: minimum, 10 pour 100; maximum, 21 pour 100; moyenne, 15,85 pour 100.

Sept tourterelles ont été nourries au sucre; sur ce nombre, deux ont vu modifier leur régime au commencement du sixième jour. On a réduit à dix grammes leur ration quotidienne de sucre, et on a ajouté douze grammes de blanc d'œuf coagulé. On espérait, par cette addition, placer ces oiseaux dans des conditions plus favorables pour mettre en évidence l'action *engraissante* du sucre; il n'en a rien été. La vie, il est vrai, a été prolongée; les pertes journalières ont été moins fortes; mais, par contre, une faible proportion de graisse existait à la mort.

Sur les cinq autres tourterelles dont le régime n'a pas été modifié, deux ont offert des quantités fort minimes de graisse; une autre une quantité de près des 2/3 inférieure à la moyenne; une quatrième se tient encore très notablement au-dessous; la cinquième, enfin, n'atteint pas cette moyenne.

Voici quelles sont les différences entre les quantités de graisse offertes par les tourterelles du régime normal et celles du régime saccharin.

Régime normal.	Régime du sucre.	
Graisse pour 100 en nombre rond.	Graisse pour 100 en nombre rond.	
10	3	avec addition d'albumine.
12	4	
13	3	sans addition d'albumine.
14	3	
15	6	
16	10	
21	15	
Moyenne... 15,8	Moyenne... 6,3	

On voit, d'après ces résultats, qu'il n'y a pas eu production de graisse pendant le régime du sucre. Seulement, par la combustion dans l'acte respiratoire, le sucre a concouru à entretenir la chaleur animale et a servi ainsi à ménager la graisse tenue en réserve.

Pour prouver ce qu'il avance à cet égard, M. Letellier rapporte les expériences suivantes faites au moyen d'un appareil établi dans le laboratoire de M. Boussingault, pour déterminer la quantité de carbone brûlée par une tourterelle à l'état normal, et dans l'inanitiation. Il s'est servi de cet appareil pour déterminer l'acide carbonique produit sous l'influence des régimes du sucre et du beurre.

Deux tourterelles de même poids, nourries avec du millet à volonté, ont produit, pendant le jour, dans plusieurs expériences, une quantité d'acide carbonique à très peu près semblable. (Par heure, en moyenne, 0,852 contenant 0,232 de carbone.)

Une de ces tourterelles fut soumise à la privation des alimens pendant sept jours; on la mit pendant le jour sous la cloche, à plusieurs reprises. Elle a donné par heure, en moyenne, 0,429 d'acide carbonique, répondant à 0,117 de carbone. Il s'est trouvé qu'elle avait brûlé à peu près la moitié moins de carbone que dans son état normal.

Une autre tourterelle, depuis trois jours au régime du sucre, a donné 0,715 d'acide carbonique contenant 0,195 de carbone.

Deux tourterelles, au régime du beurre depuis cinq à six jours, ont produit : la première 0,623 d'acide carbonique, répondant à 0,169 de carbone;

La deuxième, 0,548 d'acide carbonique, contenant 0,169 de carbone.

Reste à signaler les phénomènes qu'ont présentés les tourterelles soumises au régime du beurre. Ces expériences ont été tentées dans la pensée qu'on n'obtiendrait pas plus de graisse par ce régime que dans l'état normal. Les quantités de graisse trouvées à l'autopsie se sont trouvées inférieures à la moyenne normale. La moyenne a été de 7,1 à peu près la même que celle du régime du sucre sans addition d'albumine; résultat remarquable en ce qu'il montre une matière grasse et alimentaire par excellence qui non seulement n'est point métamorphosée en graisse, mais qui ne peut pas même empêcher la destruction de la graisse qui existait naturellement dans l'organisme.

M. Letellier termine son mémoire en citant quatre expériences qui tendent à prouver que le sucre de canne n'est une substance délétère, comme le pense M. Chossat, que par l'énorme quantité qu'on en donne. Elles montrent aussi que le sucre de lait, à haute dose, est d'un effet bien plus pernicieux encore.

En résumé l'auteur se croit fondé à conclure de ces expériences :

1° Que le sucre de canne ne favorise pas la production de la graisse. (Le sucre de lait paraît encore plus défavorable.)

2° Que le beurre et probablement aussi les autres matières grasses ne sont pas mis en réserve par l'économie quand ils sont donnés comme unique aliment.

3° Qu'un aliment insuffisant prolonge la vie et diminue les pertes journalières, pourvu qu'il ne soit pas ingéré à des doses trop élevées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Husson, à l'occasion du procès-verbal : Vous avez entendu, dans la dernière séance, la proposition de M. Cornac, relativement aux portraits et bustes des académiciens célèbres. Sa proposition n'a souffert aucune difficulté, et on a immédiatement procédé au choix d'une commission. Je demande la permission à l'Académie de revenir aujourd'hui sur la proposition relative à Laënnec et à Corvisart. On a dit qu'on avait fait des démarches, sans aucun résultat, auprès de la famille de Corvisart. Mais il existe plusieurs autres portraits, dont l'Académie pourra certainement disposer pour en faire faire une copie. Je sais qu'elle possède des fonds en réserve qui permettront de faire face aux dépenses nécessaires.

Quant à Laënnec, si l'on ne peut se procurer aucun buste ou portrait, qu'on y supplée par une inscription.

M. le président : Le conseil accueille la proposition de M. Husson, comme il a accueilli celle de M. Cornac; il s'occupera incessamment de leur mise à exécution.

M. Desportes : Je demande que l'on consacre également la mémoire de Desgenettes.

M. Velpeau, chargé par l'Académie, conjointement avec M. Mélier, d'aller visiter M. Prus, malade, donne des nouvelles satisfaisantes de l'état de cet honorable académicien.

CORRESPONDANCE.

M. Philippe Boyer se met sur les rangs pour la place vacante, et adresse la liste de ses titres à l'appui de sa candidature.

M. Chassinat adresse de nouveaux documens sur la question de la peste. (Renvoi à la commission.)

M. Louis adresse la lettre suivante, dont M. le président donne lecture :

« J'ai l'honneur de prier l'Académie de me remplacer dans la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Malgaigne, attendu que je fais déjà partie d'une commission nommée par le conseil des hospices pour apprécier les procédés de M. Guérin et les résultats de sa pratique. Cependant ce n'est pas sans regret que je me trouve dans l'obligation de donner ma démission; parce que j'eusse été heureux de dire toute mon estime pour les immenses travaux de M. Guérin et pour la manière rigoureuse dont il a procédé dans la recherche de la vérité, dernière circonstance qui n'est probablement connue que d'un petit nombre de personnes. »

Le bureau propose de remplacer M. Louis par M. Adelon.

M. Husson : Je demanderais qu'on désignât à la place de M. Louis un des médecins de l'hôpital des Enfans.

M. Adelon demande qu'on nomme M. Guersant.

M. Guersant est adjoint à la commission en remplacement de M. Louis.

LECTURES.

BREVETS D'INVENTION.

M. Adelon : Un de nos honorables collègues, M. Caventou, vient d'adresser à la Chambre des députés une brochure intitulée : *Réflexions sur l'article 3 du titre I du projet de loi sur les brevets d'invention*. Dans cette brochure, M. Caventou exprime une opinion contraire à celle qu'a plusieurs fois manifestée l'Académie, savoir : qu'il ne doit pas être permis de prendre des brevets d'invention pour remèdes. Il blâme la prohibition, qu'a, à cet égard, votée la Chambre des pairs, et il invite la Chambre des députés à ne pas sanctionner cette prohibition. Convaincu que l'Académie a émis sur cette question une opinion sage et réclamée par l'intérêt public, je viens discuter le travail de M. Caventou, et chercher à prouver par cette discussion que l'Académie doit persister dans la demande qu'elle a faite plusieurs fois, sur ce point de police médicale, à M. le ministre des travaux publics et du commerce.

L'article 3 du titre I du projet de loi sur les brevets d'invention, qui est le sujet des réflexions de notre collègue, range parmi les matières et objets qui ne seront pas susceptibles d'être brevetés, les compositions pharmaceutiques ou les remèdes spécifiques.

C'est contre cette disposition prohibitive que M. Caventou réclame; il la qualifie de violation d'un grand principe d'équité publique, d'un véritable acte d'expoliation. Il rappelle que l'Assemblée constituante, à laquelle on doit la loi de 1791 sur les brevets d'invention, a proclamé que tout inventeur a droit à la jouissance de son invention; que cette Assemblée a élevé le droit d'invention au même rang que le droit de propriété, l'a qualifié de droit naturel, inaliénable et sacré.

Avec notre collègue, je reconnais, et tout le monde reconnaîtra, que l'inventeur d'une composition pharmaceutique d'un remède, doit, comme l'inventeur de tout autre invention, pouvoir jouir de sa découverte, et en tirer bénéfice; mais aussi la loi ne lui dénie pas ce droit; elle déclare seulement que ce n'est pas sous la forme de brevet d'invention qu'il l'exercera; elle dit que le respect de la santé publique le veut ainsi; et elle a institué pour les remèdes un autre mode de faire jouir l'inventeur. Ces reproches de violation de l'équité, de spoliation, tombent donc, 1° si le droit de l'inventeur d'un remède n'est pas méconnu, et nous verrons que la loi le consacre; 2° si la loi a institué un moyen équitable de satisfaire ce droit, et nous verrons encore que cela est; 3° enfin si l'intérêt public ne permettait pas que ce droit se satisfît par la forme de brevet d'invention, et c'est ce que nous pensons et cherchons à prouver.

C'est là, en effet, qu'est toute la question; et voyons d'abord comment les auteurs du projet de loi justifient la prohibition écrite ici au préjudice des inventeurs de compositions pharmaceutiques et de remèdes spécifiques.

Ils en appellent aux deux raisons que voici :

1° Tout brevet d'invention se délivre sans examen et sur la demande de celui qui le réclame. Conséquemment ce brevet n'est nullement une garantie de la vérité et du mérite de l'invention; et de là la facilité à tout charlatan de prendre un brevet pour un remède qui n'a rien de nouveau ni d'utile, d'exploiter, à l'aide d'un brevet qu'on ne peut lui refuser, la crédulité publique, et de procurer et vendre des remèdes ou inutiles ou nuisibles, et qui n'ont pas été officiellement et légalement expérimentés. Était-il possible, disent les auteurs du projet de loi, de laisser la santé publique exposée à de tels dangers? Et ne suffit-il pas de cet exposé pour conclure que, non seulement ce n'était pas sous la forme de brevet d'invention que la loi devait assurer à un inventeur de remède la jouissance, le bénéfice de son invention, mais que même elle devait prohiber les demandes des brevets d'invention pour remèdes ?

2° Cette prohibition, nécessitée par le devoir qu'a le législateur de défendre la société contre les piéges tendus à sa crédulité, pouvait d'autant mieux, sans violation d'aucun droit, être écrite dans une loi sur les brevets d'invention, qu'il existe dans nos lois un mode autre que celui des brevets d'invention, de faire jouir un inventeur de remèdes du bénéfice de son invention. Ce mode, qui n'expose en rien la santé publique, qui concilie les droits de l'inventeur et les intérêts de la société, est celui institué par le décret du 18 août 1810, sur les remèdes secrets.

M. Caventou a bien senti que c'était surtout à réviser ces deux motifs des auteurs du projet de loi qu'il devait s'attacher dans son argumentation. Aussi avoue-t-il que ces motifs sont plus spécieux que solides; et il leur oppose quatre objections principales, que je vais successivement faire connaître et discuter.

Première objection. La cause d'utilité publique, sur laquelle on motive la prohibition du projet de loi, est le désir, le besoin, le devoir d'extirper le charlatanisme. Sans doute on se soumettrait, dit notre collègue, si par ce moyen le but était atteint; mais, par le refus de brevets aux compositions pharmaceutiques et aux remèdes spécifiques, on ne tarira pas cette grande plaie; ce brevet n'est pas une enseigne assez efficace pour porter la confiance publique, et les charlatans les plus experts savent bien s'en passer.

On ne peut sans doute espérer d'anéantir toutes manœuvres des charlatans, par cela seul qu'il leur serait interdit de prendre des brevets d'invention pour leurs prétendus remèdes inventés; mais il n'est pas possible de ne pas recon-

naître qu'on aurait détruit par là un de leurs principaux moyens d'action. Avec la législation actuelle des brevets d'invention, il est facultatif à chacun de prendre un brevet d'invention pour un remède, de lui donner un nom qui se rapporte à une maladie commune, et difficilement et longuement curable, et de faire ainsi un appel à la crédulité publique. Or, comment croire que les charlatans ne feront pas emploi d'un moyen aussi facile, et qui ne leur coûte que l'avance d'un peu d'argent? Les faits nous donnent ici gain de cause contre notre confrère; des certificats de brevet d'invention sont pris pour remèdes, et pour remèdes sans valeur; ces remèdes sont annoncés et affichés sous ce titre trompeur; et avec ces brevets d'invention on exploite la crédulité publique, et on fait, au grand préjudice de la santé publique, une honteuse concurrence à la médecine et à la pharmacie. On élude toutes les lois régulatrices de ces deux professions, tandis que la loi veut qu'aucun remède ne soit présenté au public que sous la responsabilité du médecin qui le prescrit, ou qu'après avoir été examiné, expérimenté et reconnu bon.

2° La deuxième objection de M. Caventou est celle-ci: la législation nouvelle a assez de moyens à opposer au charlatanisme sans qu'il y ait besoin d'instituer ce nouveau moyen de les combattre. Et d'ailleurs le brevet d'invention n'empêche pas l'action des lois répressives, des délits dans l'exercice de la pharmacie et de la médecine; le brevet qualifie d'inventeur du remède le concessionnaire du brevet, donne à ce concessionnaire un droit de propriété sur le remède vis-à-vis des tiers, mais il ne lui donne pas le droit d'exploitation du remède; cette exploitation reste soumise aux lois régulatrices de la pharmacie et de la médecine. Restent les art. 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, qui défendent et punissent l'amende et la vente des remèdes secrets.

Il me semble que notre collègue se trompe dans l'appréciation qu'il fait ici des droits que donne un brevet d'invention, et qu'en s'efforçant de mettre d'accord ces droits il les altère profondément et même les annihile entièrement. Sa sagacité a reculé devant l'idée d'un droit absolu concédé par brevet à un remède, et il a compris qu'il fallait donner à ce droit les limitations imposées par les lois sur la médecine et la pharmacie. Mais c'est ce qui n'est pas.

Tout brevet d'invention a pour effet de donner au concessionnaire du brevet le droit exclusif de fabriquer et de vendre l'objet breveté, et cela pendant le temps fixé par le brevet. Seulement, comme le brevet a été délivré sans examen, sans aucune garantie et responsabilité de l'autorité qui le délivre, c'est au breveté à faire respecter par les tiers les droits que lui donne son brevet; c'est à lui à appeler devant les tribunaux ceux qui fabriquent ou vendent l'objet dont son brevet lui assure le monopole, et ceux-ci seront condamnés ou absous, selon que ces tribunaux jugeront l'invention vraie ou fausse, et le brevet légitimement ou illégitimement pris. Les tribunaux, juges suprêmes de toutes les contestations entre les citoyens, prononcent en ce cas sur un fait d'invention comme en d'autres cas ils prononcent sur un fait de propriété.

Si telle est la position dans laquelle un brevet d'invention place l'inventeur relativement à l'objet breveté, je ne comprends plus la distinction que fait ici notre collègue entre la propriété qui serait le seul droit que donnerait le brevet et l'exploitation qui ne serait pas la conséquence forcée du brevet et qui exigerait un autre titre. A-t-on vu jamais un seul concessionnaire de brevet ne pas annoncer, ne pas vendre l'objet breveté, en vertu de son brevet seulement, et s'abstenir jusqu'à ce qu'il ait renforcé son brevet d'un autre titre?

Si M. Caventou a cru qu'il en était ainsi pour les remèdes brevetés, c'est qu'il a bien senti que ces remèdes ressortaient de la médecine et de la pharmacie, et ne pouvaient pas, par cela seul qu'on aurait pris pour eux des brevets, être mis en dehors des lois qui régissent ces deux professions.

Mais veuillez bien remarquer que ce n'est plus ici la loi des brevets qu'explique M. Caventou, mais bien les lois sur la pharmacie et la médecine; qu'il fait ressortir lui-même l'opposition complète qui est entre ces lois, l'impossibilité de les concilier; qu'il prouve conséquemment l'impossibilité d'appliquer la forme de brevets d'invention aux inventions de remèdes; et qu'ainsi il justifie pleinement la prohibition qui est écrite au projet de loi.

De deux choses l'une: ou le brevet d'invention ne donne pour tous les objets brevetés qu'un droit de propriété et non un droit d'exploitation; et alors tout breveté, après avoir par son brevet acquis le droit de propriété, devra, par une autre action, acquérir le droit d'exploitation; et certes, c'est ce qui n'est pas. Ou cette distinction n'est applicable qu'aux remèdes brevetés; et alors elle équivaut à proclamer l'inutilité du brevet, et à justifier la disposition prohibitive sur laquelle nous discutons. Si un brevet d'invention pour remèdes laisse entières toutes les prescriptions légales que nous venons de rappeler; si tout breveté pour remède ne puise dans son brevet qu'un droit de propriété et non un droit d'exploitation, il sera obligatoire à tout breveté, qui voudra tirer bénéfice de son remède, de ne pas s'en tenir à son brevet, mais de faire établir la vérité et le mérite de son remède d'après les formes du décret du 18 août 1810; et alors autant ne pas prendre brevet, et de suite l'envoyer dans les voies de ce décret. Mais ce n'est pas ainsi qu'agissent les concessionnaires de brevets pour remèdes; ils annoncent et vendent tout de suite en vertu de leur brevet; ils ne l'ont pris, en effet, que pour éluder toutes les prescriptions légales imposées aux remèdes; et si on veut les contraindre à exécuter ces prescriptions, il faut les poursuivre contrairement aux droits que leur donne leur brevet, et faire prononcer la déchéance de celui-ci. Ceci nous conduit à un autre motif judiciaire de la prohibition votée par la Chambre des pairs.

Non seulement la prohibition du projet de loi a pour avantage de retirer au charlatanisme un de ses grands moyens d'action, mais elle met la loi des brevets d'invention en harmonie, sur ce point de police médicale, avec les lois régulatrices de la médecine et de la pharmacie; elle fait disparaître la contradiction formelle qui existait entre deux législations, contradiction qui embarrassait souvent l'action des autorités administratives et judiciaires; enfin elle préserve le détenteur du brevet de plusieurs dérangemens ultérieurs auxquels l'expose un brevet illégitimement pris, en même temps qu'elle épargne à l'autorité le devoir pénible de lui infliger ces désagrémens. Ainsi, dans l'état actuel de la législation sur les brevets d'invention, ils sont délivrés sans examen et sans responsabilité du gouvernement à quiconque en demande; c'est à ses risques et périls qu'agit le breveté. Déjà nous avons dit que s'il a pris un brevet pour une invention qui n'est pas réelle, ce monopole de vente et de fabrication qu'il a cru s'assurer par son brevet lui sera avec succès contesté par tout le monde, et c'est à perte qu'il aura fait la dépense de son brevet. Mais ce n'est pas tout:

L'article 9 de la loi du 25 mai 1791 sur les brevets d'invention dit, et devait dire, que si un brevet est pris pour objets que les tribunaux auraient jugés contraires aux lois du royaume, à la sûreté publique et aux réglemens de police, le concessionnaire sera déchu de son droit, sans prétendre d'indemnité, sauf au ministère public à prendre, suivant l'importance des cas, telles conclusions qu'il appartiendra. Or, n'est-il pas évident que, d'après les lois actuelles sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les brevets pour remèdes sont de ceux qui portent sur des objets illicites et prohibés, et au nombre de ceux dont l'administration devrait poursuivre la déchéance; et, s'il en est ainsi, n'est-il pas à la fois plus libéral et plus sincère que le législateur reconnaisse de suite l'impossibilité d'appliquer la législation des brevets d'invention aux inventions pour remèdes, et institue la prohibition écrite au projet de loi?

Troisième objection. La prohibition instituée par le projet de loi viole le principe sur lequel reposait la loi de 1791, celui de ne faire aucun examen préalable de l'objet pour lequel le brevet était délivré. Refuser un brevet sur le motif que l'objet pour lequel on le demande est une composition pharmaceutique ou un remède spécifique, n'est-ce pas avouer, en effet, qu'on a fait une sorte d'examen de l'objet, puisqu'on l'a jugé appartenir à la catégorie de ceux pour lesquels il ne pourra être pris de brevets.

Nous reconnaissons qu'introduire dans la loi sur les brevets d'invention une catégorie d'objets qui seront déclarés non susceptibles d'être brevetés, c'est s'écarter un peu du principe qui interdisait tout examen préalable, tandis que avec ce principe tout est aux risques et périls du breveté, qui ne peut s'en prendre qu'à lui s'il a pris brevet pour un objet contraire aux lois du royaume, et dont plus tard il sera déchu. Avec la disposition des prohibitions déterminées par la loi, l'administration à la responsabilité du classement qu'elle a fait de l'objet auquel elle assure un brevet, et son refus pourrait être qualifié d'erreur, ou même de prévarication. Mais ceci est une question générale qui ne concerne pas seulement les brevets d'invention pour remèdes, mais qui s'applique à tous les brevets quelconques, et dont le résultat sera le même, quelle que soit la solution des chambres. La prohibition écrite dans le projet de loi actuel sera-t-elle maintenue; il ne sera plus pris de brevets d'invention pour remède; cette prohibition, au contraire, sera-t-elle effacée par respect pour le principe d'aucun examen préalable, comme le brevet aura été pris pour un objet que les lois ne permettent ni d'annoncer ni de vendre, le breveté ne pourra faire usage de son brevet, et il sera même obligatoire à l'autorité d'en faire prononcer la déchéance, en vertu de l'article 9 précité.

Quatrième objection. Le mode de rémunération que le décret du 18 avril 1810 assure aux inventeurs de compositions pharmaceutiques et de remèdes spécifiques, le mode, par lequel on remplace pour eux celui des brevets d'invention dont jouissent tous les autres inventeurs, est un véritable leurre. Jamais il n'a été appliqué; jamais ministre n'a, conformément à ce décret, fait l'acquisition d'un remède inventé. Le plus souvent le ministre, faute de fonds, se borne à autoriser l'inventeur à vendre son remède, et contrevient lui-même au décret de 1810, qui veut que le remède soit acheté et aussitôt rendu public. L'exécution de ce décret aboutirait tout au plus, dans les cas où le remède serait jugé nouveau et bon, à une demande aux Chambres de la somme destinée à l'acquisition du remède.

D'abord, il n'est pas exact de dire qu'on n'a jamais appliqué le mode de rémunération du décret du 18 août 1810. Sur le rapport des deux premières commissions médicales chargées dans l'origine de l'examen des remèdes inventés, Hallé a fait accorder 48,000 fr. au remède de Pradier contre la goutte, et ce remède fut aussitôt rendu public. Depuis vingt-quatre ans que l'Académie est instituée et chargée de ce service, sur plus de 1,500 remèdes qu'elle a eus à examiner, elle n'en a approuvé que 3 ou 4: le taffetas épispastique des frères Mauvage, les biscuits antisyphilitiques du docteur Ollivier, la poudre de Sancy contre le goître, etc. Toutes les récompenses pécuniaires, qu'en exécution du décret elle avait indiquées pour l'acquisition de ces remèdes, ont été données à leurs inventeurs, et les remèdes ont été aussitôt rendus publics.

Si, dans certains cas, le ministre n'a pas acheté, et par suite n'a pas rendu public le remède; si, dans ces cas, il s'est borné à autoriser l'inventeur à le vendre, c'est un abus contre lequel il faut s'élever, et dont il faut prévenir le renouvellement. Et encore ce mode a-t-il moins d'inconvéniens que celui des brevets d'invention: avec lui, le remède a été examiné, et reconnu nouveau et bon; tandis qu'avec le mode des brevets d'invention, le breveté est seul juge de la vérité et du mérite de ce qu'il annonce.

Notre collègue appuie sur l'impossibilité dans laquelle seront l'inventeur et le ministre de s'entendre sur le prix à donner au remède; mais il doit savoir que le décret a résolu cette difficulté. Il a chargé le corps médical qui examine le remède et qui doit, s'il le juge nouveau et bon, en proposer l'acquisition, de fixer en même temps, d'après sa conscience et ses lumières, le prix qui doit en être donné. Ce corps médical, à qui est donné un si grand pouvoir, n'est-il pas pris parmi les pairs de l'inventeur? N'est-il pas composé des hommes les plus compétens et les plus aptes à bien apprécier la difficulté de l'invention et de son importance pour la société? Le rapporteur du projet de loi à la Chambre a assimilé ce qui se fait ici à une expropriation pour cause d'utilité publique. L'intérêt public veut, en effet, que la découverte d'un remède nouveau et utile soit aussitôt rendue publique, et puisse servir à tous. [illegible]r, on achète l'invention, comme

dans les cas d'expropriation on achète la propriété; et de même que c'est un juri de propriétaires qui décide souverainement entre les offres de l'administration qui exproprie et les prétentions du propriétaire exproprié; de même c'est un corps composé de pharmaciens et de médecins qui fixe le prix de l'acquisition du remède. N'est-ce pas faire pour le droit d'invention ce qu'on fait pour le droit de propriété?

Je viens de répondre à chacune des parties de la quatrième objection de notre collègue, et c'est faire pressentir que je ne puis adopter la conclusion. Cette conclusion est de revenir à l'entière liberté qu'avait fondée la loi des brevets d'invention. Mais qu'il me permette de lui faire observer qu'ici il revient à la confusion qu'il avait déjà faite de la loi des brevets d'invention et des lois régulatrices de la médecine et de la pharmacie. D'une part il en appelle à la liberté entière qui résulta de la première, et cependant il a reconnu que le droit donné par le brevet devait être primé par les lois régulatrices de la médecine et de la pharmacie. D'autre part il dit que selon que l'invention sera bonne ou mensongère et mauvaise, au premier cas, le breveté jouira par une vente légale de son remède, et que dans le deuxième cas il sera fait de son brevet bonne et prompte justice. Mais si le brevet ne dispense pas de rechercher si l'invention est bonne ou mauvaise, à quoi sert de l'avoir pris? Et ensuite qui fait l'examen du remède pour savoir si l'invention est bonne ou mauvaise, si ce n'est le corps médical institué pour l'exécution du décret du 18 août, et agissant dans les formes prescrites par ce décret? Enfin, qu'entend notre collègue par cette vente légale dont jouirait le breveté d'un remède reconnu nouveau et bon? Au moins fallait-il dire en quoi il la fait consister, si cette vente serait autre chose que celle qui est instituée par les lois actuelles.

De cette discussion à laquelle je viens de me livrer sur le décret du 18 août 1810, je ne prétends pas conclure que ce décret est aussi parfait qu'il peut être, qu'il n'y a pas possibilité d'introduire en ce décret quelques améliorations et des dispositions qui assureront davantage la jouissance des inventeurs de remèdes. Ce que j'ai voulu surtout établir c'est l'impossibilité de satisfaire aux droits de ces inventeurs, par la forme des brevets d'inventions; par conséquent la convenance de la prohibition écrite dans le projet de loi, et j'ose dire que nous émettons, M. Caventou et moi, mais en des termes différens la même opinion. Suivant moi les lois régulières de la pharmacie et de la médecine qui soumettent à certaines règles l'annonce et la vente des remèdes, sont en opposition formelle avec la législation des brevets d'invention, qui accorde la liberté entière relativement à la fabrication et à la vente des objets brevetés. Cette opposition est telle qu'il est du devoir rigoureux de l'administration de poursuivre aussitôt la déchéance d'un brevet pris pour remède, en vertu de l'article 25 de la loi du 9 mai 1791. Conséquemment il y a plus de libéralité et de dignité à dire aussitôt dans la loi, qu'il ne pourra plus être pris brevet pour compositions pharmaceutiques et remèdes. Selon M. Caventou, au contraire, il faut laisser le droit à l'inventeur d'un remède de prendre brevet pour ce remède, mais avec la restriction que ce brevet ne lui donnera pas le droit d'exploiter, c'est-à-dire de tirer bénéfice de ce remède; que relativement à l'annonce et à la vente de ce remède il restera sous l'empire des lois de la pharmacie et de la médecine. Or, j'en fais juge M. Caventou lui même, n'est-ce pas dire, en d'autres termes, la même chose que moi, car c'est annuler l'effet du brevet, c'est réduire ce brevet à zéro.

Il importe beaucoup de ne pas confondre les inventions de composés chimiques avec celles de compositions pharmaceutiques et de remèdes spécifiques. Et si la disposition prohibitive du projet de loi eût employé les mots de compositions chimiques au lieu de ceux de compositions pharmaceutiques, comme notre collègue, j'aurais réclamé contre cette prohibition. On arrive à la découverte de nouveaux corps chimiques par le seul secours de la chimie. Ce nom de composition chimique n'entraîne pas avec lui l'idée d'une application à l'organisation de l'homme; un composé chimique peut ne pas être une composition pharmaceutique, et nul doute que la prohibition votée par la Chambre des pairs ne soit pas applicable à la découverte d'un nouveau composé de ce genre, quelque usage qu'on puisse en faire plus tard, soit dans les arts, soit même en médecine et dans la pharmacie. Mais il en est autrement des compositions pharmaceutiques et des remèdes spécifiques; il y a non seulement opération manuelle de pharmacien, mais y il a de plus application à l'homme, soit en santé, soit en maladie; il y a œuvre de médecin, et, j'ose le dire, cette œuvre est, au point de vue social de la santé publique, le choix principal. Or, c'est làce que la loi a voulu et dû réglementer; tant que le corps inventé n'est qu'un composé chimique, il ne tombe pas sur la règle de la prohibition; mais dès que ce composé chimique devient une composition pharmaceutique, un médicament, un remède, il devient passible de la prohibition, parce que la santé publique exige que nul remède ne puisse être prescrit que par les médecins, ne puisse être préparé que par les pharmaciens, d'après les formules officinales du codex ou magistrales des médecins; et qu'enfin nulle découverte de ce genre ne puisse être vendue au public qu'après avoir été examinée et reconnue réelle et bonne.

En résumé, c'est à tort, selon moi, que notre collègue a dit injuste, violation d'un droit, la prohibition qu'a votée la chambre des pairs. Elle n'est pas injuste, car elle laisse entier le droit d'invention pour remède et les jouissances de ce droit. Elle n'est la violation d'aucun droit, puisqu'elle reconnaît ce droit et y satisfait; elle n'est pas inutile puisqu'elle fait cesser ceux des moyens dont use le plus le charlatanisme pour éluder les prévisions législatives instituées pour le salut de la santé publique. J'ajouterai que je crois cette prohibition nécessaire pour mettre en harmonie des législations qui se contredisent, et avertir ceux qui prennent de bonne foi des brevets pour remèdes; que de votre aveu même leurs brevets ne leur donnent aucun droit d'annonce et de vente, que l'administration peut, que dis-je, peut, doit en poursuivre la déchéance.

Je rappellerai en finissant que la doctrine que je défends ici est celle qu'a toujours exprimée à plusieurs reprises, dans des réclamations directes et énergiques, l'Académie royale de médecine. C'est elle qui, consultée sur un précédent projet de loi des brevets d'invention, y avait fait insérer la prohibition contre laquelle M. Caventou réclame. Or, quel corps est plus compétent sur la question dont il s'agit ici que l'Académie, chargée depuis vingt-quatre ans de l'examen de toutes les inventions en fait de compositions pharmaceutiques et de remèdes spécifiques? Que lui a montré cet examen portant sur plus de 1,500 prétendues inventions, sinon, pour la presque universalité des cas, une suite de préparations soit absurdes, soit mensongères, et présentées dans la vue d'un charlatanisme éhonté? Parmi cette foule de médicamens brevetés, combien peu constituent une invention véritablement utile et digne de rémunération? et combien, au contraire, est grand le nombre de ceux qui font la honte et le déshonneur de notre profession? Avec la prohibition, le mal est en grande partie prévenu, sans empêcher qu'on profite du bien. Sans la prohibition, il y a nécessité de faire des poursuites incessantes contre les brevetés pour remèdes, si l'on veut maintenir les lois régulatrices de la médecine et de la pharmacie.

M. Caventou: Les argumens puissans que M. Adelon vient d'opposer à mon opinion prouvent combien la question est délicate, difficile et susceptible d'être controversée. Pour s'en assurer, il n'y a d'ailleurs qu'à s'en rapporter à la discussion dont elle a été l'objet à la Chambre des pairs, lors de l'examen du projet de loi sur les brevets d'invention. M. Adelon a dit qu'à l'époque de la présentation aux Chambres, l'Académie tout entière avait manifesté le désir qu'il ne fût point accordé à l'avenir de brevet pour remèdes, et que le ministre avait souscrit à ce désir en introduisant dans le projet de loi une disposition prohibitive. Je ferai remarquer à M. Adelon que ce n'est point le ministre, mais la commission de la Chambre des pairs qui avait modifié dans ce sens le projet. Le ministre, au contraire, avait maintenu les dispositions, à mon avis, plus libérales du projet, si bien qu'il crut devoir combattre l'amendement de la commission.

Nous sommes certainement tous d'accord sur la nécessité de réprimer les abus qui ont fait irruption dans la pratique de la médecine; et si j'avais été convaincu que la prohibition demandée pût faire cesser ces abus, je me serais bien gardé de rompre le silence, je me serais abstenu de toute manifestation. Mais mon opinion, je l'avoue, est toute différente. Je ne crois pas du tout que la prohibition des brevets d'invention pour remèdes soit capable de détruire ces abus. Il est tels charlatans bien connus qui dédaignent les brevets. On attache à ces brevets beaucoup plus d'importance qu'ils n'en ont en réalité. Si les Chambres adoptaient la mesure prohibitive demandée, les charlatans sauraient bien tourner la difficulté et se produire d'une autre manière.

M. Adelon n'a pas assez tenu compte de la distinction, cependant bien importante, qu'il faut faire parmi les remèdes dits secrets, des inventions réelles qui, par leur importance, méritent un encouragement ou une récompense à l'inventeur. C'est dans le but de maintenir ce principe et de consacrer le droit de l'inventeur que j'ai pris la parole, et non pour soutenir ces compositions pharmaceutiques que nous voyons surgir tous les jours et qui ne sont pas des découvertes.

M. Bussy: L'opinion de l'Académie sur cette question ayant été déjà manifestée d'une manière officielle, je ne crois pas avoir à soutenir les principes que vient d'émettre M. Adelon dans son travail. Quant à l'opinion de M. Caventou, je dois dire qu'elle n'est pas celle de l'Ecole de pharmacie; l'Ecole s'est fait un devoir de présenter ses observations au ministre; elle a cru qu'il était convenable de s'en référer au projet de loi amendé tel qu'il est actuellement présenté à la Chambre des députés. Elle a toutefois eu le soin d'ajouter que, dans le cas où une découverte réelle et importante serait faite, elle croirait de son devoir de la signaler aussitôt à l'attention du ministre.

M. Boullay: Il est très vrai que le ministre, en présentant le projet de loi, n'a pas tenu compte de l'opinion de l'Académie. Il est certain cependant que le ministre du commerce, auprès duquel nous nous sommes présentés au nom de l'Académie, avait accueilli nos observations, et s'était engagé à soutenir notre demande par des articles spéciaux. Nul doute que si le projet de loi ainsi conçu eût été présenté alors à la Chambre des députés, il eût été immédiatement adopté; mais un an s'est écoulé depuis cette époque, il est survenu des changemens dans les esprits sur ce sujet, et la malencontreuse manifestation de M. Caventou.... (Bruit; interruption.)

M. Caventou prie énergiquement M. Boullay de modérer ses expressions.

M. Boullay: Il s'agit maintenant d'agir auprès de la Chambre des députés. Le moment est pressant. Je demande que l'Académie désigne une commission chargée de présenter le travail de M. Adelon, comme étant l'expression de l'opinion de l'Académie, à la commission de la chambre chargée de l'examen du projet de loi.

M. Adelon déclare que, quant au fond de la question, en ce qui concerne la libéralité de la mesure, considérée d'une manière générale, il est d'accord avec M. Caventou; il n'en diffère que dans l'application, et s'il insiste sur la prohibition, c'est afin de soustraire l'administration à cette position difficile que lui fait la loi, position telle qu'en même temps qu'elle reçoit de l'argent pour un brevet, elle se voit dans l'obligation d'en déférer au procureur du roi. L'Académie a si bien senti le vice d'un pareil état de choses que toutes les fois qu'elle a été consultée par le ministre, elle a constamment répondu: pas de brevet.

Quant à la proposition qui vient d'être faite, que l'Académie fasse une nouvelle manifestation de son opinion: il ne m'appartient pas en ce moment de l'appuyer. M. Caventou a usé d'un droit qui lui appartenait en rendant publique une opinion contraire à celle que l'Académie avait déjà exprimée sur la même question. Moi, dans ma position, j'ai cru devoir dire que l'Académie avait bien vu; mais je ne voudrais pas qu'en manifestant son opinion l'Académie eût l'air de se mettre ouvertement en opposition avec un de ses membres. Si l'Académie se croit suffisamment éclairée, je demande qu'elle soit de nouveau consultée pour savoir si elle persiste toujours dans la même opinion.

(Plusieurs voix: Oui, oui, qu'on adresse le travail de M. Adelon au ministre.)

M. Adelon: Je crois qu'il serait mieux d'envoyer seulement au ministre un

court exposé, dire que dans une nouvelle discussion l'Académie a persisté dans l'opinion déjà exprimée par elle, et accompagner cette déclaration des considérans qui sont l'expression de l'opinion même de M. Caventou.

M. Caventou: En publiant mon opinion, je n'ai pas oublié que j'étais membre de cette Académie; mais j'ai pensé aussi que l'opinion de la majorité ne devait pas lier la minorité et engager l'opinion d'un de ses membres. J'ajouterai d'ailleurs que, par respect pour la majorité de cette assemblée, j'ai fait, dans cette circonstance, abstraction de mon titre de membre de l'Académie, et c'est comme particulier que j'ai émis mon opinion personnelle.

M. Bussy: J'aurais un mot à dire sur le principe d'examen préalable qui domine toute la loi et que M. Adelon semble n'avoir pas osé franchement aborder. L'administration n'a pas voulu, se réserver ce droit. Mais il me semble que cette difficulté pourrait être levée de la manière la plus simple, ce serait de convenir qu'on délivrerait ou refuserait le brevet sur la simple déclaration du demandeur, qu'il s'agit ou non d'un médicament.

Je me joins à la proposition qui a été faite d'envoyer au ministre un extrait du travail de M. Adelon.

M. Adelon: Je ferai deux propositions: la première, que l'Académie soit consultée pour savoir si elle persiste dans l'opinion qu'elle a émise l'année dernière, et si elle maintient le vœu qu'elle a déjà exprimé sur cette question.

(Cette proposition est mise aux voix et adoptée.)

La deuxième proposition est celle-ci: que l'Académie fasse connaître ce vœu soit au ministre, soit à la commission de la chambre des députés, par l'intermédiaire de son bureau et avec une page de considérans à l'appui.

M. Boullay: Je demande que la démarche soit faite auprès de la commission de la chambre par une exposition verbale et non par écrit.

M. Nacquart: Si vous présentez des considérans, vous détruirez toute la force des argumens contenus dans le travail de M. Adelon. Je demande que le travail de M. Adelon, en en retranchant seulement la partie polémique, soit envoyé au ministre.

M. Chevallier: Je demande l'impression du travail de M. Adelon. Quant à la proposition de M. Boullay, je m'y oppose: elle est extra-légale. C'est au ministre seul que nous devons nous adresser et non à la chambre.

M. Boullay: J'insiste sur ma proposition. Il y a à cet égard des précédens. Je demande que la démarche soit faite, en personne, à la commission (Non! non!)

M. Bégin: Je crois qu'il y aurait de l'inconvénient à s'adresser à la commission, d'autant plus que nous ignorons quelle est l'opinion du ministre là-dessus. D'ailleurs nos réglemens sont formels; nous sommes sous la dépendance du ministre; c'est à lui seul que nous devons nous adresser. Cela n'empêchera pas d'ailleurs qu'on fasse imprimer le travail de M. Adelon et qu'on le distribue aux députés.

Le président met aux voix la deuxième proposition de M. Adelon, qui est adoptée.

L'impression et la distribution du travail de M. Adelon est également mise aux voix et adoptée.

Tumeurs fibreuses de la mamelle.

M. Amussat: Bien que la discussion sur les tumeurs fibreuses de la mamelle ait été close dans la dernière séance, je pense que les faits qui peuvent concourir à la solution de la question importante soulevée par M. Cruveilhier doivent continuer à être présentés à l'Académie. Cette marche me paraît être régulière et utile puisque les faits seuls démontreront mieux encore que tous les argumens qui ont été fournis de part et d'autre si nous avons eu tort de nous élever contre les propositions émises par notre honorable collègue, ou bien si nous avons eu raison de combattre de toutes nos forces des idées erronées au point de vue de la science et funestes au point de vue pratique, comme cela a été déjà dit plusieurs fois.

Or sans vouloir rentrer dans la discussion générale, je vais mettre sous les yeux de l'Académie et soumettre à son appréciation et au jugement de M. Cruveilhier une tumeur du sein que j'ai enlevée récemment et qui s'est développée avec tous les caractères assignés aux tumeurs fibreuses des mamelles, et cependant elle était manifestement formée par du tissu squirrheux. Voici l'observation de ce fait:

Me P., âgée de 52 ans, n'ayant pas eu d'enfans et ayant cessé d'être réglée à 42 ans, a éprouvé depuis dix ou douze ans beaucoup de chagrins. Il y a deux ans et demi seulement, elle s'est aperçue par hasard qu'elle avait dans le sein droit une glande du volume d'une noisette, indolente et mobile.

Il y a un an cette glande qui avait l'apparence des corps fibreux, à tel point que plus tard encore on élevait des doutes sur sa nature; cette glande était alors grosse comme un œuf de poule; on proposa de l'enlever, la malade s'y refusa; depuis ce temps la tumeur a fini par envahir tout le sein et par donner lieu à des élancemens. Aujourd'hui elle est grosse comme une tête de fœtus de sept mois; elle est dure, mobile, bosselée, a sa surface adhérente à la peau qui dans l'étendue d'une pièce de cinq francs est *violette, marbrée et menace de s'ulcérer.* Le mamelon est rétracté; il existe du côté de l'aisselle des engorgemens assez durs, disséminés, mais on n'y trouve pas de ganglions.

Après avoir employé tous les moyens ordinaires en pareil cas, M. le docteur Miramont, ayant reconnu la nécessité d'enlever la tumeur, me confia la malade qui se décida immédiatement à l'opération qu'elle n'aurait pas voulu subir plus tôt parce qu'elle ne souffrait que très légèrement; ce qui la tourmentait depuis deux mois, c'était des démangeaisons assez vives. Je ne décrirai pas l'opération que j'ai pratiquée le 21 mars 1844, en présence de MM. Miramont, Mandl, L. Boyer, de Bruyne, A. Amussat et Levaillant, ni les suites, et je me bornerai pour me circonscrire dans le but de ma communication, à décrire la tumeur que j'ai enlevée avec le sein tout entier qui s'était confondu avec elle.

Cette tumeur est grosse comme la tête d'un fœtus; fendue en deux moitiés dans toute sa longueur, on voit qu'elle se compose de lobules jaunâtres séparés entre eux par des lamelles de tissu blanc, nacré, d'apparence fibreuse.

Çà et là on trouve des petits kystes remplis de sérosité. Enfin, on reconnaît dans cette tumeur tous les caractères du squirrhe, non seulement à l'œil nu, mais aussi à l'aide du microscope. M. Mandl, qui avait assisté à l'opération, a immédiatement examiné la pièce, sous ce dernier point de vue, et il nous a montré avec son habileté et son obligeance ordinaires tous les caractères qu'il a assignés au tissu squirrheux, sans qu'il soit possible de le confondre avec le tissu fibreux, qui présente une organisation toute différente.

Comme on le voit, ce fait vient s'ajouter encore à ceux que j'ai déjà présentés comme étant en opposition formelle avec les idées de M. Cruveilhier.

Parmi ces faits, trois étaient relatifs à des squirrhes qui avaient offert tous les caractères indiqués par M. Cruveilhier pour les corps fibreux; un autre était relatif à une loupe de la tête qui avait fini par dégénérer.

De ces faits, qu'on a malheureusement l'occasion d'observer très souvent, je crois devoir conclure que les squirrhes du sein sont la règle, et les tumeurs fibreuses l'exception; et qu'enfin, les tumeurs en apparence les plus bénignes, comme les loupes, pouvant dégénérer, il ne faut pas différer trop longtemps pour en pratiquer l'extirpation.

Et quant au reproche qu'on nous a adressé d'opérer trop vite et sans distinguer les cas dans lesquels on devrait se dispenser de cette pratique, les trois faits que j'ai présentés sans les avoir choisis prouvent au contraire que nous opérons presque toujours trop tard, et qu'en agissant ainsi pour des squirrhes de la mamelle, nous nous exposons à avoir des récidives que nous aurions eu beaucoup moins à craindre si nous avions enlevé ces squirrhes à une époque plus rapprochée de leur développement.

L'observation suivante motive parfaitement les réflexions qui précèdent.

Madame de L..., âgée de 58 ans, d'une forte constitution, mariée à 31 ans, mère de deux enfans, a été menstruée régulièrement jusqu'à l'âge de 48 ans environ, et a éprouvé autrefois une éruption cutanée qui a disparu par un traitement. La malade ne connaît personne dans sa famille qui ait été atteinte de tumeur du sein. Elle a eu pendant sa vie beaucoup de chagrins; pendant l'allaitement de son premier enfant, il est survenu un abcès au sein droit, ce qui ne l'a pas empêchée d'allaiter le second enfant avec les deux seins, tandis que le premier n'a été nourri qu'avec le sein gauche. Il y a trois ou quatre ans, c'est-à-dire en 1840 ou 1841, madame D... s'est aperçue que du côté droit son corset lui causait quelque gêne, et plus tard, en cherchant à se rendre compte de cette sensation, elle trouva qu'elle était causée par une petite glande dure, mobile, indolore, qu'elle n'avait jamais soupçonnée. Cette glande ayant fait dans l'espace de quelques années des progrès sensibles, malgré divers moyens auxquels la malade se soumit, d'après l'avis des médecins de son pays, madame D... prit le parti de venir à Paris réclamer les conseils de M. le professeur Fouquier. A cette époque, 1843, la tumeur avait envahi la plus grande partie du sein droit; elle était dure, adhérente; la peau qui la recouvrait était presque partout violacée, amincie, et dans un point elle présentait une altération qui s'agrandissait d'une manière sensible; enfin, la tumeur était devenue le siége d'élancemens fréquens.

Dans cet état, l'avis de M. Fouquier fut qu'il fallait avoir recours à l'extirpation de la tumeur, et notre honorable confrère me confia la malade, qui se soumit sans retard à la nécessité devant laquelle on lui démontra qu'elle ne devait pas reculer.

Le 1er août 1843, je pratiquai l'opération, assisté de MM. Boyer et Le Vaillant.

Deux incisions semi-elliptiques ayant une direction oblique circonscrivirent la tumeur, c'est-à-dire la totalité du sein, qui fut enlevé rapidement. Je ne prolongeai pas mon incision jusqu'à l'aisselle, où il existait des ganglions, et je fus obligé d'aller les chercher par une petite incision pratiquée directement sur eux; je les énucléai facilement. Les vaisseaux divisés pendant l'opération ayant été tordus, je passai au pansement ordinaire après avoir fait la suture de la portion externe de la plaie; l'autre portion, ne pouvant pas être réunie, fut pansée à plat; enfin, je plaçai une mèche de linge dans la plaie de l'aisselle.

La tumeur, fendue dans toute sa longueur, est formée par un tissu squirrheux au milieu duquel existent des portions plus dures crétacées, criant sous le scalpel.

Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros citron; la glande mammaire qui a été enlevée en même temps offrait çà et là des granulations squirrheuses qui justifient l'ablation totale de cet organe.

Les suites de l'opération ont été des plus simples; il n'est pas survenu d'hémorrhagie; la cicatrisation a marché rapidement, et madame D... est repartie dans son pays deux mois après l'opération, ne conservant plus qu'une petite plaie au milieu de la cicatrice, dont l'aspect faisait espérer qu'elle se cicatriserait bientôt.

Malheureusement, il n'en a pas été ainsi: la cicatrisation, bien qu'ayant marché assez régulièrement, s'est arrêtée; le point central de la plaie s'est recouvert de croûtes sèches disparaissant et revenant avec opiniâtreté. De plus, il est survenu une induration au niveau de l'aisselle qui gêne les mouvemens du bras et qui est le siége d'élancemens. La malade m'ayant plusieurs fois demandé des avis sur son état, je lui conseillai de revenir à Paris pour nous mettre à même de substituer aux moyens dépuratifs et autres que je lui avais indiqués, un traitement plus efficace ou plutôt une opération nouvelle, soit par le caustique de Vienne, soit par l'instrument tranchant,

Madame D... arriva à Paris le 25 mars 1844. La santé générale est bonne; le teint de la peau n'annonce pas de cachexie; la cicatrice de la plaie est complète partout, excepté à la partie moyenne où la peau est adhérente, collée, pour ainsi dire, sur les côtés et où l'on trouve deux ou trois croûtes sèches recouvrant des ulcérations; plus en dedans, il existe un petit tubercule dur et circonscrit, mobile et de la grosseur d'une petite aveline; enfin, dans le creux de l'aisselle on rencontre une plaque dure ou tumeur de largeur de 5 ou 6 centimètres occupant toute cette région adhérente aux muscles pectoraux, mais pouvant être circonscrite et soulevée en bas seulement. Cette plaque arrive jusqu'à l'angle externe de la grande cicatrice. On ne sent pas de ganglions axillaires indurés. La récidive du mal paraît s'être circonscrite dans les points que nous venons d'indiquer.

Je fus d'avis d'employer le caustique de Vienne pour faire cicatriser les ulcérations ainsi que pour détruire le petit tubercule qui les avoisinait, et qu'il fallait enlever par l'instrument tranchant la plaque indurée de l'aisselle. Mais avant de prendre aucun parti, je désirai m'entourer des avis de quelques-uns de nos confrères les plus compétens.

Le 1er avril 1844, une consultation eut lieu avec MM. Récamier, J. Cloquet, Fouquier et L. Boyer. Après avoir examiné la malade avec la plus grande attention et avec tout l'intérêt que mérite une mère de famille, dont la santé, la conservation sont si précieuses à son mari, à ses enfans, et qui est disposée à tout accepter pour sa guérison, il fut décidé qu'on aurait recours sans retard aux moyens que j'avais proposés, la malade elle-même ayant demandé à être débarrassée le plus tôt possible.

Je pratiquai l'opération le lendemain, c'est-à-dire le 2 avril, en présence de MM. L. Boyer, Filhos, de Bruyne, Mandl et Le Vaillant. La malade était couchée sur un lit de sangles, le bras droit écarté du tronc autant que possible, mais beaucoup moins que je l'aurais désiré, parce que les mouvemens du bras étaient gênés par l'ancienne cicatrice et la nouvelle tumeur. Je commençai par circonscrire la tumeur indurée de l'aisselle par deux incisions obliques de haut en bas et d'avant en arrière, ayant une forme semi-elliptique, puis je cherchai quel était le point de cette plaque le moins adhérent aux parties profondes, afin de pouvoir commencer par celui-là; c'était en bas et en dedans. Après avoir tordu une petite artère de la peau, je renversai avec un ténaculum la plaque de bas en haut pour finir dans le haut du creux de l'aisselle, où les adhérences me paraissaient être plus grandes qu'en bas, et à cause du voisinage des gros vaisseaux. En dedans et en haut, je disséquai les fibres externes du petit pectoral qui s'étaient épanouies sur la tumeur et qui adhéraient fortement; je détachai aussi peu à peu la tumeur tant avec les doigts qu'avec de petits coups de bistouri, et j'arrivai dans le haut du creux de l'aisselle, où je trouvai en effet que les adhérences étaient très fortes. Enfin, la plaque fut complètement détachée; j'extirpai ensuite ou j'écrasai avec les doigts plusieurs petites granulations indépendantes de la tumeur que je venais d'enlever, et j'accrochai avec un ténaculum, puis j'énucléai avec les doigts, après avoir incisé sa coque, un gros ganglion violacé que je n'avais pas aperçu ou plutôt que j'avais pris pour l'extrémité d'un faisceau de fibres musculaires divisées et qui était placé dans la partie la plus élevée du creux de l'aisselle, et immédiatement sous les vaisseaux axillaires. Après avoir examiné et fait examiner avec le plus grand soin s'il ne restait aucun point induré dans la plaie ni dans les environs, je cherchai si des artères n'avaient pas échappé à la torsion que j'avais pratiquée sur sept ou huit au fur et à mesure que les vaisseaux avaient été ouverts. Je n'en aperçus aucune. Plusieurs fois pendant l'opération, j'ai pu distinguer une artère et un nerf accolés, et isoler l'artère que j'avais prise avec une pince à torsion. Quelques artères avaient été divisées incomplètement, je les ai coupées entièrement et tordues.

Avant de procéder au pansement, M. Filhos appliqua le caustique de Vienne solidifié sur les ulcérations, après avoir enlevé des croûtes qui les recouvraient, et il détruisit complètement avec le même caustique et par plusieurs cautérisations successives le tubercule qui avoisinait ces ulcérations.

L'opération fut un peu longue parce que dans la région où j'opérais je devais agir avec prudence, pour ainsi dire pas à pas, et ne donner un coup de bistouri qu'après m'être bien assuré que je ne m'exposais pas à diviser une artère, une veine ou un nerf important; mais la malade supporta cette opération avec un très grand courage en nous disant de chercher attentivement tout ce qui pouvait inspirer des doutes et compromettre peut-être le succès de cette deuxième opération.

Je ne jugeai pas convenable de réunir la plaie par la suture entortillée ou avec d'autres moyens propres, parce que, à raison de sa position, j'aurais craint des infiltrations purulentes et tous les accidens qui en sont la conséquence. Je me contentai de remplir la plaie de charpie sèche et d'un pansement à plat avec des compresses, une bande roulée autour de la poitrine et un bandage de Mayor.

Examen de la tumeur enlevée. Elle est dure, aplatie et présente çà et là, au milieu de pelotons graisseux, des tubercules squirrheux, grisâtres, qui sont dans quelques points ramollis et de couleur rouge pâle; la peau est adhérente à cette tumeur dans le point occupé par la première cicatrice de la plaie de l'aisselle. Mais elle est saine et parcourue seulement par des veines qui se sont dilatées. L'opération n'a été suivie d'aucun accident, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie, bien que 7 ou 8 artères, dont quelques-unes assez volumineuses, aient été tordues.

En résumant les points principaux de cette observation, on voit qu'une première opération a été pratiquée *trop tardivement* pour une tumeur squirrheuse du sein, qui, dans les premiers temps de son apparition, présentait, comme dans le plus grand nombre des cas de ce genre, tous les caractères que peuvent offrir d'autres tumeurs beaucoup plus rares, *des tumeurs fibreuses*, par exemple; que, par suite de ce retard dans l'opération, et bien que nous ayons la conviction d'avoir enlevé la tumeur tout entière et les glandes de l'aisselle, il y avait déjà un commencement d'infection, sous l'influence de laquelle une récidive a eu lieu et a nécessité une seconde opération. Sera-t-elle suivie d'un succès plus durable que la première? Nous l'espérons sans oser donner la moindre affirmation à cet égard, d'autant plus que la tumeur que nous avons enlevée en dernier lieu présentait tous les caractères du tissu squirrheux. Néanmoins, si on admet, ce qui est vrai dans un bon nombre de cas, que l'opération faite pour des cancers du sein est suivie d'une guérison durable, il nous est permis d'espérer pour le cas actuel, surtout en considérant la bonne constitution de la malade et son état moral, dont il faut tenir un grand compte dans l'histoire des affections de cette espèce, il nous est, dis-je, permis d'espérer que la maladie ne se reproduira plus.

Le procédé opératoire que j'ai suivi pour l'enlèvement de la tumeur de l'aisselle qui constituait la récidive me paraît devoir être adopté comme étant facilement exécutable sans exposer à des accidens graves auxquels il serait difficile de remédier. Je vais donc formuler ce procédé : commencer par bien circonscrire la tumeur par deux incisions semi-elliptiques ou par deux incisions en T, si on croit avoir plus de facilité; ou si on veut conserver la peau, faire de suite la torsion des artères sous-cutanées, chercher à faire une trouée en bas, en dedans s'aider du ténaculum, couper à petits coups de bistouri et *plus près de la tumeur* que de la peau pour avoir les artères plus longues et pouvoir les tordre toujours au fur et à mesure qu'elles sont ouvertes; ou même avant peigner pour ainsi dire la tumeur avec la pointe du bistouri ou l'effleurer avec le tranchant de l'instrument pour bien voir les artères et les saisir avec une pince avant de les couper. Renverser ou culbuter la tumeur de bas en haut en la tenant fortement avec un ou deux ténaculum en la tirant à soi afin de finir par la partie la plus élevée du creux axillaire. Enfin, si on craint, en terminant, dans ce point, de diviser une veine ou une artère d'un certain volume, il faut pratiquer la ligature de l'espèce de pédicule de la tumeur ou l'écraser avec une forte pince.

La dernière opération pratiquée sur madame D. et qui fait le sujet de cette observation m'a démontré, ainsi qu'aux personnes présentes, la nécessité de la chirurgie expérimentale pour apprendre à distinguer facilement les artères des nerfs et pour employer efficacement les moyens d'observation des vaisseaux, le cadavre n'apprend rien ou presque rien. Sous ce rapport, les vivisections, au contraire, permettent de voir et de reconnaître les vaisseaux à la couleur, et de les distinguer des nerfs. Ce fait est très important, car les plus grands chirurgiens ont commis des erreurs de cette nature en pratiquant la ligature de gros vaisseaux. On acquiert en outre un sang-froid par les vivisections et une fermeté, une habitude pour lesquelles le cadavre ne sert aucunement. Enfin, lorsqu'on pratique l'ablation d'un cancer du sein, il ne suffit pas d'enlever la tumeur principale promptement, il faut encore rechercher avec la plus grande attention pour enlever ou écraser les granulations ou les ganglions qui se rencontrent très souvent au dessous et sur les bords de la plaie; et savoir, par un tact bien exercé, les distinguer des pelotons graisseux granulés, avec lesquels on pourrait les confondre. En un mot, il ne faut pas laisser des graines cancéreuses, pour me servir de l'expression de M. Récamier, et par le mot graine, qui doit être pris ici dans son acception la plus générale, on sent toute l'importance du précepte que je viens de rappeler et qui doit toujours être présent à l'esprit lorsqu'on pratique l'ablation d'un cancer.

En résumé, au point de vue de la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein, cette observation prouve qu'on a trop attendu pour pratiquer la première opération, et que si on eût opéré plus tôt, surtout avant le développement des ganglions de l'aisselle, il n'y aurait pas eu probablement de récidive. Ce fait prouve aussi que dans les premiers temps de leur développement, les tumeurs squirrheuses du sein présentent exactement tous les caractères à l'aide desquels M. Cruveilhier croit pouvoir établir le diagnostic des tumeurs fibreuses, et que par conséquent on est autorisé à les enlever de bonne heure. Mais, en m'exprimant ainsi, qu'on ne croie pas que je veuille dire qu'il faut enlever toutes les tumeurs du sein sans chercher à les diagnostiquer, comme a paru le croire M. Cruveilhier en donnant à mes paroles un sens qu'elles n'avaient pas. J'ai dit, et je le répète, que toutes les tumeurs bénignes doivent être enlevées lorsque par leur volume elles sont une cause de gêne pour les malades, ou lorsqu'on craint qu'elles ne finissent par dégénérer. Mais je n'ai pas dit, comme l'a avancé M. Cruveilhier, que toutes les tumeurs du sein peuvent dégénérer en cancer. Au contraire, je pense comme lui, que les tumeurs fibreuses ne sont pas susceptibles de cette dégénérescence. Au reste, M. Cruveilhier sait mieux que personne que je n'opère pas indistinctement toutes les tumeurs du sein, car dans le cours de la discussion, je l'ai appelé en consultation avec M. Récamier, pour un cas douteux de tumeur du sein chez une dame anglaise; M. Cruveilhier a été d'avis qu'il fallait opérer sans retard; je continue encore les résolutifs et la compression, malgré l'opinion de M. Brodie, celle de M. Cruveilhier et la mienne, parce que la malade voudrait éviter l'opération.

En terminant cette communication, qu'il me soit permis de dire que j'ai cherché à éclairer la discussion qui s'est agitée à l'Académie en présentant indistinctement les résultats de toutes les opérations du sein que j'ai pratiquées depuis le commencement de cette discussion importante; opérations qui ont toutes eu pour but l'ablation de tumeurs squirrheuses du sein et d'une loupe dégénérée, et à cette occasion je dois faire ici une réflexion : comment se fait-il que pour combattre M. Cruveilhier, nous ayons trouvé des faits sans les chercher, et pourquoi M. Cruveilhier ne nous a-t-il pas présenté, pour soutenir ses opinions, *une seule tumeur fibreuse du sein* pendant près de trois mois qu'a duré la discussion? La seule réponse à ces questions me paraît être celle que j'ai déjà faite et que voici : *C'est que les tumeurs squirrheuses du sein sont la règle, et les tumeurs fibreuses l'exception.*

Sans aucun doute, la discussion sur les tumeurs fibreuses du sein a été très utile, car elle a été aussi bien approfondie qu'elle pouvait l'être dans l'état actuel de la science, et elle réduira à leur juste valeur les opinions que M. Cru-

veilhier a émises dans son mémoire. En effet, à côté de ces opinions, les praticiens en trouveront d'autres tout à fait contraires, et alors ils pourront, en les comparant, se former des convictions, se tracer une ligne de conduite à suivre, et apprécier comme nous tous les avantages, toute l'utilité des discussions académiques, sans lesquelles les idées basées sur des faits exceptionnels pourraient être admises, et exercer une influence fâcheuse que la presse ne parviendrait peut-être pas à détruire aussi promptement.

Dans la crainte d'abuser des momens de l'Académie, je ne me permettrai plus de présenter des faits analogues à ceux que j'ai eu l'honneur de lui soumettre car ces faits sont malheureusement trop nombreux. Je ne présenterai désormais que des cas douteux et des tumeurs fibreuses du sein, si j'en rencontre de cette nature.

Cependant, je tiendrai note des squirrhes et des cancers du sein dont je ferai l'extirpation, et, avec ces faits, j'établirai une statistique consciencieuse à l'aide de laquelle je chercherai à concourir de tout mon pouvoir à la solution des importantes questions qui ont été agitées dans la discussion sur les tumeurs fibreuses des mamelles; si tous les chirurgiens veulent agir de même, nous atteindrons promptement le but et nous serons plus en mesure encore, je crois, de démontrer que les propositions émises par M. Cruveilhier étaient beaucoup trop absolues, qu'elles n'étaient fondées que sur un petit nombre de faits peu concluans et extrêmement rares, et qu'en définitive nous n'avons rien à changer à la conduite que nous avons tenue jusqu'à présent pour les tumeurs du sein.

POLYPES DE L'UTÉRUS.

M. Lucien Boyer expose à l'Académie qu'il a cherché à perfectionner les instrumens destinés à la ligature des polypes de l'utérus qu'il avait présentés dans la séance du 23 janvier, après les avoir mis une première fois en usage avec succès. Ayant à lier un polype du volume d'une orange, il a fait faire des instrumens plus forts que les premiers et dont le manche est façonné de manière à ce que l'opérateur puisse les tenir et les manœuvrer avec plus de facilité.

A l'exemple de M. Récamier, et pour être maître de graduer à volonté la constriction, M. Lucien Boyer a fait disposer l'extrémité du serre-nœud de Desault, de façon à ce que tout en n'augmentant pas de volume elle puisse s'adapter sur un treuil; au moyen de cette constriction graduée de jour en jour, le polype qu'il a eu à lier depuis sa précédente communication, s'est détaché le sixième jour, quoique son pédicule fût beaucoup plus volumineux que celui du premier, qui, lié seulement sur le serre-nœud de Desault, ne s'est détaché que le neuvième.

Pour prévenir les inconvéniens d'un serre-nœud droit, M. Lucien Boyer en a fait fabriquer de courbes, les uns d'une seule pièce, d'autres de plusieurs pièces, séparées ou articulées, et flexibles, susceptibles de se conformer au volume de la tumeur et à la concavité de la surface inférieure du bassin.

M. Lucien Boyer propose à l'Académie un nouveau procédé de section du pédicule des polypes de l'utérus, auquel il donne le nom de *sercision* du mot latin *serra*, scie, et de la désinence commune aux mots déjà français, incision, excision. Ce procédé consiste à scier le pédicule du polype sur place au moyen du fil disposé comme pour en faire la ligature.

Après avoir placé le fil autour du pédicule du polype par le procédé qu'il a exposé à l'Académie, le 23 janvier, M. Lucien Boyer le fait fixer au moyen d'un instrument analogue à son serre-nœud provisoire, mais disposé de façon à ne point glisser à la surface du pédicule, et à pouvoir être fixé solidement par un aide. L'opérateur alors, en tirant alternativement sur les deux extrémités du fil, comme sur une scie à chaîne flexible en tous sens, scie le pédicule du polype, ainsi que M. Lucien Boyer le simule devant l'assemblée sur un polype artificiel façonné en liége.

L'auteur pense que ce procédé doit réunir les avantages de la ligature et de l'excision. Il agit sur le polype sans nécessiter d'abaissement préalable, et sans introduire à l'intérieur des parties aucun instrument tranchant. Il opère instantanément la section, il fournit probablement aussi une garantie contre la production de l'hémorrhagie, car son action sur les vaisseaux que peut contenir le pédicule consiste plutôt en un arrachement qu'en une véritable section analogue à celle qui résulte de l'action d'un instrument tranchant. D'ailleurs son emploi peut se combiner avec celui d'une ligature préalable, appliquée seulement pendant quelques heures, puisque le même fil peut servir aux deux usages.

Par ces motifs, il paraît à M. L. Boyer digne d'être admis dans la pratique de la chirurgie, et il se propose de l'appliquer à la prochaine occasion, s'il obtient l'assentiment de l'Académie.

M. Laugier présente un instrument destiné à limiter l'action du caustique de Vienne appliqué au traitement du varicocèle par la cautérisation. Cet instrument se compose d'une plaque servant de point d'appui et d'un anneau qui embrasse la partie sur laquelle seule doit agir le caustique.

Il est plus de cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS CRITIQUES SUR LES MOYENS DE CONCLURE EN MÉDECINE LÉGALE, ET SUR LA PRÉTENDUE LOCALISATION DES POISONS; par M. ORFILA.

La science est aujourd'hui une véritable arène où le savant est obligé de défendre ses opinions, ses découvertes et sa personne, presque à la pointe de l'épée. On travestit les unes, on s'empare des autres, et on calomnie la dernière. L'auteur de l'opuscule que nous annonçons est du nombre de ceux qui ont en le plus à lutter contre ces trois ordres d'attaques. Malgré son âge, sa position et la juste célébrité dont il jouit, il a su toujours se défendre avec force et dignité. Ce n'est pas le moment d'examiner comment on a d'abord dénigré le nouveau système de recherches toxicologiques dont il a doté la médecine légale; comment, ensuite, on a cherché à l'en dépouiller, la diffamation et la calomnie aidant; tout cela est parfaitement connu et apprécié; et tout cela est dans l'ordre actuel des choses: c'est ce qu'on est convenu d'appeler du droit de libre discussion. On verra où on s'arrêtera.

La nouvelle note de M. Orfila a pour objet, 1° de réfuter une assertion médico-légale émise par M. Smith, conseiller à la Cour royale de Riom; 2° de rétablir la vérité sur un point des débats de l'affaire Ponchon; 3° de combattre le prétendu système de localisation des poisons, imaginé par MM. Flandin et Danger.

Les deux premiers points sont trop spéciaux pour être reproduits par voie d'analyse; nous renvoyons les personnes que cela intéressera, à la brochure de M. Orfila. Elles y trouveront des considérations pleines de justesse, des argumens solides, et une dialectique serrée, comme celle que l'auteur sait apporter dans toutes les discussions. Le troisième point est d'un intérêt plus général. C'est à la fois une question d'histoire scientifique, une question de haute physiologie, et de toxicologie appliquée. Or, voici comment l'auteur s'explique à cet égard:

« Le 10 mars 1840, alors que personne encore n'avait entendu parler de MM. Flandin et Danger, je lisais à l'Académie royale de médecine *qu'on trouve plus spécialement l'antimoine dans le foie, et que les poumons et le cœur en renferment à peine, et plus bas que l'émétique, et l'acide arsénieux restent plus longtemps et en plus forte proportion, dans les organes sécrétoirs que dans les autres* (V. *Mém. de l'Académie de médecine*, t. VIII).

» En octobre 1840, MM. Dumas, Boussingault et Regnault virent pour la première fois dans mon laboratoire toutes les expériences relatives à mon nouveau système médico-légal, et ils savent que constamment *je me bornai à agir sur le foie*, lorsque je me proposais de démontrer que l'acide arsénieux était absorbé.

» A la fin de ce même mois d'octobre, dans une série de séances publiques, données par moi à la Faculté, et *auxquelles assistait M. Flandin*, je n'eus jamais recours *qu'au foie* pour établir le fait de l'absorption (Voyez *le Compte-rendu du Moniteur du temps, fait par M. Flandrin lui-même*).

» En 1841, je me livrai à une série de travaux pour démontrer que les sels de plomb, de bismuth, d'étain, d'argent, d'or, de zinc et de mercure sont absorbés, et constamment je me bornai à l'examen du *foie*, de la rate et de l'urine, et parfois des reins. Les divers mémoires ayant trait à ces questions furent, publiés en 1842 dans le *Journal de chimie médicale*.

» Dans mes leçons publiques faites à la Faculté en 1839, en 1840, en 1841, etc., j'ai toujours opéré *sur le foie*, et je n'ai jamais manqué de dire pourquoi il fallait choisir cet organe de préférence.

» Quel dut être mon étonnement lorsqu'*en juin* 1842, je vis MM. Flandin et Danger venir lire à l'Académie des sciences une note dans laquelle ils annonçaient gravement *que l'on retrouve plus spécialement l'antimoine dans le foie*, et qu'il n'existe pas dans les poumons, dans les tissus musculaire et osseux, quoiqu'ils eussent dit, dans le corps de leur mémoire, *qu'ils avaient décelé ce métal*, par exception, il est vrai, dans ces mêmes tissus.

» Cette contradiction n'empêcha pas ces expérimentateurs d'ajouter que le *fait de la localisation des poisons* est une donnée précieuse pour la médecine légale.

» Le 6 juillet 1842, j'adressai à la commission de l'Académie des sciences, chargée de faire un rapport sur le Mémoire de MM. Flandin et Danger, une *note* dans laquelle je disais avoir prouvé le premier que le foie contenait une plus forte proportion du poison absorbé que tout autre organe, et où je combattais le prétendu système de localisation. Cette note fut publiée en avril 1843, dans mon *Traité de toxicologie* (4e édit., t. 1er, p. 495).

» Malgré ces faits, qui parlent si haut, MM. Flandin et Danger continuent, à chacune de leurs publications, à s'attribuer la découverte de cette donnée physiologique; mais quittons ce terrain qui suggère bien des réflexions pénibles, pour arriver au système de localisation que ces messieurs prétendent avoir découvert.

» On ne peut concevoir la localisation des poisons que de deux ma-

nières : on bien, on entend que tel pnison se porte sur un organe donné où il reste, sans s'arrêter sensiblement dans les autres organes, ou bien qu'il est rejeté tantôt par nne voie, tantôt par une antre; dans l'un et l'autre cas, il semble qu'il y ait prédilection de la substance vénéneuse pour un de nos organes.

»*Le poison se porte sur un organe donné où il reste, sans s'arrêter sensiblement dans les autres organes.* Voici ce que je disais à cet égard dans la note déjà citée : « Le foie reçoit le premier, *à l'aide des vaisseaux qui forment la veine-porte* » (et, soit dit en passant, ces messieurs nous annoncent, en 1844, avoir découvert cette transmission par la veine-porte, que j'avais explicitement indiquée en 1842), « la presque »totalité de la substance toxique; ce viscère, d'ailleurs *très vasculaire*, »est un organe de sécrétion, et dans lequel le sang circule lentement; »cela étant, on conçoit déjà pourquoi on trouve une plus grande quan»tité de substance vénéneuse dans ce viscère que dans ceux que le sang »traverse rapidement, tels que les pounons, et pourquoi elle y reste »plns longtemps. J'ajouterai *qu'en général*, le sang ne tarde pas à se »dépouiller, par la voie des reins, des poisons qu'il avait charriés, et qu'il »ne serait pas impossible, qu'à l'instar de ces derniers organes, le foie »aussi fût un centre d'élimination. Toujonrs est-il que, d'après cette »manière de voir, ce ne serait pas en vertu d'une action, en quelque »sorte élective, de la part des organes que se ferait le dépôt de la sub»stance vénéneuse, mais bien par suite de la constitution anatomique de »ces organes dont les nns, à la fois très vasculaires et d'élimination, »retiendraient plus longtemps les poisons que d'antres qui seraient dans »des conditions contraires. »

»MM. Flandin et Danger ont-ils entendu que les poisons se localisent tous dans le foie? S'il en est ainsi, ils ne nons ont rien appris de nonveau; seulement ils anront employé nne expression inexacte ponr rappeler nn fait déjà publié par moi. Pensent-ils, an contraire, que tel poison se localisera dans le cœur, dans les poumons, etc., et ne se retronvera pas dans le foie, tont comme l'antimoine existe dans le foie, et n'est pas décelé dans les ponmons? Cela serait insoutenable, et je défie ces messieurs de citer une seule substance vénéneuse qui, ayant été tronvée dans nn organe qnelconque, n'ait pas existé en plus grande quantité dans le foie. Ils ont étudié jusqu'à présent l'arsenic, l'antimoine, le cuivre et le plomb; qu'ils nous disent s'il est nn seul de ces métaux qui vienne prêter le moindre appni an système inqualifiable qne je combats.

»Mais, dira-t-on, vons vous meprenez : *la localisation consiste en ce que la substance vénéneuse est rejetée tantôt par une voie, tantôt par une autre.* A cela je répondrai que bien avant ces messiens, on savait que les poisons étaient éliminés par des voies diverses. En 1811, M. Magendie voyait, dans l'empoisonnement par l'huile phosphorée, le phosphore s'exhaler par la bouche. Depuis cette époque, Fodéra, Herring, Tiedemann, Gmelin et tant d'antres, ont prouvé qu'une foule de substances étaient éliminées par l'urine : j'ai établi le même fait en 1839 pour l'acide arsénieux, les préparations antimoniales, les sels de plomb, etc., et n'ai-je pas dit alors que les poisons pouvaient être éliminés par d'autres voies d'excrétion que l'urine? Enfin, M. Chatin a démontré en 1842, dans une note qu'il a lne à l'Institut, que l'acide arsénieux est éliminé, non-seulement par l'nrine, mais encore par le tube intestinal et par la peau. On voit déjà à quoi se réduirait la localisation, en ce qui concerne cet acide, dès qu'il est éliminé *au moins* par *trois* voies distinctes. Et comment admettre qu'il n'en soit pas ainsi pour une foule d'antres poisons, lesquels doivent être chassés an-dehors à la fois par plusieurs émonctoires?

»Après ces détails, les hommes de bonne foi reconnaîtront que MM. Flandin et Danger ne peuvent revendiquer, dans cette question, autre chose que la nouvelle et inexacte signification donnée par eux an mot *localisation*, lequel, d'après sa véritable acception, n'est ancunement applicable an système qu'ils ont imaginé.»

VARIÉTÉS.

— RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DES MALADIES SCROFULEUSES; par J.-G.-A. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1844. 1 vol. in-8. Prix : 7 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et Comp., place de l'École de Médecine, 1. Leipsig, chez L. Michelson.

— ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE; par A. Nélaton, chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. T. 1er. Un vol. in-8 de 844 pages. Prix : 8 fr.

Cet ouvrage sera complet en 3 vol. in-8.

— ÉTUDES SUR LES HERNIES ABDOMINALES ET LEUR CURE RADICALE; par Constant Caveune, D. M. Brochure in-8, avec deux planches. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'École de Médecine, 8.

— On trouve chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École de médecine, LE TABLEAU SYNOPTIQUE DES MALADIES DE LA PEAU; par Duchesne Duparc.

— ERRATA. Il s'est glissé dans le compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences, du dernier numéro, deux fautes typographiques qui dénaturent complètement le sens de la communication de M. Ehrmann. Deuxième alinéa de la page 225, première colonne, au lieu de: jugeant l'*excision* de la trachée-artère indispensable, etc.; lisez : jugeant l'*incision*, etc. Cinquième alinéa de la même page, au lieu de : le *cancer* était parfaitement rétabli ; lisez : le *calme* était parfaitement rétabli, etc.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 16. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 20 AVRIL 1844.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS; par le docteur Bouchut, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté, médecin adjoint du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris, membre de la Société anatomique.

(Voir Études sur la fièvre puerpérale, numéros 6, 7, 8 et 9.)

On rencontre chez les nouvelles accouchées une affection singulière, caractérisée par un gonflement œdémateux, blanchâtre, aigu, presque instantané, fort douloureux des membres, qui fut jadis rapprochée de l'anasarque et de la leucophlegmatie. Ch. White lui a donné le nom de *phlegmatia alba dolens*. On la désigne aussi sous celui d'œdème douloureux et d'enflure des jambes des femmes en couches.

Il a été émis tant d'hypothèses sur la nature et le siége de cette maladie qu'on ne sait, dans l'incertitude où l'on se trouve, à quelle opinion se rallier. Faut-il croire à la métastase laiteuse, ou faut-il localiser la maladie dans le système lymphatique, dans le système veineux ou dans le tissu cellulaire? C'est ce qui reste encore incertain, malgré les découvertes récentes de l'anatomie pathologique. Dans cette occurrence, il m'a paru nécessaire de rassembler ces diverses opinions pour les soumettre au contrôle de la critique et faire prévaloir enfin celle qui résulte de la comparaison des symptômes avec la manifestation anatomique de cette maladie. Disons-le, dès à présent, nos observations viennent appuyer celles de MM. Bouillaud, Velpeau, David Davis, Robert Lee; elles démontrent que la *phlegmatia alba dolens* est occasionée par une affection du système veineux qui consiste dans l'oblitération spontanée des veines du membre affecté.

On rencontre une maladie semblable dans le cours de la fièvre hectique, qui accompagne la phthisie, le cancer et les grandes suppurations. Ce rapprochement, déjà établi il y a longtemps par MM. Andral, Cruveilhier, Robert Lee, etc., est fondé sur une appréciation exacte des symptômes et sur une étude parfaite des lésions anatomiques. Nous mentionnons seulement ce fait que nous démontrerons dans le cours de ce travail.

APPRÉCIATION HISTORIQUE.

Ce qui devait être plus tard la *phlegmatia alba dolens* fut d'abord confondu avec le rhumatisme, le phlegmon et l'anasarque, et, chose extraordinaire, cette maladie si distincte dans sa marche ne fut décrite à part que dans le 18e siècle par Mauriceau qui lui donna le nom d'enflure des jambes des *femmes en couches*. Cette dénomination spéciale

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

19 avril 1844.

Post-scriptum. On chicane bien souvent les auteurs dramatiques pour l'invraisemblance de leurs moyens. On reproche à celui-ci d'avoir fait reposer tout l'échafaudage de sa pièce sur un vulgaire quiproquo, à celui-là de retarder un dénouement trop prévu, à l'aide de fantasmagories, de mystifications, dont aucun de ses personnages ne devrait être dupe. Les ruses de Mascarille et les fourberies de Scapin sont dans ce genre des chefs-d'œuvre de hardiesse. Hier encore c'était le divertissant Cagliostro. Ses ressources les plus extraordinaires seraient probablement dédaignées par le plus vulgaire habitué de la police correctionnelle. Et pourtant cela réussit très bien, on s'en amuse, on s'y laisse prendre. C'est que les auteurs de comédies entendent mieux leur affaire qu'on ne pense. Ils ne se confinent point dans la nature régulière, dans les moyens logiques, dans les voies étroites de la raison; réalité stérile que tout cela, à laquelle ils préfèrent un idéal plus bizarre, des ressources plus excentriques, des voies moins rationnelles. Ils ont raison, puisqu'ils réussissent. Le succès justifie bien des choses; et s'il est vrai, comme le prétendent certains philosophes, que le particulier soit le général, partout où il y aura comédie, le succès sera souvent en raison de l'invraisemblance, sinon de la grossièreté des moyens. Vous comprenez sûrement, cher confrère, où nous en voulons venir avec ce préambule. Le programme des choses omises dans ma dernière lettre, et que j'ai réservées pour le post-scriptum d'aujourd'hui, dit de lui-même le rapport qu'il peut y avoir entre ce qui précède et ce qui va suivre.

Commençons par l'Académie : à tout seigneur tout honneur. Ce que vous avez appris des dernières séances peut vous avoir causé quelque surprise. Nous professons, vous le savez, une estime toute particulière pour cette illustre compagnie; nous sommes d'ailleurs quelque peu intéressé dans les choses dont nous avons à vous parler; à ce double titre nous vous devons des explications qui vous les feront voir peut-être sous un jour plus favorable.

On envisage les compagnies savantes un peu trop au point de vue abstrait. On commet à leur égard une erreur que l'on commet aussi très généralement à l'égard des grandes villes ou des grands hommes. On donne trop à l'idéal; on ne fait pas assez la part de la réalité. Une académie, à certain point de vue, est un composé de chair et d'os comme vous et moi; elle a une ame et un corps, et ce corps est pourvu de membres qui n'ont pas tous la même destination, la même importance, ni la même valeur. Le public est assez disposé, quand il s'agit d'un grand homme, par exemple, à croire que ses bras, ses jambes, son nez, ses oreilles doivent différer notablement de ce qu'ils sont chez le vulgaire; et il est tout étonné de voir qu'un homme de génie boive, mange et marche à peu près comme le plus simple mortel. Il en est ainsi d'une académie. Elle a des bras, des jambes, et même des parties moins rigoureusement essentielles à sa

est manvaise, puiqn'elle a pu accréditer une erreur sur la nature de la maladie, en laissant croire qn'on ne la rencontrait que chez les nouvelles acconchées.

Puzos et Levret adoptent encore plus franchement cette erreur. Une hypothèse leur vient en aide pour la confirmer. C'est le lait qui s'est répandu dans le membre douloureux, et c'est à lui qu'il faut rapporter tons les accidens. Ils nomment *dépôt laiteux* cette maladie qne dans leur ignorance d'anatomie pathologique ils décrivent cependant assez bien l'un et l'antre. Mais ici, comme on le voit, c'est encore une affection spéciale aux nonvelles acconchées.

Puzos cite même nn cas fort extraordinaire et peut-être nnique dans lequel la *phlegmatia alba dolens* devint nne cause de gangrène; peut-être aussi fût-elle accompagnée d'une artérite qui devait produire le même résultat. « Ce lait répandu, dit l'auteur, devient la cause d'accidens »formidables dont la marche est insidieuse; il n'attaque que par douleurs »vagues, et sans interrompre le cours des évacuations ordinaires, mais »ensuite il fait sourdement des progrès et il éclate tout à coup avec une »fureur que rien n'est capable de dompter. Une dame, acconchée depuis »douze jours, malgré un fond de tristesse et des doulenrs dans le ventre, »paraissait en si bonne santé qu'elle voulut, non seulement se lever ce »jour-là, mais encore faire sa partie et souper en compagnie. Après sou- »per, on la remit dans son lit à dix heures du soir. A minuit, elle sentit »de l'engourdissement dans une jambe, et le lendemain on fut obligé de »lui conper la cuisse. *Une gangrène sèche telle que celle-ci* eût donné »le temps de scarifier et se fût peut-être bornée au premier lieu du dépôt »si elle eût eu pour cause le sang ou la lymphe dégénérés. Mais le lait ne »connaît ni remèdes ni bornes. » — L'explication mise à part, ce fait presque incroyable s'il n'était raconté par Puzos n'en est pas moins fort curieux.

En effet, la gangrène mentionnée par quelques auteurs comme complication de la phlébite est un accident fort rare et l'on se demande de quelle école étaient ces chirurgiens qui ont pu amputer un membre dont le sphacèle n'était point limité.

Levret s'abandonne moins à son imagination, et tout en décrivant la *phlegmatia alba dolens* sous le nom de dépôt laiteux, il dit : « Qu'il se »fait une inflammation du tissu cellulaire qui attache le péritoine aux pa- »rois du bassin ou au psoas et qu'il est assez ordinaire de voir cet engor- »gement se terminer aux dépens de l'infiltration du tissu musculaire des »interstices des membres et qu'elle se propage au tissu graisseux qui est »sous la peau de la jambe, de la cuisse et du pied. » — Déjà cet auteur annonce la facile extension de la maladie d'un membre à l'autre.

Lorsque White publia son travail, les opinions qu'il renfermait produisirent une grande sensation. Beaucoup d'auteurs, en copistes serviles, se firent l'écho de ce qu'ils n'avaient pas vu, et Good, Wyer, Hull, Gardieu. Denmann, Ammon de Weimar, quelques autres encore affirmèrent avec White que la *phlegmatia alba dolens* n'était autre chose qu'une affection des vaisseaux lymphatiques. Dans les faits les plus explicites rapportés par ces auteurs, on raconte qu'il existait de la rougeur et du gonflement des glandes, mais presque tous déclarent que les vaisseaux n'étaient nullement altérés. Ou bien, lorsque les vaisseaux sont indiqués comme malades, c'est par une description semblable à celle-ci qu'il faut en juger : « Les lymphatiques de la cuisse et de la concavité du sacrum »engorgés formaient des masses de deux pouces d'épaisseur (1). » — Mais pour celui qui a fait de l'anatomie pathologique des masses de vaisseaux lymphatiques qui ont deux pouces d'épaisseur doivent être singulièrement méconnaissables, et l'on ne peut guère reconnaître dans ce fait apocryphe autre chose qu'une induration du tissu cellulaire. Encore est-il vrai de dire qu'elle n'aurait pas deux pouces d'épaisseur.

Ammon de Weimar, plus vraisemblable, se contente d'affirmer que dans un cas il a pu constater par l'autopsie qu'il existait des trainées de lymphatiques, durs au toucher, endurcis, entourant les vaisseaux cruraux et iliaques.

Sur un sujet, dont l'histoire est rapportée par le docteur Allonneau (2), les lymphatiques de la cuisse étaient flexueux, gonflés, tortillés sur eux-mêmes, avaient une couleur rouge foncée. Mais dans ce cas il y avait en même temps *oblitération des veines.* Dans plusieurs autres exemples, on a, dit-on, trouvé du pus dans le canal thoracique; mais est-ce qu'on ne rencontre pas dans la science de nombreuses observations de fièvre puerpérale dans lesquelles on trouva la lymphangite et du pus dans le canal thoracique sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun des symptômes de la *plegmatia alba dolens* ?

Il est donc impossible d'admettre que l'affection des lymphatiques joue le moindre rôle dans la production de la maladie qui nous occupe. Tel est aussi l'avis de MM. Fraser, Triponel, Rayer, Graves (de Dublin), Davis, Bouillaud et Velpeau. Pour mon compte, dans les six autopsies que j'ai faites, je n'ai pas une seule fois rencontré d'altération pathologique dans les vaisseaux blancs. J'ai souvent noté le gonflement et la rougeur des ganglions de l'aîne et du bassin. Dans tous ces cas, il y avait oblitération des vaisseaux veineux. Enfin, dans les auteurs, on ne trouve pas de faits qui indiquent d'une manière authentique l'affection isolée des vaisseaux blancs comme cause de la *phlegmatia alba dolens.* Il n'y a dans le système absorbant que les glandes qui, sans doute d'une manière sympathique, participent à la maladie. Elles sont altérées de la même manière que dans le phlegmon aigu du membre ou dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire d'une manière secondaire. Il serait par conséquent tout aussi déraisonnable d'accorder quelque valeur à cette altération que de reconnaître quelque importance à la turgescence des ganglions du mésentère dans la fièvre putride. Cette modification pathologique ne constitue qu'une complication dont l'importance est fort médiocre. Elle se rattache à l'affection du système veineux, dont nous nous occuperons bientôt.

Quelques auteurs, heureusement en petit nombre, ont émis cette singulière opinion que la *phlegmatia alba dolens* était une affection nerveuse, et cela en raison de la douleur, parce qu'il y a souvent dans le membre affecté paralysie du mouvement, et, dans la majorité des cas, disparition de la sensibilité tactile. Or, en observant bien les malades, on voit, il est vrai, qu'ils ne peuvent remuer leur membre, devenu trop pesant pour les forces qui doivent l'entraîner; la sensibilité tactile n'est détruite qu'en apparence. En effet, si l'on presse sur le membre, on produit *toujours* de la douleur; mais si l'on promène légèrement le doigt à la surface de la peau, ou si on la pique avec une aiguille, le malade n'en a pas la conscience. Ce n'est pas parce qu'elle est paralysée, mais c'est à

(1) Denmann. Med. chirurg. journ. and Review et Thèse Triponel, 1828.

(2) Journ. complément. des sc. méd., t. XXXVIII.

considération et à sa dignité. En est-elle moins noble, moins élevée pour cela? et, pour continuer la comparaison, n'est-il pas vrai qu'à côté des larges et belles rues des grandes villes, derrière les édifices qui font leur gloire et l'admiration de tous, il y a des rues petites, étroites, tortueuses, et des masures qui contrastent avec le grandiose de leur ensemble? Voilà l'histoire de beaucoup de choses, vues par leur côté réel. Ne soyez donc pas surpris, cher confrère, que l'Académie de médecine soit soumise à cette loi du contraste et de la diversité matérielle. Ne prenez pas plus pour l'Académie entière son pied, ou quelque partie moins noble encore de son organisation, que vous ne jugez César ou Napoléon par leur nez ou leurs oreilles, ou bien par la manière dont ces rares génies toussaient et crachaient.

L'Académie, dans son essence, dans son caractère purement scientifique, est toujours la corporation médicale la plus éminente, la plus considérable de l'époque. C'est un fait qu'on peut articuler sans être accusé de flatterie, surtout quand on ne veut pas cacher sous le riche manteau qui la drape aux yeux de la science, les ridicules, les petits intérêts, les passions mauvaises qui cherchent à s'y abriter. Cela dit, je veux mon franc-parler sur les hommes et sur les choses.

Votre premier sujet d'étonnement a été sans doute de voir un homme étranger à l'Académie venir attaquer librement, résolument, sous ses yeux, un de ses membres, comme il l'avait fait devant une juridiction extra-scientifique, et avec les argumens quelque peu tamisés dont il s'était servi devant cette dernière. C'était toujours l'enquête que d'autres ont appelée d'un autre nom. La seule différence, on ne saurait trop le rappeler, c'est que lorsqu'elle a servi de base aux premières attaques, il a été prouvé qu'elle n'avait pas eu lieu. C'était l'enquête alléguée, l'enquête *à priori*, projetée si vous voulez, qu'on avait eu la bonne intention de faire, mais qu'on n'avait pas faite. Dans le factum académique, c'est l'enquête réalisée *in partibus*; car, vous l'avez vu, on a parlé de 24 malades, sur 155, qu'on aurait visités. Eh bien! vous concevrez difficilement qu'un échappé de la police correctionnelle, tout meurtri des réprimandes dont sa critique, sa modération, sa gravité et sa véracité porteront à jamais les stigmates, ait été admis à continuer devant l'Académie son système d'équivoques, de prétextes, d'allégations fausses, contre la personne et le caractère d'un des membres de cette compagnie. Cela se conçoit à la rigueur cependant, sans qu'il soit indispensable de mettre en cause la dignité de l'Académie. On ne connaît pas d'avance la matière ni le sujet des lectures faites devant la compagnie. Le conseil d'administration n'avise que sur les mémoires envoyés. La lecture sur la myotomie a donc été faite à l'improviste; l'Académie a été surprise; elle n'a pas autorisé ce que, prévenue, elle aurait probablement empêché. Mais on ne connaît le mal que lorsqu'il est fait; et on avait si bien arrangé les choses, on avait si bien masqué les intentions, que la violence et l'animosité du fond a pu se produire jusqu'au bout, sous les dehors hypocrites de la forme. Quand l'académicien attaqué a réclamé la parole pour protester contre l'atteinte portée à son caractère, n'a-t-on pas vu des membres (bonnes âmes dont la candeur ne saurait être suspectée) qui ont voulu l'empêcher de parler? Ils ont assuré qu'il n'y avait dans la lecture rien, absolument rien de personnel. M. V. n'y a vu qu'une pure question de science; M. H. était tout surpris qu'on pût y soupçonner autre chose. Par tendresse pour le règlement, lui et quelques autres partisans du droit de libre discussion, se sont opposés à ce que leur collègue attaqué,

cause de sa tension extrême par l'infiltration séreuse. Dès que le gonflement diminue, la sensibilité tactile reparaît. C'est au reste un fait si connu, même du vulgaire, qu'on voit des jongleurs tendre fortement la peau de leurs doigts et y enfoncer des aiguilles sans se causer de douleur. C'est probablement dans un but semblable que la chirurgie donne le précepte de tendre la peau que l'on va inciser.

L'on a aussi placé le siége de la maladie dans la peau et le tissu cellulaire ou dans l'aponévrose *fascia lata*; et Hull (ESSAI SUR LA PHLEGMASIE BLANCHE, 1800, in-8°) dit qu'il y a dans cette circonstance une inflammation qui produit une exhalation copieuse de lymphe coagulable. Il ajoute qu'elle peut se propager aux vaisseaux veineux, artériels et lymphatiques. Cet auteur aurait bien dû citer des faits détaillés où l'on trouvât d'autres signes de cette inflammation du tissu cellulaire que l'épanchement de lymphe coagulable; car la pression du doigt laisse son empreinte, et il n'y a qu'une infiltration de sérosité très fluide. On n'a qu'à piquer le membre avec une aiguille, et le liquide s'écoule absolument comme dans l'anasarque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans cette critique, nous venons d'examiner et de rejeter successivement la plupart des opinions émises jusqu'à ce jour sur la nature de la *phlegmatia alba dolens*. Aucune d'elles ne repose sur un assez grand nombre de faits pour être adoptée sans contestation. Mais il en reste une dernière dans laquelle on rapporte les principaux accidens de la maladie à l'oblitération spontanée des veines, à une sorte de phlébite adhésive. Cette opinion, professée par MM. Bouillaud, Velpeau, Davis, Robert Lee, etc., paraît réunir en sa faveur de nombreux argumens. Elle résulte d'une sage appréciation des faits et des notions fournies par l'anatomie pathologique. Cette dernière justification est fort importante, puisqu'elle renverse d'un seul coup la foule des hypothèses faites sur la nature de la maladie qui nous occupe, et, de plus, nous éclaire sur son siége anatomique, encore ignoré par beaucoup de médecins.

A l'exemple des auteurs que nous venons de citer, nous rapporterons la *phlegmatia alba dolens* à une affection spéciale du système veineux, puisque c'est là le fait principal qui résulte de l'analyse des observations que nous avons recueillies. Nous donnerons plus de valeur à ce résultat en augmentant le nombre de ces observations, et en leur ajoutant un grand nombre de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Ainsi, voici un tableau de 41 faits qui appartiennent :

22	Robert Lee.	(A THE PATHOLOGY OF PHLEGMATIA DOLENS.) Gerhard (Thèses de Strasbourg, 1835).
4	David Davis.	(MED. CHIRURG. TRANSACTIONS.) Gerhard (Thèse citée).
3	Velpeau.	(ARCHIVES, 1824.)
1	A. Laennec.	(REV. MÉD., 1828.)
1	Arronshon.	(GAZ. MÉD., 1836.)
1	Burns.	(GAZ. MÉD., 1839.)
1	Lugol.	(DICT. MÉD., nouv. édit., tom. XXIV.)
1	Allonneau.	(JOURN. COMPLÉM. DES SC. MÉD., tom. XXXVIII.)
1	De Longeou.	(Service de M. le professeur Trousseau.)
6	Bouchut.	(Service de M. le professeur Trousseau.)
41		

Sur toutes ces maladies, à l'exception d'une seule, la *phlegmatia alba dolens* avait pour caractère anatomique l'oblitération des veines des membres affectés. Dans le cas exceptionnel qui appartient à M. Velpeau, il y avait encore affection du système veineux, le vaisseau renfermait du pus. (Mém. de M. Velpeau, IN ARCHIVES.)

L'oblitération veineuse constatée dans tous ces faits se présentait avec des caractères que nous indiquerons dans un instant. Elle était souvent accompagnée de la rougeur et du gonflement des glandes lymphatiques sans altération des vaisseaux de ce nom. Dans plusieurs cas, enfin, il y avait aussi une altération des symphyses du bassin, sur laquelle nous nous proposons de revenir.

Il me paraît donc impossible de ne pas subir l'influence des faits et de ne pas rapporter la *phlegmatia alba dolens* à l'oblitération des veines. En effet, cette altération est constante, et je ne connais pas de faits bien authentiques qui démontrent le contraire.

L'affection des vaisseaux lymphatiques est loin d'être aussi bien démontrée, et ne peut être admise sans de nouvelles observations. Le gonflement et la rougeur des ganglions existent souvent, mais leur altération est symptomatique de celle qui est survenue dans les veines.

Les veines malades sont très fortement distendues et remplies par du sang coagulé; elles forment des cordons durs, noueux, avec des renflemens volumineux aux principaux confluens des veines et au niveau des valvules. Sur quelques sujets, il y a d'espace en espace des interruptions, et une petite étendue du vaisseau reste perméable, mais ce fait est rare. — Les parois sont presque toujours saines. Il y a un peu d'adhérence de la tunique externe au tissu cellulaire environnant, qui est épaissi; mais cette transformation n'est qu'un phénomène secondaire. Ensuite il faut dire qu'elle n'existe pas toujours. La tunique interne est lisse, ne présente point de rougeur, ni d'injection des capillaires; point d'épaississement, de friabilité et d'ulcération, du moins dans les cas que nous avons étudiés. Dans des observations qui nous sont étrangères, on a quelquefois noté l'épaississsement des parois veineuses; mais peut-être s'est-on mépris et n'a-t-on pas tenu compte de l'induration du tissu qui environne le vaisseau. Cette tunique présente en outre des adhérences avec les caillots renfermés dans son intérieur, adhérences molles au début, devenant chaque jour de plus en plus résistantes et finissant par s'organiser. Des vaisseaux capillaires se forment de toutes pièces, et le fragment de fibrine et la paroi contiguë désormais réunis vont puiser leur vie à une source commune.

Les caillots qui oblitèrent les veines subissent une série de transformations dont l'ensemble est bien digne de fixer l'attention du médecin. Ils sont d'abord mous, formés par une masse de sang noir homogène dont la densité est ordinairement la même dans tous les points, et quelquefois moindre au centre qu'à la circonférence. Ils présentent souvent un autre aspect et offrent une disposition régulière de couches *concentriques* les les unes aux autres ou bien *pelotonnées* dans une enveloppe commune comme les germes de la nouvelle branche le sont dans le bourgeon. Ces couches sont formées de fibrine qui a déjà perdu une partie de sa matière colorante, et ont acquis une couleur rougeâtre safranée semblable à celle du sang en décomposition retenu dans un kyste. Il est des cas fort rares dans lesquels les couches les plus denses sont placées au centre des caillots.

A une époque plus éloignée, les caillots ont perdu une partie de leur volume et de leur coloration. Ils sont plus denses et plus adhéreus aux

---

injurié, calomnié, soufflât mot. Voilà le fait, cher confrère, tel qu'il s'est passé. De ce qu'il a eu lieu comme je viens de vous le dire, le mettrez-vous sur le compte de l'Académie? Ce serait une grande erreur et une grave injustice. Rappelez-vous mes comparaisons : M. V., M. H., qui battent des mains, ou qui affirment ne pas s'apercevoir de l'insulte faite au corps dans la personne de leur collègue, c'est le grand homme dont le pied s'égare dans la boue, c'est l'académicien qui tousse et crache sur la robe de l'Académie. Or, je vous l'ai dit, ceci est l'Académie en chair et en os, et son pied n'est pas la partie la plus élevée de son corps, pas plus que de tousser et cracher n'est la plus noble de ses fonctions. Ce point de vue n'est-il pas juste et vrai? Généralisez-le, et vous aurez raison de tout ce qui s'est passé et de tout ce qui se passera peut-être encore à l'occasion de cette affaire extra-scientifique. On a nommé une commission pour rendre compte du factum lu devant l'Académie : légère distraction du président, qui n'a sans doute pas bien su de quoi il était question; on peut le croire, car il n'aurait pas laissé continuer l'attaque jusqu'au bout; c'était dans son droit, et surtout dans ses instincts si connus pour ce qui est honnête et digne. Outre ce que je viens de vous dire, cher confrère, il y a eu quelques incidens tout particuliers qui trouveraient difficilement leurs analogues. M. V., connu par la violence de ses ressentimens contre l'académicien mis en cause, et ses habitudes assimilatrices à l'endroit des travaux de ce dernier, a voulu de vive force, et malgré qu'il fût récusé par son collègue, faire partie d'une commission chargée indirectement de juger celui-ci dans la personne de son adversaire. Cela ne vous donne-t-il pas la mesure du genre d'impartialité et de loyauté qui doivent présider à ce débat? Outre les remarques que pourra vous suggérer cette particularité assez nouvelle dans les fastes académiques, voici un rapprochement qui ne sera pas inutile pour en faire comprendre la moralité. Ne vous souvient-il pas que l'auteur de la myotomie rachidienne proposa formellement l'année dernière, à l'Académie, de nommer une commission pour examiner sa méthode et juger les résultats de sa pratique? C'était une démarche bien simple et dont le résultat pouvait mettre fin à toutes les clameurs. L'Académie n'accueillit point la proposition : elle était contraire, a-t-on dit, aux usages. Aujourd'hui, il plaît à un adversaire passionné de venir devant elle mettre en suspicion la pratique et la véracité du même académicien, et ce, avec des bribes d'articles stigmatisés par les tribunaux, avec les lambeaux décousus d'une enquête immorale et ténébreuse; cette fois on nomme la commission refusée six mois auparavant, et on trouve très académique d'examiner malgré lui les procédés et les malades de l'académicien, par la seule raison que les uns sont travestis avec une incroyable audace, et les autres recherchés, poursuivis, traqués par un véritable espionnage. On pouvait espérer quelque bon résultat de la commission demandée; on verra ce que rapportera à la science et à l'Académie la commission imposée. Du reste, cher confrère, vous aurez raison de croire que l'Académie qui a refusé l'une n'a pas accordé l'autre; l'Académie ne s'est pas ainsi déjugée. Sous ce rapport comme sous les précédens, soyez sûr que la véritable Académie, c'est-à-dire la corporation scientifique qui se conduit avec calme et gravité, qui se préoccupe plus des principes que des personnes, qui continue dignement et noblement l'héritage des illustrations de la médecine et de la chirurgie française, n'est pas ce vain simulacre grimé par l'envie, tourmenté par la haine, et qu'on réduit accidentellement et comme par surprise, aux proportions de l'in-

parois veineuses, ils offrent çà et là des taches grises produites par la disparition plus rapide de la matière colorante. On constate en quelques points, dans leur intérieur, un travail de transformation qui ramollit leur centre et le convertit en une bouillie grisâtre précipitant au fond de l'eau et présentant au microscope les caractères des globules de pus. — Cette transformation ne s'opère que dans les gros vaisseaux et s'observe principalement sur les veines de la cuisse et du bassin. A cette époque, on trouve encore aux confluens veineux des coagulums mous, noirâtres et safranés.

Des changemens nouveaux ne cessent de s'accomplir dans ces masses de fibrine déposée. La décoloration des caillots et l'augmentation de leur densité s'accroît chaque jour. Ils sont pâles, résistans et adhérent à la tunique interne du vaisseau au moyen de capillaires de nouvelle formation. Quand on veut les en séparer, il faut rompre une multitude de petits filamens rougeâtres qui laissent sur cette membrane un piqueté rouge fort abondant. Quelquefois ces capillaires sont très faciles à voir; ainsi sur la malade dont l'observation a été recueillie par M. De Longeou, et dont l'histoire a été lue à la Société anatomique, le caillot n'avait plus d'adhérences immédiates avec les parois du vaisseau. Il oscillait dans son intérieur où il était retenu par des petites brides de 1 à 2 millimètres de longueur. Ces brides étaient, comme celles de la plèvre et du péritoine, formées primitivement par un capillaire qui bientôt cesse d'admettre le sang et se convertit en une adhérence filamenteuse.

Il est rare de suivre plus loin les transformations qui s'effectuent dans les caillots vasculaires. La fibrine s'y condense chaque jour davantage en ramenant sur elle les parois du vaisseau; elle devient blanche, élastique et offre enfin après plusieurs années l'aspect cartilagineux que l'on a pu voir sur une pièce présentée à la Société anatomique par notre collègue M. Commin.

Nous devons mentionner, à titre de complication, l'état des symphyses du bassin. M. Velpeau a, en effet, rencontré ces articulations remplies de pus, mais cette lésion nous paraît indépendante de la maladie qui nous occupe. Dans l'épidémie de l'année dernière, M. Ducrest, notre collègue, interne à la Maternité, a souvent rencontré cette altération, sans qu'il existât avec elle aucun des symptômes de l'œdème douloureux. Elle s'était manifestée sons l'influence de la fièvre puerpérale, au même titre que les épanchemens purulens des autres articulations.

Quant à l'infiltration du tissu cellulaire par la lymphe plastique, nous n'avons rien vu de semblable et nous n'avons pas rencontré ce tissu converti en une masse résistante, translucide, ne renfermant point de sérosité. Au contraire, nous avons constaté que, chez nos malades, la peau conservait l'empreinte des doigts, et les mouchetures faites avec l'aiguille laissaient écouler une grande quantité de sérosité. Le tissu cellulaire était infiltré de liquide gélatiforme, s'échappant par les incisions, mais il n'y avait rien dans cette infiltration qui différât de l'infiltration séreuse ordinaire.

Au milieu de tels désordres, ce qu'il importe à l'anatomie pathologique de faire connaître, c'est le mécanisme du rétablissement de la circulation collatérale. Ces phénomènes sont très variables et sont modifiés par le siége anatomique de l'oblitération. Dans la double *phlegmatia* des membres, par exemple, l'oblitération s'élève presque toujours jusqu'à la veine-cave; alors le retour du sang s'effectue à l'aide des veines superficielles des membres. Ces vaisseaux se dilatent, se dégorgent dans les veines superficielles du ventre, du thorax et, par leur communication avec les intercostales, vont se jeter dans la veine azygos. Il en était ainsi chez plusieurs de nos malades, et particulièrement chez une qui avait la veine azygos d'un volume presqu'égal à celui de la veine-cave. Les phénomènes se passent de cette manière dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque les veines profondes sont les seules qui soient occupées par la maladie. Mais lorsque des veines superficielles sont elles-mêmes envahies, alors ce sont les capillaires qui fonctionnent et se dessinent à la surface de la peau. Il en fut ainsi chez une de nos malades, qui avait toutes les veines profondes et superficielles des membres inférieurs oblitérées. Alors la peau perdit sa blancheur, devint livide, cyanosée, presque noire; on voyait dans son épaisseur le réseau des capillaires dilatés devenus le seul moyen possible pour le rétablissement de la circulation. C'est par l'intermédiaire de ces vaisseaux que le sang refluait vers les veines abdominales et retournait au cœur (1).

Chez une autre malade, qui avait une *phlegmatia dolens* du bras et du côté droit de la tête, jointe à une affection semblable des membres inférieurs, il existait une oblitération du tronc inominé et des veines profondes du col et du bras. La circulation collatérale avait lieu par les veines superficielles du tronc, qui se dessinaient sur le sein droit, et le sang refluait dans la veine jugulaire gauche, c'est-à-dire dans la veine du côté opposé à celui qui était le siége de la maladie.

SIÉGE.

L'oblitération des vaisseaux veineux qui caractérise la *phlegmatia alba dolens* s'observe non seulement dans les membres inférieurs, mais encore dans les veines des autres parties du corps. Gardien, le professeur Bouillaud, Amb. Laënnec, l'ont observé dans les extrémités supérieures. Ce dernier dit même l'avoir vue dans la veine ophthalmique, et voici ce qu'il rapporte à ce sujet. Une femme déjà atteinte de *phlegmatia alba dolens* dans les deux extrémités abdominales se réveilla un matin avec une vive douleur dans l'œil et une cécité si complète, qu'elle ne pouvait distinguer le jour de la nuit. Il y avait chemosis séreux opalin considérable; la cornée était opaque. Après la mort, le chemosis avait disparu, la cornée était trausparente, l'iris décoloré; sa face antérieure et postérieure recouvertes de lambeaux de lymphe plastique; l'humeur aqueuse était trouble, le cristallin opaque et brunâtre; l'humeur vitrée visqueuse, consistante, d'un jaune foncé. La soudaineté d'apparition, la sensibilité, la nature des lésions des parties de l'œil, les symptômes observés pendant la vie, autorisent le docteur Graves à croire qu'en même temps qu'il y avait phlegmasie des membres, il y en avait une dans l'œil. (IN ARCHIV., tom. III, 2e série.)

Nous venons de faire l'autopsie d'une femme morte dans le service de M. Trousseau. Elle avait une *phlegmatia alba dolens* des deux membres

(1) Nous ferons remarquer à ce propos que la dénomination de *phlegmatia alba dolens*, inspirée sans doute par l'aspect du membre malade, ne saurait convenir dans toutes les circonstances. En effet, d'après l'étendue de l'oblitération veineuse aux vaisseaux profonds et superficiels, la couleur de la peau varie du blanc au noir. Elle est ordinairement blanche; mais si les veines sous-cutanées qui servent au rétablissement de la circulation collatérale sont nombreuses, leur présence donne au membre une teinte bleuâtre plus ou moins foncée qui peut aller jusqu'à la couleur *noire*.

---

térêt personnel et de l'esprit de parti.

Mais, de tout cela, que se promet-on? Un résultat, sur le mécanisme et la portée duquel il n'est pas inutile d'appeler votre attention.

Devant l'Académie, on a gardé quelque mesure dans les formes et quelque réserve dans les allégations. Mais les journaux du droit de libre discussion sont là; ils ont repris la lecture, ou plutôt on la leur a donnée toute façonnée, toute arrangée. Ce qui était équivoque, on l'a rendu parfaitement clair; ce qui n'était qu'indiqué, on l'a exprimé plus complètement; la restriction qui gênait, on l'a enlevée; en un mot, on a fait une nouvelle application du système de libre examen. Ainsi, pour certains journaux, il n'a plus été question de 24 malades sur 155, ni même sur 57, comme l'avait dit l'auteur du factum, mais bien de 24 malades seulement, avec lesquels on a battu en brèche la méthode et l'auteur de la méthode. Pour les mêmes journaux, la myotomie n'a plus été une opération qui ne donne jamais lieu à la suppuration, qui ne fait qu'accidentellement souffrir: c'a été une opération effrayante, entraînant les accidens les plus graves. L'auteur du factum avait parlé d'améliorations qui avaient disparu ou persisté; pour les organes du droit de libre discussion, plus d'améliorations d'aucune espèce. Ne croyez pas qu'on s'en tienne aux journaux de la profession; on pénètre assez facilement, comme vous savez, jusqu'aux journaux politiques. Je veux même vous signaler à cet égard un progrès important. Jusqu'ici les réclames avaient été considérées comme le patrimoine du savoir-faire et du charlatanisme: aujourd'hui, il y a les réclames de la calomnie. Les secondes, croyez-le bien, ne le cèdent aux premières ni pour le fond, ni pour la forme; et les unes se paient le même prix que les autres. Je pourrais vous citer des exemples et des plus fameux. Il y a même un certain nombre de partisans du droit de libre discussion qui se sont cotisés pour se donner la douce satisfaction d'attaquer ce qui leur déplaît, et d'abattre ce qui les gêne. Les réclames de la calomnie ont un immense avantage sur celles du charlatanisme. Celles-ci portent la responsabilité de leur auteur; celles-là sont anonymes. Vous savez d'ailleurs toutes les raisons qui font échouer les unes et si bien réussir les autres. Cependant, cher confrère, lorsque vous verrez plusieurs de ces réclames, sous forme d'analyses, d'extraits, de comptes-rendus ou d'attaques moins déguisées, rapprochez-les, comparez-les, et souvenez-vous du fameux apophtegme: *le style c'est l'homme*. Quoi qu'on fasse, et quelque talent qu'on ait, la plume qui écrit perce toujours sous le nom qui signe. C'est ainsi que, dans ces dernières circonstances, on a attribué au pseudonyme de certain journal, bien innocent du côté du cœur comme du côté de l'esprit (je parle du pseudonyme) des articles qui, s'ils étaient vrais, ajouteraient une nouvelle page aux tristes pages du cœur humain. On a prétendu que cet homme, dont la GAZETTE MÉDICALE et son rédacteur ont pris si loyalement et si fructueusement la défense dans une occasion difficile, serait l'auteur d'une diatribe sans goût ni mesure qui se reproduit périodiquement toutes les semaines contre cette même GAZETTE et ce même rédacteur. Outre que nous avons l'instinct et le désir du contraire, la morale et le bon sens disent qu'il n'en peut être ainsi: entre une chose dégradante et un acte de perfide habileté, il n'y a pas à hésiter. On préfère s'en rapporter à l'axiôme de Buffon qu'aux suggestions d'un sentiment moins calme. Or, si vous avez la patience de vous livrer à cette étude, vous verrez dans le journal en question des articles dont la violence est digne d'une haine mieux motivée, et

inférieurs, de l'extrémité supérieure droite, dn côté droit de la tête, et enfin des veines pulmonaires gauches. Avec ces désordres, la malade était sans fièvre et n'offrait que de la dyspnée jointe aux symptômes d'apoplexie pulmonaire.

Nous avons vu l'an dernier, dans le même service, sur une antre femme accouchée depuis neuf jonrs, une oblitération de la veine-porte et des veines mésaraiques. Cette lésion, ainsi qne le démontra l'autopsie, empêchait le sang de passer par ses voies naturelles, et forçait ce liquide à transsuder dans l'intérieur à travers ses parois infiltrées. An-dessous de chaqne valvule connivente se tronvait nn petit caillot noir, allongé, sans adhérence. La mnqnense était hérissée de villosités rougeâtres. Le tissu sous-mnqueux infiltré par un liquide ensanglanté, plastique, an milien duquel on voyait des points de sang coagulé. Ce tissu avait trois lignes d'épaisseur.

Quoi qu'il en soit de ces phénomènes que la rareté rend senls intéressans, l'étude du siége de la *phlegmatia alba dolens* démontre qne cette affection se manifeste plns sonvent dans les extrémités inférieures. Le membre abdominal ganche est plus sonvent affecté que le droit; mais ils penvent l'être tons les deux en même temps. Puis viennent, par ordre de fréqnence, la *phlegmatia alba dolens* des membres snpérieurs de la tête ou des viscères. Ainsi, je tronve dans la GAZETTE MÉDICALE de 1839 l'extrait d'une leçon dn docteur Burns, dans laquelle se trouve le relevé snivant qui résulte de l'analyse de 20 cas de *phlegmatia alba dolens*. Treize existaient à gauche et nne senle à droite; six étaient doubles. Parmi nos malades, qnatre présentaient cette affection des deux côtés à la fois; elle existait à droite chez nne seule d'entre elles, et, chez l'autre, elle occupait le bras droit, le côté droit du col et de la tête, et avait envahi l'artère pulmonaire. Dans un autre cas, nons avons tronvé l'oblitération veineuse concentrée dans la veine-porte.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES BAINS DE RIVIÈRE A BASSE TEMPÉRATURE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS SUR LES BAINS D'ARVE, DANS LE CANTON DE GENÈVE, par le docteur HERPIN, membre du conseil de santé et du conseil d'instruction publique du canton de Genève.

(Suite. —Voir les numéros 12 et 13.)

CHAPITRE III.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES.

Pour apprécier les effets physiologiqnes des bains d'immersion dans l'Arve, je ne m'en suis point rapporté à mes propres sensations; je ne me suis point laissé influencer non plus par la connaissance antérieure des effets généralement décrits des bains froids; mais j'ai interrogé avec soin, et sans leur préparer lenr réponse, des personnes intelligentes et douées d'uu esprit observateur, sur tont ce qu'elles éprouvaient pendant et après le bain. Ce qni suit est le résumé de leurs réponses comparées, de mes observations personnelles et de quelques expériences directes.

La première affusion donne lieu à ce saisissement, à cette surprise désagréable qu'on éprouve toujours à la projection brusque de l'eau froide sur le corps; il s'y joint, surtout quand l'ean tombe sur la poitrine, une sensation de suffocation qui varie singulièrement selon les personnes et qui est nulle chez quelques-unes.

L'immersion dans l'eau, après cette préparation, n'est point pénible; mais elle augmente ordinairement un pen la sensation de dyspnée. Les jeunes enfans qu'on plonge dans l'ean, indépendamment de l'effroi causé par les premiers bains, continuent pour la plupart à crier toutes les fois qn'on les immerge dans l'Arve. La sensation est donc réellement assez vive. Pendant la durée dn bain, la respiration continne à être un peu gênée et singultueuse; quelqnes baigneurs ne pourraient pas parler. A cette dyspnée pen marquée et qui va en diminuant, succède le plus sonvent une douleur, légère d'abord, puis de plns en plus vive, dans les muscles, surtout dans les membres immergés qu'on n'agite pas. Ainsi, si les jambes restent immobiles, elles sont le plus sonvent le siége de ce malaise; si on nage des extrémités inférieures en retenant la corde avec les mains, la sensation péuible se fait sentir surtont dans les bras. Ces douleurs, qui ressemblent un pen à celles dn rhumatisme musculaire, sont quelquefois, mais rarement, portées jusqu'à déterminer des crampes; cependant je counais une dame qui a pris, et en toutes saisons, un très grand nombre de bains et qui n'a jamais pn sortir de l'ean sans pousser des cris que lui arrache la donleur des crampes; elle les diminne beaucoup en se baignant avec des souliers. An reste, les vêtemens dans l'eau paraissent atténuer on empêcher les divers malaises que j'ai indiqués. Ces malaises diminnent à mesure qu'on répète les bains, et, comme je l'ai déjà dit pour la dyspnée, sont presque nuls pour beaucoup de personnes.

L'état de la circulation dans le bain est assez remarquable. Le 2 août 1843, à quatre beures et demie dn soir, l'air à l'ombre étant à 21° (26,2), l'Arve à 9°,9 (11,4), sa banteur à 1m,10, j'ai constaté chez trois jeunes garçons de 8 à 10 ans, qui se baignaient en plein air an bord de la rivière, qu'an bout d'une minute d'immersion le pouls radial disparaissait, et que les battemens dn cœur devenaient de plus en plus intenses, mais sans être accélérés, autant dn moins qu'il est permis d'en juger sans se servir d'une montre. J'ai fait les mêmes observations sur moi-même; seulement, comme il ne m'est pas possible de rester *immobile* dans l'Arve plus de trois quarts de minute, je n'ai pas prolongé l'expérience an-delà, et j'ai tronvé vers la fin de ce temps mon pouls très affaibli, mais encore perceptible; les battemens dn cœur étaient anssi plus forts sans accroissement de fréquence; une seule fois, car l'expérience n'est ni facile ni agréable à faire dans un courant rapide, je comptais avec ma montre les pulsations de mon cœur pendant une demi-minnte, après un quart de minute d'immobilité, précédé dn temps nécessaire pour les affusions et l'immersion, et j'en tronvai le nombre exactement à 72, mon pouls ordinaire.

An moment de la sortie de l'ean et immédiatement après, on observe les faits suivans:

Si, sans s'être baigné soi-même, on pose la main sur le corps d'une personne qui sort du bain, on éprouve l'impression d'une température très basse. J'ai été curieux d'en déterminer approximativement le degré; le 26 août 1843, à quatre beures et demie du soir, la hanteur de l'eau

---

dont le style reflète jusqu'aux moindres particularités du langage et des habitodes littéraires de certain écrivain plus directement intéressé. Le travestissement est habilement ménagé, mais pas assez cependant pour que, sous le manteau de Crispin, on ne reconnaisse les allures de Mascarilte. En voulez-vous une preuve: Mascarille a nne foule d'expressions favorites, celles-ci, par exemple: les avocats ont eu de *magnifiques* inspirations: l'avocat-général a prononcé de *magnifiques* paroles; l'auteur a une *magnifique* réponse à vous faire. Le magnifique est partout. C'est un mot tout à fait à son usage. Un jour, interpellé par un académicien sur le mérite de certain candidat, il lui répondit: C'est une *magnifique* intelligence. L'académicien, qui savait probablement à quoi s'en tenir, n'a vu là qu'une affaire d'habitude, et il a voté pour une autre intelligence, fort estimable sans doute, mais qui n'était pas absolument magnifique.

Je n'en finirais pas, cher confrère, si j'avais à vous faire connaître tontes les ressources du droit de libre discussion. C'est déjà une chose fort ancienne et fort connue en elle-même, mais qu'on rajeunit tous les jours, et qu'on parvient à maintenir intéressante à l'aide d'une foule d'expédiens nouveaux et imprévus. Je ne vous parle pas du système d'*équivoques* qui vous permet d'imputer à un homme une foule de choses désagréables, tout en ayant l'air de ne dire que la vérité. Par exemple, vous voulez faire croire à nne Académie et an public qu'un chirurgien est absurde, qu'il coupe des muscles paralysés, qu'il estropie ses malades, qu'il les fait succomber à ses téméraires tentatives, rien de plus facile: vous écrivez que le dit chirurgien opère des snjets *paralysés*, bien qu'il ne coupe que des muscles rétractés chez des sujets atteints de paralysie; vous dites qu'une pauvre opérée ne *peut plus coudre*, alors que vons savez qu'elle n'avait jamais pn tenir l'aiguille; vous ajoutez qu'un certain nombre de malades traités sont *morts à l'hôpital*, alors que vons savez très bien qu'ils sont morts dans d'autres services, et de toute antre chose que de leurs opérations. Cette méthode, cher confrère, offre des ressources inépuisables. C'est celle qui suppntant naguère, au moyen de certaines interprétations statistiques, la mortalité produite par les opérations sous-cutanées, concluait sérieusement que la ténotomie était plus dangereuse que la taille. Le système est bien connu: mais tous les procédés ne le sont pas; en voici un tout nouvean, et qui mérite de fixer particulièrement votre attention. Lorsque l'anteur de la myotomie souscutanée crut devoir écrire à l'Académie des sciences ponr rassurer sur les suites de ses opérations, il affirma que sur plus de 4000 ténotomies, il n'avait perdu aucun malade. Un journal, nn des principaux organes du droit de libre discussion, écrivit le lendemain que l'Académie des sciences avait été induite en erreur; qu'on connaissait entre autres faits contraires à l'assertion du ténotomiste, un cas de tétanos auquel nn de ses opérés aurait succombé. Il ajontait qu'il tenait ce renseignement de bonne sonrce, d'hommes dignes de foi. Cela rappelait assez bien les *revers graves* révélés naguère par M. V. à M. M., et nous n'étions pas très éloigné de croire que le cas de tétanos eût la même sonrce. Nous priâmes poliment l'auteur de cette nouvelle allégation de s'expliquer, de citer le fait: savez-vous ce qu'il répondit: « Nous prendrons des renseigne-» mens et nous dirons plus tard *franchement* ce qu'il en est. » Voyez-vous le droit de libre discussion, qui commence par vous accuser de mensonge sur la foi de M. V. ou de toute autre assertion équivalente, qui vous promet ensuite de

étant de 1^{m},00, la température de l'air à l'ombre de 19°,5 R. (24,1), celle de l'Arve à 11°,2 (14,0), j'ai plongé la main droite dans la rivière pendant une minute, tandis que je tenais dans la gauche bien fermée la boule d'un thermomètre assez sensible; le thermomètre s'y étant élevé à 27°,5 (34,4), j'essuyai rapidement la paume de la main immergée, et j'y plaçai le thermomètre tenu bien serré; il descendit assez vite à 17°,5 (21,9). Dans une seconde expérience exactement semblable, le thermomètre, étant monté à 26°,5 (33,1) dans la main gauche, descendit à 17°,0 (21,2) dans la droite.

Deux jours après, le 28 à six heures du soir, hauteur, 0^{m},88; température de l'air, 18°,5 (23,1); celle de l'Arve, 11°,5 (14,4); j'engageai un garçon de 8 ans à rester une minute dans l'eau; à sa sortie, et l'ayant fait asseoir, je plaçai entre ses cuisses qu'il serra fortement l'une contre l'autre la boule de mon thermomètre, mais il s'était écoulé quelque temps entre la sortie du bain et l'expérience; le mercure descendit promptement à 20°,5 (25,6). Je refis la même expérience sur un autre garçon de 8 ans 1/2, mais après avoir essuyé les cuisses et agi plus rapidement, le thermomètre descendit à 18°,5 (23,1). J'avais fait un autre essai sur l'un d'eux, quelques instans avant, en mettant l'instrument sous l'aisselle, mais comme il n'avait pas tenu ses épaules immergées, si ce n'est momentanément, le thermomètre ne descendit qu'à 24°,5 (30,6).

Dans ces différens cas, je laissai le thermomètre en place une minute environ; il y resta stationnaire; je ne l'y maintins pas davantage parce que les enfans grelottaient.

Je crois ces expériences assez neuves, et cet abaissement de température jusqu'à 18° (22,5) plus ou moins m'a vivement surpris; je n'ai pas besoin de dire que j'ai pris toutes les précautions possibles pour être à l'abri d'erreur. Mon thermomètre est à mercure et à boule isolée de 0^{m},08 de diamètre.

Mais ce refroidissement n'est pas le seul phénomène que présente la peau à la sortie du bain; elle a, à un degré très marqué, l'aspect chagriné (peau de poule); pâle au moment même où on quitte l'eau, elle rougit bientôt chez un assez grand nombre de personnes, et cela dans une étendue plus ou moins grande; mais les cas où la peau ne se colore pas s'observent assez souvent. La rougeur quand elle existe n'est pas uniforme, mais piquetée ou plutôt *granitée* comme l'est souvent celle de la scarlatine, dont elle n'a pas du reste la nuance.

On croit généralement, et en particulier les médecins hydropathes, que cette rougeur est d'un bon augure, qu'elle indique une réaction facile et fournit des présomptions favorables sur le résultat du traitement. J'ai souvent interrogé des malades sur ce fait; et il ne m'a pas paru qu'on pût tirer de cette apparence aucun pronostic. J'ai vu des personnes chez qui la peau rougissait très facilement ne pas se réchauffer le reste de la journée, et même être obligées pour cela de renoncer aux bains d'Arve; d'autres dont la peau restait pâle réagir vite et s'en trouver très bien. Je n'ai pu du reste déterminer à quelles conditions organiques se liait la présence ou l'absence de cette coloration. Elle ne m'a paru en rapport ni avec telle ou telle couleur de cheveux ni avec le degré de finesse de la peau, ni avec l'embonpoint ou la maigreur, ni avec tel ou tel tempérament. Au reste, si ce phénomène, comme cela est probable, est un premier signe de réaction marquant le retour du sang à la peau, il ne constitue qu'une réaction fort incomplète; car la rougeur me semble être beaucoup plutôt due à une congestion passive du système capillaire qu'à une congestion active. En effet, on observe en même temps que les veines superficielles sont effacées, que les lèvres sont plus ou moins violacées et que la face l'est aussi un peu si le bain a été prolongé. Le pénis, turgescent et violet dans sa portion sous-muqueuse, contracté dans sa portion sous-cutanée, me semble par cet aspect indiquer la théorie de la coloration générale qui serait due à la compression des veines par la peau, dont la rétraction dans toute son étendue est évidente. Cette même rétraction qui chagrine la peau est aussi du moins en partie la cause de la fermeté de tous les muscles qui est encore un des résultats frappans parmi les effets immédiats du bain. Cette fermeté reconnaît certainement aussi pour cause un état de contraction organique des muscles eux-mêmes, contraction qui, quand elle est portée trop loin, détermine probablement les douleurs musculaires et les crampes dont nous avons parlé. Pour revenir à la rougeur, nous dirons qu'elle persiste quelque temps encore après qu'on est habillé.

J'ai plus d'une fois compté mon pouls au moment même où je venais de m'envelopper au haut de l'escalier; je l'ai toujours trouvé à 82 ou 86, c'est-à-dire plus fréquent de 10 à 14 pulsations; cette fréquence avait déjà cessé quand j'étais habillé, quatre minutes après la sortie du bain. J'ai observé des résultats fort analogues chez les trois jeunes garçons dont j'ai déjà parlé dans les expériences du 2 août. A l'instant même où ils étaient sortis du bain, le pouls était encore insensible au poignet et les battemens du cœur très forts; ces battemens comptés à la montre donnaient de 8 à 24 pulsations de plus qu'avant l'entrée dans l'eau, sans toutefois que le pouls d'aucun d'eux dépassât 96. Moins de cinq minutes après, ces enfans qui frissonnaient encore avaient repris leur pouls normal quant à la fréquence; mais il était encore faible. En général, les phénomènes de dépression sont plus intenses et ceux de réaction plus lents à s'établir après les bains prolongés et les immersions répétées qu'après les bains uniques et courts.

Au reste, tous les malaises qu'on éprouve à la fin du séjour dans l'eau cessent très vite quand le bain a été pris méthodiquement; on a encore quelquefois, en mettant ses vêtemens, de la constriction de poitrine, mais à un degré léger. Dès qu'on est enveloppé dans son drap, au sentiment de froid et à quelques frissons qu'on éprouvait en sortant de l'eau, succède bientôt la sensation d'une douce chaleur, et on n'éprouve pas le besoin de s'habiller promptement; il n'en est pas moins prudent de se hâter. J'aurais désiré faire sur le retour de la chaleur plusieurs expériences analogues à celles que j'ai décrites; mais la chose est difficile, et je me suis borné à une seule expérience sur moi-même. J'ai dit que chez les jeunes garçons sur lesquels j'ai fait des observations de température le 28 août, je n'en avais pas prolongé la durée au-delà d'une minute, parce que je ne voulais pas qu'ils restassent plus longtemps sans se vêtir; mais immédiatement après et dans les conditions que j'ai indiquées, je plongeai ma main dans l'Arve pendant une minute, comme je l'avais fait le 26 août et l'ayant promptement essuyée, je plaçai dans la paume de cette main, mon thermomètre alors à 28° (35°); je l'y maintins hermétiquement serré pendant quinze minutes, dont les dix dernières furent employées à une marche rapide. Voici quelle fut la marche de l'instrument :

Il descendit d'abord assez vite à 17° (21,2).

Deux minutes après le commencement de l'expérience, il était au même point.

Six minutes après, il était encore à 18° (22,5).

---

prendre des renseignemens, et qui, ou bien ne les prend pas parce qu'il n'a pas besoin de les prendre, ou bien les prend et les garde pour lui : car, jusqu'ici, cher confrère, l'auteur du cas de tétanos mort à la suite d'une opération de ténotomie s'est abstenu de dire *franchement* qu'il avait abusé ses lecteurs. Il a eu tout bénéfice à cela.

Vous croyez savoir maintenant, cher confrère, ce que c'est que le droit de libre discussion. Quelle erreur est la vôtre! vous ne connaissez encore que la moitié du sens qu'il faut attacher à ce mot. Vous savez de quelle manière les promulgateurs de ce droit l'entendent et s'en servent pour leur propre compte; mais vous ignorez comment ils en règlent l'usage pour les autres. Pour eux, vous l'avez vu, liberté pleine et entière de vous poursuivre avec toutes sortes d'armes, toutes sortes de moyens. Ils altèrent vos paroles, vos actes, ils accusent vos intentions. Vos idées, vos méthodes sont travesties; votre pratique, vos malades sont fouillés. Les prétextes, les équivoques, l'injure, l'outrage, la diffamation, rien ne leur fait faute. En un mot, le système du libre examen est poussé jusqu'à l'espionnage, et le droit de libre discussion jusqu'à la calomnie. Voilà pour celui qui attaque. Mais pour celui qui est attaqué ce n'est plus la même chose. On lui conteste jusqu'au droit de se défendre. On trouve une foule de raisons pour l'empêcher de parler, et quand il parle, on s'arrange de façon à étouffer ou travestir sa défense. Ainsi, il a voulu protester contre une attaque inouïe, produite au sein même de l'Académie : on a invoqué les règlemens et les usages, et à défaut de règlement, on a eu recours à la raison du plus fort : les partisans du droit de libre discussion se servent aussi bien de leur voix que de leur plume; quand ils croient n'avoir rien de bon à répondre, ils trouvent plus court de vous empêcher de parler. Leur prétention ne s'arrête pas là. Ils voudraient même que les bienséances académiques, sinon les règlemens, nous empêchassent d'écrire. Ainsi, nos idées, notre méthode, notre personne, notre caractère, ont été indignement attaqués; ces attaques ont été répandues à profusion dans le public, et ils nous accusent de nous défendre. Cela ne leur paraît pas convenable, cela ne s'est jamais vu; il eût fallu attendre le jugement de la commission nommée; de sorte que s'il plaît à la commission de ne faire son rapport que dans six mois ou un an, ou s'il lui plaît de n'en pas faire du tout, ce qui pourrait bien arriver, nous aurions dû, par respect pour les convenances académiques, nous taire et laisser la calomnie achever tranquillement son œuvre. Ne trouvez-vous pas, cher confrère, ces doctrines éminemment nouvelles et surtout très libérales? Vous qui savez tout ce que cela veut dire, et qui ne fléchissez pas devant cette terreur au petit pied, vous vous demanderez s'il n'eût pas mieux valu, pour la cause qu'on défend, rétorquer une réponse que de l'accuser d'inconvenance. A la place de nos intraitables adversaires, vous vous seriez bien plus préoccupé de prouver que des argumens sont contraires à la vérité qu'en désaccord avec les bienséances. Mais ces messieurs ont leurs raisons d'en agir autrement; leur système consiste à détruire la chose par la personne. Cela est plus facile, plus commode, et surtout plus expéditif que la recherche de la vérité. Ainsi, pour nous renfermer dans le cercle des faits en discussion, vous avez vu que bon nombre des sujets qu'on avait dit avoir examinés et fait examiner étaient morts ou absens depuis des années; qu'une mère qui se félicitait de l'opération pratiquée à sa fille n'avait pu le faire que de l'autre monde; qu'une claudication survenue, disait-on, après la myotomie, était due à une luxation congénitale;

Neuf minutes après, à 19° (23,7).

Quinze minutes après, fin de l'expérience, à 23° (28,7).

Et cependant dès les premières minutes, je n'éprouvai point la sensation d'une fraîcheur désagréable, au contraire, et je n'aurais pas supporté ma main à cette température.

Les autres fonctions ne m'ont présenté à la sortie du bain et un peu après aucun phénomène remarquable ; seulement on ressent quelquefois le même besoin qui se fait sentir plus ou moins après chaque espèce de bain ; mais qui, ici, ne peut avoir pour cause l'absorption de l'eau, dans laquelle on a si peu séjourné. On éprouve aussi au retour, pendant les premiers jours de la cure, quelques légères douleurs musculaires, surtout dans les jambes ; mais déjà un appétit assez vif vous engage, malgré ce malaise, à presser un peu le pas. Dans le reste de la journée, à la même période de la cure, on ressent aussi quelquefois un peu de pesanteur de tête et de la somnolence.

Il est curieux de connaître l'impression que procurent les bains d'Arve dans les cures continuées en hiver. Toutes les personnes que j'ai interrogées sur ce sujet s'accordent à dire que les sensations éprouvées et les effets immédiats des immersions dans la rivière à 2° R. ne différaient en rien de ce qu'on ressent en été. Je n'ai donc rien à dire de particulier sur les bains de cette saison froide.

On peut résumer ainsi les principaux phénomènes que nous avons observés comme effets immédiats des bains d'Arve :

Refroidissement à l'extérieur qui peut descendre à 17° R. (21,2) ; retour lent de la chaleur, plus lent que la sensation propre ne le fait présumer.

Dans l'eau, décoloration de la peau, promptement suivie à la sortie, chez le plus grand nombre, d'une rougeur qui coïncide avec une diminution notable de la circulation dans les veines superficielles et la couleur bleuâtre des muqueuses.

Contraction organique du derme et des muscles.

Etat plus ou moins convulsif de la respiration qui cesse assez vite hors de l'eau.

Dans le bain, affaiblissement très marqué de la circulation artérielle, à la périphérie, sans accélération du pouls, véritable obstacle à la circulation contre lequel le cœur lutte de plus en plus ; à la sortie, accélération du pouls, en général peu marquée, qui cesse au bout de quelques minutes et longtemps avant le rétablissement de la chaleur normale.

Je me suis servi plus d'une fois dans le cours de ce chapitre et dans celui qui précède (v. GAZ. MÉD., n. 13) du mot *réaction*. Le court résumé que je viens de faire des effets immédiats du bain froid me semble prouver que cette expression est ici mal appliquée. En effet, la réaction suppose qu'à une rupture d'équilibre et à un mouvement dans un sens donné, il succède un mouvement qui dépasse, en sens opposé, l'état primitif ; or le bain d'Arve, pris dans les conditions que j'ai indiquées, est suivi presque toujours du retour immédiat à l'équilibre des fonctions, et non pas d'une exagération plus ou moins égale, en sens inverse, à la dépression occasionée par le froid. Si désormais donc, à défaut d'un autre mot, je me sers de celui de réaction, ce ne sera toujours que dans le sens particulier de retour à l'état normal.

Nous avons vu les effets immédiats des bains. Les effets consécutifs, c'est-à-dire les phénomènes observés dans la généralité des cas pendant la durée de la cure, si elle est bien faite, sont les suivans :

L'état de la peau est surtout avantageusement modifié ; on y éprouve un sentiment de bien-être qui frappe tous ceux qui fréquentent les bains d'Arve. Chez les personnes frileuses la peau se réchauffe, et après cinq ou six bains on peut et on doit quitter la flanelle, lors même qu'on l'a portée depuis longtemps, quitte à la remplacer provisoirement par un léger gilet de coton. Assez promptement, ensuite, on peut modifier les autres vêtemens de manière à être beaucoup plus légèrement couvert qu'on n'a eu l'habitude de l'être. La sueur cesse d'être trop facilement provoquée par le soleil ou l'exercice ; en un mot, on est beaucoup moins influencé par les variations atmosphériques ; le ton que le bain froid a donné à la peau l'a fait résister aux effets de la chaleur ; l'habitude de réagir la rend peu sensible au froid.

La force musculaire s'accroît ; les membres semblent prendre plus de souplesse ; les personnes délicates prennent goût à la promenade à pied et font sans fatigue des courses dont elles se seraient crues incapables.

L'appétit augmente, les digestions paraissent plus faciles, les personnes sujettes aux vents les rendent plus librement ; les fonctions alvines ne paraissent pas, dans l'état de santé, en être modifiées ; quelques baigneurs éprouvent un peu de constipation ; d'autres, mais plus rarement, la disposition contraire. J'ai soigné une dame qui, pendant tout le temps qu'elle prenait les bains, et elle les a pris longtemps, avait de la diarrhée au début de chaque époque menstruelle, tandis qu'à l'ordinaire elle avait alors la disposition opposée, mais ces faits sont exceptionnels.

Le sommeil est plus profond.

Je ne dirai rien des autres fonctions ; ce qui leur est relatif se résume dans cette expression commune aux habitués des bains d'Arve ; c'est qu'il en résulte un sentiment de bien-être général, de force et de légèreté. L'intelligence même participe de cette heureuse influence : « *Maussade en gagnant la rivière*, me disait en riant un de mes compagnons de bain, *j'en reviens, au contraire, aimable*, » et il l'était en effet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

DES PLAIES DE TÊTE AVEC LÉSION DU CERVEAU ; par M. GUTHRIE.

Nous détachons quelques fragmens de l'ouvrage que le savant chirurgien de l'hôpital de Westmister vient de publier, sous ce titre, en regrettant que le défaut d'espace ne nous permette pas de donner à ces citations plus d'étendue. Elles suffiront du moins pour faire juger à nos lecteurs la manière vraiment pratique dont l'auteur a conçu et traité son sujet.

Après avoir rappelé que quelques personnes survivent à une lésion du cerveau très grave, tandis que d'autres succombent à des blessures insignifiantes en apparence, M. Guthrie cherche la raison de cette différence. Le résultat de mon expérience, dit-il, est qu'une même lésion est plus grave à la partie antérieure du cerveau qu'à la partie moyenne, plus à la partie moyenne qu'à la postérieure. D'autre part, une fracture du vertex

qu'une foule de cas prescutés comme en prétendu désaccord avec nos guérisons annoncées avaient été pris, au contraire, parmi les non guéris de notre relevé. Vous avez vu tout cela et bien d'autres choses encore. Or, les partisans du droit de libre discussion ont trouvé notre réponse malséante, anti-académique, personnelle ; ils nous ont beaucoup blâmé d'avoir consulté (ce qui était dans notre droit) le factum que nous avions à confondre. Ces mêmes partisans du droit de libre discussion nous ont fait un crime d'avoir cité textuellement les paroles de notre adversaire (nous n'avons jamais eu, il est vrai, le même reproche à leur adresser). N'eût-il pas été plus simple et surtout plus profitable à leur cause de fournir des certificats de vie des sujets que nous avons déclarés morts, et un diagnostic authentique de la non luxation que nous avons dit exister ? Au lieu de cette réplique trop vulgaire, ils nous ont envoyé force personnalités, force inductions offensantes, force injures, force calomnies. De tout cela, il restera sans doute quelque chose ; c'est un calcul qui n'a pas trop mal réussi jusqu'à présent à nos adversaires ; ils le savent bien. Mais nous espérons aussi que les hommes éclairés et impartiaux de la profession finiront par y voir clair, et qu'ils feront y voir ceux qui n'ont pas pu ou pas voulu ouvrir les yeux jusqu'ici.

A propos de certificats authentiques, que nous aurions crus préférables à des injures, il nous reste un dernier scrupule. Il a été dit à l'Académie, et vous avez sûrement lu dans le compte-rendu des journaux, qu'une certaine *société de chirurgie* avait constaté la réalité des résultats portés devant l'illustre assemblée. Cette déclaration générale, solennelle, pourrait vous inquiéter sur le sort de nos affirmations particulières. Rassurez-vous, cher confrère ; en attendant plus amples explications, nous allons vous donner sur la dite société quelques renseignemens qui seront peut-être propres à vous faire prendre patience et à calmer vos inquiétudes. Pour votre complète instruction et édification, je suis obligé de reprendre les choses d'un peu haut.

La Société dite de chirurgie était peu connue, quoique sans doute elle méritât de l'être davantage. Son existence s'est révélée tout à coup par deux lettres anonymes au SIÈCLE et à la GAZETTE DES HÔPITAUX, où brillent à un égal degré l'amour de la science et l'amour de la vérité. C'était jusque-là tout ce que cette estimable compagnie avait produit. Mais cela suffisait déjà pour lui assigner un rang fort au-dessus des Sociétés savantes qui ne font point parler d'elles. Depuis, sa célébrité s'est accrue en proportion des événemens où elle est intervenue. Je ne vous parle pas du rôle qu'elle a joué dans le procès intenté au droit de libre discussion, ni de la responsabilité non responsable qu'elle a prise magnanimement dans cette affaire, et que chacun de ses membres en particulier a réclamée et soutenue avec une franchise et un courage au-dessus de tout éloge. Je ne vous rappellerai pas non plus comment cette incomparable Société a donné son adhésion solennelle à une protestation rédigée tout exprès par deux de ses membres pour justifier ses propres actes. Je ne vous la représenterai pas davantage comme se décomposant, se multipliant, faisant toutes sortes d'efforts intéressans pour grossir le nombre des adhésions à son propre manifeste ; rappelant ainsi, d'une part, les évolutions qu'on fait en certain lieu avec le moins de monde possible ; et, d'autre part, les oiseaux privés à l'aide desquels on attire dans le piège les oiseaux sauvages. Tout cela est déjà ancien et parfaitement connu. Il en est de même de certain banquet offert par la dite compagnie aux représentans du droit de libre discussion, l'un iniquement condamné pour in-

est infiniment moins dangereuse qu'une fracture de la base. C'est par cette dernière circonstance peut-être qu'on peut expliquer les revers des hôpitaux civils et les succès des chirurgiens militaires qui ont le plus souvent affaire à des coups ayant porté sur la voûte du crâne.

Au sujet de l'impossibilité où l'on se trouve souvent de déterminer si une blessure doit être nécessairement mortelle, M. Guthrie cite le fait suivant: Deux hommes furent apportés comme morts à l'hôpital de Westmister. L'un était tombé du haut du dôme du palais de Buckingham sur la tête et sur le dos du second qui se promenait en ce moment. Ce dernier mourut sur la place, tandis que l'autre en fut quitte pour un léger engourdissement, et sortit de l'hôpital au bout de trois jours.

L'auteur s'élève, avec beaucoup de raison, contre l'usage d'administrer quelque boissons aux malades qui sont dans l'état comateux. M. Andrews a rapporté le cas d'un homme qui fut admis à l'hôpital de Londres. Après avoir bu, il était tombé au bas d'un escalier, avait vomi et était mort. A l'autopsie, on ne trouva rien autre chose que quelques alimens dont une partie avait passé du pharynx dans la glotte pendant le vomissement, et l'avait étouffé. — M. Guthrie a vu un homme mourir parce qu'on avait cherché à le faire vomir pendant qu'il était couché sur le dos. Quoique la déglutition soit un acte *excité* et soit produit par le simple contact de l'aliment avec l'arrière-bouche, il n'a pas moins besoin de l'attention et de la volonté pour s'exercer avec la sûreté et la précision nécessaires. Il ne faut qu'examiner ce qui se passe chez les apoplectiques pour s'assurer de l'influence du cerveau sur cette fonction.

C'est une des règles les plus délicates de la pratique que celle qui concerne la convenance des émissions sanguines dans le cas de commotion. Le fait suivant, communiqué par M. Andrews, est bien propre à faire ressortir les dangers de cette conduite quand elle est inconsidérément adoptée.

Obs. — Un jeune homme s'élance hors de sa voiture. Dans la chute, sa tête porte contre le sol; ce qui l'étourdit, mais ne l'empêche pas de retourner chez lui, à une distance d'un mille environ. Une saignée de 30 onces lui est faite: augmentation de la stupeur. Nouvelle saignée de 30 onces; celle-ci est suivie de convulsions, puis d'un état comateux plus prononcé. Relevé de cet état par l'application des stimulans extérieurs, il fut mis entre les mains d'un autre chirurgien qui jugea nécessaire d'ouvrir l'artère temporale. Mais il n'était encore sorti qu'une petite quantité de sang, quand le malade mourut.

Voici la doctrine de M. Guthrie sur ce point important de tact chirurgical. Il est un moment où l'état de dépression se change peu à peu en excitation. A cette période, la question de savoir quelle quantité de sang on retirera, ou si même on en retirera, est douteuse et fort difficile à résoudre. Mais la perte de 6, 8 ou 10 onces de sang ne peut faire de mal si elle ne fait pas de bien; et ses effets d'ailleurs éclairent toujours le praticien et lui donnent une notion plus exacte de la nature du cas. Dès que la période d'excitation est franchement dessinée, la conduite à tenir ne fait plus un objet de doute.

Comme tous les praticiens instruits par l'expérience, M. Guthrie n'est point partisan du trépan. Du moins conseille-t-il d'attendre toujours pour l'appliquer que des symptômes de compression se soient manifestés. Et encore faut-il distinguer parmi les causes de compression. Ainsi il a vu parfois la paralysie, le coma succéder assez rapidement à un coup qui n'avait, dans le premier moment, déterminé aucun mauvais effet. Dans ces cas, ce n'est pas toujours à un épanchement sanguin que sont dus ces symptômes. Ils peuvent dépendre seulement d'une congestion portant sur la portion du cerveau qui a reçu le coup. Et ce qui le prouve, c'est qu'une légère évacuation sanguine suffit pour les dissiper. J'ai souvent vu, dit M. Guthrie, le simple saignement de l'incision faite pour explorer l'état des os ramener le malade à la santé.

L'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille est l'indice d'une lésion grave. M. Guthrie pense que ce liquide provient de la cavité de l'arachnoïde. — Nos lecteurs connaissent l'opinion beaucoup plus vraisemblable de M. Laugier qui regarde ce liquide comme constitué par la partie séreuse d'une extravasation sanguine déposée à la surface crânienne du rocher.

M. Guthrie appelle ensuite l'attention sur les fractures de la table interne. Lorsque le coup a été porté par un instrument tranchant, il arrive parfois que la table interne se détache de l'externe et va presser contre le cerveau, sinon s'enfoncer dans sa substance même. On reconnaîtra cette complication en portant avec précaution un stylet mousse entre les bords de la fente de la table externe. Si en mesurant ensuite la longueur de la partie d'instrument qui a pénétré, on trouve que cette dimension n'est pas en rapport avec l'épaisseur connue des os du crâne, on peut conclure qu'il existe en effet un enfoncement de la lame interne; et souvent le choc du stylet contre la surface externe de celle-ci complétera le diagnostic de ce décollement et apprendra en même temps dans quelle étendue il s'est fait. Dans ces circonstances, le trépan est ordinairement le seul moyen à proposer.

Quant aux enfoncemens du crâne, avec ou sans fracture, M. Guthrie pense que les enfans ont plus de chances d'en guérir sans l'intervention de l'art que les adultes. Chez les premiers, la table interne se rompt moins facilement, le cerveau supporte mieux la compression, et l'os reprend graduellement son niveau. Les cas heureux de ce genre qu'il a observés depuis 20 ans, et où la guérison a eu lieu sans trépan, ont été, en grande majorité, fournis par de jeunes sujets.

Lorsque la dure-mère a été mise à découvert par le trépan, il est deux signes dont la réunion peut indiquer la présence d'un fluide au-dessous de cette membrane, ce sont sa tension et l'absence de pulsations à sa surface.

EXTIRPATION D'UN KYSTE OVARIQUE ENTIER, A TRAVERS UNE LARGE INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE; par M. WALNE.

Il y a près de 30 ans que M. Blundell avançait que l'extirpation des kystes ovariques finirait par devenir une opération usuelle. Il publiait en même temps deux cas où cette extirpation avait été pratiquée par lui, après avoir vidé préalablement la poche hydropique. Chez une de ces malades, qui guérit, il dut détacher la surface du sac des adhérences qu'elle avait avec l'épiploon.

Peu de temps après, on apprit que, dès l'année 1809, le docteur Dowal, du Kentucky, avait déjà pratiqué avec succès trois opérations de ce genre. M. Lizars, d'Édimbourg, en rendant compte des travaux du chirurgien américain, annonça qu'il avait lui-même échoué une fois, et réussi une seconde, en enlevant, cette dernière fois, le kyste tout entier. En Angleterre, l'opération a été répétée par M. Clay, de Manchester, et par M. Granville, qui, après avoir essayé une première fois cette opération sans avoir pu la terminer, à cause des adhérences étendues qu'il rencon-

---

jures, outrages, termes de mépris, l'autre honorablement acquitté pour ses allégations légères et sans valeur, pour une critique qui sort d'une discussion sage et modérée. De tous ces événemens, il n'est déjà presque plus souvenir. C'est à peine si l'on se rappelle la grande ombre, l'espèce de divinité antique qui est apparue au milieu du banquet et qui a proclamé la *sainteté* de la cause pour laquelle les convives buvaient et mangeaient avec tant de dévouement. Mais si les événemens passent, les principes restent. Or la Société, dite de chirurgie, s'est instituée pour combattre les abus, réprimer les méfaits qui affligent l'art et déshonorent la profession. Elle a pris pour devise: la *réalité dans la science* et la *moralité dans l'art*. Nous qui sentons tout le prix d'une pareille mission et toute l'influence qu'elle pourrait exercer sur notre époque assez peu orthodoxe à l'endroit des principes, nous ne négligerons aucune occasion de la favoriser; et pour en donner une preuve immédiate, nous lui rappellerons que nous avons toujours à cœur de connaître *quand*, *comment*, *par qui* et *sur qui*, elle a constaté les résultats relatifs à la myotomie rachidienne, annoncés comme vérifiés par elle et communiqués par un de ses membres aux Academies des sciences et de médecine. Elle jugera sans doute utile de répondre à cette question qui est exclusivement inspirée par son exergue: la *réalité dans la science*, la *moralité dans l'art*.

Cher confrère, nous vous devons des excuses pour la longueur de ce post-scriptum et le caractère des faits qui y sont relatés. Jusqu'ici nous vous avons assez peu habitué à des affaires de ce genre. Nous nous occupions bien plus des autres que de nous, bien plus des choses que des personnes. A qui la faute? ce n'est pas à nous, vous le savez bien, quoiqu'on ait souvent prétendu le contraire. Cependant à quoi se résoudre devant cette coalition de l'esprit de parti, devant cette ligue acharnée de tous contre un seul? Ne pas répondre. C'est ce que nous avons essayé de faire pendant longtemps; mais, l'expérience vous l'a appris, le silence est un mauvais moyen d'arrêter la malveillance. La modération l'excite, le dédain l'acharne, le mépris la met en fureur. Quelque parti qu'on prenne, elle trouve toujours moyen et prétexte de se produire. Rassurez-vous, pourtant: nous comprenons trop bien votre intérêt et le nôtre pour obéir aveuglément au besoin de nous défendre. Nous avons été surpris au milieu du torrent, nous avons fait effort pour nous en dégager: fermement attaché à la science, nous le laisserons passer désormais et attendrons tout du temps et de la justice du nombre. Elle viendra, nous en avons la conscience. Plus tard, chacun aura sa place; il en est, nous l'espérons, dont le nom et les actes auront le genre d'illustration qui leur revient; nous serons heureux de travailler à la leur assurer, en travaillant à mériter celle qu'ils nous ont faite.

— M. Bell, sous-bibliothécaire de la Faculté, a commencé son Cours d'histoire de la médecine le vendredi 19 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

tra, réussit chez une autre malade en 1827. Le cas suivant continue cette série d'opérations pour la plupart heureuses.

Obs. — Madame F., âgée de 58 ans, appela M. Walne au mois de juillet dernier pour une tumeur de l'abdomen, tumeur circonscrite, fluctuante, qui avait constamment augmenté de volume depuis plus de deux ans. D'ailleurs, *elle n'éprouvait pas de douleur et sa santé était bonne.* M. Walne, en consultation avec M. Blundell, jugea que l'extirpation du kyste devait être pratiquée, et qu'il fallait faire de préférence une grande incision, parce que ses dimensions n'augmentent pas matériellement la somme des dangers de l'opération, et qu'une grande ouverture permet mieux de triompher des obstacles qui peuvent se présenter.

L'opération fut faite le 6 novembre. La malade étant couchée, une première incision exploratrice d'un pouce et demi divisa les couches fibro-musculaires et le péritoine. Un doigt introduit dans sa cavité sentit alors distinctement le kyste. L'incision fut agrandie, de haut en bas ; verticale, mais courbe pour éviter l'ombilic, elle avait 13 pouces de longueur. La tumeur, constituée par l'ovaire droit, forma de plus en plus saillie au-dehors. M. Walne, l'ayant fait maintenir par un aide, glissa deux doigts derrière le ligament large ; puis, passant derrière le pédicule une aiguille enfilée d'un fil double, il poussa la pointe de cet instrument à travers la partie, jusqu'à la faire sortir en avant. Il put ainsi lier ensuite séparément les deux moitiés du pédicule. La tumeur, coupée immédiatement audevant de la ligature, fut extraite sans difficulté ; elle pesait plus de 16 livres. A ce moment, la malade eut quelques nausées ; mais sans résultat. Un léger écoulement sanguin qui persévérait donna l'idée de lier le pédicule en entier ; cela fait, l'hémorragie s'arrêta. On réunit la plaie avec une douzaine de points de suture entrecoupée.

La malade fut réchauffée sans beaucoup de peine. Le second jour, vers le soir, chaleur, insomnie, nausées. Le matin suivant, vomissemens. Des anodins dissipent ces symptômes.

Le 11, les vomissemens ont reparu, la nuit a été moins bonne. En levant l'appareil, on trouva que les ligatures qui avaient été laissées au-dehors avaient été attirées en partie dans l'abdomen. La malade présenta les symptômes d'une hernie étranglée ; l'emploi des anodins les fit encore disparaître. Ils revinrent cependant de nouveau le 13, et l'on s'aperçut alors qu'une des bandelettes agglutinatives, appliquée d'une manière trop serrée sur une partie de la plaie encore ouverte avait bien pu comprimer l'intestin. On l'enleva et les phénomènes morbides cessèrent promptement.

Le 29, l'opérée était entièrement guérie, excepté une petite plaie, par laquelle les ligatures sortaient. Celles-ci ne tombèrent que le 8 janvier. La plaie se ferma alors tout-à-fait.

La tumeur a été conservée intacte. Le fluide avait le caractère ordinaire du liquide des kystes ovariques. On a reconnu à la surface de la tumeur l'ovaire, mais tuméfié, développé et changé dans sa texture.

— Malgré le beau résultat qui a couronné les efforts de M. Walne, sa conduite serait difficilement justifiée aux yeux de nos compatriotes. La chirurgie française hésitera longtemps avant de suivre nos voisins dans la voie hardie qu'ils se sont ouverte. Et il n'y a pas lieu jusqu'ici, ce nous semble, à nous blâmer plus qu'à nous plaindre d'une pareille prudence. Chez nous, les femmes, il est vrai, guérissent peu d'une hydropisie de l'ovaire, mais du moins elles en meurent plus tard.

ABCÈS DU FOIE QUI S'OUVRE D'ABORD DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE ET ENSUITE DANS LE COECUM.

L'observation suivante est remarquable sous plus d'un point de vue que nous signalerons après l'avoir analysée rapidement.

Obs. — M. Wood, attaché au service médical de Madras, âgé de 44 ans, d'une faible constitution, très amaigri, et auquel on donnerait vingt ans de plus que son âge, a servi pendant vingt-un ans aux Indes. Quelques années avant de quitter le service, il avait senti ses forces faiblir et avait souffert de dyspepsie, mais sans avoir jamais éprouvé aucune des maladies aiguës qui sont fréquentes sous les tropiques. Il quitte Madras en avril 1841 et éprouva à Bombay une grave attaque de dyspepsie ; arrivé en Angleterre en juin 1841 dans un état de faiblesse et d'amaigrissement très prononcés, il y éprouve pour la première fois des symptômes de trouble du côté des fonctions du foie, et qui sont bientôt suivis d'une augmentation de volume du foie. Il se traita par les pilules bleues et les purgatifs qui ne lui procurèrent aucun soulagement. En octobre, la tumeur lui parut s'être étendue subitement et en une seule nuit jusqu'aux parties centrales et latérales de la région ombilicale, mais sans aucune autre sensation, au moment même où s'opéra ce changement, que celle d'une distension, et d'un état de plénitude dans les points où la tumeur s'était étendue. L'hiver de 1841 et 42 se passa dans un état déplorable avec continuation des accidens auxquels les altérans qu'on employait continuellement n'apportaient aucun soulagement. Au mois d'avril et de mai, après avoir éprouvé des tortures horribles par le passage de quelques calculs biliaires, il vit sa santé s'améliorer notablement ; car il reprit des forces et de l'embonpoint. En mai 1842, il commença à prendre les bains froids et les continua jusqu'au mois d'août, époque où il remarqua que la tumeur avait beaucoup augmenté de volume et était devenue le siége de douleurs obtuses. A cette époque, la tumeur était dure et douloureuse à la pression, et on en trouvait une autre dans la région cœcale. La santé était très mauvaise ; le pouls à 96 ; l'urine rare et très colorée ; il n'y avait ni frissons ni sueurs froides ; mais une constipation prononcée. M. Martin, que consulta le malade à cette époque, lui prescrivit les bains d'acide nitro-muriatique, l'usage fréquent de purgatifs, et de temps en temps des bains tièdes.

Au bout d'un mois, la tumeur principale avait considérablement diminué, celle de la région cœcale avait entièrement disparu et l'état général du sujet était notablement amélioré, mais s'étant absenté de la ville à cette époque il fut pris de catarrhe et de diarrhée, pour lesquels il revint à l'usage du mercure, et à partir de ce moment ses forces déclinèrent rapidement.

Le 28 septembre, M. Martin constata la fluctuation dans la tumeur ; le malade était arrivé à une maigreur extraordinaire ; son pouls était à 120 ; il y avait du délire la nuit ; mais à aucune époque il n'y avait eu de frissons ni de sueurs froides. La langue était brillante, rouge, sèche et excoriée. La tumeur était le siége de vives douleurs, surtout vers son centre, et desquelles on conclut que sur ce point le péritoine était enflammé et qu'il existait probablement des adhérences entre les deux feuillets de cette séreuse ; car il y avait autour du centre et dans une étendue de 4 ou 5 pouces de distance une dureté distincte, et le changement de position du corps n'en apportait aucune dans le point où l'on sentait la fluctuation. On résolut d'ouvrir l'abcès, seule chance favorable, bien que très faible, qui restât au malade.

M. Johnson fit donc d'abord au centre de la tumeur une ponction exploratrice, et l'aiguille ayant rapporté des traces évidentes de pus, un troicart, de grosseur moyenne, fut enfoncé le 2 octobre profondément dans la direction de l'abcès et donna issue à 6 onces d'un pus floconneux. La canule laissée en place jusqu'au 5 continua à fournir passage à une grande quantité de pus, et le malade les premiers jours se sentit bien soulagé, le délire ayant cessé et le pouls étant tombé à 90 ; mais la fièvre augmente de nouveau ; le malade s'affaiblit de plus en plus ; l'écoulement du pus s'opère abondamment par l'ouverture de l'abcès, et quand on l'arrête ou le retarde le malade se sent beaucoup de malaise et même de douleurs dans la région du foie qui disparaissent aussitôt que l'on a donné issue au pus. Mort le 9 octobre.

Autopsie. Maigreur considérable, adhérence générale entre les deux plèvres, le cœur plus gros que d'habitude est chargé de graisse. L'épiploon, également chargé de graisse, est partout adhérent à la paroi abdominale. Le foie forme une tumeur volumineuse qui s'étend dans l'hypocondre gauche et en bas, beaucoup au-dessous de l'ombilic, adhérent sur tous les points aux organes avec lesquels il se trouve en contact.

En examinant l'ouverture qui a été faite pendant la vie, on trouve qu'elle conduit dans une cavité considérable située à la partie supérieure du lobe droit du foie ; puis de son bord libre, entourée d'adhérences denses et fermes qui sont établies entre les deux feuillets du péritoine. L'abcès du foie lui-même s'étendait dans l'intérieur de l'organe où il s'était frayé une issue par une large ouverture ulcéreuse à sa face inférieure formant un vaste dépôt de pus dans le point même qu'occupait la vésicule dont il ne restait pas la moindre trace. On suit le canal cholédoque depuis l'intestin jusqu'à cette cavité dont il n'est séparé que par un caillot de lympbe. Plus bas encore l'abcès s'était frayé une route dans le cœcum par une large ouverture qu'offrait cet intestin dans la paroi opposée à la valvule iléo-cœcale.

Le tissu du foie était un peu induré ; son lobe droit présentait une apparence lobulée fort remarquable, et était divisé en trois ou quatre petits lobes. Les reins sont à l'état normal ; les autres organes ne sont pas examinés.

Le docteur Jonhson ne balance pas à attribuer la marche fâcheuse de cette maladie à l'abus fait par le malade lui-même du mercure qui avait réduit ses forces au point qu'il n'a plus été possible de les relever ; aussi ne voit-on survenir, pendant le cours de la maladie, aucun signe de réaction, ni en frissons ni en sueurs froides qui annoncent la suppuration des grands organes, et le malade, arrivé à un état de cachexie, est enlevé par une mort devenue inévitable, bien que l'abcès se fût frayé une route qui pouvait faire espérer une terminaison plus heureuse. L'absence complète de toutes traces de la vésicule du foie, la perforation du cœcum et surtout la présence de nombreuses adhérences entre le foie et les parois abdominales et qui ont empêché la matière purulente de s'épancher dans la cavité abdominale à la suite de l'ouverture de l'abcès sont des circonstances fort importantes et qu'il nous suffit de signaler en ce moment.

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro de juillet 1843 se compose des articles originaux suivans : 1° *Les mariages si précoces dans les pays orientaux ne prouvent pas que la puberté y soit plus précoce* ; par M. Roberton. 2° *De l'état du sang dans les veines, en santé et en maladie* ; par M. Holland. 3° *Notes médicales sur la Syrie* ; par M. Ebenezer Robertson. (Premier article.) 4° *Sur l'asthénopie* ; par M. Mackenzie. (C'est le nom donné par l'auteur à la kopiopie ou disposition à la fatigue des yeux. Cette monographie sur une affection déjà si étudiée ne mérite pas d'être reproduite ici.) 5° *Plusieurs cas d'hémorragie utérine et un d'hématurie traités avec succès par l'usage à l'intérieur de l'acide gallique* ; par M. Stevenson. 6° *Statistique vitale et tribut à la pathologie* ; par M. Boyd. 7° *Sur les médicamens tirés du règne végétal, de la pharmacopée d'Edimbourg* ; par M. Samuel Thomson. 8° *De l'importation et de la propagation de la fièvre jaune* ; par M. Fergusson. 9° *Cas*

remarquable de suicide par une grosse clef de fer introduite dans l'œsophage; par M. Robert Jackson.

LA FRÉQUENCE DES MARIAGES A UN AGE PRÉCOCE QUI ONT LIEU EN ORIENT N'EST POINT UNE PREUVE DE LA PRÉCOCITÉ DE LA PUBERTÉ; par le docteur J. ROBERTON.

L'auteur de ce travail s'est occupé, comme le savent tous ceux qui ont quelques connaissances dans la bibliographie médicale moderne, de l'histoire naturelle de la puberté; et dans les travaux qu'il a publiés sur ce sujet il a surtout combattu l'opinion généralement admise que la puberté est plus précoce sous les tropiques que dans les climats froids, soutenant que si les mariages se faisaient en Angleterre à un âge aussi rapproché de l'enfance que cela a lieu dans l'Indostan, on observerait dans le premier de ces deux pays autant de cas de fécondité précoce que l'on en rencontre dans le second, et affirmant que dans tous les pays où l'on remarque la précocité des mariages et du rapprochement des sexes, on ne doit point l'attribuer à une disposition particulière, mais seulement à la dégradation morale et politique manifestée par les mauvaises lois et les coutumes funestes, par l'état des femmes plus ou moins rapproché de l'esclavage, par l'ignorance et surtout par l'influence de croyances religieuses immorales et avilissantes. Dans le travail que nous avons sous les yeux, faisant l'application de cette théorie à l'Angleterre, l'auteur se propose de démontrer que dans ce dernier pays les mariages hâtifs étaient très communs, sinon dans tous les rangs, au moins parmi la noblesse, à une époque où la nation se trouvait sous l'influence de quelques-unes des circonstances fâcheuses que nous venons de signaler; et que ces mariages étaient également très fréquens à une époque récente dans tous les rangs des Irlandais. Pour arriver à cette démonstration, l'auteur croit devoir faire des recherches semblables sur les divers pays des climats tempérés; ne pouvant le suivre dans cette étude, nous nous bornerons à en citer les principales conclusions, laissant à ceux que ces questions intéressent sous les points de vue hygiéniques et médico-politiques à en chercher la preuve dans le travail original.

1° En Angleterre, en Allemagne, et en général dans toute l'Europe protestante, les mariages précoces, c'est-à-dire les mariages contractés à l'âge de la puberté sont comparativement rares.

2° Les mariages précoces sont fréquens parmi les tribus sauvages qui se trouvent dans le cercle arctique. Il en est de même dans tous les pays froids sans exception, dont les habitans sont dans un état d'ignorance et de dégradation morale.

3° A une époque peu éloignée de nous, les mariages très précoces étaient extrêmement nombreux dans toute la Russie européenne dont la civilisation est, comme personne ne l'ignore, si peu avancée.

4° Aujourd'hui encore les mariages sont très précoces dans la plupart des contrées méridionales de l'Europe où le peuple est plongé dans l'ignorance et la superstition.

5° Dans toute l'Irlande qui, sous le point de vue de la condition morale, ressemble beaucoup à ce dernier pays, le mariage est contracté dans la population catholique à un âge aussi peu avancé.

6° En Angleterre aussi les mariages précoces étaient très fréquens, au moins dans la classe aisée, il y a deux siècles, époque où les conditions politiques et sociales étaient favorables à cette coutume.

7° Dans tous les pays où la question a été examinée, on a remarqué que la précocité du mariage se rencontrait constamment avec l'ignorance et l'absence de civilisation, et sans aucune influence du climat.

8° Il semble donc permis d'inférer de tous ces faits que la précocité des mariages dans les pays orientaux (qui dans l'absence de toute autre explication a été attribuée à la précocité de la puberté) dépend probablement des mêmes causes morales et politiques qui produisent le même effet ailleurs; déduction qui est d'autant plus rationnelle qu'on sait parfaitement combien ces causes sont prononcées dans tous les pays orientaux et intertropicaux.

9° Au lieu donc d'attribuer la précocité du mariage qui est si répandue dans les possessions anglaises des Indes à la précocité de la puberté (qui est loin d'être démontrée), ne serait-il pas plus convenable d'essayer l'emploi des moyens moraux et législatifs pour faire cesser un usage aussi pernicieux, usage qui semble tout à fait incompatible avec une amélioration sociale réelle!

DE L'ÉTAT DU SANG DANS LES VEINES; par le docteur COLVELT HOLLAND.

Ce travail, qui n'est que le complément d'un travail plus long, dont les autres parties se trouvent dans les numéros précédens du même recueil, n'est point susceptible d'une analyse, l'auteur y considérant d'une manière purement théorique quelques-unes des causes qui contribuent à la propulsion du sang.

PLUSIEURS CAS D'HÉMORRAGIE UTÉRINE ET UN CAS D'HÉMATURIE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'ACIDE GALLIQUE; par le docteur R. STEVENSON.

Ces observations, au nombre de quatre, étant rapportées sans aucune réflexion, et n'offrant rien d'extraordinaire pour ces sortes de cas, nous nous bornerons à en extraire quelques détails sur la manière dont l'auteur a employé l'acide gallique et ce qu'elles nous apprennent sur le mode d'action de cette médication, qui n'a été employée dans ces cas qu'après qu'eurent échoué les autres moyens qui réussissent ordinairement. Ainsi, chez le sujet de la première observation, qui était une fille, âgée de 32 ans, chez laquelle les règles étaient devenues fort irrégulières, après un bain très froid pris au moment où elle était en transpiration, et chez laquelle des pertes considérables avaient déterminé tous les effets des pertes de sang abondantes, et semblaient devoir déterminer promptement des accidens mortels, l'acide gallique fut prescrit de la manière suivante:

Prenez: Acide gallique...... 40 centigrammes.
Cannelle pulvérisée.. 25 —

Divisez en six poudres, dont on prendra une toutes les trois heures, et en même temps on administrera toutes les 24 heures un verre de vin de Porto.

Au bout de 48 heures, le pouls était relevé, l'hémorragie avait presque complètement cessé, mais graduellement. Les poudres sont continuées à une seulement par jour, et au bout de quelques jours, convalescence, puis guérison complète.

Dans un cas d'hématurie, survenue chez le sujet de l'observation à la suite d'un coup reçu par un enfant sur la partie inférieure de l'abdomen, et qui, après une durée de six mois, l'avait mis dans un état très grave, le même acide, administré à la dose de 24 grammes en 24 heures, détermina un soulagement immédiat, lequel, au bout de trois jours de l'usage de la même poudre, se changea en un soulagement complet.

Les deux autres faits ne diffèrent pas assez notablement des précédens pour que nous croyions devoir les mentionner d'une manière particulière.

CAS REMARQUABLE DE SUICIDE PAR UNE GROSSE CLEF DE FER INTRODUITE DANS L'ŒSOPHAGE; par M. ROBERT JACKSON.

OBS. 1. — Je fus appelé le 4 février 1843, dit M. Jackson, auprès de Mme A., âgée de 42 ans, femme d'une bonne santé habituelle, d'un caractère actif et intelligent. Je la trouvai souffrant d'une légère douleur au gosier, la voix un peu rauque et la déglutition gênée. L'arrière-bouche était un peu enflammée. Une voisine me dit que ces symptômes venaient d'une clef que la malade avait avalée la veille; mais comme cette femme était prise de vin, et que la malade elle-même, calme et de sang-froid, niait le fait, je n'y voulus point croire, d'autant plus qu'en examinant la bouche et en palpant le cou à l'extérieur, je n'y découvris aucune apparence de corps étranger. Je donnai cependant rendez-vous à la malade, au dispensaire, pour explorer plus attentivement l'arrière-bouche; mais elle n'y vint point.

Je n'avais plus entendu parler de cette femme, lorsque, le 18 mars, je fus de nouveau appelé auprès d'elle. Depuis ma première visite, elle n'avait pas cessé de souffrir en avalant, d'éprouver de la dyspnée, de la toux avec expectoration. Je la questionnai derechef sur la clef; mais elle persista dans ses premières dénégations. La voisine elle-même, qui d'abord m'avait raconté cette histoire, avait cessé d'y ajouter foi. — Je trouvai la malade pâle, émaciée, respiration très gênée, anxiété, voix rauque, toux et et expectoration d'un mucus jaunâtre abondant. La dysphagie était très forte, mais sans douleur, si ce n'est à un seul point derrière le cartilage thyroïde. Cependant, la malade pouvait encore avaler du vin, des biscuits, des pilules. Ne découvrant à l'extérieur rien d'anormal, j'ordonnai des sangsues et des vésicatoires, traitement auquel elle se soumit volontiers. La dyspnée et l'affaiblissement firent des progrès rapides. Le coma se prononça et elle mourut le 2 avril.

AUTOPSIE. Une incision transversale faite au-dessus de l'épiglotte fit voir une clef placée dans l'œsophage, et dont le panneton se trouvait un peu au-dessous de l'épiglotte. Cette clef, longue de 4 pouces, un peu rouillée à sa surface, était située dans l'œsophage de telle sorte que sa partie cylindrique était logée dans une sorte de gaîne ou de fourreau formé par la paroi antérieure de ce conduit. Une ulcération profonde avait emporté toute l'épaisseur de la paroi œsophagienne et mis à nu une partie du cartilage thyroïde. Plus bas, l'anneau de la clef était placé dans une espèce de poche constituée par un repli de la membrane muqueuse. L'œsophage, resserré au-dessous de ce point, reprenait plus bas sa capacité naturelle. Sa paroi était épaissie et indurée, surtout au niveau de l'anneau.

Toutes les parties qui circonscrivent l'orifice supérieur du larynx étaient rouges et œdématiées. La trachée contenait un mucus spumeux, teint de sang. Poumons très crépitans et pleins d'un liquide écumeux. Cavités droites du cœur remplies de sang noir. Les cavités gauches vides.

Si le fait qui précède est curieux au point de vue clinique, il n'est pas moins remarquable, assurément, comme preuve d'une ténacité et d'une

force de caractère dont on trouverait bien peu d'exemples. Avoir conservé pendant cinquante-huit jours un corps étranger, sans jamais céder aux souffrances qu'il causait, sans essayer de l'extraire; avoir, durant tout ce temps, gardé assez de calme pour détourner les soupçons de ses amis et du médecin, voilà ce que la malade a eu le courage de faire, voilà ce dont les praticiens doivent être prévenus pour leur règle de conduite dans un cas semblable.

Le sac existant au-dessous de l'anneau de la clef vient sans doute de ce que cette extrémité, la plus large du corps étranger, cheminant la première, a déterminé en descendant le décollement d'une partie de la muqueuse œsophagienne qu'elle repoussait devant elle. Peut-être ce décollement se comprendrait-il mieux, en supposant qu'il a été graduel; par exemple, qu'il y a eu plus d'une tentative d'introduction faite par la malade, et que chacune d'elles a contribué à détacher un peu et à refouler de plus en plus la membrane.

Si le corps étranger avait été extrait le premier jour, l'existence de ce sac n'aurait-elle point compromis les jours de la malade? Un fait que l'auteur rappelle à ce propos porterait à le penser :

Obs. II. — Un individu avala un noyau de cerise qui resta pendant trois jours logé dans un repli du pharynx. Quand le noyau sortit, sa présence en ce point y avait déterminé la formation d'un petit sac. Ce sac acquit graduellement de plus en plus de capacité, par l'effet des aliments liquides et solides qui venaient le dilater à leur passage. Enfin, il prit en peu de temps un énorme volume, et amena une dysphagie à laquelle le sujet succomba au bout d'une année. (Med. observ. and inquir., vol. III, p. 85.)

IV. THE BRITISH AND FOREIGN MEDICAL REVIEW.

QUATRIÈME RAPPORT DU MÉDECIN RÉSIDANT DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DE HANWELL, COMTÉ DE MIDDLESEX; 1er OCTOBRE 1842.

Le médecin résidant de l'asile d'Hanwell est le docteur Conolly, le chef des médecins des aliénés anglais qui ont écrit sur leur drapeau : *No restraint*, et qui prétendent que, dans aucun cas, on ne doit et même on ne peut recourir à des moyens coercitifs. Cette doctrine, dont il n'est pas l'auteur, qu'il n'a même pas le premier mise en pratique, mais qu'il s'est rendu propre par le talent avec lequel il l'a soutenue et le courage avec lequel il a combattu l'opinion opposée, qui compte encore de nombreux partisans, fait chaque jour des progrès, et le plus grand nombre des asiles qui ont été ouverts depuis quelques années, et à tant de frais, aux aliénés anglais, sont dirigés d'après ses principes. Les succès obtenus par M. Conolly, à Hanwell, imposent presque l'obligation de renoncer à l'ancienne méthode et de la remplacer par celle où la persuasion et la compassion prennent la place de la menace et de la violence. Et pourtant l'asile d'Hanwell, où l'on ne reçoit presque que des malades incurables, ou qui pour la plupart ont déjà été traités dans d'autres établissemens, se trouvait dans des circonstances défavorables sous ce point de vue. Aussi voyons-nous sans étonnement que, pendant toute l'année qui a fini le 30 septembre 1842, il n'est sorti de cet asile que 50 malades guéris sur un chiffre de 953 aliénés qui s'y trouvaient à cette époque, chiffre qui sera porté à 1000 aussitôt que les agrandissemens projetés auront été mis à exécution. Et cependant ce magnifique hôpital, avec ses 1000 malades et ses 100 employés, sera encore insuffisant pour les besoins du comté où est la métropole; plus de 300 aliénés pauvres seront encore condamnés à rester dans les maisons de travail ou dans des établissemens particuliers.

Sur 390 hommes que contient l'asile d'Hanwell, 210 étaient occupés au service de la maison, dont 118 travaillaient dans les jardins et dans les champs; et sur 546 femmes, 406 se livraient à diverses occupations, dont 234 aux travaux de l'aiguille.

Pour les 50 malades qui sont sortis guéris en 1842, la durée de la maladie avait varié de trois mois à trente-quatre ans. Le chiffre des morts, pendant la même année, s'est élevé à 90. Elles ont été attribuées :

Chez 40 à la faiblesse générale ou paralysie.
18 à l'apoplexie ou à l'épilepsie.
15 à la phthisie pulmonaire.
20 à différentes affections.

Bien que les malades d'Hanwell soient, ainsi que les autres aliénés, généralement à l'abri des maladies épidémiques, cependant le choléra d'automne et la diarrhée leur ont été souvent funestes. Parmi les 50 cas de guérison, chez 16 l'aliénation avait été causée par l'intempérance. Les malades de ce genre, dit M. Conolly, commencent à aller mieux du jour où ils sont admis à l'asile, et trop souvent recommencent à retomber du jour où ils le quittent.

Pendant la dernière année, 4 malades se sont refusés obstinément à prendre des alimens. Dans 2 cas, on employa la pompe gastrique. Dans un cas, le sujet était une ancienne gouvernante qui se faisait remarquer par sa bienveillante disposition; se voyant entourée de tant de pauvres gens, elle refusait la nourriture, pensant qu'ils en avaient besoin. Dans un autre cas, un homme, qui était arrivé à un état de faiblesse extrême, se détermina à manger en voyant un aide manger un gâteau à côté de lui, et, pensant que personne ne le voyait, il en demanda, le prit avec satisfaction, et continua ensuite de manger.

Que doit-on faire pour les malades disposés au suicide? Telle est la question qu'adressent en triomphant les partisans des moyens coercitifs. M. Conolly répond : Traitez-les avec bonté, et vous diminuerez leur disposition; surveillez-les avec soin, et vous rendrez l'accomplissement de leurs desseins presque impossible. Neuf malades ont essayé, et quelques-uns à plusieurs reprises, de se suicider, et aucun n'a réussi. Avec les moyens coercitifs, était-on plus heureux autrefois?

Les prisons et les cours ont été améliorées notablement et presque toutes transformées en jardins. Ceux qui ont eu l'occasion de voir les aliénés dans les cours ornées et hideuses dans lesquelles on voulait, il y a quelques années, qu'ils prissent leurs exercices, apprécieront facilement l'avantage de ces transformations, qui engagent les mélancoliques à prendre l'air et à sortir. Plusieurs fêtes ont été données aux pauvres malades pendant l'année. Le jour de l'an, 300 femmes, dont 90 au moins étaient ordinairement soumises à des moyens coercitifs, ont été réunies à un banquet annuel dans une des salles. Les hommes ont eu aussi leur fête, et 200 ont été régalés de café, de gâteaux, de chant, de musique, de danse et d'un souper chaud, puis chacun d'eux a reçu une certaine quantité de tabac et de bière.

L'instruction des malades, amélioration toute récente, est aussi poursuivie avec ardeur et succès, et dans chacune des deux parties de l'asile; 120 malades recueillent les bienfaits de ces heureux essais.

Le fond Adélaïde, qui est destiné aux malades renvoyés guéris, produit les effets les plus avantageux.

Parmi les asiles où le nouveau système (*no restraint*) a été adopté, le docteur Conolly cite ceux de Lincoln, où il a pris naissance, puis ceux de Northampton, Stafford, Gloucester, et l'hôpital royal naval de Haslar. En même temps, dans ceux où les moyens coercitifs sont encore admis, ils sont de moins en moins en usage.

Tous ces faits sont très importans; surtout si on les rapproche des efforts qui sont faits aussi de ce côté du canal où les diverses opinions émises par les partisans de l'isolement, du traitement physique, du traitement moral, de l'intimidation même, indiquent assez le besoin généralement senti d'une réforme sérieuse et réellement éclairée.

RAPPORT CLINIQUE ET PATHOLOGIQUE SUR LA PNEUMONIE OBSERVÉE CHEZ LES ENFANS PAUVRES DE LONDRES; par le docteur West, médecin de l'infirmerie royale pour les enfans.

Les recherches publiées depuis quelques années par les médecins français sur les maladies des enfans ont éveillé l'attention des praticiens anglais qui ont immédiatement reconnu l'impossibilité où ils sont de produire des résultats semblables; car non seulement il n'y a pas à Londres d'hôpital destiné spécialement aux enfans malades, mais même ces derniers sont très rarement reçus dans les hôpitaux ouverts à tous les âges. Nous en avons vu la preuve dans le rapport du registraire général sur les morts à Londres en 1839 qui porte seulement à 182 le chiffre des enfans âgés de moins de dix ans qui sont morts cette année dans les hôpitaux, tandis que le nombre de ceux qui sont morts à domicile s'est élevé pour la même année à 21,253. Ainsi il n'y a donc point à Londres d'établissement où l'on puisse recueillir avec la même facilité qu'à Paris ces nombreux résultats statistiques et nécroscopiques qui ont un moins agrandi la science s'ils n'ont pas amélioré la pratique. Malgré cette position que nous dirons inférieure, et l'extrême difficulté de pratiquer l'autopsie des enfans morts chez leurs parens appartenant aux dernières classes de la société à Londres, le docteur West, que sa position à l'infirmerie pour les enfans, a placé dans des conditions spéciales, tente cependant dans ce grand article d'établir une comparaison entre la pneumonie des enfans, nous ne dirons pas en France, ce qui ne serait pas exact, mais à l'hôpital des Enfans de Paris, et la même affection observée à Londres, hors des hôpitaux. La précision avec laquelle nous venons d'exprimer les élémens qui sont mis en comparaison ici par le médecin anglais était indispensable; car chacun sait combien l'hôpital des Enfans de Paris est défavorable à la santé des enfans qui y sont reçus et que beaucoup d'entre eux, malgré les soins qu'ils y reçoivent, y sont enlevés par des maladies épidémiques ou d'une autre nature qui prennent naissance et bornent leurs ravages dans l'établissement même. Les élémens étant aussi différens,

un ne doit donc pas regarder la comparaison comme d'une grande exactitude; suivons néanmoins l'auteur dans l'exposition de faits qui nous sembleront mériter annotation.

Nous signalerons d'abord le reproche adressé par le docteur West à la plupart des médecins français qui ont écrit depuis quelques années sur les maladies des enfans, de n'avoir pas tenu compte ou plutôt d'avoir confondu souvent avec la pneumonie cet état des poumons que présentent beaucoup d'enfans nés depuis peu de temps qui dépend de l'expansion incomplète de ces organes et a été décrit par le docteur Jorg, sous le nom d'*atelectasis pulmonum*. Le docteur Hasse a déjà signalé le même oubli dans son anatomie morbide en cherchant à démontrer que les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées après la mort chez plusieurs enfans de nos hôpitaux offraient tous les caractères de l'atelectasie des poumons.

L'auteur a pu faire 27 autopsies d'enfans morts chez leurs parens et dont il présente les résultats dans un tableau et conclut de ces faits que la pneumonie lobulaire serait plus fréquente chez les enfans que ne l'ont dit les auteurs, tandis que la pneumonie lobaire ne différerait en rien aux deux âges.

Une autre différence notable entre les résultats obtenus des deux côtés du détroit, c'est que dans la plupart des cas de pneumonie lobaire ou lobulaire chez les enfans de Londres la maladie était idiopathique, c'est-à-dire était survenue subitement chez des enfans jouissant à ce moment d'une bonne santé; dans les hôpitaux d'enfans de Paris c'est le contraire que l'on a toujours observé. Les cas de pneumonie lobulaire idiopathique sont si rares que l'on en a même nié l'existence et que la plupart de celles qu'on y observe frappent des enfans déjà atteints de quelques maladies antérieures qui semblent les y avoir prédisposés.

Pour le traitement, les différences sont encore plus notables. Tandis que la saignée est suivie, comme on le sait, chez la plupart des petits malades de l'hôpital des Enfans d'une débilitation qui accélère la marche funeste des maladies; à Londres, au contraire, la saignée locale et générale occupe le premier rang parmi les moyens à employer; et le docteur West assure que dans tous les cas de pneumonie idiopathique, où il a eu l'occasion d'employer ce moyen peu de temps après le début de la maladie, il n'a eu qu'à se louer de ses effets. Chez les enfans de douze ans et demi et au-dessus, il employait la saignée du bras et se contentait d'appliquer des sangsues chez ceux d'un âge moins avancé. Chez un enfant de deux ans, il faisait habituellement une saignée de 130 grammes et faisait appliquer au bout de quelques heures quatre ou six sangsues au-dessous de l'omoplate s'il n'y avait pas une notable amélioration. Dans aucun cas, il n'a recouru deux fois à la saignée.

L'auteur repousse du traitement de la pneumonie de l'enfance le tartre stibié à haute dose, qu'il accuse les médecins français d'employer sans mesure. Dans ces cas, il prescrit avec avantage l'émétique à petites doses, par centigrammes, à la suite de la saignée, quand celle-ci n'a pas produit l'effet attendu.

Ces différences, et quelques autres, que nous pourrions signaler avec l'auteur, tiennent-elles à une différence de constitution entre les enfans des deux contrées, ou seulement aux conditions spéciales dans lesquelles sont les enfans dans les hôpitaux de Paris? Nous ne nous chargerons pas de trancher cette question; mais nous pensons ne pas nous éloigner beaucoup de la vérité en exprimant l'opinion que ces deux causes doivent probablement contribuer à la fois aux différences signalées.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 AVRIL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

M. Bonnafont, chirurgien-major, a lu un mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache et de la surdité qui peut en résulter. On sait que de toutes les parties qui composent l'appareil de l'ouïe la trompe d'Eustache est celle qui a été le plus exploitée par les médecins qui se sont occupés des maladies de l'oreille. Cela tient sans aucun doute à la facilité avec laquelle le cathétérisme de ce tube permet d'introduire dans la caisse du tympan un mode de médication qui ne saurait être remplacé par aucun autre traitement. M. Bonnafont, tout en admettant l'existence des surdités produites par l'engouement de la trompe assure qu'un bien plus grand nombre sont produites par un rétrécissement de ce tube dû à l'épaississement de la muqueuse qui le tapisse. Partant de là, M. Bonnafont ayant constaté l'insuffisance des injections gazeuses de toute nature, seul moyen thérapeutique généralement employé en pareil cas, les a remplacées par une méthode plus rationnelle et qui marque un progrès réel dans le traitement des cophoses. Après avoir bien reconnu la nature et le siége du rétrécissement, ce praticien le combat par la méthode de dilatation, pareille à celle employée pour le canal de l'urètre, à l'aide d'un petit mandrin en gomme élastique ou à corde à boyau, introduit dans la trompe au moyen d'une sonde en argent. M. Bonnafont a été conduit à ce mode de traitement par des études anatomiques très minutieuses sur la membrane qui tapisse la trompe, ainsi que sur celle de la cavité du tympan. Des observations microscopiques lui ayant démontré la présence en grand nombre de cryptes sur toute la muqueuse de la trompe, tandis qu'il n'a pu en rencontrer sur la membrane de l'intérieur de la caisse, il a pu trouver là une raison suffisante de la différence qu'il y a entre le produit sécrété de la trompe, qui est essentiellement muqueux, d'avec celui de la caisse, dont la limpidité lui donne une grande ressemblance avec celui des séreuses. Cette absence de corps glandulaires dans la cavité du tympan est parfaitement d'accord avec les usages que M. Bonnafont attribue à chacune de ces membranes, ainsi qu'avec les altérations morbides qu'il y a observées. De là la distinction qui nous paraît avoir une grande valeur pratique, que fait M. Bonnafont entre ces deux membranes, qu'il classe, celle de la trompe, au rang des muqueuses, tandis que celle de la caisse lui paraît de même nature que celle qui tapisse les cavités contenant des organes mobiles. Les considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur lesquelles M. Bonnafont appuie son opinion ne semblent laisser aucun doute sur l'importance de cette distinction, dont aucun auteur n'a cependant encore parlé.

Les praticiens pourront juger, du reste, de l'importance de ce travail par les conclusions qui le terminent, et qui résument les idées principales qui y sont contenues.

1re Conclusion. La membrane qui tapisse la trompe n'est pas de même nature que celle qui recouvre les parois de la caisse.

2e Cette différence est démontrée 1° par l'absence des cryptes muqueuses dans la membrane de la cavité du tympan, tandis qu'elles sont très nombreuses dans celles de la trompe: 2° par les changemens pathologiques que ces membranes éprouvent et que l'observation a pu faire constater.

3e Cette différence d'organisation doit en entraîner nécessairement une dans la nature des affections qui y établissent leur siége, d'où la distinction importante des maladies de la trompe d'avec celles de la cavité du tympan, ainsi que dans le mode de traitement qu'elles réclament.

4e Les insufflations de toute espèce, généralement employées, sont la plupart du temps insignifiantes pour le traitement de ces cophoses, puisque, dans aucun cas, elles ne peuvent rien contre les rétrécissements de la trompe.

5e Dans les rétrécissemens de ce conduit, le seul traitement rationel et capable d'amener des résultats satisfaisans consiste à les attaquer à l'aide des mêmes moyens que la pratique a consacrés contre les affections de même nature qui siégent sur les autres conduits muqueux. Je dois dire seulement que la méthode par dilatation m'a constamment réussi pour surmonter les rétrécissemens les plus rebelles de la trompe, et que, dans aucun cas, je n'ai eu besoin de recourir à la cautérisation.

6e Que celle-ci (la cautérisation) ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve si toutefois il est des rétrécissemens qui exigent impérieusement son emploi, ce que nous n'avons pas encore rencontré dans notre nombreuse pratique.

FILAIRE DU SANG CHEZ LE CHIEN.

MM. Gruby et Delafond adressent une deuxième note sur l'altération vermineuse du sang des chiens par l'hématozoaire du genre filaire. Dans la première note sur ce sujet, les auteurs n'avaient décrit que les caractères zoologiques de ces filaires; ils se sont proposé, dans leurs nouvelles recherches, d'éclaircir un grand nombre d'autres points relatifs à l'existence de ce filaire. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés.

1° La proportion entre la fréquence et la rareté des chiens à sang vermineux et à sang non vermineux est comme 1 à 50.

2° Les chiens qui ont le sang vermineux jouissent d'une très bonne santé et conservent toutes leurs facultés instinctives.

3° Le sang de ces animaux est plus rouge et plus séreux que dans l'état ordinaire.

4° Le régime, l'alimentation, l'exercice, les pertes sanguines, etc., n'influent en rien sur le nombre, la forme et les mouvemens des filaires.

5° Deux décilitres de sang vermineux défibriné et transfusé dans les vaisseaux d'un chien à sang non vermineux, le sang de ces animaux n'a offert des filaires que pendant huit jours.

6° Un litre de sang vermineux défibriné, maintenu à la température du corps et injecté dans les vaisseaux d'un chien à sang non vermineux, a donné des filaires au sang de ce chien sans altérer sa santé.

7° Le sang vermineux défibriné et injecté dans les veines de grenouilles à sang vermineux et non vermineux a donné des filaires au sang de ces animaux pendant huit jours; mais ces hématozoaires ont disparu aussitôt que les globules du sang du chien ont été altérés, décomposés et ont disparu des vaisseaux de ces batraciens.

8° Le filaire déposé vivant dans les cavités des séreuses et dans le tissu cellulaire ne peut continuer à vivre dans ces deux nouvelles conditions.

9° Le filaire du sang du chien ne se rencontre point dans les matières excrémentitielles et les humeurs, telles que l'urine, la salive, la bile, l'humeur aqueuse, le corps hyaloïde, le fluide céphalo-rachidien et le pus sécrété par des plaies.

10° Le chyle pris dans les chilifères du mésentère et dans le canal thoracique, la lymphe recueillie dans les principaux troncs lymphatiques du corps ne présentent pas de filaires.

11° Ces vers n'existent point non plus dans les tissus simples ou composés de tout l'organisme.

12° Le filaire du sang du chien naît et se développe dans le sang de cet animal sans que jusqu'à ce jour il ait abandonné ce liquide dans aucune saison de l'année.

13° Enfin, le filaire existant dans le sang du chien constitue un état vermineux de ce liquide dont l'existence paraît être constante et durable, sans altérer la santé et les facultés instinctives du chien.

EMBAUMEMENT.

M. LORRIS DU VAL adresse une lettre dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur les graves inconvénients qui peuvent résulter de quelques-uns des systèmes d'embaumement actuellement en usage : « S'il importe peu, dit-il, de savoir, dans l'intérêt de la science, quel est le procédé d'embaumement le plus certain et le plus efficace, je pense qu'il serait utile, peut-être même nécessaire d'examiner et de contrôler avec soin les diverses substances que l'on met en usage dans la pratique de ces opérations. Les poisons les plus violens sont employés par tous les embaumeurs. Il est même des liquides d'injection qui ne sont composés que de matières vénéneuses telles que l'arsenic. Les cas d'empoisonnement ne seront plus reconnaissables, si les criminels ont le soin de faire injecter leurs victimes avec l'acide arsénieux. Tout alors sera confondu, et le poison de l'assassin et le liquide de l'embaumement.»

CAUSE DU DIABÈTE OU DE LA GLUCOSURIE.

M. MIALHE adresse un mémoire ayant pour titre : APERÇU THÉORIQUE SUR LA CAUSE DE LA MALADIE DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE DIABÈTE OU GLUCOSURIE.

En s'occupant dernièrement de la recherche du glucose, dans un cas de diabète douteux, M. Mialhe, a été amené à constater que, contrairement à l'opinion générale des chimistes, le sucre de raisin ou de diabète n'a aucune action réductive sur l'oxide de cuivre, soit à froid, soit à chaud ; qu'il n'acquiert cette propriété qu'après avoir été chimiquement influencé par une substance alcaline libre ou carbonatée; ce simple fait, dit-il, lui a donné la clef de la cause évidente de la maladie spécialement caractérisée par la présence constante du sucre dans les urines, c'est-à-dire dans la maladie diabétique.

Il résulte, en effet, de ses recherches que toutes les substances alimentaires hydrocarbonées telles que le sucre de raisin, la gomme d'amidon ou dextrine, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'après avoir été transformées par les alcalis du sang en de nouveaux produits au nombre desquels figure un corps doué d'un pouvoir désoxygénant très énergique et tel qu'il réduit aisément le peroxyde de plomb en protoxide, les sels de proxide de fer en sels de protoxide, les sels de bioxide de cuivre en sels de protoxide et même en cuivre métallique, etc.

De ce qui précède découle une conséquence forcée, c'est que les sujets chez qui la décomposition chimique précitée a lieu lors de l'ingestion de matières sucrées ou amilacées dans l'économie, ne sauraient avoir du sucre dans leurs excrétions rénales. Or, c'est l'état normal de l'homme. Tandis que chez le diabétique, cette importante décomposition ne saurait avoir lieu, et voici pourquoi. Les individus affectés de diabète ne suent pas, et comme toutes les sécrétions cutanées sont acides, il s'en suit que lorsque ces sécrétions sont supprimées, la présence dans le sang des alcalis libres ou simplement carbonatés devient impossible, et, par suite, la réaction chimique, cause première de l'assimilation du sucre, devient impossible aussi; ce qui fait que le sucre sort de l'économie avec toutes ses propriétés premières.

La maladie diabétique tient donc à un vice d'assimilation ou de nutrition. Le sucre, loin de pouvoir servir à l'accomplissement des mutations organiques, agit comme un corps étranger dont l'économie tend sans cesse à se débarrasser. Ainsi, le fait chimique de la saccharification outrée des matières amilacées, dans le cas de diabète, n'est qu'un phénomène insignifiant qui n'explique aucunement l'espèce d'intoxication passive que les matières sucrées font éprouver aux personnes chez qui la composition normale du sang est changée, c'est-à-dire chez les diabétiques.

Il suit de ces faits que le régime purement animal usité comme agent curatif de l'affection diabétique ne remplit pas ce but, qu'il ne constitue qu'un traitement purement palliatif et que ce n'est que par l'emploi simultané des sudorifiques et des préparations alcalines bien entendues qu'il est permis d'espérer pouvoir arriver à maîtriser la cause première du mal.

TUMEURS ÉBURNÉES DU SEIN.

M. LESAUVAGE (de Caen) adresse un mémoire sur les tumeurs éburnées du sein. Sous le nom de *cancer éburné*, le professeur Alibert a désigné des tumeurs qui apparaissent dans le sein de la femme, et n'ont avec les autres affections dont cet organe est si souvent le siége, aucune analogie de symptômes, de terminaison et de structure. Bien distinctes des productions qui se forment par simple exhalation celluleuse et s'accroissent en écartant seulement et en comprimant les organes qui les avoisinent, ces tumeurs éburnées, de même que le squirrhe, se développent aux dépens du tissu cellulaire, et s'accroissent en envahissant successivement celui qui les entoure; mais à ce caractère commun il s'en ajoute bientôt d'autres qui les différencient, et le principal c'est, comme l'a dit Alibert, que cette maladie ne manifeste aucune ulcération, c'est-à-dire qu'elle n'éprouve jamais l'inflammation ulcéreuse qui transforme si souvent le squirrhe en cancer.

Son siége est exclusivement le sein de la femme. C'est surtout avec le squirrhe que cette maladie a pu être confondue. Comme lui, elle s'empare du tissu cellulaire, l'envahit par une sorte d'attraction, le concentre sur lui-même, le solidifie en quelque sorte et lui fait subir une transformation toute spéciale; mais on distinguera toujours l'éburnation de l'altération première par la dureté de son tissu, sa surface uniformément arrondie, l'absence de douleur au centre de son foyer, et son défaut de tendance à la suppuration.

On concevra facilement que la thérapeutique d'une maladie à peine connue est entièrement à faire.

LARYNGOTOMIE POUR UN POLYPE DU LARYNX.

M. EHRMANN fait connaître le résultat définitif de l'opération de laryngotomie qu'il a pratiquée pour un polype du larynx. La malade dont il a été question ayant subi d'abord l'incision de la trachée-artère et plus tard celle du larynx lui-même, a traversé d'une manière fort heureuse tout le temps nécessaire à la réunion des organes divisés. Nul accident n'est venu entraver une guérison aujourd'hui complète. Depuis le vingt-unième jour de l'opération, il ne passe plus d'air par l'ouverture faite au canal aérien, et aujourd'hui 10 avril la plaie des tégumens est entièrement cicatrisée. L'état général de la femme qui fait le sujet de cette observation ne laisse rien à désirer, et tout annonce le retour à une santé parfaite.

TRANSFORMATION DE LA FIBRINE EN ACIDE BUTYRIQUE.

M. DUMAS présente, au nom de M. Wurtz, deux mémoires, l'un sur la transformation de la fibrine en acide butyrique; le second sur l'albumine soluble.

La fibrine abandonnée à l'air, pendant les chaleurs de l'été, se liquéfie complètement au bout de huit jours. Les produits de cette décomposition putride sont, d'une part, de l'albumine, qu'on peut isoler facilement en précipitant la liqueur par le sous-acétate de plomb, et décomposant le dépôt par un courant d'acide carbonique; d'autre part, l'acide carbonique, l'acide acétique, l'acide butyrique et de l'ammoniaque. L'acide butyrique ne peut être obtenu dans un état de pureté convenable qu'à l'aide d'un procédé de distillation très compliqué que l'auteur décrit avec détail.

Il est probable, ajoute M. Wurtz, que l'albumine, la caséine et les matières albuminoïdes en général subiront, sous l'influence de la putréfaction et par l'action de la potasse, des transformations analogues à celles qu'éprouve la fibrine dans ces circonstances. Les acides gras volatils étant intimement liés aux corps gras neutres, on conçoit que la fibrine peut se transformer, dans certaines conditions, non plus en acide butyrique, mais en un corps gras, neutre, et lors même que l'on ne parviendrait pas à opérer cette transformation artificiellement, on comprend du moins que, dans certaines circonstances, elle puisse s'effectuer dans l'organisme.

ALBUMINE SOLUBLE.

On avait attribué jusqu'à présent la solubilité de l'albumine dans l'eau à la présence des matériaux inorganiques qui l'accompagnent presque toujours dans les liqueurs alcalines, où elle se rencontre. M. Wurtz a réussi à dégager l'albumine de ces principes étrangers sans altérer sa solubilité dans l'eau.

TOXICOLOGIE.

M. ORFILA adresse la lettre suivante, dont le secrétaire perpétuel donne lecture :

Permettez-moi d'attirer encore une fois l'attention de l'Académie sur la *localisation* des poisons, et de lui rappeler certains faits qui mettront la commission à même de juger la question avec équité et en parfaite connaissance de cause.

1° J'avais établi, dans mon premier mémoire sur l'arsenic, publié en janvier 1839, que le sang tiré de l'aorte d'un chien empoisonné depuis une heure vingt-cinq minutes par de l'acide arsénieux contenait une quantité notable d'arsenic. (V. Exp. 16, p. 14.)

M. Chatin a annoncé en février dernier, à l'Académie des sciences, qu'il avait extrait de l'arsenic et de l'antimoine, en traitant le sang qu'il avait pu recueillir sur les cadavres de 8 chiens empoisonnés par une préparation arsénicale ou antimoniale, et qu'il avait également obtenu de l'antimoine, en analysant 3 kilogrammes de sang fourni par des malades soumis à l'action de l'émétique à haute dose.

Quel a dû être mon étonnement en lisant dans le compte-rendu de la séance de l'Académie du 23 janvier dernier le passage suivant d'une note de MM. Flandin et Danger :

« *Quel que soit le moment où l'on saigne un animal empoisonné par un composé métallique, on ne retrouve pas l'élément toxique dans le sang.* » A cela, je me bornerai à répondre que je suis prêt à montrer à la commission que cette assertion est complètement erronée.

2° On lit encore dans la même note : « *que jusqu'ici, dans les expertises judiciaires, c'est dans le sang et dans le cœur qu'on s'est plus particulièrement attaché à rechercher les substances toxiques.* » Cette assertion est pour le moins aussi erronée que la précédente; en effet, on ne pourra pas citer une seule expérience où l'on n'ait opéré que sur le sang et sur le cœur, lorsque l'on avait à sa disposition le foie ou quelques autres organes.

3° Dans une lettre qu'il vient de publier, M. Flandin, pour mieux faire ressortir les droits qu'il croit avoir à la découverte de ce fait important, savoir : que les poisons se trouvent en quantité beaucoup plus considérable dans le foie que dans les autres organes, prétend *que, dans mes expériences de laboratoire, j'analysais d'ordinaire, dans une seule et même opération, le foie, la rate, les poumons, les reins et le cœur.* S'il en était ainsi, je serais mal venu à revendiquer pour moi l'idée-mère dont il s'agit; mais cette assertion n'est pas plus exacte que les autres, ainsi que je viens de le prouver en citant quelques passages de celles de mes publications que mon confrère invoque à l'appui de son opinion, et que je regrette qu'il n'ait pas lues avec attention.

Les expériences 6, 10, 16, 17 de mon premier mémoire sur l'arsenic, établissent positivement que j'ai agi *séparément* sur chacun des principaux organes. L'expérience 16, notamment, fournit une preuve incontestable de l'exactitude du fait que j'avance. On y lit en effet : « *Le cerveau contenait à peine de l'ar-*

senic ; il y en avait un peu plus dans les poumons ; le cœur et les reins en renfermaient davantage et à peu près autant l'un que l'autre. Le foie et la rate en donnaient encore plus que les autres viscères. » J'ajouterai qu'en analysant le cadavre de Soufflard, j'ai agi *séparément* sur le foie, la rate et les poumons, et je puis encore montrer à la commission, si elle le désire, l'arsenic obtenu de chacun de ces organes. (V. p. 22 du même mémoire.)

Mais c'est surtout dans mon travail sur l'antimoine, lu à l'Académie le 10 mars 1840, que le fait dont il s'agit est consigné de manière à ne laisser aucun doute. Sur 6 expériences décrites dans ce mémoire, 5 ont été faites en traitant les organes *séparément*, et je suis arrivé à cette conséquence que le foie et les reins contiennent beaucoup plus d'antimoine que les autres organes. (V. Conclus. 6e, p. 147.)

Je ne terminerai pas cette lettre sans répondre au reproche qui m'est fait par M. Flandin de considérer le corps de l'homme comme une éponge qui s'imbibe passivement. J'avoue qu'à cet égard j'adopte entièrement la théorie de l'absorption de MM. Fodéra et Magendie.

— MM. Flandin et Danger adressent une note imprimée sur cette même question.

— M. Durand, pharmacien des hôpitaux de Caen, adresse une note pour faire connaître un nouveau moyen de constater les taches d'arsenic.

NOTE SUR LA FERMENTATION ACÉTIQUE.

M. Blondeau de Carolles rend compte d'une expérience dans laquelle il a vu le sucre de canne se transformer en acide acétique sous l'influence du caséum, sans rien perdre et sans rien absorber.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Roux demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il demande que le nom de Boyer soit inscrit parmi les noms des Académiciens dont les bustes et les portraits doivent orner la salle des séances. (Appuyé.)

M. Dupuy voudrait que le même honneur fût rendu à la mémoire de Vauquelin, de Deyeux et de Pelletier, et parmi les vétérinaires, à Tessier et à Huzard. Il rappelle entre autres titres de ces derniers les services éminens qu'ils ont rendus à l'économie agricole.

M. le Président : Le conseil prendra en considération la demande de MM. Roux et Dupuy. Quant à la proposition qui a été faite à la précédente séance, relativement à Dupuytren, le bureau propose pour commissaires MM. Husson, Cruveilhier et Bégin.

M. Cornac : Je ne crois pas que le bureau ait le droit de nommer directement une commission pour cet objet. D'après le réglement, ces commissions doivent être nommées au scrutin. Il existe à cet égard des antécédens auxquels l'Académie doit se conformer.

M. Royer-Collard : Les questions dont l'Académie a à s'occuper sont de deux sortes : elles sont scientifiques et administratives. Les questions scientifiques sont naturellement traitées par l'Académie et par les commissions déléguées. Quant aux questions administratives, elles sont du ressort du conseil ; c'est dans ce but qu'il a été institué. J'ajouterai qu'il ne serait pas sans inconvénient de discuter en public les titres des Académiciens auxquels on voudrait rendre les honneurs dont il s'agit. Du moment où l'on juge à propos de nommer des commissions à cet effet, que l'Académie se borne à nommer ces commissions et qu'elle s'en réfère à elles pour les choix à faire parmi les membres les plus célèbres de cette Académie.

(La nomination de ces commissions est renvoyée à une autre séance.)

M. le Président rend compte à l'Académie de la démarche faite par le conseil auprès de MM. les ministres du commerce et de l'instruction publique, relativement à la loi sur les brevets d'invention.

Il annonce ensuite que l'Académie va rentrer dans le local habituel de ses séances. La séance d'inauguration aura lieu le 30 avril.

CORRESPONDANCE.

M. Jobert (de Lamballe) prie l'Académie de vouloir bien le remplacer dans la commission chargée d'examiner le travail de M. Malgaigne, comme faisant déjà partie de la commission des hôpitaux.

M. Guersant demande également à ne pas faire partie de cette commission.

M. Husson regrette que MM. Jobert et Guersant se récusent ; il désirerait que des chirurgiens des plus éminens, et placés à la tête des principaux services, fussent appelés à faire partie de cette commission, qui aura non seulement à se prononcer sur le mérite du mémoire de M. Malgaigne, mais encore à examiner une question scientifique de la plus haute importance, à laquelle il est nécessaire de donner enfin une solution.

M. le Président : Le bureau a été préoccupé de la même pensée et a senti, comme M. Husson, toute l'importance de cette question. Il propose de remplacer M. Jobert par M. J. Cloquet et M. Guersant par M. Baudelocque.

SUR LES SARCOTOMES ET SUR LES STRICTUROTOMES DE M. GUILLON POUR ENLEVER ET POUR INCISER CERTAINS OBSTACLES QUI RENDENT L'ÉMISSION DE L'URINE PLUS OU MOINS DIFFICILE.

M. Guillon adresse la lettre suivante dont M. le secrétaire annuel donne lecture :

L'instrument *pour couper les valvules que forme derrière le col de la vessie l'hypertrophie uniforme de la portion transversale de la prostate*, instrument dont la description se trouvait dans le paquet cacheté que M. Mercier a fait ouvrir et que le dernier numéro du Bulletin de l'Académie a reproduite (p. 508) n'est en réalité qu'une copie défectueuse de mon *sarcotôme*, décrit dans la Gazette des Hôpitaux du 14 février 1832, ainsi que le constate un exemplaire de ce journal joint à cette lettre (1). La seule différence qu'il y ait entre l'un et l'autre instrument, la voici : des deux portions de tube qui forment le tranchant de celui que M. Mercier considère comme sien, celle qui glisse sur l'autre, à l'instar de la branche mâle du lithotriteur de M. Heurteloup, n'agit que par simple pression. Dans mon sarcotôme composé de deux tubes, dont l'un glisse et exécute à volonté des mouvemens de rotation; dans l'autre, le tranchant que présentent les bords de la fenêtre formée par la canule externe et le tranchant de l'espèce de baïonnette que présente le tube interne, agissent *en sciant* et avec une grande précision. La pièce centrale ou mandrin, que je place maintenant dans la canule interne, sert à fixer la cloison sur le bord de la fenêtre de la canule externe, et tout en garantissant les parties voisines de l'action du sarcotôme, elle rend plus sûre et plus facile l'excision des obstacles valvulaires, ou de certaines tumeurs qui s'opposent à la sortie de l'urine (2).

Je vous ferai remarquer encore, monsieur le président, et en appelant particulièrement votre attention sur ce fait, *que le nouvel urétrotôme destiné à rendre plus facile le traitement des rétrécissemens par la scarification*, décrit (p. 253) dans l'Examinat. médical du 1er avril 1843, et que M. Mercier présente comme un de ses titres au prix fondé par le marquis d'Argenteuil (Bulletin de l'Académie, t. ix, p. 506 H.) n'est autre chose que mon *stricturotôme* décrit dans la Revue médicale, cah. de février 1839, p. 309 (3).

Pour résumer cette discussion, je crois devoir rappeler : 1° que l'opération exécutée par moi sur la personne soumise le 28 novembre dernier à l'examen de MM. Bérard et Rayer, et qui l'a débarrassée immédiatement d'une rétention d'urine produite par un rétrécissement valvulaire situé à l'orifice interne de l'urètre, est l'*incision* de cette espèce de cloison, au moyen de mon *stricturotôme* ; 2° que cette *incision* a été pratiquée de manière à produire un lambeau digitiforme de toute la hauteur de la cloison intra-vésicale ; 3° que M. Mercier n'a jamais fait cette opération et que cependant il a cru pouvoir élever des prétentions sur les procédés et les instrumens que j'employais longtemps avant qu'il publiât ses premiers travaux.

Je terminerai par une observation qui me semble décisive, c'est qu'il serait impossible avec l'instrument de ce médecin de pratiquer l'opération qui a motivé sa réclamation, opération qui consiste à *inciser* les rétrécissemens valvulaires de l'orifice interne de l'urètre, son sarcotôme n'étant applicable qu'à l'*excision* ou à la *résection* de certains obstacles qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile.

(Renvoyé à la commission pour le prix d'Argenteuil.)

RAPPORTS.

NOUVEAU FORCEPS.

M. Capuron fait un rapport favorable en réponse à une lettre adressée à l'Académie par M. le docteur Tarsitani, de Naples, sur un nouveau forceps de son invention, destiné à éviter le décroisement des branches. Après avoir indiqué les cas d'accouchemens où cette manœuvre a été jusqu'à présent inévitable, M. le rapporteur passe à la description de ce nouveau forceps. Il est le même, dit-il, que celui de Levret ; il présente la même longueur, les mêmes courbures, le même mode d'articulation, et l'une des branches est toujours mâle ou à pivot, et l'autre femelle ou à mortaise. Il fait remarquer : 1° qu'à l'endroit où les branches s'articulent, chacune est évidée à la partie supérieure et dans la moitié de son épaisseur, afin qu'en faisant passer celle qui est inférieure sur la supérieure et *vice versa*, les cuillers se correspondent parfaitement ; 2° que le pivot est proéminent, non seulement à la partie supérieure de la branche qui doit le porter, mais encore à la partie inférieure, afin que la branche femelle puisse s'articuler facilement avec la mâle, lorsque celle-là est au-dessous ou en arrière de celle-ci ; 3° qu'enfin une charnière très solide, placée en-deçà de la mortaise de la branche femelle permet à son manche de s'abaisser, lorsqu'il est levé, pour se mettre au même niveau que le manche de l'autre branche, et de s'élever, au contraire, pour la même raison, lorsqu'il est abaissé, comme il arrive quand on fait passer la branche droite sur la gauche, ou *vice versâ*. Il ajoute que ces trois petites modifications qui n'altèrent nullement le parallélisme des cuillers, suivant leur grand ou leur petit diamètre, rendent l'articulation des deux bran-

---

(1) Cet instrument est également décrit dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique (années 1831 et 1832, p. 36); dans la Revue médicale, cahier de février 1839, ainsi que dans le cahier d'octobre de la même année, p. 313 et 43.

(2) M. Guillon reproduit dans une note, et afin qu'on puisse les comparer, 1° la description du *sarcotôme* qu'il a inventé en 1830, et telle qu'elle est consignée dans la Revue médicale, cahier de février 1839 ; 2° l'exposé de l'instrument de M. Mercier tel qu'il était dans le paquet cacheté qu'on a ouvert.

(3) M. Guillon rapporte textuellement, dans cette note, la description de ces instrumens, telle qu'elle se trouve dans la Revue médicale, cah. de févr. 1839, et dans l'Examinateur médical du 1er avril 1843.

ches toujours très facile, sans décroisement, et font conserver aux manches leur régularité. M. le rapporteur termine en disant que ce nouveau forceps présente toutes les conditions de simplicité et de solidité des anciens forceps, et propose à l'Académie : 1° d'écrire une lettre de remercîmens et d'éloges à M. Tarsitani ; 2° de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté).

ANATOMIE CLASTIQUE.

M. Blandin fait un rapport sur les dernières pièces d'anatomie artificielle que M. Auzoux a présentées à l'Académie.

Le rapporteur rappelle d'abord les rapports favorables dont les préparations de M. Auzoux ont été déjà l'objet ; il signale ensuite les progrès remarquables que M. Auzoux a fait faire à cet art, et appelle spécialement l'attention de l'Académie sur les préparations nouvelles à l'aide desquelles il s'est proposé de représenter dans de très grandes dimensions, afin d'en faciliter l'étude, tous les détails des principaux organes et des régions les plus importantes, et en particulier les différens états de la matrice, du fœtus, de l'œuf aux différentes phases de son développement. Il rappelle enfin avec quel succès M. Auzoux a étendu la sphère de ses travaux à l'anatomie comparée et à l'histoire naturelle.

Après avoir fait ressortir toute l'utilité de ce système de représentations anatomiques, tant pour l'étude de l'anatomie de l'homme que pour celle de l'anatomie des animaux, de l'embryogénie et de la zoologie, le rapporteur termine ainsi :

« En conséquence, nous ne pouvons que répéter, avec nos précédens rapporteurs, que M. Auzoux a bien mérité de la science par ses persévérans travaux, et nous vous proposons : 1° de lui écrire pour le remercier de sa dernière communication, et pour l'engager à persévérer dans la voie nouvelle qu'il s'est ouverte ; 2° de l'inscrire sur la liste des candidats aux places de l'Académie.

M. Villermé : Je m'associe pleinement à l'opinion que vient d'exprimer le rapporteur sur les préparations de M. Auzoux. J'ajouterai, à la louange de M. Auzoux, d'autres circonstances qu'il n'entrait pas dans l'objet spécial du rapport de faire connaître. J'ai visité l'établissement de M. Auzoux, non pas comme anatomiste, mais sous un autre point de vue, et j'ai été frappé, non seulement de l'instruction remarquable de ses ouvriers en anatomie, mais surtout de l'esprit d'ordre et de grande moralité que leur chef a su introduire parmi eux.

M. Velpeau : J'aurais trouvé bon que M. Blandin eût accordé quelque attention, dans son rapport, à une autre série de pièces destinées à remplacer des préparations que l'on ne peut se procurer et conserver qu'avec une extrême difficulté, je veux parler des pièces d'ovologie humaine et comparée. Tout le monde sait combien les préparations de ce genre sont délicates et peu susceptibles d'être conservées dans leur intégrité. Eh bien ! M. Auzoux est parvenu à représenter avec une vérité vraiment étonnante tous les détails de l'œuf humain. Ce perfectionnement dans la reproduction des préparations anatomiques est assez important pour devoir être signalé.

M. Virey : Je voudrais aussi que le rapporteur eût mentionné avec plus de détails les pièces d'anatomie comparée très belles que M. Auzoux a présentées dans le temps à l'Académie. Ces pièces sont très utiles pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparée.

M. le secrétaire : Une commission doit être désignée pour l'examen de ces pièces.

M. Nacquart : Je ferai remarquer que le réglement interdit de placer le nom des auteurs de mémoires ou de communications sur la liste des candidats à l'Académie ; cela ne se fait que pour les correspondans ; je demande donc qu'on modifie les conclusions sur ce point. Je m'associe du reste volontiers aux éloges de la commission.

M. Blandin : J'avais cru, comme rapporteur, devoir me borner à apprécier uniquement le mérite des préparations de M. Auzoux ; mais puisque j'y suis autorisé par l'observation que vient de faire M. Villermé, je dirai que j'ai été frappé comme lui de voir de petits paysans faire preuve des connaissances les plus précises sur les plus petits détails de l'anatomie.

Quant à ce qui concerne les pièces d'ovologie, j'en ai dit quelque chose. Il est évident aussi que ces pièces sont de la plus grande utilité. J'en dirai autant pour les pièces d'histoire naturelle dont a parlé M. Virey.

M. Nacquart me reproche d'avoir porté le nom de M. Auzoux sur la liste des candidats. Je répondrai à cela qu'il existe de nombreux précédens à cet égard ; cela n'engage en rien d'ailleurs l'Académie ; je crois devoir maintenir cette conclusion comme un hommage rendu à M. Auzoux.

M. Bégin : Je ne voudrais certainement diminuer en rien le mérite des préparations de M. Auzoux ; cependant j'aurais voulu que M. Blandin insistât un peu plus sur la valeur relativement plus grande des dissections. En faisant de l'anatomie, on n'a pas seulement pour objet d'apprendre l'anatomie, mais aussi d'apprendre de la chirurgie, de s'exercer au manuel opératoire. Je craindrais qu'en prenant trop à la lettre les termes du rapport, on ne se crût dispensé à l'avenir de se livrer aux dissections.

M. Blandin : Je suis parfaitement de l'avis de M. Bégin ; ce n'est que sur le cadavre qu'on apprend le manuel opératoire. Aussi n'ai-je pas dit autre chose ; j'ai dit que les pièces de M. Auzoux ne dispenseraient jamais des dissections, mais qu'elles y suppléraient dans les lieux et pendant les saisons où l'on ne pourrait pas avoir de cadavres.

M. Bégin : J'ai trouvé seulement que M. Blandin n'avait pas assez insisté sur ce point. Je ne voudrais pas d'ailleurs qu'on altérât en rien les conclusions.

M. Villeneuve : M. Velpeau s'est plaint que les préparations relatives à l'ovologie n'eussent pas assez fixé l'attention du rapporteur ; j'en dirai autant pour les préparations de M. Auzoux destinées à reproduire l'état de la matrice dans les différentes périodes de la gestation. Je demande, comme M. Velpeau, qu'il soit insisté davantage sur ces deux points.

M. Blandin déclare adhérer entièrement à ces observations. Il modifiera son rapport dans ce sens.

M. le président : La proposition de M. Nacquart n'étant pas appuyée, je vais mettre les conclusions du rapport aux voix.

Les conclusions sont adoptées.

M. Gerdy lit un travail intitulé : Rétraction des tissus albuginés.

ANATOMIE DU CHEVAL.

M. Auzoux soumet à l'examen de l'Académie un cheval sur lequel, comme dans ses modèles d'homme, se trouvent reproduits, jusque dans les plus petits détails, les muscles, les vaisseaux, les nerfs et tous les viscères.

C'est un cheval d'un mètre 16 centimètres qu'il a pris pour modèle, dans l'attitude au repos ; plus de 200 pièces que l'on peut en détacher une à une depuis la peau jusqu'aux os, comme on le ferait dans une véritable dissection, entrent dans sa composition ; plus de 200 objets de détail s'y retrouvent et sont indiqués par autant de numéros.

Il rappelle qu'indépendamment des modèles d'homme, de quatre grandeurs différentes, il a soumis à l'examen de l'Académie une série d'organes propres à montrer comment s'opèrent la digestion, la respiration, la circulation, l'innervation, l'audition, la vision, la reproduction dans l'homme, les mammifères, les oiseaux, les reptiles, les poissons, les insectes, les mollusques, les zoophytes ; que plus tard, voulant donner une idée de l'ensemble, il a présenté l'anatomie complète du squale comme type des poissons cartilagineux ; d'un hanneton gigantesque comme type des insectes ; du colimaçon comme type des mollusques ; et comme type d'un gros mammifère, il vient d'exécuter le cheval sur lequel il appelle l'attention de l'Académie.

Quelques minutes lui ont suffi pour opérer le déplacement des nombreux organes qui couvrent le squelette, pour indiquer les différences ou les rapports qui existent entre l'homme et le cheval ; par une coupe des plus heureuses, il met à découvert tous les organes que renferment les cavités thorachiques et abdominales ; il en montre la disposition, les rapports ; il en indique le jeu et le mécanisme ; au moyen de coupes pratiquées dans leur intérieur, il en fait voir la texture, l'organisation intime.

Cette nouvelle préparation a été vue avec non moins d'intérêt que les précédentes ; l'Académie a désigné pour commissaires MM. Renault, Bouley jeune, Barthelemy, Blandin, Duméril.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE NATURELLE, PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE QUI RÈGNE ACTUELLEMENT A ÉDIMBOURG ET AUTRES VILLES, AVEC DES OBSERVATIONS ET DES AUTOPSIES ; par le docteur J.-R. Cormack. — 180 pages in-8°. Londres, 1843. A Paris, chez Fortin, Masson et Ce. (En anglais.)

Il n'a encore été question que d'une manière très insuffisante dans la Gazette médicale de la fièvre épidémique qui a régné à Edimbourg et dans quelques autres villes de l'Ecosse pendant l'année 1843, et qui y règne peut-être encore. Cette fièvre ayant offert des caractères assez anormaux pour qu'elle ait pu être considérée comme une épidémie d'une forme sinon nouvelle, au moins qu'on n'avait pas observée depuis quelques années dans les mêmes localités, n'a pas tardé à appeler l'attention des médecins du pays dont plusieurs en ont déjà donné des descriptions qui sont d'accord sur les points les plus importans. Nous allons profiter du travail remarquable que vient de publier sur ce sujet le docteur J.-R. Cormack, qui, comme médecin de l'infirmerie royale et du nouvel hôpital des fiévreux d'Edimbourg, a été à même de l'observer sous toutes ses formes et à ses divers degrés de développement, pour en retracer les principaux caractères.

C'est au commencement de février 1843 qu'on observa quelques cas de fièvre trop différens de ceux qui s'étaient montrés jusqu'alors, et surtout caractérisés par des phénomènes trop spéciaux pour qu'ils échappassent à l'attention, la maladie se présentant, dès le principe, sous deux formes tranchées et qui pourtant ne différaient que par l'intensité des phénomènes morbides. Toutes les deux étaient caractérisées par un état congestif des tégumens qui leur donnait une couleur que l'on n'a pu mieux décrire qu'en la comparant au bronze. Cette couleur, dans certains cas qui ont été rangés dans la forme légère, était assez prononcée pour frapper la vue immédiatement ; dans ceux qui ont été considérés comme représentant la seconde variété et où tous les symptômes offraient une intensité beaucoup plus considérable, la couleur des tégumens était bien plus foncée encore et mêlée d'une nuance ictérique dont la teinte allait en diminuant de la tête au pied.

Dans les deux variétés, la maladie débute par un frisson violent accompagné de céphalalgie avec douleurs dans les reins et un certain degré de prostration peu prononcée, puisqu'elle n'empêche pas que le malade puisse se rendre à l'hôpital à pied ; à ce frisson succèdent une chaleur âcre avec soif intense, malaise général et aggravation de la céphalalgie, puis une transpiration abondante qui n'apporte que peu de soulagement,

En même temps, le pouls prend une fréquence considérable, de 90 à 120; la langue, d'abord humide et chargée, devient au bout d'un ou deux jours et reste sèche; des nausées et des vomissemens ont lieu dans les premiers jours; de vives douleurs se font sentir dans les muscles et les articulations. Pendant ce temps, les phénomènes fébriles persistent très intenses, le pouls souvent avec sécheresse ardente de la peau, quelquefois avec des frissons ou des sueurs très abondantes; l'insomnie est continuelle et fatigue beaucoup les malades. Vers le troisième jour, il y a habituellement une rémission, puis vers le cinquième une amélioration notable se manifeste subitement et ordinairement à la suite d'une transpiration abondante, d'un épistaxis ou d'un cours de ventre. Pendant les huit premiers mois, la sueur a été le plus souvent l'évacuation critique qui précédait l'amendement; depuis le mois d'octobre, la diarrhée et la dysenterie se sont offertes aussi fréquemment que la sueur. A partir de ce moment, le pouls, la langue et la peau reviennent presque à l'état normal; la couleur bronzée de la face s'éclaircit, et cette rémission dure jusqu'au 14e ou 15e jour, époque où le malade a déjà repris des forces. Il paraît marcher promptement vers une guérison complète; mais, à cette même époque, a lien une rechute qui s'annonce par un paroxysme semblable à celui de la première invasion, mais quelquefois plus intense ou moins intense. C'est pendant cette première rechute que les avortemens ont lieu. Presque tous les malades éprouvent une troisième rechute vers le 21e jour, et qui est ordinairement pen grave. Chez ceux qui sont jeunes et d'une bonne constitution, la convalescence se passe rapidement; il en est autrement chez ceux qui sont vieux et affaiblis. M. Cormack assure qu'aucun des sujets qui ont présenté cette forme simple de la maladie n'a succombé.

Il n'en est pas de même de ceux qui ont offert la forme grave et chez lesquels la maladie a présenté les mêmes caractères sans autre différence que celle de l'intensité. L'un des symptômes les plus communs de cette variété est la teinte jaune de la conjonctive et de toute la surface du corps; elle se montre toujours du 3e au 7e jour et est surtout très prononcée sur la face, le cou, la poitrine, l'abdomen et les cuisses. Quelquefois, cette teinte manque pendant la première attaque, et n'apparaît que lors de la première rechute.

A ces premiers symptômes se joignent constamment un état d'affaissement, plus ou moins de délire, une urine épaisse et souvent de la couleur du porter; des selles noires à couleur de poix, et des hémorrhagies de quelques-unes des membranes muqueuses. Dans les cas les plus graves, les malades évacuent par les selles et par les vomissemens une matière semblable à du marc de café. On a vu ces vomissemens noirs chez des sujets qui n'offraient pas la teinte ictérique. Quelques sujets et ceux surtout qui présentaient la teinte jaune et la congestion très prononcée offraient des engorgemens du foie et de la rate avec tension et sensibilité de l'abdomen; enfin, nous citerons comme l'un des caractères les plus propres à distinguer cette affection fébrile du typhus et de la fièvre typhoïde, l'absence presque constante de l'éruption lenticulaire. Cependant, les taches rosées, qu'on n'observa dans les premiers mois chez aucun des sujets, commençaient à se montrer dans quelques cas vers la fin de l'épidémie.

Plusieurs circonstances font penser que dans cette maladie le sang avait perdu sa plasticité. Ainsi, celui que l'on obtenait par la saignée, au lieu de fournir un caillot fibrineux, ferme, ressemblait à une masse spongieuse homogène et se couvrait d'une certaine quantité de sérosité; les piqûres de puce et les autres légères lésions de la peau étaient immédiatement entourées d'ecchymoses; plusieurs malades présentèrent sur diverses parties du corps des taches de *purpura*, et enfin le sang de la plupart d'entr'eux, observé au microscope, offrit un nombre très considérable de globules de pus, et dans quelques cas tous les globules sanguins étaient déformés et comme hrisés. M. Cormack ne doute pas que cette maladie ne soit contagieuse et il en trouve la preuve dans le fait que presque tous les élèves et les autres personnes qui se sont exposés à la contracter en ont été atteints. Presque tous les médecins de l'infirmerie et de l'hôpital des fiévreux, ainsi qu'un grand nombre d'infirmiers ont été frappés; on a même compté jusqu'à dix-huit infirmiers à la fois obligés de cesser leur service pour cette cause.

Huit autopsies rapportées par l'auteur ne fournissent aucun document positif. Le foie est indiqué comme normal dans la plupart des cas; dans un seul, il était, dit-on, d'une couleur foncée et remplie de sang; dans un autre, il était d'un jaune pâle. Dans tous les cas, les canaux hilifères étaient parfaitement libres, et la vésicule était remplie d'une hile épaisse, et quelquefois très noire. Tous les organes internes étaient gorgés de sang qui s'était épanché sur de nombreux points, et presque toujours les tissus blancs offraient une teinte jaune très prononcée.

Outre les symptômes dont il a été question jusqu'ici, il y a en à la suite de cette affection fébrile quelques accidens qu'on ne voit que rarement à la suite de la plupart des autres maladies. Ces accidens sont les suivans: une variété spéciale d'ophthalmie, précédée de quelques symptômes d'amaurose, l'engorgement des ganglions, diverses éruptions cutanées, l'hydarthrose du genou et de la cheville avec œdème des pieds, quelques douleurs dans les pieds avec ou sans œdème, la paralysie du deltoïde et de quelques autres muscles, et enfin la gangrène qui s'est montrée sur diverses parties du corps.

M. Cormack se livre à des recherches assez vastes et qui ne manquent pas d'intérêt sur la nature de cette maladie, qu'il considère comme pouvant être rapprochée de la fièvre jaune, tout en reconnaissant que le plus souvent on désigne sous ce dernier nom des affections très différentes et qui lui paraissent devoir varier autant que la nature des causes morbides qui les déterminent et qu'il est très disposé à attribuer à l'action d'un poison introduit dans l'économie par le canal digestif, la respiration ou la surface cutanée. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien ces données et cette direction promettent plus à la science que cet éternel refrain de phlegmasies gastro-intestinales que répètent encore aujourd'hui tant de médecins parmi nous. M. Cormack démontre jusqu'à l'évidence que dans cette fièvre épidémique il n'y a aucun signe de phlegmasie du tube digestif, malgré la grande quantité de sang accumulé dans les organes centraux.

Ce que nous venons de dire de la nature de cette maladie, dont la cause est encore inconnue, suffit pour faire penser que le traitement réel n'a pu encore être indiqué. Aussi M. Cormack se borne-t-il à conseiller la méthode qu'il a suivie lui-même dans sa pratique, et qui consiste à ne point poursuivre une cause inconnue, mais à étudier pendant le cours de la maladie les phénomènes qui en aggravent la marche, et à les prévenir par des moyens appropriés. Cette manière de considérer la thérapeutique est la seule rationnelle et hien préférable à celle que l'on appelle chez nous la méthode symptomatique, et dans laquelle on ne combat ordinairement les symptômes graves qu'après qu'ils ont apparu, tandis que le but de M. Cormack est de les prévenir. Mais, pour entrer dans ces vues et comprendre cette manière de voir, il ne faut pas réduire toute la thérapeutique à l'emploi toujours isolé d'un petit nombre de moyens, il faut savoir, comme le font les bons praticiens et la plupart des médecins anglais, faire converger plusieurs moyens à la fois vers un but que n'aurait atteint aucun d'eux en particulier; avant tout, il faut avoir étudié l'action de ces médicamens composés et de ces médications différentes réunies à la fois; or, c'est précisément dans une direction contraire que marchent aujourd'hui la plupart de nos thérapentistes.

Un tableau statistique de tous les cas (203) observés par M. Cormack, avec indication du chiffre des morts (12 en tout), de celui des rechutes, de l'époque de la rechute et de la durée totale de la maladie, termine ce travail, qui contient dans un petit nombre de pages, non seulement tous les documens qui ont pu être réunis à une époque où l'épidémie n'avait pas encore disparu, mais aussi quelques considérations générales d'une certaine importance sur les maladies épidémiques et sur la meilleure manière de les étudier. L'auteur annonce, suivant l'habitude des médecins ses compatriotes, la publication d'un appendice; nous l'attendons avec intérêt, dans l'espoir d'y trouver l'histoire de la fin de cette épidémie, et quelques données nouvelles sur cette fièvre jaune des pays septentrionaux, où déjà elle s'était montrée plusieurs fois, ainsi qu'il résulte des recherches qui lui sont propres.

— M. le docteur Donné ouvrira son Cours public expérimental d'observations microscopiques, le mercredi 8 mai, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre de M. Paul Dubois (clinique de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine); les leçons suivantes auront lieu les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Une partie des démonstrations de ce Cours sera faite au moyen d'un appareil éclairé par la lumière électrique. Cet appareil nouveau de MM. Donné et Foucault permettra de répéter de brillantes expériences qui donneront un intérêt particulier au Cours de cette année.

Des démonstrations particulières dans lesquelles les élèves seront exercés aux analyses microscopiques et à la manœuvre des microscopes seront faites par M. Léon Foucault, préparateur.

— Cours public, théorique et clinique sur les maladies mentales. — M. Baillarger, médecin de la 2e section des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce cours le 26 avril, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Les leçons cliniques auront lieu à l'hospice de la Salpêtrière.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

Imprimerie et lithographie de Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

N° 17. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 27 AVRIL 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES SUR LA CHALEUR, A L'OCCASION DES ÉTUVES DE NÉRON, PENDANT UN VOYAGE A NAPLES AVEC M. MAGENDIE ; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

A peu de distance de Pouzzoles, non loin du cap Misène, et de l'antre de la sibylle de Cnmes, se trouvent les étuves de Néron, appelées anciennement Posidianœ, du nom d'un affranchi de Claude. Elles sont renfermées dans une excavation pratiquée sur le versant méridional de la montagne de Baïes, à quinze mètres environ au-dessus du niveau de la mer. On y accède par un sentier laissé dans le roc. Les flots baignent la base de la montagne dont le sommet était antrefois conronné par un palais communiquant avec les étuves au moyen de splendides galeries. Il en reste encore plusieurs voûtes et quelques colonnes. C'est un des sites les plus beaux des environs de Naples. Devant vous apparaissent au milieu de la mer, les débris du pont de Caligula (1), et, si vous promenez vos regards sur le golfe, vous rencontrez à l'horizon Ischia, Caprée, Sorente et le Vésuve.

L'intérieur de la grotte est divisé en quatre salles disposées les unes à la suite des autres. La lumière y pénètre par des ouvertures qui font face à la mer. Dans chaque salle sont plusieurs tables en lave, creusées de manière à recevoir des matelas, sur lesquels on vient s'étendre pour respirer un air plus frais à la sortie du bain. Antrefois, des statues circulairement rangées indiquaient le nom des maladies que ces étuves étaient réputées guérir. Nons ne vîmes plus que des niches vides et dégradées.

La salle d'entrée est la pièce la plus spacieuse. Elle peut avoir dix mètres de long sur cinq de large. Dans le fond se trouve une ouverture semblable à la guenle d'un four. Il s'en échappe sans cesse un nuage de vapeur humide et brûlante. C'est l'orifice du couloir qui mène à la source thermale.

Le gardien des étuves est un petit vieillard dont l'aspect fait mal. Son excessive maigreur, sa peau sèche et racornie, sa respiration sifflante n'indiquent que trop le pénible métier qu'il exerce journellement. En effet, sa seule industrie est de traverser une atmosphère embrasée pour aller puiser à la source un seau d'eau dans lequel les visiteurs s'amusent ensuite à plonger des œufs qui deviennent durs en moins de cinq minutes.

Nous étions à peine entrés que le gardien alluma de lui-même une grosse torche en résine pour éclairer sa descente dans l'étuve. Je fus curieux de l'accompagner. C'était pour moi une occasion favorable et inté-

(1) Le stupide orgueil de cet empereur égalait seul sa férocité. Il voulut, ponr se créer une promenade triomphale, jeter un pont sur le golfe de Baïes. Ce pont, dont il reste encore treize gros piliers, ne put être achevé.

Feuilleton.

DE LA LOI SUR LE RÉGIME PÉNITENTIAIRE.

Depuis l'année 1840, le gonvernement faisait espérer à chaque session la présentation d'un projet de loi sur l'organisation des prisons. Mais les sessions s'écoulaient sans que la présentation eût lieu. C'était moins une négligence qu'une sage mesure. A cette époque, des médecins et des publicistes avaient déjà travaillé la question. Mais les études n'étaient pas encore assez avancées pour qu'il fût possible de prendre la responsabilité d'une décision. D'antre part, les faits manquaient, ou du moins ils n'étaient pas assez nombreux pour faire préjuger d'avance les avantages et les inconvéniens de tel ou tel système. Depuis quatre ans, les choses ont bien changé. Les statistiques se sont dressées dans tous les pénitenciers connus; des explications plus ou moins logiques ont essayé de les éclairer ; des essais d'expérience ont eu lieu ; enfin le gouvernement a cru que le problème avait été assez mûri pour que la solntion n'en fût plus retardée. Et puis, c'était en quelque sorte une affaire d'urgence que le vote de cette loi. Depuis longtemps, les récidives se développent de la manière la plus effrayante. L'éducatinn du crime se poursuit avec une prodigieuse activité dans les maisons centrales, dans les bagnes où les plus criminels enseignent aux antres les théories du vol et de l'assassinat, et où se prépare le programme des nouveaux méfaits qui commenceront au jour de la libération. Il fallait en finir avec une telle situation. Mais si la société demande des garanties, il est nécessaire, pour qu'elles ne soient pas illusoires, que le criminel qui doit être rendu à la libre circulation, après l'expiration de sa peine, puisse y revenir meillenr. Il fant donc que l'organisation nouvelle moralise en punissant : ce doit être le but de la loi. Nous verrons si le projet du gouvernement remplit ces conditions qui ne peuvent exister l'une sans l'antre; mais avant d'aller plus loin, exposons rapidement les diverses théories qui sont en lutte dans l'opinion publique et dans la chambre.

Il n'y a jusqu'ici que trois systèmes d'organisation pénitentiaire connus et à l'état d'application. C'est le système d'Auburn, celui de Philadelphie, et un système qui vient des deux précédens et qui en est le moyen terme : c'est le système mixte ou éclectique. Le premier, celui d'Auburn, a peu de partisans et pen d'imitateurs. Il consiste à isoler les détenus pendant la nuit, à les réunir pendant le jour pour le travail et les repas ; mais il impose le silence continn avec l'auxillaire du bâton et du fonet, ce qui n'empêche pas qn'il ne soit rompu bien des fois, et qu'il en résulte des scènes de la plus grande violence. Mais dans l'hypothèse même que la crainte de la répression fût suffisante pour empêcher les infractions, il existe dans les prisons un moyen très simple de suppléer à la privation des communications par la parole; ce moyen consiste dans le langage muet et pour ainsi dire invisible de la physinnomie, que les malfaiteurs savent si bien parler. Ainsi le système d'Auburn n'est pas seulement barbare, il est encore maladroit. On a donc bien fait de ne pas le mettre en cause;

ressante de répéter quelques-unes des observations dont les travaux de M. Magendie sur la chaleur venaient récemment d'enrichir la science.

Nous quittons, le gardien et moi, nos vêtemens, et, après avoir pris, lui sa torche, moi mon thermomètre, nous pénétrons dans le conduit.

La hauteur du couloir est de deux mètres, sa largeur d'un mètre environ. Température, 40° centig. en haut et 33° en has. Aussi la chaleur paraît-elle étouffante ou supportable, suivant qu'on élève la tête ou qu'on la tient baissée. La différence est due à cette cause toute physique que la couche la moins échauffée étant la plus lourde doit nécessairement occuper la partie inférieure.

Cet air plus chaud et cet air plus froid constituent un double courant dans le sens de la sortie du premier et de l'entrée du second, de sorte que, si vous placez la torche près de la voûte, la flamme s'incline en dehors, et près du sol, en dedans.

Nous faisons quelques pas. Le couloir change brusquement de direction, puis il décrit des sinuosités. Je marchais accroupi, la tête courbée le plus possible, tandis que le gardien, vu sa petite taille et surtout ses habitudes d'incombustilité, dédaignait ces précautions. Après avoir parcouru environ quarante mètres, nous arrivons à un point où le chemin se coude à angle presque droit. Les personnes qui vont prendre leur bain de vapeur, et elles sont aujourd'hui très peu nombreuses, pénètrent rarement jusque-là. Elles s'arrêtent dès les premiers pas dans le couloir.

Le gardien me fit remarquer dans cet endroit l'orifice d'un des six autres conduits, qui ont été inutilement creusés dans le tuf avant qu'on parvînt à la source.

Le thermomètre marque 43° en haut et 37 en has. Déjà je me sens fort incommodé de la chaleur. Mon pouls s'est élevé de 70 pulsations à 90.

Après une halte de quelques instans, nous avançons. La température augmente; le couloir se rétrécit, et, au lieu du plan légèrement incliné que nous avions suivi, il n'offre plus qu'une pente très rapide. Le gardien lui-même marche avec une extrême difficulté. Je continue de le suivre; mais bientôt, afin de me maintenir la tête plus élevée, et d'empêcher le sang de s'y porter par son poids, je m'agenouille; puis, me retenant par les pieds et les mains aux aspérités d'un terrain humide, je me laisse péniblement glisser à reculons. Mes artères temporales battent avec force. Ma respiration est plaintive, courte, saccadée, haletante. Mon corps ruisselle. 120 pulsations. A chaque instant je m'arrête épuisé, pour appliquer ma bouche contre le sol, où j'aspire avidement la couche d'air la moins brûlante.

Le courant supérieur indique 48°, l'inférieur 43. Nous sommes enveloppés d'une vapeur telle que la flamme de la torche, d'où s'exhale une fumée fétide, n'apparaît que comme un point brillant au milieu d'un anneau lumineux.

Nous descendons toujours. L'atmosphère est de plus en plus étouffante. Il me semble que ma tête va se briser, et qu'autour de moi tout projette un éclat phosphorescent. J'ai à peine la conscience de mes sensations. Au moins, s'il me fallait du secours, ma voix pourrait-elle se faire entendre? J'appelle, puis j'écoute..... rien, que le bruit de nos deux respirations.

Cependant le terrain se redresse. Un léger bouillonnement indique que nous sommes près de la source. La voici. Mais la vapeur est si épaisse, qu'il faut que le gardien promène sa torche au-dessus des objets, pour les éclairer d'une manière distincte.

Autant qu'il me fut possible de le reconnaître, l'eau se trouve répartie dans trois petits bassins, communiquant entre eux par une ouverture qu'on aperçoit à la base des cloisons de séparation. C'est dans le second bassin que jaillit la source. Celui du fond est percé d'un trou par où l'eau s'échappe en tournoyant. Sur le bord du premier bassin est une pierre où l'on pose le genou pour puiser de l'eau.

Je m'approche de la source, tenant mon thermomètre à la main; mais j'avoue qu'à ce moment les forces me manquèrent. Le mercure indiquait 50°, sans différence entre les couches supérieures et les couches inférieures. Mon pouls battait tellement vite que je ne pouvais plus en compter les pulsations. Il me sembla que si je venais à me baisser, j'allais probablement tomber asphyxié. Ce fut donc le gardien qui plongea mon thermomètre dans la source. La température de l'eau est de 85 degrés. Il remplit ensuite le seau dans le premier bassin, dont j'évalue la profondeur à cinquante centimètres.

Mon but était atteint. Je rassemblai toute mon énergie pour sortir de cette épouvantable fournaise où j'avais regretté plus d'une fois de m'être engagé. Ayant à monter au lieu de descendre, je ne suis plus forcé de ramper à reculons. Aussi fûmes-nous bientôt hors de l'étuve.

Le contact de l'air frais me fit éprouver un saisissement voisin de la syncope. J'y voyais à peine et chancelais comme un homme ivre. Mon front livide, mes cheveux collés par la vapeur, mes bras, mes jambes, mon visage et toute la partie antérieure du tronc salis par une poussière humide et noire, me donnaient un aspect effrayant. J'avais 150 pulsations. Heureusement le sang me jaillit par le nez. A mesure qu'il coule, je me trouve soulagé. Ma respiration est plus libre. Mes idées sont plus nettes.

Nous étions restés près d'un quart d'heure dans l'étuve, dont le parcours total a une longueur de cent mètres environ. M. Magendie, inquiet de ne pas me voir revenir, m'avait appelé plusieurs fois; mais, bien que forte et sonore, sa voix, pas plus que la mienne, n'avait pu traverser le couloir.

Le gardien, qui n'avait pas l'habitude d'y séjourner aussi longtemps, n'était pas beaucoup mieux que moi. Ses mouvemens respiratoires s'accompagnaient d'un sifflement si bruyant qu'on l'aurait cru atteint d'un violent accès d'asthme.

L'eau que nous venions de puiser à la source était parfaitement claire, limpide et inodore. Sa saveur âcre et salée rappelle celle de l'eau de Pullna, dont elle partage les propriétés purgatives. Elle n'est point gazeuse. Si elle exhalait de l'acide carbonique, on serait asphyxié dès les premiers pas dans l'étuve. Elle ne forme aucun dépôt en se refroidissant. Je l'ai fait analyser à Paris, et elle nous a offert des quantités considérables de sels de chaux, soude et magnésie.

Pendant que j'étais occupé à faire disparaître les traces de ma visite souterraine, le guide que nous avions amené de Naples, fatigué sans doute de son rôle de muet observateur, nous raconta qu'un Français était mort, l'année précédente, en huit jours, des suites d'une semblable pérégrination. L'anecdote me parut plus intéressante qu'opportune.

En quittant les Étuves, nous fûmes visiter les Bains de Néron. Abandonnés aujourd'hui, ils sont alimentés par la source que nous avons dit se perdre dans le troisième bassin, et qui vient ensuite sortir au pied de la montagne.

---

cependant il faut s'empresser de dire que tout n'est pas vicieux dans ce système-là. C'est lui qui a introduit dans l'organisation pénitentiaire la vie en commun par classification de moralité; et certainement c'est une pratique qui, sous un certain point de vue que nous ne manquerons pas de faire valoir, doit fixer l'attention du législateur.

Le système de Philadelphie a le mérite d'être plus logique, ce qui ne l'empêche pas d'être plus barbare (nous parlons du système ancien). Il soumettait les condamnés à un isolement continu et oisif, sans ouvrir une seule fois la porte de la cellule aux visiteurs du dehors. Cette diète complète de toutes les impressions durait jusqu'à la fin de la détention, quelque longue que fût la peine. Un tel système loin de moraliser ne moralisait pas plus que celui d'Auburn; il conduisait, de l'aveu de tout le monde, à l'abrutissement, à la folie, et dans peu d'années à la mort. Une réforme a modifié la barbare sévérité de ce régime; et le système de Philadelphie tel qu'il est aujourd'hui a produit, à quelques modifications près, le plan d'organisation qui est en discussion au sein modifié de la chambre. Ce système est celui auquel ses défenseurs ont donné le nom de système français.

Le système éclectique est pratiqué à Lausanne, en Suisse, et dans les maisons centrales de France. On y fait à la fois de la vie commune et de l'isolement. On réunit pour le travail et les repas les plus sages; on met en cellule les plus mutins. La cellule touche l'atelier; il arrive donc que le reclus entend travailler ses camarades, et que les travailleurs entendent les plaintes et les récriminations du reclus. Cet état de choses produit le désordre, les violences, les haines, sans aucune compensation. On connaît les scènes terribles qui se sont passées dans ces derniers temps dans quelques maisons centrales. Et certainement, sans les vengeances que provoque la pratique du système mixte, ces événemens n'auraient pas eu lieu. C'est sur ces tristes résultats et sur les statistiques des pénitenciers américains que se sont appuyés les antagonistes de la cellulisation des condamnés. Mais il faut détruire les écoles de démoralisation qui peuplent chaque année la France d'un nombre considérable de criminels; il faut mettre un terme aux récidives, et ces résultats ne peuvent avoir lieu que par l'isolement des condamnés. Donc, tout en reconnaissant ce qu'il y a de beau, de touchant dans ce sentiment de philantropie qui repousse la cellule comme un moyen barbare que nos mœurs ne peuvent accepter, on doit condamner les idées de ces optimistes; car pour éviter un excès ils sont évidemment tombés dans un autre.

Reste donc le système du gouvernement, celui qui est en cause devant la chambre et qui est à la veille de triompher. Le système français enferme le condamné dans la cellule comme dans un lazaret. Pour diminuer le plus possible le nombre des récidives, il veut qu'il soit à l'abri de cette contagion du crime qui se développe par le contact des détenus entre eux. Le condamné ne doit ni connaître, ni voir d'après ce système aucun de ceux qui subissent le même sort que lui. Il n'aura des relations qu'avec les employés de la prison et les personnes à qui il sera permis de le visiter. Il travaillera; il pourra faire quelque exercice hors de sa cellule, et son éducation morale et même son instruction scolaire se poursuivront par les soins des prêtres ou des personnes pieuses qui s'en chargeront par devoir ou par dévouement. Ce système n'est pas précisément le système de Philadelphie même avec les améliorations qu'on lui a fait subir. Mais

De retour à Naples, je conservai 100 pulsations pendant toute la soirée. J'éprouvais une agitation fébrile, de l'étonnement, des tintemens d'oreille, une sorte de fourmillement dans tous les membres. Mon sommeil fut cependant assez calme.

Le lendemain, je ne sentais plus que de la fatigue. M. Magendie remarqua que mes yeux restaient injectés par l'extravasation d'un peu de sang dans la conjonctive. Cette injection, qui n'était nullement douloureuse, se dissipa au bout de deux à trois jours.

J'en ai fini avec ce que je pourrais appeler la partie descriptive de mon travail. Si quelques détails ont paru minutieux, qu'on n'oublie pas que souvent, dans la relation d'une expérience, telle particularité, qui n'a d'abord qu'un intérêt médiocre, peut acquérir de la valeur au point de vue scientifique. J'espère justifier cette observation par les considérations suivantes, dans lesquelles je me propose d'envisager l'action physique et physiologique des étuves.

ACTION PHYSIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DES ÉTUVES.

Les étuves, de même que les eaux minérales, agissent par leur température. Elles agissent aussi par leur composition, nos corps absorbant avec une extrême rapidité les fluides aériformes.

L'action des étuves s'exerce particulièrement sur l'appareil circulatoire. Le sang, en effet, quelque grande que soit sa faculté de résistance à une chaleur élevée, est puissamment influencé par la température de l'atmosphère qui l'enveloppe. A cette influence se rattachent d'intéressans problèmes de physique animale. M. Magendie vient de consacrer plusieurs leçons à leur étude, et, si je m'étends un peu sur le même sujet, c'est que les résultats obtenus par l'illustre professeur n'ont encore reçu qu'une publicité incomplète.

Disons d'abord un mot de l'appareil employé dans les expériences de M. Magendie.

C'est une grande boîte carrée dont la paroi inférieure est constituée par une plaque en fonte au-dessous de laquelle on dispose un réchaud. La paroi supérieure s'articule par des charnières qui, la rendant mobile, permettent de l'ouvrir ou de la fermer. Au milieu de la boîte est suspendu un filet où l'on place l'animal. Un thermomètre indique la température de l'air intérieur échauffé par le rayonnement de la plaque. Pour substituer à la vapeur sèche de la vapeur humide, il suffit de mettre de l'eau dans l'appareil.

On a soin de noter la température du sang de l'animal (1) lorsqu'on le place dans l'étuve. On la note de nouveau quand on l'en retire, et l'on arrive de la sorte à une appréciation rigoureuse du degré de réchauffement.

Il est un premier fait bien constant et bien démontré, c'est que le sang d'un animal s'échauffe sous l'influence d'une température supérieure à la sienne. Etablissons maintenant quel est le plus haut degré que puisse atteindre la température du sang.

Deux lapins ayant une température normale de 39° (2) sont placés dans deux étuves différentes, dont l'une marque 100°, l'autre 60. Le sang du premier animal s'échauffera plus vite que celui du second, et la mort sera également plus rapide. Mais si vous prenez la température de chacun de ces animaux au moment où ils vont périr, vous trouverez chez tous les deux 44°, par conséquent une même augmentation de 5°.

Cette expérience de M. Magendie démontre qu'il existe chez les animaux de même espèce une même limite à l'accroissement de température, et que si cette limite est plus promptement atteinte selon que l'atmosphère est à un degré plus élevé, elle ne peut être dépassée, quelle que soit l'intensité de la chaleur.

La même expérience répétée sur d'autres lapins et sur des chiens a conduit à des résultats parfaitement identiques.

En expérimentant sur une autre classe de vertébrés, M. Magendie pu établir de curieux rapprochemens. Par exemple, la température normale du sang des oiseaux est précisément la température extrême que puisse atteindre le sang d'un mammifère, c'est-à-dire 44 degrés. Mettez un oiseau dans l'étuve. A quel instant meurt-il? lorsque la température du sang s'est élevée à 49 degrés. Il en est donc de l'oiseau comme du mammifère. Le sang ne peut subir une augmentation de température au-delà de 5 degrés.

MM. Berger et Delaroche ont constaté sur eux-mêmes, avec des étuves artificielles, un accroissement sensible de la température du sang. Pendant les premiers instans qui suivirent ma sortie des étuves je me sentais, malgré la fraîcheur de l'atmosphère, parcouru intérieurement par une sorte de chaleur fébrile. Ce phénomène ne se dissipa que peu à peu, quand le sang eut repris l'équilibre normal de sa température.

Je présume que c'est à cette augmentation de la température qu'on doit de pouvoir impunément, au sortir d'une étuve, se plonger le corps dans un bain glacé. L'excès de calorique du sang neutralise un instant la réaction du froid.

Supposons des conditions inverses. Vous entrez dans une étuve, après avoir été soumis à un très fort refroidissement, et pendant quelques instans encore vous ressentez du frisson intérieur. C'est qu'un sang à température trop basse continue à circuler dans les vaisseaux. Ce ne sera que graduellement qu'il pourra reprendre son degré normal.

La chaleur d'une étuve a donc pour effet d'accroître dans une certaine proportion la température du sang. Mais ce n'est pas là seule influence qu'elle exerce sur les propriétés physiques de ce liquide. Ouvrez l'artère d'un animal quand il est sur le point de périr. Le sang qui s'échappe est noir comme le sang d'une veine, et ne rougit point au contact de l'air. De plus, il a perdu sa coagulabilité.

La perte de coagulabilité du sang indique qu'il est devenu moins apte à la circulation, et que par suite il tend à sortir de ses vaisseaux. Ne serait-ce pas un commencement d'altération de cette nature qui détermina chez moi le saignement de nez et l'injection de la conjonctive? J'ajouterai qu'à la suite des expériences, les animaux présentaient, quand on les retirait de l'étuve, des extravasations sous-cutanées, rappelant parfaitement les ecchymoses du scorbut et du purpura.

Il ne suffit pas de savoir que la chaleur des étuves humides ou sèches influe sur les propriétés physiques du sang : on peut encore se demander par quelle voie s'opère l'élévation de température de ce liquide. Est-ce par la peau? Est-ce par le poumon? L'expérience suivante de M. Magendie me semble décider la question.

(1) Le procédé le plus simple pour prendre la température consiste à introduire un petit thermomètre dans le rectum.

(2) Ces expériences ont été faites principalement sur des chiens et des lapins dont la température normale est d'environ 39° cent. J'adopterai ce chiffre comme constant, afin d'avoir des résultats plus précis.

---

il s'en rapproche, il se confond presque avec lui par sa partie la plus essentielle, c'est-à-dire par l'*isolement individuel*. Cependant les défenseurs du système français veulent qu'il existe une assez grande différence entre l'organisation qu'ils proposent et celle qui leur a servi de modèle. Mais en établissant un parallèle entre l'une et l'autre, on reconnaît bientôt que les promesses du système français se borneront aux pratiques du système américain. Nous donnons un exemple. Ainsi, on suppose que tous les pénitenciers construits d'après la théorie nouvelle auront un préau, un lieu d'exercice annexé à chaque cellule; enfin que chaque logement de condamné offrira en miniature l'emménagement d'une prison. On pourrait calculer la dépense d'argent et d'employés qu'une telle distribution entraînerait; et sans pousser trop loin les chiffres, on reconnaîtrait bientôt que ce rêve n'est pas réalisable. En continuant le parallèle, il nous serait facile de faire voir que le système français est presque une contre-épreuve du systeme pensylvanien. Cela posé, il s'agit de savoir quels sont les résultats ou les effets de l'un pour pouvoir préjuger les effets de l'autre.

On a invoqué les statistiques; Philadelphie a fourni son contingent. M. Lucas établissait que, de 1837 à 1841, il y avait eu, dans le pénitencier de Philadelphie, 90 cas d'aliénation mentale, sur une population de 7083. Pour combattre M. Lucas, on a dit que les aliénations n'étaient que des *aberrations mentales passagères*. Ici, nous ne faisons que raconter, qu'exposer, et nous ne nous rangeons encore dans aucun parti. Les rapports venus d'Amérique ont poussé plus loin encore que les antagonistes de M. Lucas la confiance qu'on doit avoir dans l'isolement. Ces rapports disent que les détenus qui sont depuis le plus longtemps en cellule ont la santé et la raison les meilleures. M. Faucher, qui a visité l'Angleterre, et qui a étudié les effets du système philadelphique dans les prisons de Pentonville, etc., ne partage pas l'enthousiasme des partisans de l'influence sanitaire de la cellule. Mais ceux-ci basent leur opinion sur des faits qui leur paraissent inébranlables. En Allemagne, disent-ils, dans la prison cellulaire d'Eberbach, où le système de l'emprisonnement individuel est pratiqué depuis plusieurs années, il n'a été constaté aucun cas d'aliénation mentale. D'autre part, la prison cellulaire de la Roquette est un des argumens sur lesquels ils s'appuient avec le plus de confiance. Cette prison, qui est particulièrement consacrée à des jeunes gens de 16 à 20 ans, a produit jusqu'ici les meilleurs résultats comme moralisation, et n'a donné aucun exemple de perturbation intellectuelle. Cela est très croyable et doit être rigoureusement vrai. Mais, il ne faut pas dresser des statistiques comme on fait une addition. Il est nécessaire, pour qu'elles n'induisent pas en erreur, d'étudier, de peser les élémens qui les forment. Nous qui sommes médecins, nous connaissons les règles qu'il est nécessaire de suivre pour donner une bonne statistique; les publicistes, les administrateurs, peuvent les ignorer. Donc il aurait fallu compter pour quelque chose le caractère allemand et d'autres données qu'on a sans doute négligées, avant de déclarer hautement l'innocuité de la prison d'Eberbach, et de conclure de cet exemple à l'établissement de l'emprisonnement individuel en France. Pour l'argument de la prison de la Roquette, nous serons plus précis. Certainement un physiologiste, un médecin, se serait dit qu'un cerveau d'enfant ne fonctionne pas avec l'activité de celui d'un homme, que le travail intellectuel de celui-ci a plus d'empire sur l'organisme que le travail intellectuel de celui-là, et que la diète d'impressions ou d'idées à laquelle on soumettra l'un sera loin de produire

Il place un lapin, la tête seule dans l'étuve. (Une ouverture pratiquée sur l'un des côtés de la boite permet d'introduire isolément la tête ou le corps.) La température prise dans le rectum au bout de quelques instans n'indique qu'une faible élévation.

Un second lapin est placé dans l'étuve, la tête seule en dehors. Au bout du même temps, on prend la température dans le rectum, et on trouve qu'elle s'est beaucoup plus élevée que dans l'expérience précédente.

Ainsi le calorique pénètre dans le sang plutôt par la surface cutanée que par la surface pulmonaire.

Arrivons maintenant aux phénomènes d'évaporation.

L'évaporation qui se fait à la surface de la peau et de la membrane muqueuse du poumon n'est autre chose que le passage à l'état gazeux de quelques-uns des matériaux du sang. Pour apprécier quelle quantité de ce liquide a été évaporée, il suffit donc de peser l'animal avant et après son séjour dans l'étuve. La différence indique le chiffre de l'évaporation. Mais ici nous devons établir une distinction importante entre les étuves sèches et les étuves humides. Parlons d'abord des premières.

Un animal placé dans une étuve sèche perd de son poids; en d'autres termes l'action de l'étuve sèche détermine chez lui une évaporation appréciable.

Il semblerait au premier aspect que cette évaporation doit être d'autant plus considérable que la température de l'étuve est plus élevée. Mais ce qui est vrai pour les corps inorganiques cesse de l'être pour les corps vivans. En effet, il résulte des expériences de M. Magendie que la quantité de poids perdue n'est point en rapport avec le degré de chaleur de l'étuve, mais seulement avec la durée du séjour. Ainsi un animal placé dans une étuve à 100 degrés ne perd pas plus par l'évaporation qu'un animal placé dans une étuve qui n'en a que 50. Si, après dix minutes de séjour, le premier a perdu cinq grammes de son poids, la perte du second ne sera pas autre au bout du même temps.

L'évaporation continue à se faire dans une proportion à peu près constante pendant tout le temps que l'animal reste vivant dans l'étuve. Deux animaux furent placés dans deux étuves différentes, à température inégale. L'un y resta cinq minutes et l'autre quinze. Le second perdit trois fois plus de poids que le premier, puisqu'il était resté trois fois plus de temps.

Tout ceci, je le répète, s'applique aux étuves sèches. S'agit-il, au contraire, d'étuves humides, les résultats sont différens. Dans ce dernier cas, nous n'avons jamais remarqué que l'animal eût perdu de son poids; souvent même il offrait une légère augmentation, ce qu'il faut sans doute attribuer à l'humidité que la vapeur avait déposée à la surface du corps.

On ne peut cependant dire d'une manière absolue que dans ces circonstances il n'y a pas eu d'évaporation, car il pourrait se faire que le liquide évaporé eût été remplacé par la vapeur absorbée. Ce serait une sorte d'endosmose.

Toujours est-il qu'il reste un fait concluant, de quelque manière qu'on l'explique, c'est que l'étuve humide ne détermine aucune déperdition appréciable. Je noterai à ce sujet qu'en quittant les étuves de Néron, j'étais tourmenté par une soif ardente qui se dissipa en peu de temps sans que j'eusse fait usage d'aucune boisson (1). Au contraire, on a remarqué qu'après un bain de vapeur sèche, la soif ne cède qu'à l'emploi de boissons qui, absorbées, vont rétablir la proportion normale des élémens du sang.

La température des boissons doit en pareil cas être surveillée avec soin. Vous n'irez pas ingérer dans l'estomac une liqueur glacée, car un refroidissement trop subit déterminerait des désordres vers la circulation capillaire. Le physicien évite de verser de l'eau froide dans une cornue brûlante : le verre éclaterait. Combien ne devons nous pas prendre plus de précautions encore de peur de troubler ces admirables phénomènes d'hydraulique qui se passent au sein des tissus vivans!

Si la distinction entre les étuves sèches et les étuves humides est importante par rapport aux phénomènes d'évaporation, elle ne l'est pas moins quand on vent apprécier l'intensité de leur action respective.

En effet, cette intensité d'action, à température égale, est beaucoup plus forte dans les étuves humides que dans les étuves sèches. Aux étuves de Néron dont la vapeur est humide, j'étais suffoqué par une température de 50 degrés, tandis qu'aux étuves de Testaccio dont la vapeur est sèche je n'éprouvais, au milieu d'une atmosphère à 80 degré, qu'un très léger malaise.

On a cité des personnes qui résistaient à des températures supérieures au degré d'ébullition de l'eau. Ces observations, accueillies d'abord avec incrédulité, ont été répétées à Londres par Fordice et Blagden, à Liverpool par Dobson, et à Paris par MM. Berger et Delaroche. On pouvait voir en 1828 un Espagnol qui restait pendant une demi-heure dans un four chauffé à 110 degrés. Mais remarquons que toutes ces expériences ont été faites avec la vapeur sèche, tandis qu'il résulte des renseignemens qui m'ont été fournis aux Néothermes que, dans les étuves humides, la température ne peut être facilement supportée au-delà de 45 degrés. Encore est-il rare que l'on atteigne ce chiffre.

Enfin, et de nombreuses expériences le démontrent, un animal meurt beaucoup plus vite dans une étuve humide que dans une étuve sèche.

Plusieurs conséquences pratiques découlent de ces observations. Une des plus remarquables, c'est la nécessité, quand vous prescrivez des bains de vapeur, de graduer différemment la température, selon qu'il s'agit d'étuves sèches ou d'étuves humides.

Nous raisonnons toujours d'après l'hypothèse où le corps est renfermé tout entier dans l'étuve. Voyons maintenant ce qui arrivera si on y plonge la tête de l'animal, sans y introduire le corps, ou le corps sans y introduire la tête (2). (Il est bon de noter, comme point de comparaison avec les expériences suivantes, qu'un chien mis tout entier dans une étuve sèche, à 100 degrés, vit environ quinze minutes.)

Le chien dont le corps seul est plongé dans une semblable étuve, la tête restant en dehors, vit vingt-deux minutes environ.

Au contraire, celui dont la tête seule est plongée dans l'étuve, le corps restant en dehors, y vivra près de quarante minutes.

(1) On parvient quelquefois pendant les chaleurs de l'été à soulager la soif au moyen d'un morceau de métal maintenu dans la bouche. Le froid du métal agit en déterminant une diminution locale de la température du sang.

(2) Nous avons déjà cité cette expérience, mais elle était faite dans un but différent.

---

les effets que la même cause développera sur l'autre. Cette réflexion toute médicale nous paraît de nature à diminuer la force de l'argument tiré de l'état sanitaire du pénitencier des jeunes détenus. Néanmoins, des travaux consciencieux et faits par des hommes compétens ont conclu dernièrement, à l'aide de faits et d'exemples, à l'innocuité de l'emprisonnement individuel. Nous ne chercherons pas à les discuter; l'espace et les documens nécessaires nous manqueraient. Mais nous répondrons par un raisonnement qui nous semble juste et qui devrait servir de guide dans les sentiers de la science, à savoir, que si les faits établissent les principes, il y a des principes qui, une fois trouvés et réellement prouvés, doivent résister aux prétendus faits qu'on leur oppose, sans quoi la science humaine ne serait qu'incertitude. Or, il doit être évident, pour qui connaît les besoins des organes et les nécessités des fonctions, que la cellulisation, même comme la comprend le système français, est un obstacle à leur satisfaction, et que cet obstacle peut grandir suivant les hommes et suivant les lieux, jusqu'à créer d'incurables maladies. Nous sommes fondé à croire que cette opinion est autrement vraie que celle qui soutient que plus un condamné reste en cellule, plus il a de chances de fortifier sa santé et d'améliorer sa raison.

Mais, quelque vraie que soit cette conclusion, on doit adopter la cellule. Il ne faut pas oublier que les récidives terribles dont nous sommes les témoins et les victimes viennent de la vie en commun des bagnes et des prisons. Or, l'isolement individuel est le seul moyen de mettre un terme à ces effrayans exemples. D'ailleurs l'intérêt de la société doit être mis au-dessus de celui qu'inspire le sort d'un criminel. Mais ce criminel quittera un jour, s'il n'est pas condamné à y passer sa vie, le pénitencier où il aura subi sa condamnation. Pour que la société n'ait rien à redouter de cette libération, il faudra qu'il soit corrigé, que l'éducation lui ait fait un tempérament moral à l'aide duquel il puisse résister à la tentation de la récidive. Or, pour que cela soit, il faut que la punition ne rende pas impossible l'éducation; il faut que l'une soit dans une mesure telle que l'autre puisse germer et se développer. Il est nécessaire, en un mot, que la souffrance n'engendre pas la haine, et que la maladie n'empêche pas le travail de la réflexion. Toute la question est là. Une fois le principe de l'isolement admis, c'est aux amendemens qu'on introduira dans les dispositions à résoudre.

Pour arriver à cet équilibre entre la souffrance et la liberté d'esprit nécessaire au succès de la moralisation, il faut d'abord faire droit aux exigences du tempérament national, et même à celles des tempéramens individuels. Le Français ne ressemble ni à l'Américain, ni à l'Anglais, ni à l'Allemand, ce dont ne paraissent guère se soucier ceux qui dressent, d'ailleurs très habilement, les tableaux statistiques. On sait quel est son caractère de race; il est plein d'activité, il est doué d'une sensibilité très vive, il se laisse facilement émouvoir, il appelle à lui les influences, il domine où il aime à être dominé; et on peut dire de lui qu'il a éminemment le caractère sympathique, soit dans la voie du crime, soit dans celle de la vertu. Ceci prouve qu'il faut adopter l'emprisonnement individuel; mais aussi, qu'il est nécessaire de multiplier autour du condamné les bonnes influences. Ceci prouve encore que la souffrance physique et morale doit être contenue dans de justes limites, pour que le développement de l'irritabilité nerveuse et de la maladie ne s'oppose pas à l'action bienfaisante de l'enseignement. Or, c'est à ces besoins de premier ordre que le projet de loi ne pa-

Ces expériences répétées avec une étuve humide, également à 100 degrés, conduisent à des résultats du même genre; seulement la mort survient plus vite que dans une étuve sèche, à cause de la plus grande intensité d'action de la vapeur humide.

Résumons. L'animal plongé tout entier dans l'étuve meurt plus tôt que celui qui n'y est introduit qu'en partie. Cela doit être puisque la vapeur agit à la fois sur la peau et sur les poumons. Mais si la tête seule est mise dans l'étuve, que l'animal succombe moins vite que si son corps seul y est placé; en d'autres termes, que la mort soit moins rapide quand la chaleur arrive directement sur la surface pulmonaire que quand elle affecte l'enveloppe cutanée, c'est ce qu'*à priori* on n'aurait pas supposé.

Sans prétendre aucunement donner l'explication de ce fait, nous ferons remarquer qu'un phénomène de la même nature se reproduit pour ainsi dire à chaque instant sous nos yeux. En effet, on administre les bains de vapeur tantôt au moyen d'une étuve dans laquelle le corps seul est plongé, tantôt à l'aide d'un appareil qui dirige le courant d'air chaud vers le poumon, et alors le bain prend le nom de fumigation. Or dans ces deux cas la température ne peut être supportée à un même degré. Dans le second cas, vous l'élèverez beaucoup plus que dans le premier.

C'est ce que nous rendrons plus sensible encore par quelques rapprochemens. Mais, comme il s'agit d'applications pratiques, tâchons d'apporter dans notre langage une plus grande précision.

Quand le corps seul est plongé dans une étuve humide, il est rare qu'on puisse supporter une température supérieure à 50 ou 52 degrés. Au-delà de cette limite, on éprouve de l'oppression, de l'anxiété, des palpitations et autres sensations pénibles si bien décrites par M. Londe dans les expériences qu'il fit sur lui-même. — Si l'on se place de la même manière dans une étuve sèche, on peut souvent atteindre sans inconvénient aucun le chiffre de 60 degrés.

S'agit-il, au contraire, de fumigations, il est d'usage, pour les fumigations humides, d'aspirer la vapeur à la température de 60 degrés, et pour les fumigations sèches on l'élève habituellement à 80 degrés. M. Richard m'a dit qu'au moyen de son appareil il emploie très souvent la vapeur sèche à une température au-delà de 100 degrés, sans que les malades trouvent la chaleur trop forte.

Ainsi, nous arrivons toujours à ce curieux résultat, savoir : que le poumon est moins impressionné que la peau par l'action du calorique.

Ces expériences sont de nature à jeter du doute sur les idées qu'on s'est faites jusqu'ici relativement à la source de la chaleur animale. Si réellement le poumon est l'appareil de réchauffement par excellence; le sang artériel qui vient de le traverser doit avoir une température plus élevée que celle du sang veineux. Or il n'en est rien. J'ai vu plus d'une fois M. Magendie placer simultanément chez le même animal un thermomètre dans la veine jugulaire et un thermomètre dans l'artère carotide. Les deux instrumens indiquaient le même degré.

Sans nous étendre davantage sur l'interprétation de ces phénomènes qui se rattachent à l'emploi des étuves, disons quelques mots des symptômes qui précèdent la mort, et des altérations organiques qui la suivent.

Quand ils sont près d'expirer dans une étuve humide ou sèche, les animaux éprouvent de violentes convulsions. A cet instant le pouls et les mouvemens respiratoires ont une telle fréquence qu'on ne peut plus les compter. Les lapins poussent des cris de détresse; ils se taisent au contraire quand ils meurent par l'action du froid.

A l'autopsie, on trouve le poumon, le cœur et les gros vaisseaux vides de sang; tout ce liquide s'est porté à la périphérie du corps, où il s'est extravasé. Les mêmes remarques ont été notées chez l'homme, et lors de la catastrophe du chemin de fer de Versailles, nous n'eûmes que trop l'occasion de constater cette similitude d'effets du calorique.

C'est l'inverse de ce qu'on observe lorsque la mort a été déterminée par un abaissement de température, le froid ayant pour effet de concentrer le sang dans ses grands réservoirs (1).

Les troubles de l'appareil circulatoire indiquent que l'élévation de température du sang occupe une place importante parmi les phénomènes qui ont déterminé la mort. Toutefois cette cause n'est point la seule, ainsi que le démontre l'expérience suivante.

Un lapin qu'on avait maintenu pendant vingt minutes plongé dans un seau d'eau, à 10°, n'offrait plus que 21° de température. On met l'animal dans une étuve à 90°. Au bout d'un quart d'heure, on le retire expirant. La température prise de nouveau dans le rectum, nous constatons que le sang n'a que 25°, et que, par conséquent, au lieu de s'être élevé de 5° au-dessus de sa température normale, comme cela arrive ordinairement, il est resté à 14° au-dessous.

D'où vient cette différence? C'est que les poils de l'animal étant imprégnés d'eau, la chaleur de l'étuve a été en partie dépensée à la vaporiser, de sorte qu'elle n'a pu traverser le derme. Restait donc comme agent de réchauffement le poumon. Nous avons déjà vu qu'il transmet au sang fort peu de calorique.

La preuve que cette explication repose sur des données exactes m'est fournie par une expérience de M. Fourcauld. Ce physiologiste rapporte qu'ayant déterminé un abaissement considérable de température sur un cochon d'Inde, en l'enveloppant entièrement d'un enduit de dextrine, il mit ensuite l'animal dans l'étuve. La température du sang remonta rapidement à son chiffre accoutumé dès l'instant où, la vapeur ayant fait fondre l'enduit, la peau se trouva en contact immédiat avec le calorique.

Comment donc la chaleur d'une étuve détermine-t-elle la mort? Ce n'est pas, ainsi que le prétendait Boerhaave, en coagulant l'albumine du sang, puisque le sang d'un mammifère ne s'échauffe pas au-delà de 44°, tandis qu'il en faut 70 pour que l'albumine se coagule.

Ce n'est pas non plus par la vaporisation de la partie aqueuse du sang. En effet, je lis, dans mes notes, que deux animaux ayant été placés dans deux étuves différentes, l'une à 130°, l'autre à 60, le premier mourut en six minutes, après avoir perdu 8 grammes; l'autre en 25 minutes, après en avoir perdu 22. Il est évident que si les 8 grammes de perte du premier avaient produit la mort, le second aurait péri de même dès le hui-

(1) Sur l'animal qui vient de périr asphyxié par le froid ou l'inspiration de gaz délétères, on trouve l'oreillette et le ventricule droits distendus par un sang noir. Donnez issue à ce sang, aussitôt les contractions du cœur reparaissent. Ne pourrait-on pas chez l'homme, dans des cas semblables, adapter à la jugulaire une petite seringue, et aspirer le sang qui gêne mécaniquement le jeu des cavités droites?

---

raît pas suffisamment satisfaire. Pour faire supporter la souffrance de l'isolement, il faut une certaine activité dans l'éducation. Les visites doivent être coordonnées de manière à ce qu'elles fassent, vis-à-vis du condamné, un service quotidien qui occupe son esprit et dirige ses réflexions. En France surtout, la morale se distribue par la parole et se communique par l'exemple. Donc, s'il n'y a rien de régulier, rien d'organisé dans les visites, le condamné n'en retirera tout au plus que de bonnes impressions; les bonnes intentions, en supposant qu'elles se développassent, s'évanouiraient au jour de la libération, et ne lutteraient pas contre les instincts criminels qui poussent à la récidive. Le tempérament individuel doit aussi entrer en ligne de compte. Tous les condamnés n'ont ni le même tempérament moral, ni le même tempérament physique. Ceux-ci ont les sensations vives, ceux-là les sensations émoussées; les uns sont lymphatiques, les autres sanguins; enfin, c'est par des voies différentes et même opposées que la plupart des condamnés sont arrivés au crime. Depuis les *Poulmann* jusqu'aux *Ducros*, depuis les *Lacenaire* jusqu'aux *Avril*, il y a bien des contrastes à constater. La loi doit évidemment prévoir ces conditions particulières et les respecter dans ses dispositions. Si elle voulait l'uniformité, il arriverait que le moins coupable pourrait être plus durement puni que le plus grand criminel. Il n'y aurait pas de proportion dans la peine; il n'y aurait pas de justice. On l'a si bien compris dans un pénitencier, qu'on accorde chaque année leur grâce à ceux dont le tempérament est le plus faible et dont la santé est la plus altérée. Qui sera le juge, qui sera l'appréciateur de ces différens états physiologiques, et qui pourra déterminer l'intensité de la peine dans ses rapports avec la résistance du tempérament et la possibilité de la moralisation? C'est une question dont il n'est pas nécessaire de chercher la réponse; il n'y a pas, il ne peut y avoir d'autre juge compétent que le médecin.

Lorsqu'il y aurait progrès bien constaté dans l'éducation, et que cette *muette* du criminel (c'est ainsi que les malfaiteurs appellent la conscience) se serait réveillée de son long silence, ne serait-il pas à propos d'amender la sévérité de la répression, et même d'imiter, seulement aux approches de la libération, le système d'Auburn, qui admet la vie en commun par classification de moralités? Cette pratique aurait au moins pour but d'éviter la transition subite de la réclusion à la liberté, qui conduit souvent à la débauche, à la licence, et de là aux récidives. Mais son principal avantage, le voici. Elle donnerait la possibilité d'étudier la moralité du détenu, en la soumettant à une sorte d'exercice. Pour procéder à cet essai d'émancipation, on réunirait les plus améliorés pendant une petite partie du jour, et on présiderait au milieu d'eux à une sorte d'enseignement mutuel des leçons solitaires de la cellule. Cette gymnastique morale aurait pour résultat, nous n'en doutons pas, si elle était bien dirigée, de faire contracter à ces convalescens du crime quelque chose du *tempérament de la vertu*; car elle les exercerait au *langage* et au *courage* de la moralité. Mais il ne faudrait pas s'arrêter là. Il y aurait encore à suivre et à surveiller le libéré après sa sortie de prison. Ce ne devrait pas être par le moyen connu sous le nom de surveillance. La surveillance du régime actuel est une flétrissure. C'est de plus une chaîne qui tient au pied du libéré et finit par l'entraîner dans l'abîme béant de la récidive. Voilà ce qu'il faudrait éviter.

Pour atteindre ce but, il y a une double condition à remplir, celle de sauvegarder la société, et celle de ne pas laisser se détruire les bonnes tendances du

tième gramme. Or, à ce moment, il ne manifestait encore aucun malaise. Du reste, l'hypothèse relative à la vaporisation eût-elle été vraie ne serait point applicable aux étuves humides, lesquelles, ainsi que nous l'avons fait observer, ne modifient pas sensiblement la proportion des matériaux du sang.

Quelle est donc la cause principale de la mort? La trouverons-nous dans les perturbations apportées aux fonctions du système nerveux? Le fait n'est pas impossible, j'ajouterai même qu'il me paraît assez probable. Mais, comme nous touchons ici à des phénomènes vitaux, et que je n'ai point envisagé sous ce point de vue l'action des étuves, j'aime mieux clore mon travail que de m'écarter du plan que je m'étais tracé.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA SABINE DANS LA MÉTRORRHAGIE ; par le docteur F.-A. ARAN, ancien interne lauréat de l'Hôtel-Dieu.

L'école physiologique n'a duré qu'un jour; elle n'a fait que passer; et cependant, comme les conquérans, elle a laissé partout les tristes conséquences de son passage. C'est surtout en thérapeutique que l'on aperçoit les fâcheux résultats qu'elle a produits : non seulement elle n'a rien créé, rien édifié, mais encore elle a fait table rase de toutes les connaissances thérapeutiques qui avaient en cours jusque-là. C'est au milieu des ruines encore récentes de toutes les croyances médicales que la génération actuelle a été élevée. Forcée de tout reconstruire, par conséquent de tout vérifier, elle nous a ramenés par l'expérience à l'individualisme scientifique. Malgré les obstacles qu'opposent aux progrès cette division, ce morcellement du travail, la voix publique n'a pas moins réintégré dans la place qu'ils occupaient antrefois des agens précieux (le mercure, l'antimoine, etc.); nous-même nous avons contribué à la réhabilitation d'un agent non moins puissant, le nitrate de potasse. Nous désirons aujourd'hui appeler l'attention sur un moyen thérapeutique abandonné depuis longtemps comme dangereux, et qui cependant peut rendre de grands services lorsqu'il est employé avec prudence : nous voulons parler de la sabine.

La sabine figure depuis des siècles parmi cet ensemble d'agens qui déterminent sur l'utérus une fluxion sanguine, une plénitude des vaisseaux capillaires tellement prononcée que l'exhalation menstruelle ne tarde pas à avoir lieu. Elle figure enfin parmi les *emmenagogues*. Quand on parcourt la classe de médicamens qui porte ce nom, on est frappé de la diversité qui la compose : à côté d'excitans généraux (comme le safran et l'absinthe), d'excitans spéciaux (comme la myrrhe, le galbanum) on trouve de véritables anti-spasmodiques (comme l'assa-fœtida, le castoreum). Quelle confiance peut-on avoir en des moyens si divers? Nous le craignons bien : si les propriétés emménagogues des substances que nous venons d'énumérer ne sont pas mieux constatées que celles de la sabine, par exemple, c'est toute une classe d'agens thérapeutiques à effacer et à porter, les uns dans les modificateurs généraux, les autres dans les modificateurs du système nerveux, etc.

Nous concevons que, à une époque où l'écoulement menstruel n'était considéré que comme une congestion sanguine suivie d'hémorragie, s'accomplissant sans but et sans motif, on cherchât à déterminer mécaniquement une stase de sang dans la cavité utérine, quoique, sans aucun doute, on y eût bien mieux réussi par les saignées du pied, les bains de siége chauds, etc. Mais aujourd'hui, que les recherches de MM. Négrier et Gendrin ont prouvé que l'exhalation menstruelle n'est pas un effet sans cause, qu'elle se lie directement, immédiatement au passage d'un ovule dans la cavité utérine, on comprend qu'on ne remplirait pas du tout le but de la nature, si on s'efforçait seulement de produire une congestion sanguine mécanique de l'utérus. L'évolution de cet ovule est normale chez la femme adulte; elle réclame, comme tous les grands efforts du *nisus formativus*, l'accomplissement régulier de toutes les fonctions. C'est vers ce dernier but que doivent tendre tous les efforts du médecin, et non pas à déterminer une accumulation de sang dans l'utérus, qui peut n'être pas sans danger.

Quoi qu'il en soit, la sabine est encore un emménagogue, même aux yeux de nos thérapeutistes modernes. Nous lisons dans l'ouvrage de M. Troussean (t. II, p. 560) : « Les propriétés emménagogues de la sabine sont bien plus marquées que celles de la rue; son action va quelquefois jusqu'à déterminer de fortes congestions irritatives de la matrice et de *violentes métrorrhagies*. » C'est ce dernier fait que nous nions formellement. Y a-t-il dans la science un exemple de métrorrhagie produite par l'ingestion de la sabine *hors l'état de grossesse?* S'il y a en un avortement et une hémorragie par suite de l'administration d'une quantité considérable du médicament et de l'irritation qu'il a produite, ce n'est pas du tout à l'agent thérapeutique qu'il faut rapporter l'hémorragie, mais à l'avortement qui en est si souvent précédé ou accompagné, alors même qu'il survient spontanément. La preuve de ce que nous avançons, c'est qu'il n'y a pas de meilleur moyen pour arrêter les hémorragies utérines, et même (au dire de quelques personnes) pour suspendre les hémorragies qui surviennent pendant le cours de la grossesse, et par conséquent pour combattre l'avortement.

Déjà Scopoli (FLORA CARNIOL., p. 404) avait mis en doute les propriétés emménagogues de la sabine; mais c'est à Wedekind (HUFELAND'S JOURNAL, t. X), en 1799, qu'on est redevable de l'introduction définitive de cet agent thérapeutique contre la métrorrhagie. Wedekind fut conduit à l'usage de ce moyen par la connaissance qu'il avait de ses propriétés antiseptiques. Il résolut de l'employer dans la métrorrhagie produite par l'atonie de l'utérus et l'affaiblissement général. Le premier sujet sur lequel il en fit usage était une femme très pauvre, de 30 à 40 ans, souvent malade, chez laquelle le flux menstruel était très abondant, durait de six à huit jours et prenait bientôt une odeur fétide. Cette malade perdait déjà depuis huit semaines; le pouls était petit, fréquent; il y avait un peu de fièvre; le ventre était tuméfié, et la malade avait des taches ecchymotiques sur les membres. Pendant deux jours, il lui administra un demi-drachme de poudre de sabine en quatre fois. La malade guérit en peu de temps et ne tarda pas à reprendre sa coloration normale. Wedekind employait les feuilles fraîches de sabine en poudre, et en faisait un opiat avec de la conserve de roses; il se servait également de ce moyen contre la leucorrhée atonique.

---

libéré. La société repousse, par un sentiment de cauteleux honneur, les hommes flétris par la justice, et leur ferme les ateliers de travail. Il appartient donc à l'état de devenir le protecteur de ceux que le sentiment public répudie. Et cette protection ne peut être efficace qu'en faisant pour les condamnés civils ce qu'il fait depuis longtemps pour les condamnés militaires. Que l'état livre les travaux publics aux libérés, soit dans les colonies, soit dans certaines parties de la France; qu'il y crée pour eux des chantiers et des ateliers. Il y gagnerait doublement; car il y trouverait : *surveillance facile et économie*. La moralisation du libéré y gagnerait surtout. Qu'on compare, en effet, cette surveillance à celle du régime actuel. Celle-ci livre à l'abandon, condamne à la faim, pousse aux ruptures de ban, conduit fatalement aux récidives; tandis que celle-là serait prévoyante, donnerait du pain, enchaînerait par le bien-être, et moraliserait par le travail. Il y aurait entre les deux genres de surveillance cette différence qui dit tout en un seul mot. Par l'une, le libéré est un *paria;* par l'autre, il deviendrait un *ouvrier*. L'éducation morale s'achèverait durant cette dernière période. Ce serait le degré de convalescence le plus avancé; et, à l'époque de la guérison, c'est-à-dire de la libération complète, le surveillé pourrait être rendu sans défiance à la *liberté libre*. Alors peut-être le patronage de la société succéderait au patronage de l'état; le libéré ne ferait que changer d'atelier.

Si la chambre veut être prévoyante jusqu'au bout, elle modifiera dans la ligne que nous avons essayé de tracer le système du gouvernement. Ce sera le seul moyen, ce nous semble, de concilier la répression avec l'éducation, et d'arrêter pour toujours la marche ascendante des récidives. Quand il s'agit d'établir une organisation comme celle du système pénitentiaire, il ne faut pas que la loi soit un assemblage à peu près logique de dispositions plus ou moins utiles; il est nécessaire que tous les détails émanent d'un point de vue général, que chaque mesure, chaque disposition soient commandées l'une par l'autre; enfin, que les parties les moins importantes servent à atteindre, à réaliser les résultats; c'est le seul moyen de faire une œuvre durable et bonne. La médecine est appelée à jouer un rôle actif dans l'administration des pénitenciers du royaume; son dévouement ne faillira pas à cette belle mission.

ED. C.

— NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, ou traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie; par L.-CH. ROCHE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société de médecine de Paris, de la Société médicale d'émulation, associé étranger de la Société de médecine de Bruxelles, honoraire de la Société médicale de Bruges, correspondant de la Société académique de Marseille, etc.; L.-J. SANSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, chirurgien consultant du roi, membre de l'Académie royale de médecine, etc.; et A. LENOIR, chirurgien à l'hôpital Necker, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Quatrième édition corrigée et augmentée. Cinq volumes in-8° de chacun 650 à 700 pages. Prix : 36 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Ce remède était complètement oublié, lorsque Gunther (HUFELAND'S JOURNAL, 1826) et Sauter (MÉLANGES DE CHIRURGIE ÉTRANGÈRE) le tirèrent de l'oubli. « La sabine, dit Sauter, est un des plus précieux et des »plus puissans moyens curatifs, non seulement dans les pertes et les autres »maladies hors de la grossesse, caractérisées par les noms d'atonie, asthé»nie, faiblesse, défaut de contractilité ou de force de cohésion..., mais »encore dans des pertes qui font craindre une fausse couche chez des »femmes grasses qui, par faiblesse, en ont déjà éprouvé plusieurs. J'ai »fait prendre la sabine en poudre par dose de 15 à 20 grains trois fois par »jour, et cela avec le succès le plus soutenu, pendant trois, quatre et »cinq mois; j'ai ainsi arrêté les pertes, empêché les fausses couches, et »plusieurs femmes ont dû à ce précieux remède des enfans sains et nés »à terme. »

Placé en qualité d'interne dans le service de M. Gendrin, en 1839, nous avons eu l'occasion de voir mettre ce médicament en usage avec le plus grand succès. La première femme qui fut soumise sous nos yeux à ce traitement était une brodeuse âgée de 33 ans. Elle était récemment accouchée, et depuis son accouchement elle était sujette à des pertes de sang, revenant à des intervalles irréguliers. Cette malade était très affaiblie, et sa santé générale commençait à se détériorer. Le col de l'utérus n'était ni tuméfié ni douloureux; mais en avant du repli antérieur du vagin, on sentait une tumeur faisant une saillie assez nettement circonscrite et offrant dans tous ses points un sentiment de mollesse et de rénitence. L'administration de 1 gramme 75 centig. de poudre de sabine pendant deux jours amena la cessation définitive de l'hémorragie et le retour de l'utérus à son état normal. Au bout de quatre jours, cette malade sortit guérie. Dans un second cas, une femme de 34 ans, domestique, sujette à des palpitations de cœur, et dont la fréquence augmentait à l'époque des règles, qui étaient extrêmement abondantes et duraient ordinairement huit jours, avait eu une perte qui s'était arrêtée d'elle-même quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Une marche trop prolongée avait ramené l'hémorragie; le faciès était assez pâle; le cœur occupait sa position normale; l'impulsion était brusque, mais sans bruit morbide; sur le trajet des gros vaisseaux, on entendait un bruit de ronflement très prononcé. Cette malade fut soumise à l'emploi de 2 grammes 1/2 de sulfate de fer et de 1 gramme 20 centig. de poudre de sabine. Six jours après elle sortit parfaitement guérie de sa métrorrhagie et dans un état d'amélioration pour son anémie. Un troisième fait est relatif à une femme de 28 ans, marchande, qui était décolorée, et en proie depuis huit mois à une métrorrhagie presque continuelle, sans affection utérine. Pendant deux jours, elle prit 1^{d} 25^{c}, puis 1^{d} 80^{c} de poudre de sabine. Le troisième jour, la métrorrhagie était arrêtée. Un mois et demi après, cette malade revint encore pour une métrorrhagie. Cette fois l'utérus était un peu volumineux et sensible à la pression; on lui pratiqua une saignée du bras et on lui administra de nouveau la sabine; l'hémorragie disparut immédiatement. Enfin, dans un quatrième cas, une femme, déjà âgée, affectée d'un carcinôme utérin, avait de fois à autre des métrorrhagies qui l'affaiblissaient beaucoup, et menaçaient de la précipiter rapidement dans la tombe. A deux fois, nous avons vu l'administration de la sabine enrayer, chez ce sujet, la métrorrhagie.

Frappé des bons résultats que produit l'administration de ce médicament, nous nous étions promis d'en faire usage à la première occasion. Comme on va le voir, le succès a de nouveau couronné cette tentative.

OBS. I. — Au mois d'août dernier, Mme D... nous fit appeler pour une perte qu'elle avait depuis trois jours, mais qu'elle avait négligée, espérant qu'elle cesserait d'elle-même. Cette dame, d'un tempérament bilioso-sanguin, et d'une constitution robuste, avait été prise de cette hémorragie à la suite d'une marche fatigante. Nous la trouvâmes couchée, la face animée, la bouche sèche, accusant une soif vive et des tiraillemens dans la région hypogastrique, qui était sensible à la pression. La perte, bien qu'elle ne fût pas très abondante, continuait encore. Nous prescrivîmes la position horizontale, des compresses froides sur la région hypogastrique et une saignée du bras. La saignée fut suivie d'un grand soulagement; la perte fut suspendue, et la malade, se croyant guérie, reprit ses occupations. Mais le soir même, la perte reparut. Il ne fallait plus songer à pratiquer une nouvelle saignée; l'état général ne l'indiquait plus; d'ailleurs la malade ne s'y serait pas soumise; 1 gramme 25 centigrammes de poudre de sabine furent immédiatement administrés en trois fois. L'ingestion de cette poudre ne fut suivie d'aucun accident. Le lendemain, la perte avait complètement disparu et ne s'est pas reproduite depuis. Cependant cette malade n'avait pas voulu garder le repos au lit.

OBS. II. — Quelques jours après, Mme S..., jeune femme, blonde, d'un tempérament lymphatique, réclama nos soins. Réglée ordinairement, elle avait été prise, à l'époque menstruelle, d'une perte très abondante, qu'elle avait négligée, et depuis huit jours elle était, disait-elle, continuellement dans le sang. Du reste, son état général était satisfaisant, et, à l'exception d'un peu de pâleur, rien n'indiquait qu'elle fût malade. Le succès que nous avions obtenu dans le cas précédent nous détermina à employer la sabine. Seulement, comme l'ingestion de cette poudre avait paru difficile, et que d'ailleurs l'odeur en est désagréable, nous fîmes faire six bols de 20 centigrammes, dont nous fîmes prendre deux toutes les deux heures. Le lendemain, la perte était presque réduite à rien, et l'administration de deux nouveaux bols y mit un terme.

Après ces faits, nous doutons qu'on puisse contester l'efficacité de la sabine comme anti-hémorragique, dans les métrorrhagies qui se produisent hors de la grossesse. Mais, parce que nous avons administré ce médicament à petites doses, et avec prudence, dans des cas de cette espèce, irions-nous l'administrer dans les métrorrhagies qui surviennent pendant la gestation? Nous avouerons que nous n'aurions pas ce courage. Cependant, nous ne contestons nullement l'exactitude des faits rapportés par Sauter. Il est très possible qu'il y ait, pendant la grossesse des métrorrhagies par atonie des parois de la matrice; et l'action de la sabine, qui paraît porter sur la contractilité de cet organe, peut, lorsqu'elle ne s'exerce que dans certaines limites, assurer la stabilité de l'œuf dans la cavité utérine. Mais jusqu'à ce que l'on connaisse parfaitement les signes qui annoncent cette atonie de la matrice, il faudra mettre la plus grande réserve dans l'emploi de ce médicament pendant la grossesse; car si l'on dépassait le but, la contractilité utérine fortement exaltée pourrait avoir pour résultat l'expulsion du fœtus et l'avortement.

En résumé, nous ne croyons pas avoir épuisé complètement ce qui touche à l'emploi de la sabine dans les métrorrhagies; mais nous avons démontré son innocuité sur les fonctions digestives, et la rapidité avec laquelle elle suspend les métrorrhagies. Hors l'état de grossesse, malheureusement, nous n'avons employé, ni vu employer ce médicament que dans des cas où l'utérus ne paraissait pas le siége d'une congestion sanguine active; par conséquent, nous ne pouvons dire quels seraient les résultats de son administration dans d'autres circonstances.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE PHLÉBITE DE LA VEINE ILIAQUE GAUCHE, CARACTÉRISÉE PAR L'ŒDÈME ÉNORME DU MEMBRE CORRESPONDANT; PRÉCÉDÉES DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR CETTE LÉSION; par A. Toulmouche, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathogie externe, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Les caractères anatomiques de la phlébite des veines iliaques ont été tellement bien décrits, et se retrouvent d'une manière si identique dans les deux observations qui vont suivre, que je ne les rappellerai aucunement. Mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est d'abord l'analogie d'effets de cette lésion avec ceux qui constituent la phlegmasie dénommée *alba dolens*, caractérisée, comme la précédente, par la douleur et la sensibilité sur le trajet des grosses veines de l'aine, leur résistance, le gonflement œdémateux de toute l'extrémité, et, à l'ouverture des cadavres, par l'épaississement de leurs parois et l'occlusion de leur cavité par un caillot adhérent, ces derniers phénomènes caractéristiques de l'inflammation et de l'obstruction des veines iliaques et de leurs branches affluentes.

En second lieu, la fréquence plus grande de cette phlegmasie du côté gauche que du droit, comme le prouvent les relevés statistiques publiés par le docteur Burns, par suite desquels il a constaté qu'elle s'était développée dix-neuf fois de ce côté sur vingt cas de *phlegmasia alba dolens*, et comme le confirment les deux observations qui vont suivre.

Peut-on se rendre raison de cette différence? Difficilement, si l'on se contente de la raison qu'a donnée M. Burns, que cette affection morbide se développe plus exclusivement de ce côté, sous l'influence d'une grande prostration des forces vitales. Je pense qu'il est plus rationnel de croire qu'elle provient: 1° ou de la compression exercée plus spécialement sur la veine iliaque gauche par les matières fécales séjournant toujours plus ou moins dans l'S iliaque du colon, s'y durcissant, s'y accumulant en quantité plus ou moins notable, lesquelles gênent le cours du sang veineux, et ralentissent la marche de ce dernier dans une portion de cette veine mise par cette double cause dans les conditions les plus favorables pour qu'elle s'enflamme. Le coucher prolongé sur le dos dans les longues maladies aidant encore à ce résultat, par suite des conditions de débilité dans lesquelles elle plonge les sujets, et de la tendance à s'enflammer qu'imprime cet état à tous les organes soumis à une compression prolongée, comme on le voit pour la production des escarres dans toutes les

portions de tégumens comprimés; 2° on d'une disposition spéciale, d'un état général de l'organisme encore inconnu et différent de celui que MM. Cruveilhier, Velpeau, Dance, Tessier, dans leurs belles recherches sur la phlébite dans l'infection purulente, ont si bien décrit. Car le sang renfermé dans les veines iliaques est devenu concret, fibrineux, plus ou moins adhérent aux parois internes de la veine, mais nullement puriforme; et probablement, il a subi une transformation spéciale le rendant propre à déterminer une inflammation adhésive dans les points qu'il a irrités par son contact prolongé.

Enfin, le danger de ces phlébites de la veine iliaque, survenant pendant la durée ou vers la fin de maladies longues ou graves, est tel que si l'on consulte les divers recueils dans lesquels on en a cité des exemples, on se convainct facilement qu'elles se terminent plus ou moins promptement d'une manière fatale. C'est donc un accident qui, lorsqu'il survient, doit modifier le prognostic de la manière la plus défavorable et faire annoncer une fin prochaine.

OBTURATION DE LA VEINE ILIAQUE GAUCHE, OEDÈME ÉNORME DU MEMBRE ABDOMINAL CORRESPONDANT ET ASCITE, VASTE EXCAVATION TUBERCULEUSE DANS LE POUMON DROIT, HYDROPÉRICARDITE, MORT.

OBS. I.—Chagnon, détenue, âgée de 37 ans, légèrement bossue, entre à l'infirmerie le 18 février 1832, offrant tous les signes de la phtisie pulmonaire. Cette dernière fut combattue par les adoucissans, les révulsifs et les calmans.

Durant le mois de mars, elle se plaignit de douleurs à la région du cœur et de palpitations. L'auscultation ne fit rien reconnaître d'insolite. Je prescrivis des préparations de digitale pourprée.

22. Elle fut prise de fièvre intermittente quotidienne qui céda à l'emploi du sulfate de quinine, en sorte que huit jours après, la malade demanda sa sortie.

Le 29 juin, elle remonta à l'infirmerie, atteinte de nouveau de la fièvre quotidienne qui guérit également à la suite de l'administration de quelques doses du même sel, et dont on chercha à prévenir la récidive par une tasse de décoction de quinquina donnée le matin et le soir.

16 juillet. Elle se plaignit d'une douleur vive à la région précordiale, et de palpitations (Potion avec la teinture éthérée de digitale pourprée, ventouses).

19. Il y avait de la diarrhée, des coliques légères, de l'amaigrissement; nulle tension du ventre, de la toux; l'expectoration était muqueuse. Cette entérite fut traitée par les préparations narcotiques et un régime approprié. Elle ne céda que le 27. Deux jours après, Chagnon sortit de l'hôpital.

Elle y rentra le 24 janvier 1833. Elle se plaignait de souffrir beaucoup d'hémorroïdes, auxquelles elle était sujette. La pectoriloquie était encore plus évidente à droite. Les règles étaient supprimées, les crachats jaunis. Je cherchai à rétablir l'évacuation menstruelle et la maladie de poitrine fut combattue par les aspirations de chlore et les préparations opiatiques pour la nuit. Un peu de mieux étant survenu, la malade sollicita de nouveau sa sortie, qu'elle obtint le 4 février.

Le 18, elle fut remontée dans les salles, offrant les mêmes symptômes de phthisie pulmonaire arrivée à sa dernière période. L'auscultation faisait en effet reconnaître une très vaste excavation tuberculeuse dans le sommet du poumon droit. En outre, elle accusait les douleurs les plus vives dans la région du cœur et le côté correspondant du thorax. Elle éprouvait des sueurs nocturnes et deux exacerbations fébriles dans les vingt-quatre heures. Je diagnostiquai une péricardite à marche peu aiguë, qui fut combattue par des émissions sanguines, des ventouses, des vésicans, des potions avec l'eau de laurier-cerise à la dose de 15 grammes, des préparations opiatiques, mais sans succès.

Toutes les médications ayant échoué, je me bornai à combattre les symptômes les plus pénibles, à mesure qu'ils se présentaient, malgré que la malade demandât presque chaque jour de nouveaux remèdes.

21 mars. La fièvre sembla prendre un type quotidien, en sorte que je crus devoir recourir à quelques prises de quinine.

Le mois d'avril fut semblable au précédent, la phthisie continua à faire des progrès.

21. La diarrhée reparut et fut attribuée à l'existence d'ulcérations intestinales. Elle céda de nouveau aux pilules avec l'opium.

Pendant les mois de mai et de juin, je me bornai à donner alternativement les préparations opiatiques, celles de belladone, de jusquiame, de digitale pourprée, sans diminuer autrement que très momentanément les souffrances du côté gauche de la poitrine et de la région précordiale. L'amaigrissement faisait des progrès. Chagnon, très gourmande, cherchait à satisfaire sa sensualité gastronomique en demandant continuellement à acheter des douceurs à la cantine. Seulement j'appliquai plusieurs fois les sangsues vis-à-vis du cœur, mais sans soulagement, de même que, dans le mois suivant, durant lequel l'appétit diminua progressivement, en sorte qu'on fut obligé de réduire le régime au demi-quart.

Pendant juillet, j'observai aussi que le ventre se tuméfiait, que les mains étaient un peu œdématiées. Il se forma des rongeurs vis-à-vis du grand trochanter gauche, la malade se couchant de préférence sur ce côté pour diminuer ses souffrances.

Vers la fin du mois, l'œdème était très marqué à la jambe gauche, tandis qu'il n'en existait aucunement à la droite. Son augmentation, ainsi que l'accusation d'une douleur dans le côté gauche du ventre, et de semblables assez vives le long et suivant le trajet des veines de la jambe gauche, me firent ajouter au diognostic : inflammation de la veine iliaque, avec épaississement de ses parois et obturation de sa cavité par du sang concrété; œdème symptomatique.

Durant le mois d'août, la phthisie sembla prendre une marche plus aiguë. De temps en temps, il survenait une fièvre plus intense, une oppression plus vive; en un mot, tous les signes qui caractérisent ces pneumonies partielles qui envahissent le tissu pulmonaire intermédiaire aux points infiltrés de tubercules. Cependant, il n'y eut point d'hémoptysies; quelquefois seulement on observa quelques stries de sang dans les crachats, qui étaient jaunes, d'aspect purulent, et très abondans.

Chagnon était plus affaissée, elle se plaignait de la jambe gauche, avait des idées de mort. Depuis longtemps, je ne donnais plus de remèdes, je me bornais à des pilules d'opium pour la nuit.

Cependant, le 15 août, je fus encore obligé de céder aux demandes de la malade, et pour alléger les souffrances de l'estomac ou plutôt de la région du cœur, d'y appliquer huit sangsues. En outre, de temps à autre, j'avais accédé à ses désirs de la faire vomir et donné le tartre stibié, cette malheureuse croyant qu'elle raviverait ainsi un appétit depuis longtemps perdu. L'œdème de la jambe gauche devint énorme, tandis que la maigreur squelettique de l'autre faisait un hideux contraste. Une escarre gangréneuse se développa sur le trochanter gauche. L'amaigrissement était devenu extrême. On sentait une fluctuation évidente dans l'abdomen, depuis près de deux mois.

Dans les derniers temps, Chagnon ne pouvait plus prendre qu'un litre de lait par jour. Enfin, elle expira le 15 septembre à midi.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 26 heures après la mort.

ETAT EXTÉRIEUR. Le corps était amaigri, le ventre distendu par de l'eau, l'œdème de la jambe gauche énorme, tandis que la droite était sèche et d'une maigreur squelettique. Il existait une escarre vis-à-vis du grand trochanter gauche.

Le crâne ne fut pas ouvert, la malade n'ayant offert aucuns symptômes cérébraux.

THORAX. Le poumon gauche était adhérent par son sommet, à l'aide de brides celluleuses courtes et épaisses. Il était froncé, recouvert d'une espèce de calotte fibro-celluleuse. Le lobe supérieur contenait un grand nombre de tubercules gris et d'autres d'un blanc opaque, et une excavation qui aurait pu contenir une noisette, et qui était occupée par de la matière tuberculeuse, de consistance de fromage mou. Le lobe inférieur et la partie déclive du précédent présentaient, dans les intervalles des agglomérations tuberculeuses, une pneumonie au premier degré, caractérisée par un tissu grenu, rouge, facile à déchirer, des sections duquel ruisselait une sérosité sanguinolente trouble et un peu épaisse.

Le poumon droit, adhérent par toute sa surface, l'était tellement dans toute sa partie supérieure, que les doigts s'enfoncèrent dans la portion si mince qui formait les parois d'une vaste excavation tuberculeuse. Cette dernière avait presque entièrement détruit la majeure partie du lobe supérieur de l'organe, dont tout le sommet était enveloppé d'une calotte cellulo-fibreuse, d'épaisseur inégale, criant sous le scalpel. A peine restait-il adhérent, à la face interne de cette dernière, quelque peu de tissu pulmonaire comprimé et noirâtre. En fendant tout le lobe, on parvenait dans une caverne anfractueuse, extrêmement vaste, à compartimens irréguliers, formés par des espèces d'entreponts jetés d'un point à un autre, constitués, les uns par du tissu pulmonaire condensé, les autres par des vaisseaux pulmonaires encore entourés de ce dernier ou d'un tissu plus cartilagineux; et enfin, quelques-uns par des tuyaux bronchiques se terminant d'une manière fusiforme à leur base, oblitérés au-delà et transformés en tissu cellulaire. Ses parois étaient irrégulières, anfractueuses, comme déchirées et hérissées d'éminences stalactiformes. Les tuyaux bronchiques s'y ouvraient, les uns par des orifices à bords mousses, d'aspect muqueux et rougeâtre; les autres par des conduits étroits, aboutissant à des espèces de renflemens ou dilatations des plus gros tuyaux.

Toute la surface interne de cette excavation était tapissée par une membrane comme muqueuse, colorée en rouge vif dans toute sa partie inférieure, enduite d'un sang évidemment artériel qui avait dû s'épancher à la suite de l'érosion de quelque vaisseau pulmonaire, bien que pendant la maladie on n'eût remarqué qu'une légère coloration en rouge des crachats, peu de jours avant la mort seulement. Cette vaste caverne était presque vide. Elle avait dû ne le devenir qu'à la suite de l'expectoration prolongée qui avait eu lieu. Malgré cette effrayante destruction, Chagnon ne s'était cependant jamais plaint de ce côté de la poitrine et au contraire beaucoup du gauche, surtout de la région du cœur. Le reste de l'organe était également tuberculeux et atteint d'inflammation du parenchyme qui ne l'était pas.

Le péricarde contenait à peu près 90 grammes d'une sérosité jaune, limpide. Le cœur était flasque, de volume ordinaire. Le ventricule gauche et l'oreillette renfermaient des caillots de sang. Les parois de ce dernier, ainsi que la cloison, étaient peu épaisses, leur tissu jaunâtre; les mêmes parties, du côté opposé, dans l'état normal; l'oreillette était distendue par un caillot volumineux de sang noir.

ABDOMEN. Sa cavité était distendue par 4 à 6 litres de sérosité jaunâtre, limpide. L'œsophage était sain, excepté à l'orifice cardiaque où la membrane muqueuse était d'un rouge ponctué assez vif. Celle de l'estomac qui renfermait un liquide trouble, d'un blanc jaunâtre, était recouverte d'une couche de mucus, d'aspect légèrement purulent et un peu ramollie. Elle était généralement pâle. Cependant, vers le pylore et dans quelques endroits des grand cul-de-sac et de la petite courbure, elle offrait quelques piquetures d'un rouge rosé. Le duodénum était sain.

Le jejunum, dans son tiers supérieur, avait sa membrane interne un peu rouge et baignée par un liquide jaunâtre, qui plus bas devenait glaireux, tandis que, dans le reste, elle était dans l'état normal. L'iléon présentait, dans la plus grande partie de son étendue, un grand nombre d'ulcérations transversales oc-

cupant presque toute la circonférence de l'intestin, à fond inégal, grenu, pâle, à bords irréguliers, comme usés, faisant peu de saillie. En les incisant suivant leur épaisseur, on reconnaissait que la muqueuse était plus volumineuse, érodée, mais que la tunique musculeuse était hypertrophiée, convertie en un tissu blanc, comme induré, puisqu'il criait sous le scalpel lorsqu'on le coupait. Ces ulcères devenaient plus rares, plus étroits, plus ronds ; à peu près 1 mètre 6 décimètres avant le cœcum, et à 16 centimètres et demi avant, on en apercevait d'autres qui semblaient plus anciens, en ce qu'on y reconnaissait un commencement de travail de cicatrisation.

La valvule iléo-cœcale était épaissie, convertie à la base en un tissu blanc induré. Toute la face interne du cœcum était rouge, tomenteuse, atteinte d'ulcérations superficielles. On y rencontrait des matières fécales jaunes et molles, tandis que celles de l'iléon étaient liquides, d'un jaune blanchâtre, troubles et comme purulentes.

La portion ascendante du colon et la courbure de l'arc transverse offraient les traces de vastes ulcérations anciennes en partie cicatrisées. Leur teinte était bleuâtre, leurs bords de niveau avec le fond. Le reste de la portion transversale du même intestin, qui était fortement contractée sur elle-même, en présentait encore de petites rondes, et était tapissée par un mucus blanchâtre. Dans celle descendante, extrêmement rétrécie, on en retrouvait également de très anciennes guéries, mais beaucoup plus rares et plus petites. Le rectum était très étroit, mais sain.

La rate était petite, molle, découpée en espèces de lanières mousses dans son bord interne ou antérieur. Son tissu s'écrasait facilement entre les doigts et était peu rouge.

Le foie était jaunâtre, comme légèrement rugueux à la face supérieure et postérieure de son lobe droit, qui adhérait aux portions de péritoine correspondantes qui tapissent le diaphragme par des lames celluleuses parfaitement organisées, résistant à la traction, ayant l'aspect d'une multitude de fils de grosseurs différentes, tendus et d'un effet admirable pour la netteté, la blancheur et la multiplicité. Le parenchyme de l'organe était jaunâtre. Il suintait abondamment de s s vaisseaux du sang noir. La vésicule était distendue par une bile d'un jaune orangé, très filante.

Appareil génito urinaire. Les reins assez allongés et volumineux présentaient leur substance tuberculeuse très distincte de la mamelonnée, dont les extrémités faisaient une saillie marquée dans les bassinets.

L'ovaire droit était rugueux, blanc, comme induré, le gauche dans l'état normal, ainsi que l'utérus.

Examen de la veine iliaque gauche. Après avoir découvert l'origine des veines iliaques, je constatai que celle du côté droit était parfaitement saine, mais que la gauche, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la veine-cave inférieure, était remplie par du sang concrété, que ses parois étaient épaissies, ainsi que le tissu cellulaire ambiant. Je mis à nu la veine et ses divisions dans toute la longueur du membre. J'observai alors que le tissu en était hypertrophié, que toute sa lumière était bouchée par du sang d'autant plus fibrineux et moins coloré, qu'on l'examinait plus près de l'origine du vaisseau; tandis que dans sa portion fémorale, il était bien concrété, mais noir et moins consistant. On en remarquait également dans les branches collatérales. Il était adhérent à la face interne de la veine dont on le détachait par le raclage et qui était rougeâtre. Tout porte à croire que la phlébite datait de l'époque à laquelle la malade s; plaignit de douleurs vives dans la partie profonde du ventre et le membre abdominal du même côté. En coupant la veine en travers, on reconnaissait que ses parois étaient plus épaisses que celles de l'artère. On pouvait enlever à l'aide de pinces la membrane interne épaissie et la séparer de la celluleuse, qui l'était également. La portion poplitée de la même veine offrait la même altération, qui diminuait graduellement à mesure qu'on se rapprochait du pied. Du reste, tout le tissu cellulaire de ce dernier était excessivement distendu par de la sérosité, qui s'en découlait avec une extrême abondance à chaque section.

Cette observation, comme specimen d'études diagnostiques, mérite d'être commentée. En effet, malgré les lésions graves et multipliées trouvées à l'ouverture du cadavre, on put, durant la vie, suivre leur succession, puisque les symptômes qui en traduisirent l'apparition furent tranchés pour quelques-unes et plus négatifs pour d'autres. Ainsi, la phthisie pulmonaire débuta et fut reconnue au moment de l'entrée de la malade à l'infirmerie. Un mois après, des douleurs vives à la région du cœur, accompagnées de palpitations, mais sans symptômes d'une lésion de cet organe lui-même, vinrent signaler le début d'une péricardite sur-aiguë qui se termina par une abondante exhalation séreuse. Un peu plus tard survinrent tous les signes d'une entérite (diarrhée, coliques, etc.) dont le retour incessant dénotait l'existence d'ulcérations intestinales, comme on les observe dans la dernière période de la phthisie pulmonaire, à laquelle était parvenue la patiente. Enfin, l'invasion d'un phlébite de la veine iliaque vint achever l'œuvre de destruction commencée depuis six mois, et dont la marche avait été si rapide.

J'entrerai dans quelques détails relativement aux symptômes que la dernière maladie développa. Il survint de la tuméfaction au ventre et un peu d'œdème aux mains. Mais ce dernier dépendait de l'hydropéricardite, tandis que celui qui envahit d'une manière si prononcée la jambe gauche exclusivement fut bien réellement dû à une lésion de la veine iliaque correspondante. En effet, il advint en même temps une douleur dans le côté gauche du ventre, et d'autres assez vives suivant le trajet des veines de la jambe du même côté. On ne pouvait dès-lors douter de l'invasion d'une inflammation de la veine iliaque, avec épaississement de ses parois et oblitération de sa cavité par du sang concrété, surtout en voyant l'enflure de la jambe gauche acquérir un volume énorme, tandis que le membre opposé contrastait par sa maigreur squelettique. L'ouverture du cadavre vint confirmer la justesse du diagnostic porté, en laissant voir exactement les lésions préjugées, et que je me suis efforcé de décrire minutieusement, dans l'intérêt de l'anatomie pathologique.

Phlébite de l'iliaque gauche; œdème symptomatique de la jambe correspondante; tubercules miliaires dans les poumons avec pneumonie; nécrose des 10e et 11e côtes gauches; ulcère communiquant de la région lombaire; entérite; mort.

Obs. II. — Girault, âgé de 30 ans, séjournait depuis longtemps dans les salles de pathologie externe pour un large ulcère résultant d'un dépôt par congestion qui s'était ouvert à la région lombaire, au côté gauche des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Il succomba dans un degré d'émaciation effrayant causé par une longue suppuration et la continuité des souffrances.

Trois mois avant la mort, qui eut lieu le 3 août, il était survenu un œdème énorme de l'extrémité inférieure gauche, dont la grosseur contrastait d'une manière bidcose avec la maigreur squelettique de l'autre. J'avais assigné comme cause de celui-ci une inflammation de la veine iliaque gauche et l'obturation de sa lumière par de la fibrine adhérente.

Autopsie cadavérique faite 30 heures après la mort.

Etat extérieur. La maigreur était effrayante ; l'œdème de tout le membre abdominal gauche et de la hanche correspondante excessif. Une ulcération, située à la partie moyenne de la région lombaire, sur le côté gauche de la colonne vertébrale, avait une forme ovalaire irrégulière et 10 à 14 centimètres de diamètre. Ses bords étaient découpés profondément, décollés par suite de la destruction du tissu cellulaire subjacent ; son fond était d'un rouge noirâtre. En l'incisant, on parvenait dans une espèce de poche remplie d'un pus fibreux, sanguinolent. A la partie supérieure de celle-ci, venait aboutir un trajet fistuleux, sinueux, qui se portait dans les intervalles des muscles long dorsal et sacrolombaire jusqu'à l'articulation des dernières côtes, dont la tête, la face externe et le bord supérieur nécrosés baignaient dans un liquide analogue à celui de l'abcès.

Les parties correspondantes des vertèbres dorsales étaient atteintes de la même lésion. Tout le pourtour de cet ulcère était formé d'un tissu cellulaire infiltré et comme lardacé, d'une épaisseur considérable. Les côtes de ce côté avaient une obliquité presque verticale. Il n'y avait pas de communication avec le côté correspondant du thorax.

La verge et les bourses étaient aussi œdématiées.

Il existait au sacrum une légère escarre gangreneuse.

Le malade ayant joui jusqu'aux derniers momens de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, rien n'engagea à ouvrir le crâne.

Thorax. Sa cavité gauche contenait à peu près 500 grammes d'un liquide séreux, légèrement sanguinolent. Le poumon offrait, vis-à-vis la nécrose de la tête des dernières côtes, une adhérence tellement intime à la plèvre costale, qu'une partie de l'organe se déchira et resta attachée à ce point. L'intérieur de ce côté de la poitrine ne communiquait nullement avec la lésion extérieure, mais l'inflammation semblait s'être propagée par contiguité au lobe inférieur du poumon. Toute la plèvre d'enveloppe de ce dernier organe était comme chagrinée au toucher, soulevée qu'elle était par une innombrable quantité de très petits tubercules miliaires. Le tissu pulmonaire en était généralement infiltré. Leur forme était obronde, égalait à peine la tête d'une épingle et leur tissu gris légèrement translucide. Celui intermédiaire était, dans le lobe supérieur, d'un rouge orangé et infiltré d'une sérosité spumeuse sanguinolente. Dans l'intérieur, le parenchyme était atteint de pneumonie au premier degré, caractérisée par l'état granulé, la facilité à se laisser déchirer, la couleur d'un rouge intense, l'infiltration par une sérosité très spumeuse et sanguinolente.

Le poumon droit intimement adhérent par toute sa surface, ne put être détaché que par portions qu'on déchira. Son tissu était généralement rouge, friable, infiltré d'une quantité innombrable de tubercules miliaires un peu plus volumineux et d'un gris un peu plus opaque que dans celui opposé ; en outre, il en suintait très abondamment à la section une sérosité très sanguinolente et spumeuse.

La trachée artère et le larynx n'offraient pas de rougeur de leur membrane muqueuse, qui était recouverte d'une mucosité rose, analogue à celle qu'on trouve chez les noyés. Le cartilage thyroïde était très saillant, la glande du même nom assez volumineuse, d'un tissu jaunâtre, homogène. Le péricarde contenait près de 60 grammes d'une sérosité légèrement rougeâtre. Le cœur était assez volumineux, flasque, d'un tissu jaunâtre. Les parois du ventricule gauche pouvaient avoir près de deux centimètres d'épaisseur; sa membrane interne était plus colorée en rouge que de coutume, les valvules mitrales d'un rouge noir intense, de même que la membrane qui tapisse l'oreillette correspondante.

La tunique interne de l'artère aorte était d'un rouge lie de vin, non seulement dans sa crosse, mais encore dans toute sa longueur et ses divisions.

L'intérieur du ventricule droit et de son oreillette était également d'un rouge intense; leur cavité renfermait des caillots d'un sang veineux très noir.

Abdomen. Il n'était occupé que par très peu de sérosité. Les intestins étaient, en général, météorisés. L'estomac était flasque, presque vide, cependant on trouvait encore dans sa cavité une pâte chymeuse épaisse, dans laquelle on reconnaissait du pain et des portions de haricots verts. Sa membrane muqueuse

offrait, dans le grand cul-de-sac, une plaque assez étendue, noirâtre, comme marbrée, à replis saillans; elle dépendait d'un commencement d'hypertrophie de tissu, dont le pourtour était d'un rouge plus clair et piqueté. Le duodénum était sain.

Toute la première portion de jéjunum était atteinte d'une phlegmasie chronique, caractérisée par l'épaississement des valvules, l'injection très fine de tout le réseau capillaire subjacent et de celui péritonéal, la sécrétion d'une mucosité épaisse, comme purulente, ne soulevant que par le râclage, et enfin par le gonflement de toutes les glandes mésentériques. Vers la fin du même intestin on rencontrait, dans un point, une tumeur de forme ovalaire, de la longueur de 24 millimètres sur 12 de largeur, rappelant celles qui sont le résultat d'un emphysème sous muqueux partiel, mais résistant à la pression et composée d'un tissu d'un jaune blanchâtre, comme spongieuse, ne s'affaissant nullement à la section.

L'intestin iléon n'offrait partout qu'une injection sous muqueuse marquée, et contenait des matières fécales bien liées. Le cœcum, le colon, et le rectum étaient sains et distendus par du gaz, les fèces contenues étaient solides.

Le tissu du foie était atteint d'un commencement de cyrrhose et la vésicule distendue par une bile filante d'un vert jaunâtre.

La rate, assez volumineuse, était laminée dans son bord antérieur, en sorte que ce dernier inférieurement était partagé en trois petits lobes par des espèces d'incisures naturelles dont on rencontrait une autre vers la partie moyenne de son bord postérieur; son tissu était assez ferme.

Les reins volumineux étaient pâles et flasques.

La veine iliaque gauche, disséquée dans toute sa longueur avec soin, présentait les lésions suivantes. Immédiatement au-dessous de sa bifurcation, devant la dernière vertèbre lombaire, ce vaisseau, d'abord presque vide, se remplissait graduellement de fibrine, qui la dilatait et la faisait paraître distendue et ferme, comme si elle eut été injectée dans le reste de sa longueur, en sorte que son isolement devenait très facile, ainsi que la dissection de toutes ses divisions. En la fendant longitudinalement, on la trouvait remplie, jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse, par un caillot fibrineux très adhérent à sa membrane interne, qui était épaissie, rouge, presque noirâtre dans quelques points et s'enlevant par pelures avec cette fibrine desséchée à demi, qui constituait le caillot obturateur, et dont l'aspect ne pouvait être comparé qu'à celui du sang des anévrismes artériels. La surface de ce liquide concrété était tellement adhérente qu'il en restait des portions nombreuses attachées à la tunique interne de la veine lorsqu'on voulait l'en détacher par le raclage. A la section, les parois avaient l'épaisseur de celles de l'artère aorte, dont elles rappelaient parfaitement l'aspect. Le caillot fibrineux, assez friable, qui bouchait sa lumière se terminait d'une manière fusiforme d'une part, un peu avant l'origine de la veine, et, de l'autre, un peu au-dessus du troisième adducteur de la cuisse; et dans ces deux points, la couleur et la consistance du caillot de sang veineux reparaissaient naturelles.

Les parois de la saphène étaient également épaissies, ainsi que celles des autres subdivisions de la même veine.

Le tissu cellulaire intermédiaire aux muscles de la cuisse était très infiltré et se laissait couper comme du lard. Il en suintait une énorme quantité de sérosité. Les muscles étaient généralement peu colorés.

Dans ce cas, comme dans le précédent, l'invasion de la phlébite de la veine iliaque gauche, qui survint un mois avant la mort, fut également signalée par l'apparition d'un œdème du membre abdominal correspondant, qui acquit des dimensions extrêmes; tandis que celui du côté opposé restait d'une maigreur contrastante. Si, dans cette observation, le malade n'accusa pas, comme dans l'autre, la coexistence de douleurs dans le côté correspondant du ventre et de l'extrémité, on doit l'attribuer à ce que les souffrances occasionées par le large ulcère développé au côté gauche de la région lombaire et entretenu par la nécrose des articulations costo-rachidiennes inférieures et des vertèbres voisines, l'emportèrent sur les précédentes et les effacèrent à peu près complètement.

OBSERVATION DE TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS, DU POIDS D'UN DEMI-KILOGRAMME; LIGATURE; GUÉRISON SANS ACCIDENS; communiquée par M. G.-E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, inspecteur des établissemens de bienfaisance du département de la Creuse, etc.

Le but de cette observation est moins de faire ressortir l'intérêt réel qu'elle présente que de démontrer le plus souvent le peu de gravité des opérations chirurgicales, même les plus graves, pratiquées dans nos campagnes; et, pour apprécier les succès, en apparence extraordinaires, obtenus par quelques chirurgiens, il faut tenir compte des circonstances extérieures dans lesquelles les malades étaient placés.

A ce fait, j'en joindrai un certain nombre d'autres, qui viendront à l'appui de cette proposition, que je considère comme vraie et pour l'assertion de laquelle on n'accusera, je pense, ni mon intérêt ni ma vanité. En la soutenant, je fais abnégation de l'une et de l'autre.

OBS. — La nommée Pasquet, âgée de 48 ans, d'une bonne constitution et habituellement bien portante, a toujours été réglée d'une manière régulière et a eu trois enfans, qui sont aussi bien conformés qu'elle. Il y a sept ans qu'elle est accouchée pour la dernière fois, et à cette époque, comme aux deux premiers accouchemens, elle souffrait peu. Le travail, ainsi que les suites, se firent d'une manière régulière, et les trois enfans qu'elle a nourris n'altérèrent en rien sa santé.

Il y a trois ans environ que, sans aucune cause connue, elle éprouva de loin en loin quelques picottemens à la partie interne des cuisses et dans la région lombaire; elle ressentit quelques pesanteurs sur le fondement, de la gène dans l'épigastre. A cette même époque, qu'elle considérait comme devant être critique, elle crut remarquer une légère augmentation dans l'écoulement des règles, auxquelles succéda un léger suintement blanc. Peu à peu, tous les symptômes allèrent en augmentant, et les règles dégénérèrent en des pertes abondantes.

Dans le courant de l'année 1840, on s'aperçut qu'une tumeur fit saillie à l'extérieur, en venant de la vulve; elle la fit rentrer elle-même. Cette issue de la tumeur au-dehors a eu lieu à plusieurs reprises, et depuis lors, les règles n'ont plus eu de marche régulière; en général, elles apparaissent à de plus longs intervalles, mais avec bien plus d'abondance. A deux reprises différentes, l'écoulement fut porté au point d'occasioner des syncopes et des défaillances.

Au commencement de 1840, elle consulta un médecin des environs, qui lui fit prendre une tisane et des pilules, dont je ne connais pas la composition. Ce traitement n'apporta aucune modification dans l'état de la malade.

Dans le mois de septembre 1841, la tumeur sortit de nouveau et lui parut beaucoup plus volumineuse qu'elle ne lui avait semblé jusqu'alors. Elle sortit pendant qu'elle était debout, et fut ensuite dans la nécessité de garder le lit, car toutes ses tentatives furent inutiles pour la réduire.

Ce ne fut que quinze jours après qu'elle se décida à avoir recours aux soins d'une vieille femme de village, qui dans le pays a la réputation de remetire les *parties dérangées dans le corps*, et dans bien des occasions le talent surnaturel de guérir de *bouche*. C'est ainsi qu'on désigne ces guérisseurs qui sont sensés opérer des cures sans voir les malades, mais seulement en faisant des signes et quelques imprécations. On m'a souvent demandé si j'étais dans ce cas.

Toutes les tentatives de la sorcière, bien que prolongées pendant deux jours entiers, furent sans résultat. Ignorant la nature du mal qu'elle avait sous les yeux, elle avança pendant ces manœuvres inconsidérées, tantôt que c'était le cœur, tantôt le foie, quelquefois une poche qui devait contenir du sang, une autre fois du pus, etc., et pour s'en assurer, elle y enfonçait de nombreuses épingles, qui quelquefois se bornaient à la tumeur, mais qui souvent pénétraient dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Enfin, après deux jours d'essais infructueux, elle abandonna cette malheureuse, épuisée par les douleurs et la souffrance. Ce ne fut que dix ou douze jours après ces monstrueuses manœuvres que je fus appelé, et alors, le 7 octobre, quatre semaines après l'issue de la tumeur, je constatai l'état suivant:

Cette femme était dans un état d'épuisement complet, pâle, amaigrie, pouvant à peine se tourner dans son lit. Le pouls était petit, concentré, battant 90 fois par minute, le ventre tuméfié et douloureux, quelques envies de vomir, des hoquets, une soif vive; la langue était humide et blanche.

Il s'exhalait de son lit une odeur des plus infectes due au mélange de la suppuration qui avait lieu à la surface de la tumeur et de l'urine qui s'écoulait continuellement sans que la malade en eût pour ainsi dire la conscience.

Je vis sortant par la vulve une tumeur arrondie, rougeâtre, offrant quelques bosselures et des ulcérations superficielles d'où s'échappait une petite quantité de pus. Cette tumeur était légèrement rénittente et du volume de la tête d'un fœtus à terme; elle paraissait former deux parties bien distinctes: une libre au-dehors, c'était la plus volumineuse et une embrassée par la vulve, mais de beaucoup moins grosse que la première, plus lisse, plus unie, moins rouge, plus dure et réunie avec elle au moyen d'une espèce de pédicule du volume du poignet. Au niveau de ce pédicule, je remarquai un bourrelet peu saillant, légèrement déjeté en dehors, et qui se continuait avec la partie qui faisait issue par la vulve, et dont il avait tous les caractères extérieurs.

Ce ne fut qu'avec grande peine que, passant mon doigt entre la tumeur qui remplissait le vagin et les parois de ce conduit, j'arrivai très promptement dans un cul-de-sac que je pus constater partout en circonscrivant ainsi la tumeur.

Il ne me fut plus dès-lors possible de douter qu'il n'y eût un renversement du vagin, un prolapsus complet de la matrice et que la portion lisse et polie de la tumeur ne fût une dépendance de cet organe qui devait être considérablement hypertrophié par suite de la production accidentelle qu'il contenait dans sa cavité. En effet, le léger rebord qui terminait la première partie de la tumeur m'indiquait assez qu'il représentait l'ouverture du col et que la tumeur fibreuse provenait de l'intérieur de la cavité utérine elle-même, car ce rebord était circulaire.

Le diagnostic bien établi, il me restait à déterminer la thérapeutique que j'avais à suivre pour débarrasser cette femme de la tumeur qui depuis deux ans altérait sa santé.

La première idée qui me vint fut de couper immédiatement ce large pédicule dans lequel je ne percevais aucun battement et d'enlever immédiatement la tumeur. L'état de faiblesse et d'épuisement de la malade paraissait réclamer les moyens les plus prompts, et d'ailleurs rien ne me paraissait contre-indiquer une opération des plus simples en elle-même,

Et cependant j'ai tenu une conduite différente; non pas que je regardasse cette dernière comme plus avantageuse dans ses résultats; elle me paraissait même offrir de graves inconvéniens que je n'entrevoyais pas dans l'excision; mais je fus arrêté pour enlever la tumeur par cette crainte que si après avoir pratiqué son ablation et réduit la matrice, il survenait une hémorragie, cette femme aurait le temps de mourir avant qu'aucun secours pût lui être prodigué; elle demeurait à deux lieues de chez moi, et dans un village où il m'était impossible de trouver une personne capable de s'opposer aux premiers accidens en attendant mon arrivée.

Tandis qu'en liant le pédicule je laissais, il est vrai, une partie de l'utérus plus longtemps encore exposée à l'air extérieur; mais déjà cette exposition datait de quatre semaines et aucun inconvénient grave n'en était résulté. Je devais appréhender une péritonite qui me paraissait imminente; mais au besoin j'achevais la section du pédicule avec l'instrument tranchant, et je me mettais bien plus à l'abri d'une hémorragie que je considérais comme l'accident le plus à redouter et surtout celui auquel il m'était le plus difficile de porter remède.

Je n'ai eu, du reste, qu'à m'applaudir du parti auquel je me suis arrêté. Je passai une ligature au-devant du petit bourrelet que je prenais pour la partie libre du col de l'utérus. Je fis appliquer un large cataplasme qui recouvrait toutes ces parties ainsi que la totalité du ventre. Il fut remplacé quelquefois par des fomentations qui paraissaient moins pesantes. Je fis donner pour boisson une infusion de tilleul et de fleur d'oranger et j'alternais quelquefois avec de la limonade, et le septième jour le pédicule de la tumeur fut coupé. Il me fut facile ensuite de réduire l'utérus. Pendant les quelques jours qui suivirent cette réduction, il s'écoula quelques matières puriformes qui cessèrent bientôt au moyen d'injections émollientes.

(Je passe sous silence tous les détails dans lesquels j'aurais pu entrer jour par jour pendant la durée de l'opération et du traitement qui la suivit; je les considère comme offrant un trop minime intérêt.)

La tumeur avait 32 centimètres de circonférence et pesait une livre. Son tissu était assez résistant, cloisonné de brides fibreuses; il avait assez d'analogie avec une dégénérescence musculeuse, avec une hypertrophie du placenta.

Cette femme depuis lors a joui d'une santé parfaite qui ne s'est jamais dérangée depuis deux ans que date son opération.

Sans chercher à faire ressortir les avantages ou les inconvéniens de tel procédé opératoire plutôt que de tel autre; sans faire une longue énumération des symptômes qu'a présentés cette femme et du diagnostic précis de la tumeur, je ne verrai de remarquable dans cette observation que quelques faits qui, de prime-abord, paraissent devoir ne présenter que des résultats peu importans, mais qui plus tard pourraient le devenir.

Je signalerai d'abord le volume de la tumeur; en second lieu, les tristes préjugés, la confiance aveugle et l'abandon presque incroyable qu'on a dans nos misérables provinces pour ces prétendus sorciers ou guérisseurs qui souvent sont plus coupables que les habitués des grands chemins. Non seulement ils compromettent volontairement et par leur ignorance l'existence de ceux qui ont la sottise de se confier à leurs coupables manœuvres; mais encore ils portent souvent dans les familles le désordre et la douleur en s'opposant en quelque sorte à ce qu'elles aient recours à des soins mieux entendus.

La dernière circonstance qui, de toutes, me paraît la plus digne d'intérêt et celle sur laquelle j'insisterai de nouveau dans d'autres occasions, c'est la facilité avec laquelle dans nos campagnes les plaies se réunissent; c'est cette espèce d'innocuité qui accompagne presque toutes les opérations chirurgicales et le peu d'accidens qui se développent à leur suite. Témoin des complications nombreuses qui, dans les hôpitaux de Paris et dans la ville, compromettent les opérations, même les plus légères, je me figurais les rencontrer encore ici, et je dois dire que jusqu'à ce jour j'ai été très heureusement désabusé. Tous les cas que j'ai vus ont suivi une marche régulière qui, presque jamais, n'a été contrariée ni par le manque presqu'absolu de soins, ni par les écarts de régime, ni par l'absence de tous les moyens hygiéniques.

Quand je me rappelle aujourd'hui l'histoire des opérations chirurgicales les plus intempestives et les plus extraordinaires pratiquées dans les campagnes et qui n'ont eu pour résultats que des succès auxquels je croyais à peine, je n'en suis plus surpris; et si l'on énumère tous les détails qui ont trait à la tumeur dont je viens de parler, il sera bien permis de partager mon étonnement et ma confiance; comme moi on croira que ces opérations chirurgicales sont moins graves dans leurs suites et plus heureuses dans leurs résultats dans les campagnes que dans les grandes villes où à de grands talens se trouvent réunis de grands foyers d'infection.

Faut-il conclure de ce que j'avance qu'il faut opérer plus inconsidérément dans nos provinces qu'à Paris? Non assurément. L'art a des bornes, et là comme ailleurs il faut les connaître et s'y soumettre. Mais je conclurai que là une opération même très mal faite aura le plus souvent un succès plus complet qu'une opération identique pratiquée dans une grande ville, les conditions étant les mêmes. Loin d'être surpris des faits dont on a fait si grand bruit, je suis maintenant plus disposé à faire la part des circonstances et celle qui revient au talent du chirurgien. Je ne veux pas dire que la capacité devient inutile: loin de moi une idée aussi paradoxale; mais dans maintes occasions un chirurgien des plus médiocres enregistrera peut-être de plus heureux résultats qu'un talent supérieur placé dans des conditions moins favorables.

J'ai pensé qu'à la suite de cette observation digne d'attention par elle-même on ne verrait pas sans intérêt formuler cette proposition, que j'ai déjà émise et à l'appui de laquelle j'ajouterai de nouveaux faits.

La part que je me fais dans une telle assertion ne pourra, je l'espère, rien préjuger en ma faveur, ni donner lieu de penser qu'elle n'est pas l'expression d'une conviction profonde.

OBSERVATIONS DE DÉLIVRANCE COMPLIQUÉE; communiquées par M. Fr. Bonamy, D. M. à St-Waast-de-la-Hougue.

Obs. I. — Le 26 novembre dernier, vers la fin du jour, je fus appelé en toute hâte auprès de la femme Anne Hubert de Réville. Cette femme, âgée de 31 ans, d'une constitution débile, fort nerveuse, primipare, était accouchée le matin, par les soins d'une matrone du lieu, d'une petite fille à terme, d'un poids un peu plus que moyen, que j'estimai de 7 livres environ. L'accouchement, les premières douleurs comprises, avait été de huit heures à peu près. *L'enfant s'était présentée par la tête, était née violette et avait péri peu de temps après.* (Dire des parens.) Des tractions énergiques avaient été exercées sur le cordon qui s'était rompu, et après quelques tentatives infructueuses pour atteindre le délivre avec la main, la sage-femme effrayée s'était enfuie.

A mon arrivée, sept heures plus tard, la malade était dans l'état suivant: depuis l'accouchement les douleurs n'avaient pas cessé de se répéter à courts intervalles, fortes et longues; la fièvre était vive, les lochies presque nulles, le ventre déprimé. A travers ses parois, on sentait l'utérus revenu sur lui-même, et formant boule au-dessus du pubis; l'agitation, la crainte étaient extrêmes; la malade se disait perdue.... à sa fin..... Le doigt indicateur, porté dans le vagin, trouvait le col utérin largement entr'ouvert et ses lèvres sans rigidité. A travers s'échappaient des lambeaux de membranes.

Etant données la dilatation du col de l'utérus, la contraction de son corps, et les douleurs énergiques qui travaillaient la femme depuis sept heures, quelle cause retenait le délivre? Le cas ne me parut point douteux; de toute évidence, j'avais affaire à l'enchatonnement comme cause secondaire, et comme cause première à une adhérence très probable du placenta. Après avoir observé trois ou quatre contractions utérines, dont je prolongeai la durée par des frictions sur l'hypogastre, et cela sans succès, je me décidai à porter la main dans la matrice. La main gauche soutenant le fond de cet organe, la droite fut introduite dans le vagin avec les précautions convenables et franchit sans difficulté le col utérin; mais au-delà elle fut bientôt arrêtée par un resserrement laissant un passage d'un pouce à peine de diamètre. Après quelques momens d'attente, dans l'espoir de sentir l'enchatonnement cesser, comme j'ai entendu M. Velpeau professer que cela arrive quelquefois, je glissai lentement les doigts à travers le resserrement que je dilatai avec mesure, je pénétrai enfin dans une loge unique située en haut et en avant de la matrice. Mais aussitôt une contraction violente survint, qui, resserrant le col autour de mon poignet, paralysa ma main. La première douleur que j'en éprouvai sitôt vaincue, je glissai les doigts entre le bord supérieur décollé du placenta et la matrice, détruisis doucement la forte adhérence qui les unissait par son centre, le poussai dans la paume de la main, et en la retirant l'entraînai en entier; il était profondément cotyledoué; l'opération avait duré six minutes. Immédiatement, dans la prévision d'une métrite probable, je pratiquai une saignée de quatre palettes, et prescrivis l'application sur l'abdomen d'une flanelle trempée dans une décoction émolliente, l'usage d'une infusion de primevère chaude et la diète.

Le lendemain, le sang tiré de la veine s'était recouvert d'une couenne inflammatoire épaisse, à bords relevés en godet. Le ventre était dur, ballonné, très douloureux à la pression de la main et du diaphragme dans le mouvement inspiratoire. La malade se plaignait de chaleur dans le ventre et dans le vagin, de pesanteur sur le fondement; la fièvre était intense, la soif vive, quelques hoquets, pas de lochies, tiraillemens dans les aines et les cuisses, céphalalgie. Deuxième saignée de 18 onces, application de 20 sangsues à l'anus, boissons, fomentations, injections émollientes; repos, silence, diète absolue. Un peu de mieux se manifeste dans la journée; mais vers le soir, quelques gorgées de bouillon ayant été données imprudemment sur avis de commères, les symptômes de métro-péritonite reparurent avec leur première intensité pendant la nuit.

Le matin 28, pouls à 130, concentré mais régulier, face grippée, soif ardente, peau chaude, langue aride, ventre très volumineux, très douloureux, pas de lochies. Troisième saignée de 12 onces, 30 sangsues aux cuisses, frictions sur le ventre avec un mélange de 19 parties d'onguent mercuriel double et une partie d'extrait gommeux d'opium; du reste même prescription que la veille.

Dans la journée mieux manifeste, détente générale; la fièvre est moindre, la soif moins vive, la langue plus humide, les lochies commencent à paraître; le ventre a perdu de son volume; il est moins dur; la douleur n'est plus très vive que dans la fosse iliaque gauche seulement. Quinze sangsues appliquées en ce point modérèrent, mais n'enlevèrent pas complètement cette douleur qui persista plusieurs jours encore; mais dès-lors les lochies vinrent en grande

quantité. La fièvre disparut par degré, puis vinrent les garderobes.... Un peu de bouillon de poulet fut permis et passa sans provoquer aucune réaction fébrile ; la malade instruite par l'expérience usa des alimens avce prudence et réserve, et après quinze jours de soins et de ménagement se trouva rétablie, mais resta faible plus d'un mois encore.

Obs. II. — Le 12 février de la présente année, je fus appelé dans la matinée pour madame J. B. de Saint-Vaast. Madame B. est âgée de 28 ans, d'une constitution délicate, grêle et surtout très nerveuse. Il y a deux ans, étant au quatrième mois d'une première grossesse, elle s'effraya d'une rixe de gens ivres qui se passait sous ses fenêtres, et neuf jours après fit une fausse couche, accident qui ne put être rattaché à aucune autre cause connue. Aujourd'hui elle est enceinte pour la seconde fois, et se dit à terme moins quelques jours. Les douleurs sont peu vives, se succèdent lentement ; la malade les accuse principalement dans les reins. Depuis deux jours, la matrice s'est abaissée, son col est effacé, et seulement entr'ouvert. Le bassin est étroit, mais régulier dans sa forme. Vers le soir, les douleurs partent du bas-ventre ; elles augmentent en énergie, en fréquence, en durée ; la dilatation s'opère en proportion. La présentation est celle du siége en deuxième position. Vers onze heures, le siége arrive au couronnement et franchit la vulve ; mais quoique de petit volume, la tête traversait difficilement le détroit inférieur. Je glissai l'indicateur entre la commissure périnéale et le menton de l'enfant, et appuyant sur la mâchoire inférieure, j'abaissai la tête, qui céda enfin à une traction d'une certaine force. L'enfant était né dans un état apoplectique, circonstance qui jeta beaucoup de trouble parmi les femmes qui m'assistaient. Je portais vivement les ciseaux au cordon, lorsque celle à laquelle j'avais remis l'enfant fit, dans un moment d'irréflexion, un mouvement brusque pour l'approcher du feu et tira fortement sur le cordon qui s'érailla vers son extrémité placentaire. Les soins nécessaires à la conservation de l'enfant étant donnés, je revins à la mère. Six à huit minutes s'étaient passées depuis l'accouchement ; elle n'avait encore éprouvé aucune tranchée ; cependant l'utérus était revenu sur lui-même. Désirant la délivrer le plus tôt possible, je fis quelques frictions sur le ventre, je les répétai plusieurs fois, j'exerçai quelques tractions sur le cordon, tout cela fut inutile. Une heure se passa ainsi. J'introduisis les doigts dans le vagin, fis une légère pesée sur le périnée ; je tirai derechef sur le cordon, mais avec une grande réserve, car je sentais à une sorte de crépitation qu'il se romprait sous un effort plus puissant, ce dont je me gardai scrupuleusement. Deux heures se passèrent encore ; la femme resta calme, gaie, sans la moindre douleur, sans le moindre agacement nerveux, sans perte. Le toucher me faisait reconnaître l'orifice du col utérin souple, indolore ; j'introduisis le doigt indicateur, et je me sentis arrêté par un resserrement de l'orifice interne. Le rétrécissement était porté au point de permettre à peine le passage du doigt. Quelle conduite tenir ? Extraire le délivre avec la main ? Nombre d'auteurs le conseillent, nombre d'auteurs le défendent, d'autres font un précepte d'attendre. Ma main restait introduite dans le vagin ; le resserrement ne cessait pas ; je me décidai à le franchir et l'essayai sur le champ ; mais ce fut en vain, et cela pour cette première raison que la tentative de dilatation, quoique convenablement graduée, faisait horriblement souffrir la malade qui s'y refusa, et cette autre non moins péremptoire, qu'il me fut impossible même à l'aide d'un effort considérable de dilater l'*anneau de fer*, selon l'expression énergique mais juste de Franck, qui fermait la cavité utérine. Force fut donc d'attendre. Alors j'eus recours aux opiacés conseillés par les accoucheurs anglais. Une potion avec : eau de laitue, 100 grammes ; eau de laurier cerise, 30 gouttes ; sirop diacode, 35 grammes, fut donnée en trois fois, à une heure d'intervalle. Une friction fut faite sur le col utérin avec 8 grammes d'extrait de belladone. Pour boisson, je prescrivis l'infusion légère de tilleul et de safran. La nuit s'acheva sans douleurs ; les lochies vinrent en petite quantité ; le resserrement resta le même.

Le lendemain 13, dans la matinée, j'injectai 6 grammes d'extrait de belladone dans le col utérin lui-même ; ensuite au bout de deux heures, je recommençai les frictions sur le ventre, je fis donner le sein à l'enfant ; aucun changement n'en résulta. La journée se passa sans fièvre, sans soif, sans céphalalgie. Le ventre resta souple, insensible à la pression ; seulement le soir quelques coliques survinrent, deux ou trois, mais bientôt le calme parfait leur succéda, et se continua dans la nuit et la matinée du 14. Mais le toucher me faisait reconnaître que l'orifice externe du col utérin se resserrait progrressivement ; de plus, la famille de la malade vint à s'alarmer ; celle-ci vit et partagea bientôt l'inquiétude générale ; il fallait enfin agir plus énergiquement ; mais à quel moyen recourir ? tenter de nouveau de dilater le col utérin, je ne devais pas espérer d'y réussir, car la première fois j'avais agi de tout mon pouvoir et épuisé toutes mes chances de succès pour n'y plus revenir. Je sais qu'en thèse générale cette manière de procéder peut avoir ses inconvéniens, mais aussi dans l'espèce elle a un grand avantage. En écartant de l'esprit du médecin l'arrière-pensée de nouvelles tentatives possibles, elle éloigne aussi l'idée des demi-moyens, des demi-mesures, du découragement, de la molesse ; évite à la femme le danger des essais douloureux répétés, des temporisations, et en somme est préférable d'autant plus qu'elle n'exclut aucune des règles de la prudence. Dans le cas dont il s'agit, le simple toucher d'ailleurs était devenu lui-même très douloureux. Fallait-il employer les oxitociques et spécialement l'ergot de seigle ? mais l'éréthisme produit par ces moyens devait être général ; tous les *cercles musculaires utérins*, comme le dit Gardien, recevant une égale quantité d'action, le rapport n'était pas changé, le resserrement n'en subsistait pas moins, et le but était manqué. Je me décidai pour un moyen mixte ; un bain chaud fut préparé ; l'accouchée y resta pendant deux heures sans aucune modification dans son état. Enfin, après trois heures et demie d'immersion, le resserrement me parut moindre, mais la nature ne s'aidant par aucune douleur expulsive, je fis prendre en une seule fois 2,20 centig. d'ergot de seigle, et laissai la malade dans le bain une demi-heure encore. Après huit minutes, des douleurs survinrent, et bientôt se succédèrent avec force et fréquence ; une nouvelle dilatation du col utérin s'opéra, et à la suite d'un second travail, que je ne puis mieux comparer qu'au premier, le placenta vint proéminer dans le vagin ; là je le saisis avec les deux doigts par son bord saillant, et à l'aide de tractions modérées l'entraînai en entier. Sitôt après les douleurs cessèrent d'elles-mêmes, les lochies s'écoulèrent en quantité et en qualité convenables ; l'accouchée reprit son calme et sa gaîté.

Le lendemain 15, la sécrétion laiteuse s'établit, et la convalescence vient de se passer sans accident d'aucune sorte, comme après l'accouchement le plus simple, le moins laborieux. Je dois ajouter que la malade s'est gouvernée avec une extrême prudence, circonstance qui a grandement contribué à son prompt rétablissement.

Si des deux faits précédemment observés, il était permis de tirer seulement quelques inductions, je me proposerais pour les cas à venir, en cela guidé par les conseils de M. Velpeau et de Desormeaux, de ne procéder à la délivrance par l'introduction de la main dans la matrice que dans les cas d'urgence, quand les symptômes l'exigent impérieusement, parce que la manœuvre est difficile, douloureuse, dangereuse surtout par l'inflammation métro-péritonéale à laquelle elle donne fréquemment lieu ; en l'absence de symptômes graves, quoique le retard dans la sortie du délivre soit lui-même une chose très sérieuse, d'attendre, et quand il le faut d'agir enfin par les moyens appropriés à l'espèce de cause que l'exploration aura fait reconnaître.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT LENT, DONT LA CAUSE EST MÉCONNUE PENDANT QUINZE ANS ; communiquée par M. J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

Obs. — Le 15 avril 1842, mon confrère le docteur Bouey, de Rauzan (Gironde), m'adressa un de ses cliens, âgé de 40 ans, cultivateur aisé, sobre, laborieux et entouré d'une famille dans laquelle règne l'union la plus parfaite. Cet homme, malade depuis quinze ans, présentait tous les symptômes d'une gastro-entérite chronique, et s'était adressé à quelques médecins fort instruits qui lui avaient inutilement donné des soins.

Le sieur X...., d'une constitution éminemment nerveuse, avait les traits tiraillés, était maigre, faible, étiolé, souffrait à peu près constamment de l'estomac, éprouvait des coliques, tantôt sourdes, et d'autres fois aiguës, était constipé, n'avait pas d'appétit, marchait péniblement, *vomissait tous les alimens qu'il prenait chez lui*, et voyait tous ces phénomènes s'amender et disparaître même, pour peu qu'il s'absentât de son domicile pendant une quinzaine de jours.

Cet état de choses avait singulièrement alarmé le malade et sa nombreuse famille ; mais personne, pas plus les médecins consultés que les habitans éclairés de la localité, n'avait pu découvrir la cause ou les causes de cette maladie.

Répondant aux questions que je lui fis lorsque M. Bouey me l'adressa, le sieur X... me dit que tout le monde chez lui s'asseyait à la même table, usait des mêmes alimens, du même vin, de la même eau, et que personne, si ce n'est lui, n'avait jamais éprouvé d'indisposition qui eût quelque rapport avec la sienne. M'étant assuré, d'une part, que cet homme avait une famille dont tous les membres étaient de braves gens, et, d'autre part, que les accidens avaient persisté malgré le changement assez renouvelé des domestiques, je dus en conclure que le mal n'était pas la conséquence d'un crime, et me demander pourquoi le sieur X..., lui seul, était malade *chez lui* d'un mal dont tous les siens, maîtres et domestiques, n'avaient jamais éprouvé la plus légère atteinte.

De deux choses l'une, ou le malade était empoisonné lentement par quelqu'un de chez lui, ou bien son impressionnabilité, une idiosyncrasie toute spéciale le rendaient vulnérable à l'endroit des voies gastro-intestinales par l'influence mauvaise de quelqu'un ou de quelques-uns des moyens de l'hygiène.

Bien que j'eusse l'intention, avant toute autre recherche, de faire analyser les alimens et les boissons dont le malade usait *chez lui*, je fus conduit à commencer par l'eau, tant mes informations sur le puits qui la fournissait parurent devoir me mettre sur la bonne voie.

M. Faure, chimiste très distingué, voulut bien se charger de ce soin, et reconnut, dans cette eau, des traces de débris organiques de végétaux. Or, on sait qu'on trouve dans certains puits des plantes aquatiques dont l'action délétère explique les singularités maladives du sieur X..., qui ont duré quinze ans.

Le curage du puits, un régime adoucissant et quelques précautions hygiéniques ont suffi pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie depuis dix-huit mois.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AVRIL.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES; par MM. BERNARD (de Villefranche) et BARRESWIL.

M. PELOUZE dépose sur le bureau, au nom de MM. Bernard (de Villefranche) et Barreswil une première partie d'un travail que ces deux auteurs ont entrepris en commun sur ce sujet. Cette première partie a pour objet des expériences comparatives sur le sucre, l'albumine et la gélatine.

Dans un précédent travail, publié au mois de décembre dernier (1), l'un des auteurs a indiqué un procédé simple et d'une exécution facile pour reconnaître si une substance est alimentaire. Ce procédé consiste à faire dissoudre dans le suc gastrique la substance qu'on veut étudier et à injecter la solution dans la veine jugulaire d'un animal. En opérant ainsi, on a pour but de faire, au moyen du suc gastrique, des *chyles artificiels* avec des substances connues et dosées, qu'on introduit directement dans le sang, et dont on peut suivre les transformations diverses. Si la substance soumise à cette épreuve est assimilable, elle disparaît eu entier dans le sang, et l'on n'en découvre aucune trace dans les excrétions; tel est le cas du sucre et de l'albumine, qui s'assimilent entièrement quand on les injecte avec du suc gastrique, tandis que les mêmes matières se retrouvent en nature dans les urines, sans avoir subi aucune modification quand on les injecte comparativement à la même dose, mais seulement dissoutes dans de l'eau simple.

Si, au contraire, les substances soumises à ce mode d'expérimentation ne sont pas assimilables, elles ne disparaissent jamais dans le sang; et, qu'elles aient été dissoutes dans le suc gastrique, *en proportion quelconque*, ou bien dans tout autre véhicule, elles se trouvent toujours en nature dans les excrétions. Tel est le cas du prussiate de potasse, par exemple, qui est toujours éliminé par les voies urinaires.

Les résultats fournis par ces digestions artificielles sont conformes à ce qui se passe dans la digestion naturelle. Ainsi, en introduisant du sucre, de l'albumine dans l'estomac d'un chien à jenn, nous n'avons jamais pu retrouver ces substances dans les urines, tandis que le prussiate de potasse se retrouve en totalité.

En résumé, pour nous, disent les auteurs, le caractère d'une substance alimentaire est de disparaître dans le sang, lorsqu'on l'injecte préalablement dissoute dans le suc gastrique.

C'est à l'aide de ce moyen nouveau d'expérimentation, employé toujours d'une manière comparative, que les auteurs ont entrepris l'étude des différentes substances indiquées comme alimentaires.

RÉSULTATS D'UNE PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES FAITES COMPARATIVEMENT AVEC LE SUCRE, L'ALBUMINE ET LA GÉLATINE. — 1° Sur trois chiens à jeun et bien portans, MM. Bernard et Barreswil ont injecté par la veine jugulaire; au premier, une solution aqueuse de 5 décigram. de sucre de canne; au second, une solution aqueuse de 5 décigrammes d'albumine; au troisième, une solution aqueuse de 5 décigrammes de gélatine (ichtyocolle).

Aucun accident ne s'est manifesté à la suite de ces injections. Trois heures après on a examiné les urines de ces animaux. Dans l'urine du premier chien, on a retrouvé le sucre, qui n'avait subi aucune modification et qui avait conservé tous ses caractères de sucre de canne.

Les urines du deuxième chien contenaient de l'albumine; et dans l'urine du troisième chien les réactifs ont donné de la manière la plus évidente la présence de la gélatine.

Ainsi, le sucre, l'albumine et la gélatine, injectés sans suc gastrique, ont été retrouvés en nature dans les urines.

2° On a pris une même quantité de ces mêmes substances. Chacune a été dissoute séparément dans 15 grammes de suc gastrique fraîchement extrait de l'estomac d'un chien, et on les a laissées digérer pendant six ou huit heures au bain marie, à une température de + 38 à 40°.

Sur trois chiens à jeun et bien portans, on a injecté par la veine jugulaire: au premier, la solution de sucre; au deuxième, la solution d'albumine, et au troisième la solution de gélatine.

Les urines ont été retirées de la vessie trois heures après, à l'aide d'une sonde, et examinées avec soin et à différentes reprises. On n'a pu découvrir ni le sucre ni l'albumine dans les urines des deux animaux auxquels on avait injecté ces substances, tandis que la présence de la gélatine était indubitable dans les urines du troisième chien.

Ainsi le sucre et l'albumine, préalablement dissous dans le suc gastrique et injectés dans les veines, ont disparu dans le sang et ont été assimilés, au lieu que la gélatine, traitée de la même manière, n'a pas été assimilée et a été, comme avant, expulsée par les voies urinaires.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES, DANS LESQUELLES LE SUCRE, L'ALBUMINE ET LA GÉLATINE ONT ÉTÉ SOUMIS A LA DIGESTION NATURELLE. — On a nourri trois chiens, l'un exclusivement avec du sucre, l'autre avec de l'albumine, le troisième avec de la gélatine. Durant cette alimentation, les urines des trois animaux ont été examinées comparativement. Le sucre et l'albumine n'ont pas pu être retrouvés dans les urines, tandis qu'au contraire on y a trouvé de la gélatine.

(1) Voir GAZ. MÉD., n° 11.

Pour donner à ces dernières expériences encore plus de certitude, les auteurs les ont répétées sur eux-mêmes, et ils ont obtenu les mêmes résultats.

En résumé, disent-ils en terminant, quand on injecte directement dans le sang de la gélatine dissoute dans le suc gastrique, on la retrouve constamment dans les excrétions. Le sucre et l'albumine, au contraire, dans les mêmes circonstances, disparaissent dans l'économie.

Les auteurs se proposent, dans la suite de ce travail, d'indiquer quels sont les produits ultimes de la digestion de l'albumine et du sucre.

APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

M. DE NOTHOMB présente à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Lerebours, un appareil électro-médical importé par lui. Cet appareil magnétique, d'une très grande puissance, est susceptible de donner des commotions graduées; il est très usité en Allemagne pour les usages médicaux. M. Lerebours profite de cette occasion pour en présenter un qui a été construit dans ses ateliers, et dans lequel, d'après les conseils de M. de Notbomb, l'élément à courant constant de l'appareil allemand se trouve remplacé par un élément de Bunsen. Il a reconnu que cette modification augmente notablement l'énergie déjà très grande de l'appareil allemand, et permet de reproduire avec succès tous les effets de l'appareil de Clarke.

RECHERCHES DE L'AZOTE DANS LES SUBSTANCES ORGANIQUES.

M. PAYEN lit un rapport favorable sur le moyen indiqué par M. Lassaigne, pour déterminer la présence de l'azote dans des quantités minimes de substances organiques. Ce moyen consiste à chauffer au rouge, sur une lampe à alcool, la matière organique supposée azotée dans un petit tube avec un peu de potassium, et à rechercher le cyanure produit.

M. LANTERY adresse une lettre que nous reproduirons dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. HUSSON (à l'occasion du procès-verbal) demande, qu'avant de rentrer dans le local habituel de ses séances, l'Académie exprime ses remercîmens à M. le doyen, pour le bienveillant empressement avec lequel il a mis à sa disposition la salle de la bibliothèque de l'École.

M. LE PRÉSIDENT: Le conseil a déjà prévenu le vœu de M. Husson. Il doit se rendre incessamment auprès de M. le doyen pour lui transmettre les remercîmens de l'Académie.

CORRESPONDANCE.

M. ANDRIEUX DE BRIOUDE adresse un paquet cacheté. (Le dépôt en est accepté.)

VALVULES DU COL DE LA VESSIE.

M. MERCIER annonce qu'il ne répondra pas à la dernière lettre de M. Guillon pour ne pas fournir à celui-ci le prétexte d'une nouvelle réplique; mais il prie instamment l'Académie de nommer une commission chargée de résoudre les trois questions suivantes:

1° Quel est le premier d'entre eux qui ait appelé l'attention sur les *valvules du col de la vessie*, sur leur fréquence, leurs diverses espèces, leurs causes et leurs effets?

2° Quel est le premier d'entre eux qui ait songé à traiter ces valvules par l'instrument tranchant, à les exciser et à les inciser?

3° Quel est le premier d'entre eux qui ait décrit des instrumens appropriés à cette destination?

M. Mercier ajoute que, si l'Académie se refusait à rendre justice à qui de droit, il se verrait obligé de proposer à M. Guillon de faire décider ces questions par un juge qu'ils choisiraient, chacun par moitié.

Puis, il demande sur quoi celui-ci s'est fondé pour affirmer qu'il n'avait jamais opéré de valvules du col de la vessie. « Pour donner, dit-il en terminant, une idée de la valeur des assertions de M. Guillon, il me suffira de dire qu'il y a deux ans j'ai opéré un cas de ce genre en présence de l'honorable M. Romain Gérardin, frère de M. Gérardin, membre de cette Académie; qu'il y a un an, j'ai opéré simultanément trois autres malades, en présence de MM. Lépine et Dauptain, l'un interne et l'autre pharmacien des Néothermes; qu'il y a six mois, j'ai opéré également d'une valvule, et également avec succès, un malade qui m'avait été amené par le docteur Desmarres, auquel j'ai exposé ce que je me proposais de faire, et qui a toujours été au courant de ce qui s'est passé; qu'il y a trois mois encore, j'ai pratiqué la même opération sur un jeune homme qui m'avait été adressé par l'un de vos collègues, M. Prus, lequel a été auparavant consulté sur la convenance de l'opération. »

» Ces six observations sont actuellement imprimées dans un ouvrage qui paraîtra sous peu de jours. Si je n'en ai pas fait plus tôt part au public, c'est parce que j'ai vu si souvent combien il faut se défier des premières apparences et que j'ai cru devoir attendre les résultats définitifs.

M. J. Guérin adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire donne lecture :

Monsieur,

Je crois devoir déclarer que M. Guersant a été complètement induit en erreur au sujet des motifs qui l'ont porté à se retirer de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Malgaigne. En aucune circonstance, je n'ai récusé M. Guersant comme pouvant faire partie de la commission désignée par l'administration des hôpitaux, et jamais je n'ai imputé à notre confrère d'avoir demandé la suppression de mon service à l'hôpital des Enfans. J'ignorais même que M. Guersant se fût opposé à l'agrandissement de ce service. En tout temps comme aujourd'hui, j'ai honoré le caractère de notre collègue, et aujourd'hui comme à toutes les époques j'aurais été heureux de le voir juge d'une question où mes travaux et ma personne sont mis en cause.

J'aime à croire que M. Guersant, mieux éclairé sur l'origine des imputations qui ont motivé sa lettre, s'empressera de rendre toute justice à la vérité.

Veuillez agréer, etc.

DIABÈTE SUCRÉ.

M. Biot adresse, par l'intermédiaire de M. Andral, une lettre dans laquelle il rappelle à l'Académie qu'il a imaginé, il y a quelques années, un instrument à l'aide duquel on peut diagnostiquer avec certitude une des maladies les plus graves, le diabète sucré, et apprécier avec la plus grande précision la quantité de matière sucrée contenue dans l'urine, ce qui permet de suivre jour par jour les progrès de la maladie ou ceux de la guérison. Quoique ce moyen ait été publié, il paraît être encore peu connu et peu usité. M. Biot voit avec regret qu'on s'en tienne encore sur ce point aux anciennes analyses chimiques avec lesquelles il est impossible de suivre les différentes phases de la maladie. Ayant été tout récemment témoin des inconvéniens attachés à cette ancienne méthode, il a pensé qu'il pourrait être utile de rappeler aux praticiens le moyen dont il s'agit. Il désire en conséquence que l'Académie veuille bien désigner une commission à laquelle il s'empressera de démontrer le mécanisme de son procédé.

Le bureau propose pour commissaires MM. Andral, Rayer, Boullay, Martin-Solon et Civiale. (On demande l'adjonction de chimistes.)

M. Roux fait observer que la commission devrait être principalement composée de médecins et de physiciens. Il a eu l'occasion de voir fonctionner cet instrument; c'est même sur ses instances que l'administration l'a adopté pour l'Hôtel-Dieu; c'est surtout par les médecins qu'il sera utilement mis en pratique, et les médecins aidés d'un physicien, ou si peu qu'ils soient physiciens eux-mêmes, seront très bien à même de s'en servir et de l'apprécier.

M. Guéneau de Mussy : Il y a bientôt deux ans que les médecins de l'Hôtel-Dieu se servent avec le plus grand avantage de l'instrument de M. Biot.

Après quelques courtes observations, la commission est définitivement constituée ainsi qu'il suit : MM. Andral, Guéneau de Mussy, Rayer, Martin-Solon et Thillaye.

— Après la communication de la correspondance, M. le président procède au tirage au sort de la députation qui devra se présenter aux Tuileries pour complimenter le roi, à l'occasion du 1er mai. Le sort désigne MM. Bourriat, Devilliers, Collineau, Labarraque, Loiseleur Deslongchamps, Bourdon, Burdin jeune, Velpeau, Boudet, Macartan, Dizel, Oudet.

RAPPORTS.

VACCINATIONS DE 1842.

M. Bousquet lit, au nom de la commission de vaccine, le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France dans le cours de l'année 1842.

M. Dupuy demande si l'on n'a pas fait des expériences d'inoculation du virus variolique, comme moyen de juger la question de la durée de la période préservatrice du vaccin. Il regrette que des expériences de ce genre n'aient pas été faites.

M. Rochoux : L'hommage que les partisans de la revaccination rendent à la vaccine ressemble assez à celui de ces conspirateurs qui se précipitent aux pieds du chef qu'ils veulent assassiner. Je citerai contre M. Bousquet les faits même qu'il vient de rapporter ; il nous a dit que les récidives de variole sont beaucoup plus fréquentes chez les anciens vaccinés que chez les sujets récemment vaccinés; la raison en est toute simple, c'est que le nombre des anciens vaccinés est beaucoup plus considérable, et qu'il s'accroît sans cesse. Quant à l'utilité des revaccinations, je ne saurais l'admettre. Il est incontestable que les sujets vaccinés sont, à l'égard des récidives, dans des conditions plus favorables que les variolés eux-mêmes; ces derniers vivent généralement dans une grande sécurité; pourquoi donc voudrait-on faire naître la défiance dans l'esprit des personnes vaccinées? La revaccination serait à mon avis un fléau; il ne faut donc pas dire que c'est un hommage rendu à la vaccine.

M. Bousquet : Je répondrai à M. Dupuy qu'on a effectivement négligé d'inoculer le virus des enfans atteints de variole. On ne l'a pas fait, parce que de pareilles expériences répugnent à l'humanité.

Quant à M. Rochoux, je lui demanderai comment il se fait qu'on ne voyait point de récidives autrefois, et qu'on en voit tant aujourd'hui. Dans les premiers temps de la vaccine, tous les vaccinés, sans exception, étaient préservés ; il faut remonter jusqu'en 1811, pour voir les premiers cas de récidives avoués par le comité. Ce n'est pas au plus grand nombre de sujets vaccinés que cela peut tenir ; car, dans ce cas, il n'y aurait qu'une différence dans les proportions, tandis que, avant l'époque dont je parle, les récidives étaient nulles; l'expérience, d'ailleurs, a démontré que la répétition incessante de la vaccine en avait affaibli les propriétés, et que la revaccination a pour effet de retremper en quelque sorte ces propriétés. Il me suffirait, pour le prouver, de rappeler les exemples déjà si souvent cités des épidémies de variole de Sorrèze, de Montauban, d'Orange, etc.

M. Rochoux : Il a été observé des récidives en 1814; il est donc certain que des récidives ont eu lieu dès l'origine, ou du moins à une époque très rapprochée des premières vaccinations. S'il en est ainsi, le plus grand nombre des récidives que l'on observe maintenant ne tient qu'au plus grand nombre de sujets vaccinés, c'est là une pure question de statistique.

M. Villeneuve : J'ai cherché vainement dans le rapport la relation des vaccinations aux naissances; c'est cependant une question de statistique importante.

M. Bousquet dit que M. Pichon blâme les vaccinations faites à un trop bas-âge. Je n'ai jamais observé les inconvéniens qu'il signale. Or si les accidens dont parle M. Pichon ne sont pas réels, il y aurait à mon avis de grands inconvéniens à temporiser.

M. Bousquet : L'opinion contre laquelle M. Villeneuve vient de s'élever n'est point une opinion isolée, M. Pichon n'est pas seul à la professer; je citerai, entre autres médecins qui pensent de même, notre collègue M. Baron. Il a observé que les enfans vaccinés pendant les premiers mois de leur naissance étaient souvent pris de diarrhée, d'accidens plus ou moins graves de gastro-entérite; au-dessus de trois ou quatre mois ils supportent généralement la vaccination beaucoup mieux qu'avant cet âge. Je n'ai pas à cet égard d'expérience personnelle; je me suis appuyé surtout sur l'autorité de M. Baron.

J'ajouterai deux mots pour répondre à M. Rochoux. M. Rochoux a rappelé qu'il y a eu des récidives de la vaccine. Oui, mais elles ont été rares, extrêmement rares; il suffit pour s'en convaincre de lire les rapports du premier comité de vaccine. Le médecin de l'hôpital des varioleux de Londres à cette même époque n'eut pas à constater un seul cas de récidive sur 2000 vaccinés. Je prierai d'ailleurs M. Rochoux de répondre à cette seule question : pourquoi ne voit-on des récidives que chez les adultes?

Après quelques mots de M. Desportes qui ne parviennent pas jusqu'à nous, la discussion est close.

M. le Président : Conformément à l'usage, les conclusions de ce rapport seront lues et votées en comité secret.

SANGSUES.

M. Huzard, en son nom et celui de M. Mérat, lit un rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle sur un mémoire de M. Rey Fabien, intitulé : De la cherté des sangsues et des moyens d'y remédier. — Le rapporteur propose de répondre au ministre que la création d'inspecteurs spéciaux proposée par l'auteur ne remédierait pas à la pénurie résultant de l'énorme consommation de sangsues qui a été faite dans ces derniers temps. Il termine en témoignant au ministre le désir qu'il soit pris des renseignemens sur le système d'éducation et de conservation des sangsues qui paraît avoir été adopté avec avantage dans plusieurs parties de l'Allemagne.

M. Nacquart : Je craindrais qu'une des conséquences du système de propagation et d'éducation proposé ne fût de proscrire l'usage des petites sangsues. Y aurait-il sécurité pour la pratique dans cette proscription? Les petites sangsues sont d'un avantage incontestable dans un grand nombre de cas, par exemple pour être appliquées sur les paupières, le pénis, etc. En second lieu, n'y aurait-il pas de l'inconvénient à se servir de sangsues dégorgées? Ne craindrait-on pas d'inoculer ainsi des virus?

L'un des administrateurs des hospices, M. Desportes, a fait des essais sur les moyens de conservation des sangsues. J'en ignore les résultats. Ne serait-il pas plus convenable, avant d'aller chercher des renseignemens à l'étranger, de savoir ce que M. Desportes a obtenu?

M. Huzard : Ce que M. Nacquart vient de dire relativement aux petites sangsues vient à l'appui des conclusions du rapport. Quant à ce qu'il a dit du dégorgement des sangsues et du danger de l'inoculation des virus par cette voie, je me bornerai à répondre que je n'en connais pas un seul exemple. La commission des hôpitaux a fait employer pendant longtemps des sangsues dégorgées par le procédé de MM. Desportes et Soubeiran ; il n'en est résulté aucun accident. L'expérience n'a pas donné, d'ailleurs des résultats assez avantageux sous le point de vue économique pour qu'on l'ait continuée.

M. Nacquart : Je voudrais qu'on profitât de cette occasion pour rappeler aux praticiens l'usage des ventouses que l'on a, à mon avis, beaucoup trop négligées pour les sangsues qui, dans un grand nombre de circonstances, ne les valent pas. On ferait bien peut-être d'en dire un mot dans le rapport.

M. Rochoux : Je suis à même d'avoir des renseignemens sur l'établissement fondé pour l'entretien des sangsues. Si l'Académie veut me le permettre, je les lui transmettrai dans la prochaine séance.

M. le Président déclare que l'Académie accueillera avec plaisir les renseignemens que M. Rochoux voudra bien lui donner. Toutefois ces renseignemens n'étant pas indispensables pour l'adoption des conclusions du rapport, il va mettre ces conclusions aux voix.

Les conclusions du rapport de M. Huzard sont adoptées.

Il est cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur WATON. — 340 pages in-8°. Montpellier et Paris, 1843. Chez J.-B. Baillière.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT EMPLOYÉE JOURNELLEMENT A L'HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS DEPUIS 1826 JUSQU'A CE JOUR (OCTOBRE 1843) DANS LES FIÈVRES CONTINUES, LES FIÈVRES PUERPÉRALES ET LES PÉRIPNEUMONIES QUI PRÉSENTENT UN CARACTÈRE TYPHOÏDE; par le professeur RANQUE (d'Orléans), avec une lithographie coloriée. — 90 pages in-8°. Orléans et Paris 1843. Chez J.-B. Baillière.

ÉTUDES SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE DANS LES CONTRÉES MÉRIDIONALES; par le docteur GOURAUD père. — Avignon, 1842.

La distance qui sépare les fièvres continues des fièvres intermittentes est loin d'être la même dans tous les cas et dans toutes les contrées; il est même des localités où ces états morbides, si distincts habituellement dans nos climats tempérés, se touchent et se confondent pour ainsi dire, et quand nous mentionnons cette presqu'identité qui existe quelquefois entre des maladies ordinairement si distinctes, nous ne parlons pas de ces rapprochemens purement hypothétiques qui n'existent peut-être que dans l'esprit de leur auteur; telle est, par exemple, l'opinion des pyrétologistes, qui attribuent toutes les fièvres à un empoisonnement miasmatique causé dans un cas par les miasmes végétaux, dans l'autre par les miasmes animaux, mais bien de rapprochemens réels et si complets, que l'attention du praticien le plus habile peut quelquefois se trouver en défaut, et le malade être victime d'une erreur presqu'inévitable. Ces idées, aujourd'hui généralement connues et adoptées, étaient à peine soupçonnées il y a quelques années, à l'époque où les recherches médicales ne s'étendaient point en dehors des localités dans lesquelles elles étaient faites et où tous les faits qui n'avaient pas été observés, recueillis mot à mot et comptés arithmétiquement, étaient regardés comme non avenus. Mais depuis que la science a commencé à s'enrichir des observations des médecins de tout le globe, depuis surtout que des expéditions lointaines ont permis aux médecins français de mettre à l'épreuve les enseignemens étroits qu'ils avaient reçu dans leurs écoles, la science a singulièrement grandi, et on a reconnu surtout l'insuffisance des études sur les fièvres faites dans les pays tempérés; puis quelques hommes ingénieux ont prouvé par des recherches d'une haute érudition que, sous ce point de vue, la science moderne avait oublié les leçons de la médecine antique, et que le même état morbide pouvait affecter des formes différentes dans des climats différens aussi.

C'est cette vérité qu'avait en vue M. Gouraud et à l'appui de laquelle il apporte de nouveaux faits dans ses ÉTUDES SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE DANS LES CONTRÉES MÉRIDIONALES. Le passage suivant de ce travail fera suffisamment comprendre et les vues pratiques de l'auteur et les doctrines contre lesquelles il s'élève avec une verve qui ne lui a peut être pas toujours permis de mettre toute la clarté et la précision désirables dans l'exposition de ces opinions. « Les médecins du nord, s'ils vont pratiquer de plein saut au midi se figurent que la périodique pernicieuse a partout la même marche et la même physionomie, qu'elle ne diffère pas de la nôtre, dans le temps de l'expédition en Morée ou par un plus haut degré d'intensité et une activité plus vive, qu'il n'est point d'accès qui n'ait trois stades et ne soit séparé du précédent et du suivant par une pleine intermission, qui soit mortel dans les prodromes, point de rechute qui tue dès son premier acte; ils ne conçoivent pas que la peau se gangrène ailleurs qu'aux endroits comprimés, que le *psora labialis* ne soit pas toujours un signe favorable. Ils prennent leur temps, font vomir ou saignent suivant la turgescence bilieuse ou la plénitude du pouls, appréhendant moins de faire une saignée intempestive que de donner le kina avant que la fièvre ait cessé. Bref, ces nouveaux praticiens de Morée étaient aussi dépaysés au lit des fiévreux que s'ils passaient de la lecture des 1er et 3e livres des épidémiques à celle des observations du professeur Andral; une telle temporisation laisse le plus souvent mourir, parce que les périodiques estivales des pays chauds sont séparées de celles des pays froids par un abîme. »

L'auteur est encore plus sévère pour les médecins de l'Algérie que pour ceux de l'expédition de Morée; il tonne surtout contre l'emploi de la saignée, par laquelle ils commencent, dans la plupart des cas, le traitement des fièvres rémittentes si graves que l'on observe sous ce climat intertropical, et contre les faibles doses de quinquina qui favoriseraient les rechutes et prolongeraient les convalescences.

Sans adopter toutes les critiques que l'auteur dirige contre certaines opinions et les hommes qui les soutiennent, nous devons reconnaître que les principes sur lesquels il s'appuie le plus communément sont ceux d'une bonne et saine pratique, et que son travail eût offert un intérêt véritable sous ce point de vue s'il se fût abstenu de digressions trop fréquentes et trop longues qui nuisent à l'unité et peuvent fatiguer le lecteur.

Il nous a paru intéressant de rapprocher de ce travail sur les fièvres intermittentes pernicieuses des contrées méridionales celui du docteur Waton sur la *fièvre typhoïde*, qui n'est point une monographie mais un mémoire destiné à signaler une nouvelle médication contre cette maladie, celle par le sulfate de quinine. Jusqu'ici les praticiens n'avaient employé le sulfate de quinine dans le traitement de cette maladie grave qu'à petite dose et comme tonique, ou à haute dose comme contro-stimulant. La méthode de M. Waton diffère également de ces deux médications, et consiste dans l'administration du sulfate de quinine à dose moyenne employé non plus contre l'adynamie ou contre la phlegmasie, mais comme antipériodique. Suivant l'auteur, si le sulfate de quinine a obtenu quelquefois des succès dans la fièvre typhoïde, ce n'est point par son action excitante ou tonique, mais en agissant comme antipériodique. « On ne sera donc pas surpris, dit-il, si les expériences récentes que l'on a faites dans les hôpitaux de la capitale sur l'efficacité du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde n'ont pas amené les résultats avantageux que l'on était en droit d'en attendre, lorsqu'on saura que n'ayant pas considéré la fièvre typhoïde comme essentiellement rémittente, on a donné cette substance dans la rémission, comme au plus fort des exacerbations; qu'on n'a pas fait précéder son administration des moyens thérapeutiques qui sont si utiles et quelquefois indispensables pour qu'elle puisse produire son effet ordinaire; enfin qu'on l'a donné dans une foule de cas typhoïdes dégénérés où son emploi non seulement cesse d'être avantageux, mais encore aggrave un état pénible qu'on n'a pas su prévenir. »

La fièvre typhoïde est donc pour M. Waton, au moins dans un grand nombre de cas, une affection rémittente caractérisée non plus par des intermissions complètes, mais par des phénomènes fébriles continus présentant des redoublemens réguliers. Ces redoublemens sont quelquefois si peu marqués qu'il faut dans ces cas une grande assiduité et quelque habitude pour pouvoir les saisir; dans quelques cas graves ces redoublemens ayant lieu deux fois en vingt-quatre heures, s'ils sont méconnus, se confondent et deviennent en un mot subintrans. Peu intenses, ces redoublemens disparaissent par l'usage d'une médication antiphlogistique; plus graves ils ne cèdent qu'à l'emploi du sulfate de quinine.

Les nombreuses observations que l'auteur publie à l'appui de ses recherches ont été recueillies avec attention et donnent une idée exacte de sa pratique et de la manière dont il a employé cette médication qui comprend, comme on le voit, l'emploi de quelques saignées destinées à amoindrir l'intensité des accidens inflammatoires et l'administration du sulfate de quinine dont la dose varie avec la gravité de la maladie, depuis dix grains jusqu'à cent et au-delà plusieurs fois par jour. Quant aux émissions sanguines, l'auteur y a recours toutes les fois que les redoublemens ne sont pas menaçans, qu'ils se compliquent d'un état pléthorique ou d'une congestion sur quelque organe; et ce n'est qu'après les émissions sanguines locales ou générales, suivant les cas, que le sulfate de quinine agit activement. Il affirme même que dans certains cas, dont il rapporte un ou deux exemples, ce sel administré avant d'avoir tiré du sang ne fait pas disparaître les redoublemens et que ce n'est qu'après la saignée que s'exerce son action contre les accès.

A ses propres observations et qui ne sont qu'une petite partie de toutes celles qu'il a recueillies, M. Waton ajoute un certain nombre d'autres faits puisés dans les ouvrages sur le même sujet de la plupart des auteurs modernes, de MM. Andral, Petit et Serre, Louis, Chomel et Genest, et où il signale la présence de redoublemens qui auraient pu être combattus avec succès par le sulfate de quinine administré comme antipériodique. A la suite d'une observation empruntée à M. Andral et dont le sujet mourut après avoir offert des redoublemens très tranchés, M. Waton s'écrie: « Eh bien! la main sur la conscience, je dirai bien haut dès à présent avec une conviction profonde que si de bonne heure on eût administré le sulfate de quinine à haute dose, on aurait probablement arraché à la mort un jeune homme qui à peine entrait dans la carrière de la vie. »

Sans adopter ici complètement les vues de M. Waton sur l'action antipériodique du sulfate de quinine dans les cas de redoublement, nous devons cependant reconnaître que les faits sur lesquels il s'appuie sont

remarquables et par leur nombre (il en a cité 44 sur un chiffre beaucoup plus considérable) et par leurs résultats et par les conditions dans lesquelles elles ont étérecueillies à Vaison, capitale des Voconces, et dans les villages voisins qui depuis longtemps nesont plus exposés aux émanations marécageuses; puis si nous les rapprochons d'une foule de faits plus on moins analogues, dans lesquels on a vu, par exemple chez des phthisiques atteints d'une fièvre continue, les paroxysmes nocturnes disparaître sous l'influence du sulfate de quinine, nous devrons croire que les conclusions tirées par M. Waton méritent d'appeler l'attention des pathologistes. Aussi recommandons-nous la lecture de ce travail d'un intérêt tout pratique aux médecins qui voudront étudier la question si importante des fièvres rémittentes et continues. Les faits surtont nous paraissent très importans; quant aux considérations générales dont elles sont accompagnées, elles ont évidemment moins de valeur, car l'anteur pratiquant dans une petite ville n'a pas pu faire une seule autopsie, et il lui était presque impossible d'en faire, si ce qu'il dit du faible chiffre de la mortalité dans les cas les plus graves est exact, et si sur 118 cas des plus graves il n'a perdu réellement que trois malades.

Nous ne quitterons pas la publication de M. Waton, sans signaler une autre circonstance qui ajoute encore à la valeur des faits qu'il a recueillis: c'est qne, même dans les cas où quelque phlegmasie compliquait la fièvre typhoïde, l'agent antipériodique n'en a pas moins fait disparaître les redoublemens lorsqu'ils étaient prononcés. Ces faits, qui ont déjà été signalés par divers observateurs attentifs, ne mettent pas hors de tout donte les vues théoriques de M. Waton, mais appellent une sérieuse attention de la part des hommes à qui leur position permet de se livrer à ces sortes de recherches. On trouvera peut-être les observations de l'anteur trop courtes, pen détaillées et laissant trop sonvent à regretter les caractères les plus saillans de la fièvre typhoïde, n'indiquant jamais, par exemple, la présence des taches lenticulaires; mais comme il assure luimême qn'il s'est borné à signaler les caractères de l'intermittence, et qu'il a vu les pétéchies chez la plnpart de ses malades, on ne peut douter de l'exactitude de son diagnostic, au moins dans la plnpart des cas, qui ne se sont pas élevés à moins de 500, recueillis sur une population de 20,000 âmes.

Nous n'examinerons pas si M. Ranque a en raison d'appeler une *nouvelle méthode de traitement* le résultat de ses observations qu'il a consigné dans le travail que nous avons sous les yeux; car si ce résultat est constaté, nous nons inquiéterons pen du nom par lequel il l'aura désigné, bien que, dans le conrs ordinaire des choses, nous préférions le langage simple et naturel de la science aux phrases et aux digressions qui en prennent sonvent la place. Pour nous, ce n'est point d'une nouvelle méthode de traitement qu'il est question dans ce travail, mais bien d'un moyen complémentaire de diagnostic. Voici les expressions de l'anteur lui-même sur ce point, qui résument très bien tout ce qne sa brochure contient de pratique. « Il existe des signes à l'aide desquels, dès le début d'une pyrexie, on pent en présager le caractère futur. Ces signes nous paraissent certains, puisque nous n'avons cessé de les retronver d'une manière constante et sur une grande échelle, depuis 1825 jusqu'à ce jour (octobre 1843), chez nos malades atteints d'affection fébrile continue; nous nous faisons un bonheur et un devoir de les faire connaître... Toutes les fois qne, dans les premiers jours d'une pyrexie continue, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, il se produit sur les gencives interposées entre les molaires une exsudation blanche, de couleur nacrée, on pent être assuré que cette pyrexie, dans le plus grand nombre des cas, aura une grande tendance à devenir grave, si elle n'est traitée convenablement. Ce symptôme est constant, non seulement dans les pyrexies, mais dans toutes les affections qui sont destinées à devenir graves et typhoïdes. Si à ce symptôme se joint la teinte jus de mûre, des piqûres de sangsues et un commencement de prostration, l'affection dès ce moment a tout à fait le caractère typhoïde, quelque benins que puissent paraître alors les symptômes.... Ponr s'assurer de l'état des gencives, c'est sur celles des petites molaires qu'il faut surtout porter son attention..... La surface des interstices qui séparent ces dents offre une pyramide nacrée dont la base repose sur le corps de la gencive.... Si l'exsudation qui forme cette teinte nacrée est très mince et occupe une petite surface, la maladie sera pen grave.... Si elle est épaisse, ne s'enlève point par le toucher, si elle affecte un grand nombre d'interstices dentaires, si la teinte est grisâtre, on devra pronostiquer la gravité de la maladie..... Dans certains cas, l'exsudation nacrée ne se borne pas aux gencives; mais elle se propage sur une plus on moins grande portion de la muqueuse buccale et pharyngienne, et forme l'un des symptômes les plus graves de l'affection typhoïde. »

Une lithographie coloriée, placée à la fin de ce mémoire, donne une idée exacte de la prodnction, à laquelle l'anteur donne une si haute importance. Nous nons hornons à signaler ce point spécial des recherches de M. Ranque, dont le nom est assez bien placé dans la science pour qu'il n'ait point autant à se préoccuper de quelque opposition locale qu'il l'a peut être fait dans la publication que nous avons sous les yeux.

VARIÉTÉS.

— Depuis plusieurs jours, M. le docteur Payerne se livre sur la Seine à d'intéressantes expériences avec la cloche à plongeur, dont il est l'inventeur. Dans une première expérience, il est resté près de quatre heures, avec un compagnon de séjour, enfermé dans sa cloche, entièrement plongée dans l'eau et sans autre communication avec l'extérieur que quelques coups frappés sur la cloche et à l'aide desquels il communiquait les ordres nécessaires pour la manœuvre de l'appareil. Jeudi 25 avril, il séjourna pendant plus de trois heures avec M. l'ingénieur Poiré, auquel on doit le projet du grand pont d'Alger. Enfin, aujourd'hui 26, c'est en compagnie de MM. Dumas et Regnault, membres de l'Académie des sciences, et d'une personne envoyée par M. le ministre de la marine, que M. Payerne a fait son troisième essai, qui a aussi parfaitement réussi. Cependant, ce n'est pas sans une certaine émotion que, malgré la sûreté des moyens employés par M. Payerne, les nombreux spectateurs qui assistaient à cette expérience ont vu le président de l'Académie des sciences, accompagné de l'un de ses plus savans collègues, disparaître sous les flots (de la Seine) et rester pendant longtemps avec ses trois compagnons de voyage, sans autre signe qui put les rappeler que l'arrivée à fleur de l'eau de quelques bulles du gaz en excès que produit M. Payerne à volonté dans sa cloche à plongeur. Nous reviendrons plus tard sur plusieurs faits intéressans sous le point de vue physiologique que l'on paraît avoir constatés dans ces expériences, et nous nous contentons pour le moment de rappeler que l'appareil de M. Payerne présente, entre d'autres nombreux avantages, ceux de détruire le gaz acide carbonique à mesure qu'il est produit dans la cloche et de rendre à l'air la proportion d'oxigène qu'il peut y avoir perdu par la respiration et la combustion. Cet appareil paraît devoir diminuer notablement les dangers de l'art du plongeur, dont les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont vu un curieux exposé dans le feuilleton du n° 49 de ce journal, année 1842. Les amis du progrès font des vœux pour que ces essais reçoivent du gouvernement l'encouragement qu'ils paraissent mériter à tous égards.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

NOTE SUR LA NON IDENTITÉ DU CHANCRE ET DE LA BLENNORRHAGIE; par J. Bigot, interne des hôpitaux.

La blennorrhagie est-elle identique au chancre? Ces deux affections diffèrent-elles essentiellement par la présence d'un virus qui existerait dans l'une et non dans l'autre? Ces deux questions qui ont été depuis longtemps l'objet de nombreuses discussions parmi les auteurs qui se sont occupés de syphilographie ne paraissent pas encore complètement résolues. En effet, si les études de M. Ricord sur l'inoculation semblaient avoir irréfragablement séparé la blennorrhagie du chancre, M. Cazenave, dans un travail récent, est arrivé à professer une opinion contraire et à conclure à l'identité de ces deux maladies. Sans doute la science possède assez de faits pour qu'il soit possible de se prononcer entre ces deux auteurs; mais profitant de notre séjour à l'hôpital du Midi, nous avons préféré étudier les faits par nous-même, et nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de présenter les résultats des observations que nous avons recueillies dans le service de M. Puche, et sous la direction de ce praticien éclairé. D'abord pour éviter le reproche de partialité dans le choix des faits, nous avons recueilli tous les cas de blennorrhagie qui se sont présentés depuis le 20 septembre jusqu'au 1er décembre, et tous les cas de chancre depuis la même époque jusqu'au 1er novembre seulement.

Nous avons donc deux séries d'observations, l'une relative à la blennorrhagie qui comprend 68 cas, l'autre au chancre qui comprend 24 cas.

Des 68 blennorrhagies,

6	avaient moins de	10	jours de durée.
21	—	20	—
15	—	30	—
3	—	45	—
11	—	60	—
3	—	90	—
9	avaient une durée moyenne de	150	—

Dans trois cas, les malades avaient fait une injection dans l'urètre avec une solution de nitrate d'argent; 12 autres avaient pris des balsamiques, mais chez ces 15 malades la blennorrhagie existait depuis longtemps.

Or, dans ces 68 cas, l'inoculation pratiquée avec beaucoup de soin

Feuilleton.

ORGANISATION MÉDICALE EN PRUSSE (1).

On a publié de nombreux écrits pour et contre l'organisation médicale en Prusse. Sans discuter le mérite des diverses opinions émises à ce sujet par des hommes d'une autorité incontestable, je vais exposer cette organisation telle qu'elle est actuellement en vigueur.

I. Des médecins fonctionnaires publics. — L'institution des médecins fonctionnaires publics, véritable *hiérarchie médicale*, caractérise profondément l'organisation médicale allemande et la distingue complètement, sous ce rapport, du système français.

Il est adjoint au ministère de l'instruction publique et des cultes un conseil médical supérieur (*wissenschaftliche deputation*, députation scientifique), qui, comme autorité consultative, est à la tête de la direction des affaires médicales dans tout le royaume. C'est devant un comité choisi par le conseil médical supérieur qu'a lieu l'examen d'état ou *staats-examen* qui seul confère le droit de pratique.

Ce conseil, dont tous les membres, excepté le président et le secrétaire, sont médecins, n'est pas une institution récente. Etabli d'abord sous le nom de *collegium medicum* par Frédéric-Guillaume, électeur de Brandebourg, il existe, avec quelques modifications, depuis 1685. Ce *collegium medicum* était, dès son origine, chargé d'accorder aux médecins, aux chirurgiens, aux accoucheurs et aux pharmaciens l'autorisation de pratiquer leur art, après qu'ils avaient satisfait aux garanties prescrites par les réglemens. Dans les débats soulevés entre les médecins et les malades, il rendait des arrêts qui avaient la valeur de sentences judiciaires. En 1724, il fut créé un collége médical dans chaque province, et celui de Berlin reçut le nom de collége médical suprême (*Ober-collegium medicum*). Aux termes de l'ordonnance de 1724, le collége médical suprême de Berlin avait pour président un ministre d'état, pour membres les médecins de la cour, les plus anciens praticiens de Berlin, et deux membres adjoints (assesseurs) pour la chirurgie et la pharmacie. En 1808, la direction des affaires médicales rentra dans les attributions du ministère de l'intérieur (ordonnance du 16 décembre 1808). L'année suivante (ordonnance du 13 décembre 1809), le collége médical suprême fut dissous; et en 1810 il fut créé, dans le ministère de l'intérieur, une section médicale réunie à la section de police générale. Enfin, après bien des oscillations occasionées, en grande partie, par des événemens politiques et des circonstances financières, parurent les ordonnances organiques du 30 avril et du 12 novembre 1815, et plus tard le rescrit du 23 octobre 1817.

(1) Extrait du rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Hoefer. Ce travail, l'un des mieux informés et des plus précis qui aient été publiés sur la matière, justifie pleinement le choix de M. le ministre.

en faisant une piqûre sur le dos de la verge avec la pointe d'un bistouri chargé de pus blennorrhagique, nous a constamment fourni un résultat négatif.

Il se formait bien quelquefois un peu de rougeur autour de la piqûre, mais elle disparaissait promptement sans laisser de traces. Dans 3 cas seulement, nous avons observé à la place de la piqûre, après deux ou trois jours, une petite nodosité, ressemblant par sa dureté à celles de la lymphite et que l'on ne pouvait pas confondre avec une pustule, car elle ne contenait point de pus à son intérieur et disparaissait spontanément sans laisser d'ulcération à la peau.

Enfin, dans 3 cas, il existait en même temps que la blennorrhagie des chancres du prépuce contractés dans le même coït; or l'inoculation de la première n'a jamais réussi, tandis que les chancres dans les 3 cas nous ont fourni la pustule.

Sur les 24 cas de chancres que nous avons observés :

2 avaient moins de	10	jours
10 —	20	
3 —	30	
2 —	45	
4 —	60	
3 avaient une durée moyenne de	90	

Dans 8 cas, on avait employé la cautérisation ou un traitement mercuriel; dans les autres, les malades n'avaient rien fait ou seulement pansé le chancre avec de la charpie sèche.

L'inoculation pratiquée comme pour la blennorrhagie nous a fourni seize fois la pustule caractéristique, et huit fois un résultat nul.

Nous ne dirons rien des caractères de la pustule qui sont suffisamment connus, mais nous croyons utile de rechercher la cause des 8 cas d'insuccès.

Voici le sommaire de ces 8 faits.

Obs. I. — Chancre de la face interne du prépuce, offrant l'aspect d'une plaie en réparation, traité par la cautérisation à plusieurs reprises à la consultation de M. Ricord.

Obs. II. — Ulcération légère de la couronne du gland, de date ignorée, en partie cicatrisée dans un point, donnant lieu dans un autre à une suppuration peu abondante que nous avons inoculée.

Obs. III. — Chancre du filet, de 21 jours, en voie de réparation, chez un malade qui avait eu un an auparavant des accidens constitutionnels dont il était guéri depuis six mois.

Obs. IV. — Ulcération du scrotum, à fond rosé, survenue sans cause appréciable chez un malade qui n'avait pas vu de femme depuis deux mois.

Obs. V. — Chancre gangréneux qui a détruit une grande partie du prépuce vers la face dorsale de la verge, de 21 jours. Aujourd'hui la portion gangrénée s'est détachée, il reste une plaie rosée dont nous avons inoculé le pus.

Obs. VI. — Chancre induré du prépuce, de deux mois. Traitement mercuriel. Cicatrisé depuis deux jours. Rupture de la cicatrice. Inoculation du liquide séro-purulent contenu à son intérieur.

Obs. VII. — Chancre induré dont la cicatrice s'est rouverte depuis quinze jours à la suite d'un coït.

Obs. VIII. — Chancre qui a détruit le filet, de trois mois et demi. Traité à plusieurs reprises par la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, il existe encore aujourd'hui une croûte noirâtre sous laquelle nous allons chercher le pus qui doit servir à l'inoculation.

Dans les trois premiers cas, le chancre était en pleine réparation; ce n'était plus qu'une plaie simple; il n'est donc pas étonnant que l'inoculation n'ait pas réussi. Le quatrième n'était qu'une plaie simple qui probablement n'avait jamais été chancreuse. Le cinquième était un chancre gangréneux, et tous les syphilographes savent que la gangrène est le moyen le plus énergique pour détruire le virus. Dans le sixième et le septième, il s'agit de chancres indurés cicatrisés, puis rouverts par rupture de la cicatrice encore trop faible. Dans ces deux cas, l'inoculation n'a pas donné la pustule; c'est que, comme l'a dit M. Ricord, le chancre induré est le premier phénomène de la syphilis constitutionnelle, et que le virus dans ce cas, comme pour tous les accidens secondaires, perd la faculté de s'inoculer. Enfin, dans le huitième cas, les cautérisations répétées suffisent pour expliquer la destruction du virus et l'insuccès de l'inoculation. En définitive, il était possible de prévoir à l'avance les résultats négatifs, et ils ne doivent en rien nous étonner.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire un mot du moyen d'expérimentation que nous avons mis en pratique; nous voulons parler de l'inoculation.

Diversement jugée par les auteurs qui se sont occupés de syphilographie, elle a été l'occasion de contestations qu'il est inutile de rapporter. Les uns la repoussent par crainte de ses dangers. C'est à notre avis une crainte mal fondée. En effet, serait-ce parce qu'on a signalé un ou deux cas d'inoculation qui se sont terminés d'une manière fâcheuse? Mais, outre que ces cas sont très rares, l'accident qui est survenu n'est pas le fait seul de l'inoculation, mais bien d'une idiosyncrasie, d'une prédisposition individuelle; rejeter pour cela l'inoculation d'une manière générale ne serait pas plus raisonnable que d'interdire dans tous les cas la saignée parce qu'une fois elle aura occasionné une phlébite.

Pour les cas ordinaires, M. Ricord a démontré depuis longtemps qu'en faisant en temps opportun la cautérisation de la pustule, elle était sans inconvénient pour le malade.

Nos observations vont plus loin et démontrent qu'en général on peut sans danger abandonner la pustule à sa marche naturelle. En effet, de 16 malades sur lesquels nous l'avons obtenue, 6 sont sortis de l'hôpital à une époque où leur guérison, quoique très prochaine, n'était cependant pas complète. Sur les 10 qui sont restés, trois fois nous avons cautérisé la pustule avec le nitrate d'argent, mais pas assez fortement pour détruire le virus, en sorte qu'elle a suivi sa marche ordinaire; or, dans ces dix cas, la pustule et le chancre étant soumis au même traitement, c'est-à-dire le pansement à plat avec l'emplâtre de Vigo, le chancre a mis une durée moyenne de 11 jours de plus que la pustule à se cicatriser. Ce résultat est très important; il démontre que lors même que la cautérisation indiquée par M. Ricord pour détruire la virulence d'une pustule ne réussirait pas, on n'a pas à craindre de prolonger la durée de la maladie. On ajoute, il est vrai, un chancre au premier, mais les travaux de M. Ricord ont fait voir encore que cela n'augmente en rien pour le malade les chances de l'infection constitutionnelle. Ces raisons suffisent, nous l'espérons, pour rassurer sur les dangers de l'inoculation.

Une chose nous étonne, c'est de la voir repoussée comme étant un moyen inutile par les partisans de l'identité du chancre et de la blennor-

---

Ce sont ces ordonnances qui régissent actuellement la hiérarchie des médecins fonctionnaires. Elles portent qu'il y aura, dans le chef-lieu de chaque province, un collége médical (*medicinal collegium*), présidé par le gouverneur de la province, ou, en son absence, par le premier conseiller du collége médical.

Le collége médical provincial se compose de six membres : deux médecins, un chirurgien, un accoucheur, un pharmacien et un vétérinaire. Ce n'est point là une autorité administrative. Ses fonctions consistent à donner au gouvernement provincial des avis ou conseils sur des objets de médecine légale et de police médicale, à surveiller les établissemens médicaux et la révision des tarifs pharmaceutiques, à se constituer en comité d'examen pour l'admission des praticiens d'un ordre inférieur. Ce collége a encore dans ses attributions l'appréciation des cas douteux de médecine légale, la ratification des certificats de médecins, la prescription des mesures sanitaires dans les épidémies ou épizooties et l'analyse des eaux minérales. Enfin, les colléges médicaux des provinces doivent adresser au conseil médical supérieur de Berlin des rapports périodiques sur l'ensemble des affaires de leur ressort.

Au collége médical de chaque province sont subordonnés les conseillers médicaux (*medicinal raethe*) de districts ou gouvernemens. Il y a autant de conseillers médicaux que la province a de districts. Ce sont là les organes subalternes immédiats du collége médical; ils résident dans les chefs-lieux des districts, comme les membres du collége médical dans le chef-lieu de la province. (Ordre de cabinet du 3 novembre 1817.)

Les médecins et les chirurgiens inspecteurs de cantons (*Kreis-physici* et *Kreiswundaerzte*) occupent le premier échelon de la hiérarchie des médecins fonctionnaires. Ils sont particulièrement chargés d'une surveillance active sur tous les praticiens du canton, et doivent se rendre aux ordres de l'autorité judiciaire dans les cas de médecine légale.

La hiérarchie des médecins fonctionnaires repose donc en Prusse, comme du reste dans tous les autres Etats de l'Allemagne, sur la division politique du pays en provinces, en districts et en cantons. Le tableau suivant servira à résumer ce que je viens de dire.

Conseil médical supérieur (*Wissenschaftliche Deputation*), adjoint au ministère de l'instruction publique et des cultes.

Colléges médicaux (*Provincial-medicinal-Collegium*), en nombre égal à celui des provinces.

Conseillers médicaux ou médecins inspecteurs des districts (*Medicinalraethe*), en nombre égal à celui des districts dans lesquels la province est divisée (1).

(1) Chaque province est divisée en trois ou quatre districts ou gouvernemens (*Regierungen*).

rhagie. Pourtant si l'identité existe, comme le chancre a toujours une période d'inoculabilité, la même chose doit exister pour la blennorrhagie; par conséquent en faisant un nombre suffisant d'inoculations de cette affection à toutes les périodes de sa durée, on devra nécessairement en rencontrer quelques-unes qui fourniront les pustules. Une observation bien authentique d'un cas semblable suffit, dit-on, pour établir la doctrine; les multiplier, c'est apporter autant de preuves en sa faveur; rejeter le moyen qui les procure, c'est laisser croire que l'on craint de le voir pratiquement démentir la doctrine à laquelle il est si favorable en théorie.

Pour nous, en pratiquant l'inoculation, nous avons voulu rechercher si tous les chancres s'inoculent, s'il y a des blennorrhagies inoculables, et dans le cas où il y en aurait, à quelle période l'inoculabilité est possible, quand elle cesse d'exister.

Qu'avons-nous appris?

1° Que tous les chancres, sauf les cas où le virus est détruit, soit par gangrène, cautérisation, etc., et qu'il est facile de reconnaître à l'avance, sont inoculables avec succès.

2° Que, sur 68 cas de blennorrhagie que nous avons inoculés, pas une seule fois nous n'avons obtenu la pustule caractéristique, et que par conséquent les cas d'inoculabilité de la blennorrhagie doivent être très rares.

3° Que si toute blennorrhagie a nécessairement une période d'inoculabilité (et il doit en être ainsi quand on admet son identité avec le chancre), les cas que nous avons observés n'étaient plus dans cette période. Or, cela ne peut tenir qu'à deux choses; ou bien cette période était déjà passée, ou bien elle n'a jamais existé.

M. Cazenave (ANNALES DES MALADIES DE LA PEAU, n. 2) s'attache à la première: mais à quelle époque cesse-t-elle? C'est ce qu'il ne dit pas et ce qu'il faudrait démontrer.

Nous objectera-t-on que nous avons inoculé trop tard, que le pus blennorrhagique était déjà modifié, que nous opérions à la période de réparation? Nous répondrons que si, pour quelques cas, nous avons inoculé quand la maladie existait déjà depuis longtemps, il n'en reste pas moins un certain nombre où l'affection était assez rapprochée de son début; que dans 6 cas, par exemple, elle n'avait pas dix jours, et que, parmi ces cas, il s'en trouve 2 où elle n'avait que quatre jours; que l'hypothèse d'une modification prompte du pus urétral est contradictoire avec les faits.

En effet, s'il ne nous a pas été possible d'inoculer avec succès les *écoulemens urétraux*, M. Puche a eu l'obligeance de nous en communiquer quelques rares exemples tirés de sa pratique à l'hôpital du Midi, et dans lesquels nous voyons l'inoculabilité exister après 16, 30, 45 jours de durée, et même plus; dans quelques cas même, un traitement par les balsamiques avait été employé. Il est évident, d'après cela, que la plupart des blennorrhagies que nous avons inoculées, surtout celles qui existaient depuis moins d'un mois, et il y en a 42, devaient se rencontrer dans la période d'inoculabilité, et que si nous n'avons pas obtenu les pustules, c'est que cette période n'a jamais existé.

Cette conséquence mène naturellement à celle-ci: c'est que toutes les blennorrhagies qui ne sont inoculables à aucune époque ne peuvent être identiques au chancre, qui a toujours sa période d'inoculabilité.

Ce résultat est en désaccord avec ce que dit M. Cazenave, qui, tout en admettant que la blennorrhagie peut perdre sa virulence, ne la regarde pas moins comme étant toujours identique au chancre à une certaine époque. Mais il ne résout qu'une partie de la question. Il y a des écoulemens de l'urètre inoculables; ces écoulemens tiennent-ils à la blennorrhagie ordinaire, sont-ils le symptôme d'un chancre larvé? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Nous écarterons d'abord de la discussion les cas de chancres urétraux bien évidens qui, situés vers la fosse naviculaire, peuvent être aperçus en écartant les lèvres du méat. L'inoculabilité, dans ce cas, est incontestable; personne ne songe à la rapporter à la blennorrhagie.

Restent les cas où l'inoculation se fait, bien que le chancre ne soit plus visible. Ce sont les cas de cette nature que M. Cazenave rapporte à la blennorrhagie ordinaire, et dont il se sert pour prouver sa nature syphilitique.

Nous ne pouvons partager son opinion par les raisons suivantes.

1° Si la blennorrhagie est inoculable dans certains cas, nous ne voyons pas pourquoi elle ne le serait pas dans tous, et si elle est réellement virulente, pourquoi il n'arriverait pas pour elle ce que nous voyons pour le chancre, c'est-à-dire l'inoculabilité comme règle générale et non comme une exception excessivement rare.

2° Parce que, quoi qu'en dise M. Cazenave, il est possible, dans la plupart de ces cas, de reconnaître l'ulcération de l'urètre par d'autres symptômes que l'inoculation. M. Ricord les a souvent donnés dans ses leçons cliniques à l'hôpital du Midi; ces symptômes sont les suivans: déformation très fréquente du méat, douleur constante dans un point déterminé de l'urètre, exagérée pendant l'émission des urines, pus moins abondant souvent mêlé de sang, quelquefois une induration sur le trajet de l'urètre, etc., etc.

3° Parce que, lors même que tous ces symptômes n'existeraient pas, que l'état morbide de l'urètre nous serait complètement caché, nous pouvons encore le concevoir par ce qui se passe sur le gland dans certains cas de balano-posthite.

L'observation démontre, en effet, qu'il existe des balano-posthites susceptibles de s'inoculer, dans lesquelles la muqueuse du gland et du prépuce n'offre point l'ulcération chancreuse, mais seulement une excoriation très superficielle de l'épiderme dans une plus ou moins grande étendue. M. Puche a publié quelques observations de ce genre. J'en ai vu moi-même deux cas, dans l'un desquels la maladie étant abandonnée à elle-même, une série de chancres folliculaires ne tarda pas à se développer. Parce que l'on ne retrouve pas dans ce cas le chancre avec ses caractères habituels, est-ce une raison de croire que la muqueuse du prépuce puisse sécréter un pus virulent? Nous ne le pensons pas. Il n'y a pas de chancre formé, c'est vrai, mais il y a une érosion de l'épiderme qui en tient lieu, qui dénote une action du virus aussi superficielle que possible, action qui, prolongée plus longtemps, ne tarde pas à produire des chancres folliculaires. Ces cas, quoiqu'anormaux, rentrent donc dans le cadre ordinaire du chancre; or, ne pouvons-nous pas concevoir que la même chose puisse arriver pour l'urètre, et nous comprendrons alors l'inoculabilité de certains écoulemens à une époque où il nous est impossible de constater une ulcération du canal.

M. Puche va plus loin; ayant rencontré une fois une balano-posthite inoculable sans qu'il fût possible de constater sur la muqueuse enflammée ni chancre ni érosion de l'épiderme, il pense que la même chose arrivant

---

Médecins et chirurgiens inspecteurs de cantons (*Kreisphysici et Kreiswundaerzte*), en nombre égal à celui des cantons dans lequel le district est divisé (1).

Tout ce personnel est salarié par l'Etat. Le traitement varie non seulement selon le rang, mais encore selon l'ancienneté des fonctionnaires. Entre les médecins inspecteurs de canton, qui touchent environ 1,200 à 1,500 fr., et les membres du conseil médical supérieur, qui reçoivent 10,000 à 12,000 fr. d'appointemens, se trouvent placés, dans l'ordre hiérarchique, les médecins inspecteurs de district et les membres des colléges médicaux, qui ont aussi un traitement proportionnel.

Ces places ne sont point données au concours. Seulement, pour entrer dans cette carrière et pouvoir prétendre aux fonctions de médecin inspecteur de canton, il faut avoir subi un examen spécial prescrit par le règlement dont il sera question plus bas.

Les médecins fonctionnaires publics sont parfaitement distincts du corps enseignant des facultés. Les facultés confèrent les grades académiques: l'Etat seul, représenté par le comité du *Staatsexamen*, accorde le droit de pratique.

(1) Chaque district ou gouvernement se compose de quinze à vingt-cinq cantons ou cercles (*Kreise*).

II. PLAN ET DURÉE DES ÉTUDES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE PRUSSIENNES. — FRÉQUENTATION DES COURS. — HOPITAUX. — EXAMENS. — Nul ne peut être admis à s'inscrire (*immatriculer*) au nombre des étudians réguliers d'une faculté quelconque, en Prusse aussi bien que dans les autres Etats de l'Allemagne, s'il ne justifie d'un certificat constatant qu'il a terminé ses études classiques dans un gymnase (collége), et qu'il a passé l'*Abiturienten-Examen* (*examen abiturorum scil. in universitatem*). Cet examen correspond à notre baccalauréat ès-lettres.

Les feuilles d'inscriptions des facultés allemandes diffèrent tout à fait de ce qu'on appelle en France les inscriptions que les élèves prennent chaque trimestre. Lorsqu'un élève se présente pour suivre régulièrement les cours d'une faculté, il reçoit du secrétaire ou du caissier (*quæstor*) de l'université une feuille sur laquelle il inscrit son nom et son domicile. Cette feuille d'inscription ou de présence (*Anmeldungsbogen*) contient l'indication des cours semestriels que l'élève est tenu de payer d'avance; une colonne est laissée en blanc pour les observations particulières des professeurs sur le zèle et l'assiduité de l'élève. Chaque cours, dont la durée est de six mois, coûte ordinairement, si le professeur est titulaire (*ordinarius*), deux louis d'or. Cependant, il y a aussi des cours publics et gratuits. Chaque professeur fait au moins deux cours différens par semaine, dont l'un est public et l'autre privé ou non gratuit. Cette distinction est indiquée dans le programme (*index lectionum*) par les mots *publice* et *privatim* ou *privatissime*. Chaque cours comprend au moins trois leçons par semaine. L'année scolaire est divisée en deux semestres; celui d'hiver et celui d'été. Le premier commence à la fin d'octobre (du 23 au 26), et finit le 23 ou

pour l'urètre, il peut exister des inflammations de ce canal, véritables blennorrhagies syphilitiques dans lesquelles la muqueuse sécrète un pus virulent indépendamment de toute ulcération. Quelque confiance que nous ayons dans l'observation de M. Puche, dont l'esprit judicieux nous est parfaitement connu, il nous reste quelques doutes sur l'existence de cette sorte de blennorrhagie, parce qu'il n'est pas impossible que, dans le cas de balano-posthite cité, il ait inoculé, non le pus produit par la muqueuse, mais bien celui qui avait été pris dans les organes de la femme pendant le coït et qui était resté sous le prépuce ; en second lieu, parce que nous concevons difficilement que la muqueuse puisse sécréter longtemps un pus virulent, inoculable, sans s'ulcérer. Nous devons dire, d'ailleurs, que cette blennorrhagie syphilitique admise par M. Puche diffère de celle que reconnaît M. Cazenave, en ce que d'abord elle est très rare, et qu'ensuite elle ne peut être contractée qu'à une source virulente, inoculable.

En résumé, l'observation démontre :

1° Que la blennorrhagie ordinaire n'est point susceptible de s'inoculer ;

2° Que l'inoculabilité d'un écoulement urétral coïncide toujours, sauf le cas encore hypothétique signalé par M. Puche, avec une ulcération de la muqueuse de l'urètre, variable depuis l'érosion simple de l'épiderme qui n'est qu'un chancre aussi superficiel que possible, jusqu'au chancre huntérien le mieux caractérisé.

En présence d'un pareil résultat, tout praticien exempt de préventions ne manquera que de tirer avec nous cette conclusion : que l'inoculabilité n'est point le fait de la blennorrhagie, mais bien de l'ulcération qui l'accompagne, et que par conséquent on se prévaudrait à tort de cas de cette sorte pour établir la nature virulente, syphilitique de la blennorrhagie.

M. Cazenave (loco cit.) a cherché dans sa pratique les preuves de la nature syphilitique de la blennorrhagie, et il fonde son identité avec le chancre sur les deux propositions suivantes, qu'il regarde bien à tort comme étant admises par tous les praticiens :

1° *Le chancre produit la blennorrhagie;*

2° *La blennorrhagie peut produire le chancre.*

M. Ricord a suffisamment posé les conditions de possibilité de la première, il n'est pas besoin d'y revenir ; la seconde nous paraît impossible parce que la blennorrhagie n'est pas inoculable comme nous l'avons vu, et que le chancre n'est pas autre chose qu'une inoculation pratiquée pendant le coït sur une partie en contact immédiat avec le pus virulent. Une blennorrhagie qui produirait un chancre serait donc une blennorrhagie inoculable ; or, nous avons vu précédemment ce que nous devons en penser.

Une troisième preuve pour laquelle M. Cazenave n'est pas plus heureux, c'est celle du développement des accidens secondaires après la blennorrhagie ; d'abord on pourrait répondre que ces accidens secondaires ne sont point la conséquence de la blennorrhagie, mais bien le fait d'une syphilis d'emblée comme l'admet M. Cazenave ; ensuite les chiffres qu'il a cités sont tout à fait en désaccord avec ce qu'on observe à l'hôpital du Midi, tellement, que sur 108 observations de syphilides, il a trouvé pour antécédent unique, la blennorrhagie 66 fois et le chancre 42 fois seulement ; tandis que M. Puche, sur 616 observations de syphilides tuberculeuses, n'a rencontré que 3 fois la blennorrhagie comme antécédent, tous les autres cas ayant été précédés de chancres. Ce chiffre est en rapport avec les observations de M. Ricord, avec ce que nous avons vu nous même. Ne sommes nous pas en droit d'en tirer une conclusion absolument contraire à celle de M. Cazenave ?

En définitive, nous voyons qu'au point de vue de la pratique comme à celui de l'inoculation, il n'est pas possible de fonder une identité entre le chancre et la blennorrhagie, et que c'est à tort que M. Cazenave a essayé d'établir la nature syphilitique de cette dernière affection.

THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR LES BAINS DE RIVIÈRE A BASSE TEMPÉRATURE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS SUR LES BAINS D'ARVE, DANS LE CANTON DE GENÈVE, par le docteur HERPIN, membre du conseil de santé et du conseil d'instruction publique du canton de Genève.

(Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13 et 16.)

CHAPITRE IV.

EFFETS HYGIÉNIQUES ET PROPHYLACTIQUES.

Ce que j'ai dit de l'influence des bains d'Arve sur la peau, sur le système musculaire et sur les fonctions digestives, suffit pour faire apprécier l'utilité de cette pratique comme moyen de conserver la santé. Je n'entrerai donc pas dans beaucoup de détails sur les effets hygiéniques proprement dits. Je connais plusieurs hommes d'une santé robuste et d'une vigoureuse complexion, bravant impunément le froid et le chaud, marcheurs infatigables même à un âge où on ne goûte pas ordinairement beaucoup l'exercice à pied, qui n'hésitent pas à attribuer cette vigueur, qui n'était point native, soit à des cures de bain d'Arve continuées été et hiver pendant plusieurs années, soit à la fréquentation habituelle de cette rivière, dans la belle saison, depuis leur bas âge. Mais les effets hygiéniques des bains d'Arve ne sont peut-être, dans aucune circonstance, plus frappans que chez ces enfans élevés dans la misère, auxquels, pour un léger degré de rachitisme, par exemple, on a prescrit une cure de bains froids; tandis qu'auparavant on s'apitoyait sur ces membres grêles et flasques portant les stigmates de la malpropreté, sur cette peau blafarde, ces traits sans mouvement, avec quel plaisir, quelques semaines plus tard, on retrouve sous les mêmes linges troués un corps parfaitement propre, des extrémités plus fermes, des pieds rosés et le sourire du bien être aux moindres agaceries! C'est le commencement d'une métamorphose qui sera bientôt complète, quand l'enfant aura puisé à la même source des forces et de l'embonpoint.

La prophylaxie ou l'art de prévenir les maladies tient à la fois et de l'hygiène et de la thérapeutique. Nous sommes malheureusement bien peu riches en ressources de ce genre ; en effet, après avoir cité la vaccine et les préceptes de l'hygiène, préceptes le plus souvent bien vagues dans leur généralité et trop fréquemment dirigés selon le caprice des

---

26 mars. Le dernier commence les premiers jours du mois de mai et finit vers le milieu de septembre (du 15 au 20).

La durée des études médicales régulières est de quatre ans, conformément à l'ordonnance du 7 janvier 1826. C'est ce qu'on appelle le *quadriennium academicum*. Les matières de l'enseignement sont à peu près les mêmes que dans les facultés de médecine françaises, à l'exception de quelques chaires d'une importance secondaire. Mais, une chose qui distingue profondément les facultés allemandes d'avec les facultés françaises, c'est que, dans les premières, les élèves jouissent d'une liberté illimitée dans le choix des cours. Ainsi, il est loisible à un élève de première année, comme à un élève de troisième ou de quatrième année, de suivre les cours de pathologie, de clinique médicale et chirurgicale, etc. Bref, il n'existe à cet égard aucun ordre rigoureux. Les professeurs des chaires d'*encyclopédie* et de *méthodologie* (confondues d'ordinaire avec la chaire d'histoire de la médecine) indiquent, il est vrai, aux élèves, le plan à suivre dans l'étude des diverses branches de la science médicale ; mais les paroles du maître n'ont ici aucune force obligatoire.

Non seulement le choix des cours est abandonné à l'arbitraire des élèves ; mais encore, pendant toute la durée de leurs études, ils ne subissent aucun examen officiel. Les examens réguliers n'ont lieu qu'après que toutes les études sont terminées.

Cette organisation, qui est la même dans toutes les universités de l'Allemagne, donne, j'ose le dire, les plus fâcheux résultats. Les élèves n'étudient rien ou presque rien les deux et même les trois premières années de leur séjour dans les universités. La dernière année, tâchant vainement de regagner le temps perdu, ils se livrent à des travaux précipités, et ont hâte de préparer les questions d'examen, en général connues d'avance. Enfin, sur cent élèves, il n'y en a peut-être pas cinq qui mettent sérieusement à profit tout le temps fixé pour leurs études. Ceci paraîtra sans doute étrange à quiconque connaît l'esprit patient et laborieux de la jeunesse allemande. Il ne faut donc en rejeter la faute que sur le vice de l'organisation que je viens de signaler.

En général, les élèves en médecine sont engagés par leur propre intérêt à suivre, pendant la première année, les cours de physique, de chimie, de botanique, de minéralogie et de zoologie, auxquels il faut joindre les cours de logique et de psychologie. C'est là ce qui constitue l'*absolutorium philosophicum* ou l'ensemble des sciences préparatoires. L'aspirant au doctorat doit présenter un certificat attestant qu'il a satisfait à l'examen exigé pour les sciences préparatoires. Cet examen (*tentamen philosophicum*) a lieu sous la présidence du doyen de la faculté de philosophie. Le doyen de la faculté de médecine est obligé d'y assister comme témoin. Les frais d'examen sont fixés à 10 thalers ou (environ 40 fr.). Le certificat correspondant au diplôme de bachelier ès-sciences, porte les notes de *bien, médiocre, mal*. Les deux premières notes seules permettent au candidat de se présenter à l'examen exigé pour le doctorat.

La deuxième et la troisième année sont, en général, consacrées aux études de l'anatomie, de la physiologie, de l'anatomie pathologique, de la pathologie externe et interne, de la médecine légale et de la toxicologie, que complète l'enseignement de l'histoire de la médecine. Ces études sont d'ordinaire purement théoriques. Les dissections mêmes sont facultatives ; aussi ne voit-on guère les salles

systèmes en vogue, il n'est pas facile d'indiquer beancoup d'agens préventifs qui méritent une grande confiance. Les bains froids de rivière jouissent à cet égard de propriétés incontestables.

Le témoignage unanime des personnes qui ont fait des cures d'hiver, est que pendant l'usage des bains elles n'ont aucune des indispositions auxquelles elles étaient sujettes dans cette saison, telles que maux de gorge, enronemens, rhumes, etc. Dans les cures d'été cette influence quoique journellement observée est moins évidente, parce qu'alors les refroidissemens sont plus rares; et peut-être aussi est-elle moins constante en raison de la moindre activité des bains. Cependant j'ai eu maintes fois l'occasion de m'assurer que les bains d'Arve faisaient cesser on diminuaient notablement la disposition aux angines tonsillaires, pharyngiennes on laryngiennes, à la bronchite, aux douleurs de rhnmatisme musculaire, qu'elles eussent pour siége les membres, le thorax, le con on les parties postérieures et latérales de la tête. J'ai vu le même résultat pour la sciatique et des névralgies crâniennes on faciales, et je pourrais étendre encore cette énumération à d'autres cas, si je ne préférais en renvoyer l'examen à la partie thérapeutique de cette notice.

Si l'on cherche à se rendre compte de ces faits remarquables, on arrive bientôt à en trouver l'explication principale dans l'influence qu'exercent les bains froids sur les fonctions de la pean; un fait que j'ai fréquemment observé vient à l'appui de cette opinion: il n'est pas un praticien qui n'ait rencontré plusieurs fois, à un degré plus on moins élevé, cette disposition de la pean qui consiste en un état de transpiration presqu'habituelle on provoquée par le moindre exercice, d'où résultent des refroidissemens d'autant plus faciles, que ces malades ont pris l'habitude de se soustraire, autant qu'ils le peuvent, à toutes les variations de température. On a certainement vu quelques-uns de ces Sybarites de chaleur qui accumulent flanelle sur flanelle, gilets sur gilets, *surtouts* sur habits, tremblent à tous les vents coulis, n'en prennent pas moins des douleurs, redoublent de précautions, sont d'autant plus exposés qu'ils prennent plus de soins et se tourmentent dans un cercle vicieux, on plutôt dans une spirale dont le centre est une fin prématurée à laquelle on n'échappe qu'en rompant à temps opportun cette courbe fatale. Cette triste disposition, on la trouve quelquefois chez des hypocondriaques; mais le plus souvent encore chez des personnes atteintes de rhumatisme. Les heureux du siècle n'y sont pas seuls sujets; je l'ai trouvée dans les rangs les moins aisés de la société. Je ne sais pas résister à la tentation d'en citer un exemple: au commencement de ma pratique, je fus appelé un jour d'hiver rigoureux auprès d'une pauvre femme qui venait de se fracturer le bras; pendant que je préparais l'appareil, elle se livrait aux plus tristes lamentations. Je cherchai en vain à la calmer en la rassurant sur les douleurs de la réduction et sur les suites de son accident; mes consolations portaient à faux; en effet, comme elle me le dit, toutes ses craintes se portaient sur le résultat qu'aurait pour sa santé le froid qu'elle allait éprouver pendant que je la déshabillerais. Elle était assise auprès d'un poêle de fer qui chauffait la chambre jusqu'au point de m'incommoder. Dire le nombre de nippes que j'enlevai successivement, de débris de fourrures, de tricots, de molleton, de vieilles flanelles, de baillons de tout genre, ce serait vous raconter en l'amplifiant la scène où Arlequin se dépouille successivement de six on huit costumes; seulement le spectacle était peu gai, car ma pauvre patiente grelottait de tous ses membres à mesure que je la déshabillais. Cependant ses craintes ne se réalisèrent pas. C'était un rhumatisme musculaire chronique qui l'avait peu à peu amenée à cette malheureuse habitude; je ne pus jamais la lui faire perdre et elle succomba peu d'années après à une maladie aiguë. Il est vrai que je ne connaissais alors ni les effets des ablutions froides, ni les résultats surprenans des bains d'Arve dans ces cas. Rien n'est plus rapide en effet que le changement que vous obtenez quand vous avez pu convaincre le malade de l'innocuité d'une immersion dans l'eau glacée. Les conséquences tant redoutées du premier essai sont nulles, et bientôt le baigneur dépose presque chaque jour un de ses vêtemens. Les sueurs redeviennent normales, leur suppression est inaperçue; c'est selon l'expression d'un de mes cliens, une résurrection, une nouvelle vie.

CHAPITRE V.

DES CONTRE-INDICATIONS DU BAIN D'ARVE.

Depuis que j'ai connu les travaux des médecins voués à l'hydrothérapie, depuis que j'ai fait usage de quelques-uns des procédés qu'ils ont enseignés, depuis surtout que j'ai vu un médecin voué à cette spécialité appliquer sous mes yeux les différens moyens d'employer l'eau froide jointe à la sueur dans les maladies qui semblaient le plus en contre-indiquer l'emploi, chez des phtisiques par exemple, je me suis convaincu que j'ai été plus d'une fois trop timide dans l'usage des bains d'Arve. Je crois en particulier qu'il est plus d'une disposition que j'ai regardée comme devant être un obstacle à l'usage des bains froids, et qui ne le serait pas en les faisant précéder de certaines pratiques hydrosudopathiques, telles que les ablutions générales au lever, comme cure préparatoire à celle des bains d'Arve, la serviette mouillée sur certaines régions portée plus ou moins habituellement pendant la durée ou avant chaque bain, les pédiluves froids, etc. Mais comme j'ai à faire connaître les résultats de ma pratique sur les bains d'Arve, et non pas mes idées sur l'hydrothérapie, je m'en tiendrai ici aux règles que jusqu'à présent j'ai suivies sur les contre-indications.

Et d'abord je n'ai jamais conseillé ces bains dans les affections aiguës, soit parce qu'ils ne m'ont pas paru indiqués dans ces cas, soit à cause de l'impossibilité ou de la difficulté de faire immerger dans la rivière, à une plus ou moins grande distance de leur habitation, des malades ordinairement alités.

Quant aux affections chroniques, le trouble que l'immersion produit sur le champ dans la respiration, les congestions internes que provoque l'action du froid sur toute la surface de la peau doivent faire proscrire ce moyen, dans la plus grande partie, sinon dans toutes les maladies des poumons et du cœur. J'ai eu l'occasion d'en voir les funestes effets dans la première période de la phthisie, chez des jeunes gens qui avaient pris ces bains sans les conseils d'un homme de l'art; au moins je suis en droit de leur attribuer les hémoptysies qui apparaissaient bientôt et les progrès plus rapides de la maladie. Je n'ai jamais prescrit ces bains et je ne crois pas qu'on l'ait jamais fait, dans les catharres et pleurésies chroniques. J'en dirai autant de l'asthme, même sans lésion évidente du cœur; cependant un léger degré d'emphysème n'en contre-indique pas l'emploi, comme je m'en suis plus d'une fois assuré.

Je n'ai jamais envoyé à la rivière des personnes atteintes de maladies du cœur; mais j'ai vu des dames sujettes aux palpitations sans signe de lésion organique et sans chlorose être fortement incommodées pendant

---

d'anatomie remplies d'élèves. Dans quelques facultés même, on manque parfois de cadavres, parce qu'il s'en faut bien que tous les malades qui meurent dans les hôpitaux soient livrés aux salles de dissection. Il règne encore à ce sujet en Allemagne des préjugés populaires difficiles à déraciner.

Enfin, les études de la quatrième année comprennent les accouchemens, les cliniques externe et interne, en un mot, la partie pratique de l'art de guérir.

Qu'il me soit permis de dire ici un mot sur la pratique des hôpitaux et des cliniques universitaires; et je vais pour cela choisir la plus célèbre des facultés de médecine de la Prusse, celle de Berlin (1).

L'établissement dans lequel se trouvent les cliniques de la faculté s'appelle la

(1) Les universités de la Prusse, comprenant la réunion des quatre facultés de médecine, de théologie, de philosophie, de droit, sont au nombre de six: Berlin, Halle, Kœnigsberg, Breslau, Greifswald, Bonn. Le corps enseignant se compose de trois degrés hiérarchiques: les professeurs titulaires (*professores ordinarii, ordentliche Professoren*), les professeurs agrégés (*professores extraordinarii, ausserordentliche Professoren*), les répétiteurs (*Privat-docenten*). Ces derniers n'ont point de traitement fixe. Les membres du *sénat* ou conseil académique sont choisis parmi les professeurs titulaires. Le recteur, le juge d'université (*Universitæts-Richter*) et les doyens sont membres de droit. Le décanat est annuel.

La faculté de médecine de Berlin se compose actuellement de quatorze chaires de professeurs titulaires: 1° Anatomie générale et anatomie des appareils sensitifs (professeur, J. Müller); 2° Anatomie descriptive (professeur, Schlemm); 3° Pathologie et clinique médicale (professeur, Schoenlein); 4° Physiologie générale (professeur, Horkel); 5° Physiologie comparée et micrographie (professeur, Ehrenberg); 6° Botanique et pharmacologie (professeur, Link); 7° Pathologie générale; matière médicale (professeur, Schultz); 8° Chirurgie générale et spéciale; clinique chirurgicale (professeur, Dieffenbach); 9° Médecine opératoire; clinique chirurgicale (professeur, Juengken); 10° Accouchemens (professeur, Busch); 11° Médecine legale (professeur, Casper); 12° Police sanitaire; hygiène publique (professeur, Wagner); 13° Histoire de la médecine; encyclopédie et méthodologie (professeur, Hecker); 14° Maladies syphilitiques; thérapeutique spéciale des maladies aiguës et des maladies chroniques (professeur, Horn).

Cet enseignement est complété par onze professeurs extraordinaires et treize *Privat-docenten*.

Les autres universités du royaume sont moins complètes et moins favorisées que celle de Berlin. Ainsi, la faculté de médecine de Halle n'a que cinq chaires de professeurs titulaires.

1° Histoire de la médecine; pharmacologie (professeur, Friedlaender); 2° Anatomie et physiologie (professeur, d'Alton); 3° Chirurgie; clinique chirurgicale (professeur, Blasius); 4° Obstétrique (professeur, Hohl); 5° Pathologie et thérapeutique médicales; clinique interne (professeur, Krukenberg).

Il y a en outre quatre répétiteurs, Rosenbaum, Krammer, Litzmann, Mayer, et point de professeurs extraordinaires. Les sciences accessoires sont enseignées à la faculté de philosophie. Le nombre des professeurs est donc fort restreint,

quelques jours de palpitations pour avoir essayé de prendre un bain dans l'Arve. Les palpitations de la chlorose quand elles ne sont pas trop fortes ne sont point une contre-indication.

La pléthore sanguine doit être prise en sérieuse considération, lors même qu'elle n'est pas portée à un haut degré. Il est rare que les personnes de cette constitution n'éprouvent pas des symptômes de congestion à la tête après quelques bains, lors même qu'ils sont pris avec les précautions convenables. On les défendra donc à plus forte raison aux personnes sujettes à l'hyperhémie cérébrale et à celles qui ont eu des apoplexies, quoique la débilité qui résulte de la paralysie pût faire songer à ce moyen.

Je n'ai jamais laissé prendre ces bains aux épileptiques; cependant quelques médecins, le docteur Dufrêne entre autres, les ont essayés; mais je ne connais aucun cas de succès, et il est difficile de ne pas frémir en pensant à une crise d'épilepsie survenant au milieu de l'eau courante.

J'ai observé plus d'une fois que des personnes sujettes à la migraine en voyaient les accès augmenter ou se rapprocher sous l'influence des bains froids; mais j'ai vu quelquefois, quoique moins souvent, le contraire; je reste donc dans le doute sur ce sujet.

Dans le plus grand nombre des cas, les personnes disposées à l'odontalgie ne supportent pas les bains; mais l'inconvénient est si peu grave, parce qu'il est temporaire, que cette disposition, s'il y a du reste des avantages notables à espérer, ne doit point empêcher de faire quelques tentatives. J'en dirai autant des hémorragies nasales chez les jeunes gens.

Enfin j'ai vu quelquefois des femmes sujettes aux hémorragies utérines éprouver des pertes assez intenses toutes les fois qu'elles avaient pris quelques bains de suite; mais je n'ai pas observé ces hémorragies chez des personnes qui n'y étaient pas disposées. Aussi une grossesse, pourvu qu'elle soit peu avancée, ne m'a point paru une contre-indication. J'ai très souvent prescrit au contraire et avec succès les bains de siége froids, plus ou moins prolongés, chez de jeunes femmes, comme préservatif d'une fausse couche.

Nous verrons dans la partie thérapeutique que les médecins de Genève ne redoutent point la répercussion des dartres par les bains froids et qu'ils les conseillent depuis longtemps dans ces cas.

Je dois ajouter qu'une indisposition très légère parmi celles surtout qui surviennent sous l'influence d'un refroidissement n'empêche point de continuer une cure déjà entreprise depuis quelque temps; ainsi on ne suspendra point les bains pour un coryza, un mal de gorge, un rhume, un torticolis; si ces malaises sont peu prononcés et s'ils n'augmentent pas; ce qui arrive le plus souvent, les bains d'Arve paraissent les faire avorter, comme ils les préviennent chez un grand nombre de personnes.

Quant aux contre-indications tirées des effets physiologiques immédiats des bains, tels que le défaut de réaction ou une réaction trop forte, il faut, avant de suspendre le traitement, s'assurer que le bain a été pris d'une manière convenable, précédé et suivi des précautions indiquées; il faut en abréger la durée; se borner à une seule immersion; faire prendre, dans le cas de réaction insuffisante, une petite quantité de vin généreux au sortir du bain, comme quelques personnes le pratiquent habituellement; user enfin de telles autres précautions ou directions qu'il est inutile d'indiquer en détail, après les considérations que nous avons déjà exposées.

CHAPITRE VI.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

Je n'ai point fait des bains d'Arve un objet de pratique spéciale; placé d'une manière favorable pour suivre les effets de ce puissant modificateur, j'en ai étudié la nature et l'influence, soit sur la santé, soit sur un certain nombre de maladies; mais, à cette étude, je n'ai pas apporté plus de prédilection qu'à celle de beaucoup d'autres ressources que nous offre la thérapeutique. On ne trouvera donc, dans ce travail, ni les avantages, ni les inconvéniens d'une pratique toute spéciale; car il est des maladies où je n'ai point prescrit les bains froids, et il en est où je les ai employés rarement et par conséquent sans résultats vérifiés; mais on n'y rencontrera pas, j'espère, la trace de la prédilection souvent involontaire que l'on a pour un traitement auquel on se voue d'une manière particulière, et de l'entraînement qui en résulte à le mettre au-dessus d'autres ressources avec lesquelles d'ailleurs on n'a pas eu souvent l'occasion de le comparer.

Si le cadre de ce travail l'eût permis, j'aurais pu joindre aux résultats que je vais exposer un certain nombre d'observations sur chaque espèce de maladie; mais cela n'aurait pas une grande utilité. Qu'importe, en effet, un petit nombre de cas, quelque concluans qu'ils soient, à l'appui d'un traitement? Quel est le remède qui n'en a pas à sa suite? Or, je suis loin de posséder sur chaque maladie un assez grand nombre d'histoires rédigées, pour offrir des résultats numériques. Le lecteur voudra donc bien s'en rapporter à mon désir d'être vrai avant tout, et à mon impartialité sur un moyen qui n'est pour moi ni une découverte, ni une spécialité, et que je n'ai aucun intérêt à préconiser. Enfin, on aura surtout pour garantie ce fait que, si j'ai toujours eu soin de consigner dans mes notes, tantôt le résultat général, tantôt les résultats individuels de ma pratique des bains d'Arve, je l'ai toujours fait pour mon instruction particulière, bien plus qu'en vue d'une publicité quelconque.

Je ne suivrai point un ordre nosologique dans l'exposé des maladies pour lesquelles je conseille les bains froids d'immersion; je m'attacherai principalement à l'ordre qui est indiqué par l'efficacité du traitement, en groupant, autour de la maladie qui détermine le rang, les affections du même appareil organique, lors même qu'elles n'auraient pas le même titre à occuper cette place.

Je mets en première ligne les *affections utérines* et les maladies qui paraissent se lier aux fonctions des organes de la génération chez la femme.

Je n'ai vu aucun cas où les bains d'Arve soient plus efficaces que dans les irrégularités de la menstruation. Il n'est pas rare de rencontrer des jeunes filles et même des jeunes femmes, dont les époques soient ou trop rapprochées ou trop éloignées, ou irrégulières alternativement dans ces deux sens, sans symptômes évidens de chlorose ou d'une maladie quelconque bien caractérisée. J'ai toujours vu, dans ces cas, les bains froids de rivière redonner à cette fonction une remarquable périodicité.

L'insuffisance des époques, sans chlorose, ni pléthore, est aussi, par ce moyen, avantageusement combattue.

J'ai observé quelquefois de bons effets, mais rarement complètement curatifs, dans la *ménalgie*, dans ces douleurs qui, survenant ordinairement au premier et au second jour des menstrues, tourmentent si cruel-

---

Charité (1) Cet établissement se divise en l'ancienne et la nouvelle Charité. Il y a, dans l'ancienne Charité, deux services de clinique médicale et un service de clinique chirurgicale. A ces cliniques, dont la fréquentation est de rigueur, il faut ajouter une clinique oculistique, une clinique obstétricale (2); et, dans la nouvelle Charité, une clinique pour les maladies des enfans; une clinique pour les maladies syphilitiques et une clinique pour les maladies mentales. Je passe sous silence les autres divisions de l'hôpital, parce qu'elles ne sont point destinées à l'instruction des élèves. Les seules salles ouvertes aux étudians sont les salles de clinique. Or, les malades des deux cliniques médicales et de la clinique chirurgicale réunies ne dépassent pas le nombre de quatre-vingt dix (3). Il est bon de rappeler que la presque totalité de ces malades sont atteints d'affections aiguës, en sorte que les élèves n'ont presque jamais l'occasion d'observer des maladies chroniques.

La Charité contient près de 1,000 malades, et il n'est permis à l'élève qui se destine à la pratique civile que d'en voir 90; car, pour le répéter, l'entrée dans les autres salles lui est interdite. Pourquoi? C'est que les malades se refusent eux-mêmes à servir de sujets d'études; et ils sont parfaitement dans leur droit, car ils *paient*. Ici, je ne puis m'empêcher de reprendre dans l'organisation des hôpitaux allemands un vice radical. Et d'abord, le nom d'*hôpital*, lieu d'hospitalité (*hospitium*), reçoit une application inexacte. Lorsque les malades paient, ils ne reçoivent pas l'hospitalité; et c'est ce qui a lieu, je dois le dire, dans presque tous les hôpitaux de l'Allemagne. Ainsi, les malades qui entrent dans la Charité, à Berlin, sont obligés de payer un mois d'avance; on en demande deux aux malades étrangers, c'est-à-dire non Berlinois. Le lendemain de leur entrée à l'hôpital, les malades reçoivent la visite de l'*enregistrator*, qui s'informe de leur domicile et de leurs moyens d'existence. S'ils refusent de donner les explications demandées, ou qu'ils ne soient pas en état de les fournir, l'*enregistrator* s'adresse à la police, qui se charge de découvrir le domicile du malade et la commune où il est né. Et si le malade est tout à fait dans l'indigence, c'est la commune qui doit payer à sa place. Les maîtres sont obligés de payer deux mois d'avance pour faire admettre à l'hôpital leurs domestiques malades. C'est une dette que ceux-ci acquittent après leur sortie de l'hôpital.

En dernière analyse, le vice de cette organisation retombe sur les élèves qui ne sont pas admis dans les salles des malades payans. Ce sont les études pratiques qui en souffrent.

Ainsi donc, la dernière année des études universitaires est consacrée à la fré-

---

comparativement aux facultés françaises. Mais c'est là un défaut apparent plutôt que réel. Car chaque professeur est ordinairement occupé trois à quatre heures à ses cours, qui durent, non pas un an, mais deux semestres.

(1) Je fais ici abstraction de l'Institut clinico-chirurgical de M. le professeur Dieffenbach, et de la *polyclinique*, c'est-à-dire des consultations médicales qui se donnent dans une salle du bâtiment de l'université et dans la Ziegelstrasse, pour les malades traités en ville.

(2) Indépendamment de cette clinique, il y a, dans la Dorotheenstrasse, un institut obstétrical dirigé par M. Busch.

(3) Les cliniques de Schoenlein, de Wolff et de Juengken se composent chacune de trente lits (seize lits dans la salle des hommes et quatorze lits dans la salle des femmes).

lement certaines jeunes filles et ne cessent de reparaître, chez quelques-unes, qu'à la première grossesse ou même à la cessation naturelle de la fécondité, dans ces douleurs, enfin, que les opiacés et la teinture de gingembre soulagent plus rapidement qu'aucun autre moyen à moi connu.

Tous les praticiens connaissent les variétés nombreuses d'hystéralgie ou de métrite chronique, avec ou sans leucorrhée, caractérisées surtout, outre les signes locaux, par des douleurs lombaires, inguinales ou hypogastriques, se propageant dans les extrémités inférieures, et accrues par la marche et les mouvemens réitérés des bras, affections qui forcent quelquefois les femmes à passer une grande partie de leur temps sur un canapé et quelquefois même dans une inaction complète. Dans ces divers cas, je n'ai trouvé aucun moyen plus efficace qu'une cure plus ou moins prolongée des bains d'Arve. Et cette conclusion, cela s'entendrait sans le dire, je la tire, comme pour toutes les affections dont je parlerai; uniquement de faits où aucun autre moyen n'a été employé concurremment. C'est de cette maladie surtout qu'il me serait facile de multiplier les histoires écrites.

La blennorrhagie, chez la femme, ne m'a pas paru être amendée notablement par les bains froids.

Je n'ai pas employé ce traitement dans les cancers utérins; mais je crois qu'il est telle nuance de cette terrible affection où on pourrait en faire usage comme palliatif. Je donne encore des soins à une demoiselle affectée depuis plusieurs années d'une tumeur du corps de l'utérus, appréciable non seulement par le toucher, mais encore par l'exploration de l'abdomen, tumeur probablement de nature fibreuse. Je fus appelé pour la première fois auprès de cette dame, il y a environ dix-huit mois, pour une hémorragie utérine très intense. Elle était depuis assez longtemps dans un état de maigreur, de faiblesse et d'anémie fort inquiétant, par suite des douleurs, de la leucorrhée et des hémorragies qui se reproduisaient de temps en temps. Le froid et les astringens à l'intérieur arrêtèrent la perte, et l'hémorragie n'ayant pas reparu aux époques suivantes, sous l'influence d'un traitement rationnel, je ne craignis point de prescrire les bains d'Arve, qu'elle prit sans les interrompre (si ce n'est une seule fois) pendant la période menstruelle. Plus d'un an s'est écoulé, elle jouit maintenant d'une assez bonne santé, a repris ses forces, ses couleurs et son embonpoint, sans que le volume de sa tumeur ait en rien diminué.

Je me suis permis cette courte narration, parce qu'il s'agit d'un fait un peu exceptionnel.

Ce qui n'est point exceptionnel, c'est l'heureuse influence de ces bains sur les procidences utérines, contre lesquelles le pessaire est une ressource si incommode et souvent si peu utile; j'ai vu peu de femmes n'être pas soulagées quand leur état n'était pas notablement amélioré. La ceinture hypogastrique et les injections astringentes sont d'ailleurs d'utiles auxiliaires.

Les chlorotiques trouvent, dans les eaux froides de l'Arve, une ressource efficace dont un grand nombre profitent. Mais, il faut le dire, les effets des bains sont loin d'être aussi rapides que ceux obtenus par les préparations ferrugineuses, et surtout par celle de ces préparations que je préfère à toutes les autres : les pilules de Vallet. Les bains, toutefois, peuvent en seconder l'action. Ils peuvent y suppléer dans les cas où il est impossible d'obtenir de la régularité et de la suite dans l'emploi des médicamens, ou bien quand les ferrugineux ne peuvent être tolérés. Il peut paraître bizarre de conseiller l'usage des bains froids aux personnes peu disposées à suivre une médication avec quelque persévérance; l'expérience est là cependant pour montrer qu'il en peut être ainsi. En effet, dès qu'on a bien supporté les premiers bains, il n'est presque personne qui ne continue sa cure avec entrain et parfaite régularité: est-ce le mérite de la difficulté vaincue, ou le bien-être et la force qu'on ressent, même avant d'éprouver des effets curatifs? Toujours est-il qu'il est peu de médications qui soient suivies plus consciencieusement que celle-là.

Enfin, j'ai vu des dames qui, depuis plusieurs années, n'avaient point eu d'enfans, devenir enceintes à la suite d'une cure, et ne pas hésiter à l'attribuer aux bains, qu'elles avaient pris du reste pour des affections de l'appareil génital. Cette dernière considération explique, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des vertus occultes, comment le retour des organes à leur état normal a pu en rétablir les fonctions.

Je dois ajouter en achevant cet article qu'on peut seconder l'action des bains froids, en proscrivant les boissons chaudes, l'excès des vêtemens, un coucher trop mou, les chaufferettes, et même les siéges rembourrés; l'expérience m'a appris que sous toutes ses formes la chaleur est nuisible dans les affections utérines. Une fois la saison des bains passée, j'en ai soutenu les bons effets en conseillant une ou deux fois par jour, pendant plus ou moins longtemps, les bains de siége froids, qui souvent m'ont rendu seuls les mêmes services dans les mêmes maladies, mais avec un degré d'efficacité moindre que les immersions dans l'Arve. Dans la chlorose, les bains froids de baignoire ou les lotions générales au lever remplacent les bains de siége réservés aux affections utérines proprement dites.

C'est ici le lieu, pour n'y pas revenir, de parler de quelques affections des organes génitaux chez l'homme. J'ai essayé plus d'une fois les bains d'Arve dans certaines blennorrhées qu'on est convenu d'appeler atoniques; je n'en ai point obtenu d'effets avantageux. J'en puis dire autant de quelques cas d'incontinence spermatique. Mais j'ai vu les bains froids réussir admirablement dans des cas de débilité générale résultant d'abus de la masturbation.

S'il est une affection pour laquelle l'Arve jouisse d'une réputation populaire, c'est le *rachitisme*. J'ai eu un très grand nombre de fois l'occasion de me convaincre que cette réputation n'est pas usurpée. Cette maladie, quand elle n'est pas portée à un haut degré, c'est-à-dire jusqu'au pied-bot complet ou à une déformation très prononcée de la poitrine, peut se guérir par les bains, lors même qu'on n'y joint l'usage d'aucun médicament et qu'on ne modifie en rien les circonstances hygiéniques au milieu desquelles elle s'est développée. Dans tous les cas, les bains d'Arve sont un auxiliaire utile des divers moyens que l'orthopédie a inventés, perfectionnés ou régularisés, tels que la ténotomie, les appareils mécaniques et la gymnastique. Si l'on peut joindre à la cure des bains l'habitation dans un lieu sec et élevé, la vie au grand air et une alimentation substantielle, on abrégera la durée de la maladie, qui exige des soins d'autant plus prolongés que le traitement a été entrepris à une époque plus éloignée du début. Le premier effet des bains d'Arve dans cette affection est de régulariser les fonctions digestives, et par cela même de donner au malade le goût de la nourriture animale; le ventre diminue peu à peu de volume; l'état de la peau s'améliore bientôt aussi d'une manière évidente; les forces reparaissent et si le rachitisme n'est pas

---

quentation des cliniques. Dans le premier semestre, les élèves ne font que suivre les visites du médecin clinicien, écoutent les leçons du maître et l'interrogatoire qu'il fait subir aux malades. C'est pourquoi on les appelle *Auscultanten* (*auscultantes*). Dans le second semestre, les *auscultans* deviennent *practicants* (*practicantes*), c'est-à-dire qu'ils reçoivent eux-mêmes des malades à examiner et à traiter. Le *practicant* est obligé de visiter son malade chaque matin, et souvent deux fois par jour. De plus, il doit rédiger l'histoire du malade qui lui est confié, et la soumettre au professeur de clinique. Si le malade vient à mourir, le *practicant* est chargé d'en faire l'autopsie, et d'adresser un rapport à son chef.

Les élèves qui désirent ainsi s'initier dans la pratique se présentent chez le professeur de clinique, qui les inscrit sur un registre et les appelle ensuite d'après l'ordre de leur inscription. Dans la clinique chirurgicale de la Charité, l'élève *practicant* examine le malade sous les yeux du chirurgien, en établit le diagnostic et assiste, dans l'enceinte réservée, à l'opération du malade. Mais l'enseignement se borne là. L'élève, non seulement n'est pas chargé de panser l'opéré et de suivre le traitement, mais encore il ne le revoit plus une fois transporté dans la salle réservée aux opérés.

En général, chaque élève *practicant* n'a guère plus de trois à quatre malades à traiter par semestre, tant pour la section de médecine que pour celle de chirurgie. On ne consacre ordinairement qu'un an, rarement deux, à la fréquentation des hôpitaux. Ce temps n'est pas rigoureusement exigé.

Pièces à produire par l'aspirant au doctorat : 1° un certificat de philosophie, analogue au diplôme de bachelier ès-sciences; 2° un certificat d'études, délivré par le doyen de la faculté et le recteur de l'université.

Il faut faire une distinction entre l'examen exigé pour le doctorat et l'examen d'État (*Staatsexamen*). Le premier se passe devant les professeurs de la faculté et ne procure qu'un titre purement honorifique. Le second a lieu devant une commission désignée par le ministre ou le conseil médical supérieur, et étrangère à la faculté. Le *Staatsexamen* confère seul le droit de pratique.

Je n'insisterai point sur l'examen exigé pour le doctorat, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une formalité. Il consiste en une épreuve orale et une épreuve écrite. Le candidat compose une dissertation latine (thèse inaugurale) sur un sujet choisi par lui-même ou le plus souvent indiqué par le président. L'argumentation de la thèse et des propositions émises a lieu publiquement. Le candidat qui a rempli ces conditions est salué du titre de *doctor medicinæ rite promotus*.

EXAMEN D'ÉTAT (*Staatsexamen*). Le règlement organique du *Staatsexamen* est du 1er décembre 1825.

Le comité du *Staatsexamen* (*Ober-Examinations-Commission*) a son siége à Berlin. Il est renouvelé annuellement ou tous les deux ans.

Sont admis à subir les épreuves du *Staatsexamen* :

1° Les docteurs (*rite promoti*); 2° les chirurgiens munis de certificats attestant qu'ils ont fait, pendant trois ans, des études médico-chirurgicales et qu'ils ont pendant deux ans, suivi des cours de médecine et de chirurgie dans une faculté et qu'ils ont, en outre, servi deux ans, comme aides chirurgiens dans la pratique civile ou dans l'ordre militaire; 3° les pharmaciens qui ont servi comme aides, au moins pendant trois ans, et qui ont, durant deux semestres, fréquenté les cours universitaires de botanique, de chimie, de physique, de pharmacie et de pharmacologie.

porté très loin il est rare que l'enfant ne marche pas après quelques mois de bains. A mesure que le système musculaire se développe, les os reprennent lentement et au fur et à mesure de leur accroissement, leur forme naturelle.

A côté du rachitisme, mais seulement à cause de l'analogie sous le rapport des diathèses, je placerai les gibbosités et les scrofules.

Je n'ai jamais vu guérir d'*incurvations de l'épine* par les bains froids; mais les effets obtenus dans le rachitisme me font croire qu'ils doivent servir de base au traitement constitutionnel qui doit accompagner l'emploi des procédés orthopédiques, et qu'ils pourraient être utiles comme moyen prophylactique dans les cas où l'on redouterait une disposition héréditaire. Je les ai prescrits dans ce but; mais il est difficile d'établir, dans des cas de ce genre, s'il y a eu réellement un effet préventif.

J'ai employé souvent les bains d'Arve dans les *scrofules*, et j'en ai retiré de l'utilité; mais les effets, en l'absence de tout autre traitement, sont ou insuffisans ou extrêmement lents; la constitution s'améliore d'une manière évidente; l'appétit, les forces se rétablissent; l'aspect du malade est satisfaisant; mais les engorgemens glandulaires ne se résolvent point: ils restent stationnaires ou suppurent; les ophthalmies reparaissent, etc. Les dépuratifs, un régime approprié, une meilleure habitation, agissent avec plus de rapidité et donnent des résultats plus durables. Au reste, dans la plupart des cas de scrofules, il y a de l'avantage à associer les bains aux autres moyens, en faisant cependant quelques distinctions. Ainsi je ne les prescris pas dans les différentes variétés de l'eczéma strumeux; je préfère les lotions salines astringentes, avec l'usage interne des amers et du sirop anti-scorbutique. Le peuple croit beaucoup aux vertus curatives de l'eau d'Arve, dans les ophthalmies en général; et l'on voit beaucoup de gens en user comme collyre soit à domicile, soit au bord de la rivière; pour moi, je n'ai jamais observé d'effets remarquables de ces lotions.

Dans l'ophthalmie scrofuleuse, j'emploie depuis quinze ans le nitrate d'argent à l'extérieur, en y joignant les dépuratifs et un traitement hygiénique conforme. Dans les engorgemens glandulaires, j'ai prescrit avec succès, d'après Hufeland le sulfure noir de mercure, mais je ne crains pas d'y joindre les bains froids, non plus que dans les affections des yeux. Traitement analogue pour les ulcères. Quant aux tumeurs blanches, je n'ai jamais osé essayer les bains d'Arve dans ces cas même au début; je préfère les bains sulfureux, les amers, l'huile de foie de morue, des frictions avec un liniment de belladone dans les premières périodes de la maladie et plus tard le pansement compressif avec les bandelettes de dyachilon, qu'il y ait ou non des fistules. Même règle *mutatis mutandis* pour les caries et les nécroses.

Je passe maintenant aux *maladies de l'appareil digestif;* quelques-unes d'entre elles ont le droit d'occuper le troisième rang, après les affections de l'utérus et le rachitisme.

J'avoue que je me trouve assez embarrassé pour indiquer d'une manière claire et précise celles des affections de l'estomac auxquelles l'expérience m'a appris que les bains froids étaient surtout utiles; le nom de *gastralgie* est devenu aujourd'hui tout aussi banal que l'était il y a vingt ans celui de *gastrite*, et on l'applique indistinctement à des maladies de l'estomac aussi différentes dans leur nature qu'elles le sont par leurs signes et le traitement qui leur convient. Je crois qu'avec les mots déjà consacrés, quoique avec des acceptions un peu variables, de *gastrite*, *gastralgie*, *gastrodynie*, *dyspepsie*, etc., il serait possible, au moyen de travaux analytiques, d'arriver à une bonne nomenclature des affections gastriques; mais ce n'est pas ici le lieu d'examiner cette question, et, à défaut de nom dont le sens soit exactement défini, je me servirai des caractères les plus tranchés de quelques espèces pour remplir le but que je me propose.

De toutes les maladies gastriques, l'affection où les bains d'Arve m'ont paru avoir le plus de succès est en même temps celle qui m'a semblé la plus commune et la plus rebelle aux divers moyens les plus généralement employés, surtout au traitement antiphlogistique. Cette forme, à laquelle je serais tenté de donner par excellence le nom de dyspepsie, est caractérisée par un appétit ordinairement naturel, sans soif, ni vomissemens; sans changemens bien marqués de la langue; il y a des éructations insipides, quelquefois des régurgitations acides, des digestions laborieuses, mais sans douleurs épigastriques proprement dites; c'est plutôt de la pesanteur; de la sensibilité à la pression, même à celle des vêtemens; du gonflement; plus ou moins de dyspnée; des points douloureux dans l'un ou l'autre hypocondre, dans la partie antérieure de la poitrine, les épaules; des douleurs dans le dos et surtout dans les lombes; enfin une constipation plus ou moins opiniâtre, etc. Aux bains d'Arve qui sont une ressource très précieuse dans ces cas, on associera avec fruit les carbonates alcalins, seuls ou mêlés avec le bismuth, et surtout le régime animalisé, à l'exclusion des alimens et boissons fermentés ou très fermentescibles.

Est-il nécessaire de dire que les gastralgies liées à la leucorrhée ou à la chlorose sont, comme la maladie dont elles dépendent, avantageusement modifiées par les bains froids?

Le même moyen servira aussi à prévenir le retour de ces accès de *gastralgie*, connus sous le nom de *crampes d'estomac*, qui ne durent pas ordinairement plus de vingt-quatre heures, mais reviennent à intervalles plus ou moins éloignés, de ces douleurs si vives occupant l'épigastre, s'accompagnant de langueur générale et de tristesse et portées quelquefois au point d'interdire tout mouvement. Ces crises qui compliquent d'ailleurs d'autres affections gastriques cèdent presque toujours comme par enchantement au bismuth appliqué pour la première fois par notre Odier; pourvu qu'on le donne à une dose peu usitée en France: gramme 0,60 à 1,20 par prise de 0,10 de demi en demi-heure.

Le bain sera aussi efficace, mais bien moins rapide dans ses effets que la morphine, dans cette autre nuance de *gastrodynie*, où l'on ne souffre point dans l'état de vacuité de l'estomac, mais dans laquelle tous les ingesta (sauf un petit nombre de substances qui varie presque avec chaque sujet) provoquent de vives et longues souffrances dans toute l'étendue du viscère, surtout au centre, douleurs perçues aussi quelquefois dans l'œsophage, au passage des alimens.

Je dois ranger le *carreau*, quand il n'est pas arrivé à un degré très avancé, au nombre des maladies du canal digestif dans lesquelles les bains d'Arve sont spécialement utiles.

Je n'ai pas employé les bains froids de rivière dans les affections squirrheuses ou cancéreuses, ayant surtout pour signe le vomissement fuligineux, et je les ai prescris trop rarement dans le pyrosis pour avoir pu en tirer quelques conclusions.

Dans l'hypocondrie, j'ai eu d'excellens résultats quand j'ai pu obtenir de la persévérance dans la cure; le siége principal de l'affection dans l'appareil digestif, l'exaltation du système nerveux, et l'état d'atonie de la

---

Les candidats ayant l'intention de subir le *Staatsexamen* en adressent la demande au ministre. A cette demande les docteurs joignent quinze exemplaires de leur dissertation inaugurale et une copie de leur diplôme; les chirurgiens et les pharmaciens, leurs certificats d'études et leur biographie.

Le *Staatsexamen* a lieu tous les ans; il commence au mois de novembre. Tout docteur qui veut obtenir le droit de pratiquer en même temps la médecine et la chirurgie doit se soumettre aux examens d'anatomie, de médecine opératoire, de clinique médicale, de clinique chirurgicale, et à une épreuve orale sur toutes les branches de l'art de guérir. Tout docteur qui ne prétend qu'au droit de traiter les maladies internes est obligé de subir les examens d'anatomie, de clinique médicale, de clinique chirurgicale (pour le diagnostic et le traitement interne des maladies chirurgicales), et une épreuve orale. Les candidats qui aspirent au grade de chirurgiens de 1re classe sont examinés, en langue allemande, sur l'anatomie, sur la clinique chirurgicale (opérations), et la clinique médicale.

Examen d'anatomie.—Cet examen consiste, 1° en une démonstration faite sur le cadavre (forme, rapport, situation d'une cavité splanchnique et des viscères qui s'y trouvent); 2° en une préparation anatomique; 3° en une leçon publique sur un objet d'ostéologie, de splanchnologie, de névrologie ou d'angiologie. Toutes ces questions sont tirées au sort.

Les examinateurs consignent dans un procès-verbal le résultat de chacune des épreuves. Le candidat qui n'a pas répondu d'une manière satisfaisante aux questions proposées est renvoyé à un autre terme.

Examen de médecine opératoire. — Cet examen se compose, 1° d'une épreuve écrite, accompagnée d'une démonstration sur le cadavre; 2° d'une épreuve orale sur les différentes méthodes opératoires, adoptées dans le traitement d'une maladie chirurgicale donnée (ces méthodes doivent être mises en pratique sur le cadavre); 3° d'une leçon sur les fractures et les luxations, suivie de l'application des appareils en usage.

Examen de clinique médicale. — Le candidat se rend dans l'hôpital de la Charité où il reçoit deux malades à examiner en présence de deux membres du jury. Il doit exposer nettement ses opinions relativement au diagnostic, à l'étiologie, au pronostic et au traitement de la maladie. Après cela, il est enfermé dans une salle particulière où il met par écrit les observations qu'il a faites sur les deux malades soumis à son examen. Le candidat doit visiter ses malades deux fois par jour, et noter, sur son journal de clinique, tous les phénomènes qu'il observe. Les examinateurs interrogent le candidat, au moins trois fois par semaine, au lit du malade, revoient et signent le journal de clinique. Il leur est imposé l'obligation de s'assurer s'il possède les connaissances nécessaires dans l'art de formuler et de doser les médicamens.

L'examen pour les aspirans au grade de chirurgien de 1re classe est le même que pour les docteurs, avec cette différence que les docteurs répondent en latin, tandis que les aspirans au grade de chirurgien de 1re classe répondent en allemand.

L'examen de clinique médicale dure quatorze jours pour chaque candidat. Il peut, dans certains cas, se prolonger jusqu'à trois semaines. Les candidats admis à subir ensemble cet examen ne doivent pas dépasser le nombre de douze.

Examen de clinique chirurgicale. — Chaque candidat reçoit, comme pour l'examen précédent, deux malades à examiner et à traiter en présence de deux

peau chez les hypocoudriaques, indiqueraient les bains froids, quand l'expérience n'aurait pas prononcé. L'hypocondrie me servira de transitiou pour arriver aux *nécroses.*

J'ai conseillé plusieurs fois les bains d'Arve dans la *chorée.* Dans un cas où cette affection était, il est vrai, très intense, l'essai d'un bain a aggravé les accidens, quoique le jeune malade ne craignît point les bains de rivière; j'y renouçai. Dans plusieurs autres cas, il n'y a eu ancune influence évideute; toutefois, une cure m'a paru, après la guérisou par l'oxide de zinc ou par la poudre de taupe torréfiée, un moyen de diminuer la mobilité nerveuse dans la couvalesceuce et de prévenir les rechutes. Enfin, les bains ont procuré des avantages marqués dans des chorées en quelque sorte congéuitales et liées à un retard très prouoncé du développement de l'intelligence, de la parole et de la marche.

Dans l'*hystérie,* j'ai cru trouver aux bains d'Arve des avantages pour prévenir ou éloigner les accès; Odier avait déjà fait la même remarque, mais il préférait les bains tièdes dans les crises ou l'immiuence des crises. Les bains froids (de baignoire), que j'ai quelquefois essayés dans ces dernières circonstances, ne m'ont pas paru en général modifier ntilemeut la maladie. Toutefois, j'ai recueilli l'histoire d'un cas de mutisme hystérique, qui durait depuis six semaines et qui céda complètemeut à une qninzaine de bains d'Arve. Je n'ai pas fait souveut usage de ces bains dans les uévralgies; cependant j'ai vu quelquefois ce moyeu réussir dans des névralgies coutinues qui avaient résisté longtemps à divers traitemens internes, et il m'a paru utile pour les prévenir, la sciatique particulièrement.

Aux affections nerveuses, je dois joindre certains cas de *débilité générale* qui n'appartenaient à aucune dyscrasie ou diathèse, à aucune lésiou organique appréciable, qui ne se liaient à ancune autre altératiou fouctionnelle, et qui consistaient en une inaptitude absolue à une marche un peu suivie, à un travail manuel ou intellectuel un peu contiuu. Dans ces cas, que j'ai vus chez des femmes d'âge moyeu qui viveut encore, et dont l'une est guérie, la saison chaude augmentait beauconp cette dispositiou; les bains froids, que l'absence de tout signe de congestion céréhrale m'autorisait à couseiller, rendirent, dans l'un des cas surtout, des services réels.

Si l'on considère comme un *rhumatisme chronique* la répétition fréquente des douleurs de rhumatisme musculaire, je puis dire que les bains d'Arve sont, dans ces cas, un excellent moyeu curatif; si l'on regarde chaque accès comme une uonvelle maladie, ces baius en sout un des meilleurs préservatifs; je l'ai déjà dit dans mou chapitre sur les effets hygiéuiques. Ce n'est que depuis peu d'anuées que j'ai envoyé à la rivière des malades atteints de rhumatisme chronique contiuu, soit articulaire, soit musculaire; aucun ne s'en est mal trouvé; mais je ue puis pas affirmer en avoir ohtenu des avantages hieu marqués.

Il ne me reste maintenaut à eutretenir le lecteur que des *maladies de la peau.* Butini employait assez souvent les bains d'Arve dans certaines formes chrouiques d'affections cutanées; mais je couuais fort vaguemeut les résultats de sa pratique sur ce poiut. Mou expérience personnelle u'est pas uou plus très étendue à cet égard. Peut-être ai-je eu tort de ue pas les essayer plus souveut, mais il ue faut point perdre de vue qu'un traitement simplemeut local u'est presque jamais suffisant dans les dermatoses, la plupart recounaissaut une cause iuterne, que les bains froids d'immersion me paraissent rarement atteiudre. Ce n'eu serait pas moins un objet de recherches fort intéressantes que de déterminer celles de ces affections qui réclament de préférence avec ou sans traitement interne, ou les bains froids ou les bains chauds ou l'hydrosudopathie.

De toutes les maladies de la peau, celle où j'ai ohteuu le résultat le plus frappant des bains d'Arve, c'est le *prurigo;* j'ai vu cette affection quelquefois si opiuiâtre être guérie par une dixaine de bains.

Chez une dame d'un âge moyen, sujette depuis fort lougtemps à des érysipèles qui revenaieut plusieurs fois par année, une cure de bains d'Arve en a prévenu le retour, et la guérison s'est soutenue.

J'ai essayé quelquefois ce traitement dans le *lichen* et le *psoriasis,* mais sans utilité. J'en puis dire autant des diverses espèces de l'*acné.* Les bains froids u'out ancune influence sur le *chloasma* (éphélides hépatiques de quelques auteurs), tandis que deux ou trois bains sulfureux font disparaître très rapidement, quelque étendues qu'elles soient, ces taches innocentes, il est vrai, mais qui déparent souvent les plus belles peaux.

Les eaux de l'Arve jouisseut dans le peuple d'une grande réputatiou comme vulnéraires, et elles sout très usitées coutre les *ulcères* parmi les habitans des bords de cette rivière. Uu homme qui, dès sou eufance, a fréqueuté habituellement l'Arve comme uageur et à qui j'ai donné plusieurs fois des soins pour des ulcères déterminés par des varices aussi volumiueuses que multipliées qu'il porte à une jambe, me disait qu'à ce même membre (qui est en effet tout couvert de cicatrices) il avait eu daus sa première jeunesse des plaies presque tous les hivers; elles ne se cicatrisaient jamais que dans l'été, saisou où il allait tous les jours nager dans la rivière; mais alors la guérisou était rapide. Toutefois, quoique le baiu ait pour résultat immédiat de diminuer uotablement le volume des veines, je u'eu ai jamais vu pour les ulcères variqueux des effets que l'ou puisse comparer à ceux du traitement par les bandelettes agglutiuatives.

J'ai achevé de retracer la série des maladies où les bains d'Arve, d'après mou expérience, sout doués d'une utilité réelle. Le nombre peut en paraître restreiut; mais je puis affirmer que les résultats que je présente d'une mauière positive ont été bien des fois vérifiés, et que la thérapeutique ue nous offre pas un bieu graud uombre de ressources d'uue pareille efficacité. Au reste, ce champ u'est point rigoureusement limité; de uouvelles ohservations moutreront jusqu'où ou pourra l'étendre par la suite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'avril et juillet 1843 de ce journal trimestriel coutieunent les articles originaux suivans: 1° *Anévrisme de l'iliaque externe traité avec succès par la ligature de l'iliaque primitive;* par M. Peace. (Cas déjà publié dans la GAZ. MÉD., v. 1842, p. 452.) 2° *Sur le principe actif des exhalaisons marécageuses;* par M. Gardner. 3° *Excision de l'olécrâne pour une ankylose du coude;* par M. Buck. 4° *De l'élec-*

membres du jury. Il est également astreint à tenir un journal régulier dans lequel il inscrit ses observations. Cet examen dure quinze jours pour les médecins qui désirent en même temps obtenir le droit d'exercer la chirurgie, et recevoir le titre d'*opérateur.* Il u'est que de huit jours pour ceux qui veulent se borner à l'exercice de la médecine interne. Daus ce cas, le candidat est dispensé de faire preuve de connaissances relatives aux opérations chirurgicales, et les questions qui lui sont proposées ont une portée plutôt théorique que pratique.

Épreuve orale et finale.—Les membres du jury sont, pour cette épreuve solennelle, au nombre de huit : deux pour la médecine pratique, deux pour la chirurgie, deux pour la médecine théorique et deux pour les sciences naturelles. A ce nombre il faut encore ajouter deux pharmaciens appelés à interroger les candidats qui se destinent exclusivement à l'exercice de la pharmacie.

Les docteurs en médecine et en chirurgie (médico-chirurgiens gradés), qui veulent exercer l'art de guérir daus toute son étendue, sont interrogés, non seulement sur les objets de médecine et de chirurgie pratiques, mais encore sur toutes les sciences accessoires. Ils doivent être tout à la fois savans et praticiens; réunir, en un mot, la théorie et la pratique.

Quant aux chirurgiens de 1re classe (médico-chirurgiens non gradués), on n'exige d'eux que des connaissances pratiques en médecine et en chirurgie. Ce sont là, non plus des savans, mais des praticiens.

Les médico-chirurgiens gradués sont interrogés par cinq examinateurs, et les chirurgiens de première classe par quatre seulement. Le jury ne peut admettre à l'épreuve orale que trois candidats à la fois, dont chacun est interrogé pendant trois quarts d'heure.

Après avoir réuni tous les procès-verbaux, les examinateurs arrêtent, d'après cet ensemble de documeus, leur jugement sur la capacité et le savoir de chacun des candidats.

Les aspiraus au grade de pharmaciens de 1re classe sout également examinés par le comité supérieur du *Staatsexamen.* Mais ils u'ont que deux épreuves à subir; l'une a pour objet la chimie, la botanique, les manipulatious pharmaceutiques, la toxicologie, la médecine légale et l'analyse chimique; l'autre, tout orale, porte sur l'ensemble des connaissances uécessaires à la pratique de la pharmacie.

Enfin, après avoir rempli toutes les conditions exigées par l'Etat pour la pratique de l'art de guérir, il reste un dernier examen à subir pour celui qui aspire à la carrière des médecins fonctionnaires.

Examen exigé pour le physicat (fonction de médecin inspecteur cantonnal). —Cet examen cousiste en un certain nombre de dissertations sur des sujets de médecine légale donnés de trois à six mois d'avance, à faire une autopsie judiciaire selon toutes les formalités en usage, à reconaître des drogues falsifiées; enfin, à être interrogé par trois examinateurs sur toutes les sciences qui ont rapport à l'hygiène publique.

Cet examen se passe à Berlin devant le conseil médical supérieur, ou en province devant un jury spécialement désigné par le ministre.

Le comité supérieur du *Staatsexamen,* a, comme j'ai eu l'honneur de le dire, sou siége dans la capitale du royaume. Cependant, pour éviter des frais de voyage aux candidats pauvres, le ministre uomme aussi, dans quelques villes de province, des jurys spécialement délégués pour le *Staatsexamen.* Ces villes sout Coblentz, Breslau, Kœnisgberg et Greifswald.

tro-magnétisme dans le cas d'empoisonnement, avec remarques sur l'emploi de cet agent chez les enfans morts-nés et dans quelques espèces de maladies; par M. Page. 5° *Analyse d'une substance présentée comme étant du poivre cubèbe en poudre*; par M. Procter. 6° *Sur les maladies du cœur*; par M. Pennock. 7° *Sur l'emploi de la liqueur d'hydriodate d'arsenic et de mercure dans les maladies de la peau et dans celles de l'utérus*; par M. Taylor. 8° *Observations et considérations relatives à l'obstétrique*; par M. Porter. (Aucun fait saillant.) 9° *De la communication directe des vésicules aériennes du poumon avec les veines pulmonaires*; par M. Horner. 10° *Cas de chirurgie*; par M. Gen. Fox. (Faits d'un intérêt très médiocre, et ne se recommandant par aucune circonstance qui nécessite une mention spéciale.) 11° *Observations sur le pouls et la respiration*; par M. Harden. 12° *De la curabilité de l'aliénation mentale*; par M. Earle. 13° *Observation de luxation de la rotule sur son axe*; par M. Gaziam. 14° *Cas de convulsions de Salaam, suivi de remarques*; par M. P. Bennett. 15° *Cas de sarcome médullaire de la grande lèvre, et quelques autres cas de maladie cancéreuse, suivis de remarques*; par M. Shipman. (Tumeur cancéreuse d'un volume énorme développée sur la grande lèvre. Forcé par les prières de la malade, M. Shipman en fit l'excision ; mais, comme il l'avait prévu, une récidive eut lien dans des glandes voisines.) 16° *Incontinence d'urine traitée avec succès par le nitrate de potasse*; par M. J. Young. 17° *Cas de phlébite, avec quelques remarques préliminaires sur la nature et le traitement de cette maladie*; par M. Chapman. (Généralités sans grand intérêt. L'auteur pense que la phlébite développée autour d'une plaie demeure le plus souvent locale. Le repos absolu de la partie malade est le meilleur moyen d'arrêter les progrès de l'inflammation veineuse.) 18° *De la fièvre congestive: ses caractères, ses symptômes et son traitement, tels qu'on les observe dans l'Inde centrale*; par M. Ch. Parry. 19° *Observations pratiques sur la fièvre continue qui a régné dans la Virginie méridionale pendant treize ans, de 1816 à 1829*; par M. Mettaner. 20° *Fongus hématode du genou ; amputation ; guérison*; par M. J. Levert. (La tumeur avait converti tous les tissu articulaires du genou en une masse homogène où il était impossible de distinguer les caractères de chacun d'eux.) 21° *Du traitement des convulsions puerpérales qui arrivent avant le terme de la gestation*; par M. Harris. (Quand les convulsions menacent la vie de la mère et que l'orifice utérin n'est ni dilaté ni dilatable par des moyens plus doux, l'auteur croit que la pratique de ceux qui forcent le passage en y introduisant successivement un, puis plusieurs doigts, est très justifiable. Il s'est conduit ainsi deux fois avec succès.) 22° *Sur la staphyloraphie*; par M. Pancoast. 23° *Araignées sorties de l'œil: monomanie hystérique*; par M. Lopez. 24° *Tumeur carcinomateuse de l'estomac simulant un anévrisme ; maladie des valvules aortiques; mort; autopsie*; par M. Spackman. 25° *Plaie par arme à feu ; lacération étendue du cerveau sans perte de sentiment ni altération des facultés intellectuelles*; par M. Thompson. (La plaie située immédiatement au-dessus de l'épine nasale pénétrait à plusieurs pouces de profondeur. Le projectile était resté au milieu de la pulpe cérébrale. Le blessé vécut ainsi quatre jours sans trouble de l'intelligence. 26° *Gangrène des téguments des organes génitaux chez l'homme, traitée avec succès*; par M. Wharton. (Mortification survenue par excès d'inflammation à la suite d'un phymosis accidentel de cause vénérienne. L'opium et un régime fortifiant arrêtèrent les progrès de la gangrène.) 27° *Empoisonnement par le plomb*; par M. Shipman.

DU PRINCIPE ACTIF DES MIASMES MARÉCAGEUX (MALARIA); par le docteur DANIEL GARDNER, professeur de chimie au collége de Sidney.

Tout ce travail est basé sur un certain nombre de propositions que nous allons faire connaître successivement, en groupant autour d'elles les faits destinés à les développer ou à les démontrer.

1° « Le gaz hydrogène sulfuré existe dans les eaux stagnantes et dans l'atmosphère de certains marais. »

Cette proposition, dont l'exactitude n'est plus douteuse pour un certain nombre de localités, depuis les recherches de M. Daniel, en 1841, sur les eaux des côtes africaines de Sierra-Leone, du Congo et des mers voisines, d'après des échantillons que l'amirauté anglaise lui avait fait remettre, paraît également applicable aux eaux marécageuses de l'Amérique. C'est au moins ce qui ressort des expériences faites par l'auteur sur quelques-unes des eaux de ce continent, qu'il a pu examiner sur les lieux et non sur de simples échantillons, et par un procédé extrêmement facile à employer, et qui permettra au médecin désireux de continuer ces recherches, ou plutôt de les répéter sur les eaux qui se trouveront à sa portée, de le faire sans difficulté.

Le réactif qu'il emploie est l'argent métallique, qui est doué d'une telle sensibilité au contact du soufre, qu'il peut en révéler une partie en solution dans trois millions de parties d'eau. La principale condition de succès, pour ces expériences, c'est que la plaque d'argent que l'on expose à l'air ou à l'eau, où l'on veut constater la présence ou l'absence du soufre, soit parfaitement décapée et ne présente pas la plus légère tache. Comme moyen de constater la quantité d'hydrogène sulfuré dans les eaux minérales, l'argent est bien certainement le meilleur réactif; car toute l'augmentation de poids que prend l'argent peut représenter une égale quantité de soufre pur.

Les expériences de M. Gardner furent faites avec des pièces de monnaie de différentes grandeurs qui avaient été parfaitement purifiées, puis percées d'une ouverture, afin de pouvoir les suspendre au moyen d'un fil, et trente furent ainsi placées dans différens cours d'eau d'où l'on soupçonnait que se dégageaient des miasmes marécageux, et dans un cercle dont le diamètre avait à peine sept milles. Au bout de vingt-quatre heures, deux de ces monnaies étaient déjà tachées, quelques-unes ne le furent qu'au bout d'un mois, et celles surtout qui étaient suspendues dans l'air. Le résultat général de ces expériences fut que les eaux stagnantes des marais contenaient une bien plus grande quantité de gaz hydrogène sulfuré que les rivières. Ainsi, il fallut cinq semaines pour qu'une pièce de monnaie suspendue dans le Buffalo offrit une légère tache sulfureuse, tandis qu'une pièce suspendue dans l'air, à 18 pouces au-dessus du sol d'un marais rempli d'eau stagnante, était tachée au bout de huit jours.

Après avoir constaté la présence de l'hydrogène sulfuré dans un grand nombre d'eaux, l'auteur remonte à l'origine de ce gaz composé, et la trouve d'abord dans les dépôts d'alluvion, qui contiennent toujours une grande quantité de matières végétales, dont la décomposition varie suivant la chaleur du climat et la facilité de l'accès de l'oxigène; qu'un sulfate se trouve aux environs de ces puissantes masses désoxidantes, et il sera décomposé par la destruction de son acide. Les débris de végétation, qui contiennent souvent du soufre ou qui en trouvent presque toujours dans les eaux plus ou moins chargées de sulfates, agissent d'après le même principe, d'où M. Gardner tire cette conclusion, que la présence des sulfates dans les eaux ou dans le sol des localités est, avec les débris de la végétation, la principale cause de leur insalubrité, et que cette dernière ne dépend, ni de l'étendue, ni de la profondeur du terroir, ni de sa structure géologique, ni de la quantité d'eaux qui s'en évaporent, mais tout simplement de la quantité de sulfures qui s'y trouvent en contact avec des débris de végétation. C'est ainsi que l'eau de la mer, qui contient une si grande quantité de sulfates, ne fournit de miasmes et n'est malfaisante que sur les côtes, et là où se forment des dépôts d'alluvion.

2° « Les régions marécageuses ont le même caractère que celles dans lesquelles l'hydrogène sulfuré est produit en grande quantité. »

3° « On a supposé que certains agens augmentaient l'activité des exhalaisons fournies par les marais. »

Ceux qui se sont occupés de recherches sur ce dernier point ont attribué cette influence, les uns à la vapeur de la rosée, d'autres à l'hydrogène carboné; à une époque plus éloignée, on attribuait ces miasmes à des causes encore moins rationnelles; mais dont aucune, moins encore que les plus récentes, n'a pu soutenir un examen sérieux.

4° « L'hydrogène sulfuré est l'agent actif, le principe auquel on doit attribuer les différentes formes sous lesquelles se présentent les fièvres des marais sur les bords de la mer comme dans l'intérieur des terres. »

Cette proposition, que l'auteur regarde comme une conséquence nécessaire des autres, ne peut réellement être considérée comme telle. Fût-il même vrai, ce qui n'est pas, que l'on trouvât l'hydrogène sulfuré partout où existent des miasmes paludéens, il resterait encore à démontrer que l'hydrogène sulfuré constitue ces mêmes miasmes ou en représente au moins la partie la plus active. Or, c'est ce que l'auteur n'a pas fait dans son travail, et ce qui est contredit par un grand nombre de faits; car si l'hydrogène sulfuré représentait la partie la plus sensible et la plus malfaisante des miasmes marécageux partout où l'on trouve ce gaz en quantité appréciable, on devrait observer de nombreuses et graves fièvres périodiques. Or, rien n'est plus opposé à tont ce que nous apprend l'observation de chaque jour.

EXCISION DE L'OLÉCRÂNE POUR UNE ANKYLOSE DU COUDE; par le docteur BUCK.

OBS. — John M'Cormich, âgé de 28 ans, fit, il y a plus d'un an, une chute sur le coude droit. L'engorgement inflammatoire qui survint rendit obscur le diagnostic de la lésion. Il y eut des abcès autour de la jointure. Au bout de treize semaines, le coude, aussi raide qu'au moment de son entrée, était fléchi dans une attitude intermédiaire entre l'extension complète et la flexion à angle droit. Nulle tuméfaction n'existait autour de la partie. L'olécrane seul était surmonté par une production osseuse anormale. La pronation et la supination s'effectuaient presque au degré naturel. Seulement la tête du radius faisait alors en-

tendre un bruit cartilagineux. La flexion et l'extension étaient abolies. La pression sur l'olécrane causait de la douleur.

Le malade, ne retirant nul service de son bras, désirait qu'on lui fît quelque chose. Un appareil à action lente et gradnée fut alors appliqué pour essayer d'obtenir la flexion; mais il n'amena aucun changement. Un jour qu'on l'avait fait agir plus puissamment, un léger mouvement fut recouvré; mais la violence déployée produisit des douleurs qui nécessitèrent l'application de sangsues et de cataplasmes.

Après un mûr examen, M. Buck, considérant que l'olécrane était la seule partie qui offrît une altération appréciable, conclut que l'ankylose était due à une adhérence osseuse de cette apophyse avec l'humérus. Le seul moyen d'améliorer les fonctions du membre lui parut donc être la résection de l'olécrane, opération dont les nombreux succès de la résection du coude montraient d'ailleurs le peu de dangers.

En conséquence, le 29 octobre 1842, le malade étant placé de manière à tourner le dos à l'opérateur, celui-ci pratiqua sur la face postérieure du coude une incision longitudinale de 5 pouces qui le mena directement sur l'olécrane. Il coupa le tendon du triceps, puis les insertions de l'aponévrose, et mit ainsi à découvert l'apophyse tout entière. On s'occupa alors de la réséquer; ce qui fut fait au moyen d'une section commencée avec la scie ordinaire, continuée avec la scie de Key, et terminée avec le ciseau et le maillet. Une production osseuse, profondément située vers le condyle interne de l'humérus, fut de même enlevée. En cherchant à extraire la partie sciée, il fut évident qu'on rompait des adhérences. Les surfaces articulaires laissées en place ayant été examinées furent aussi trouvées dépourvues de leur cartilage ainsi que de la coquille osseuse qui couvre les extrémités diarthrodiales. Le fragment réséqué avait près d'un pouce et demi de longueur. Il ne fallut qu'un degré modéré de force pour amener un degré de flexion un peu au-delà de l'angle droit.

On rapprocha les bords de l'incision par quatre points de suture, de manière à laisser au milieu une libre voie pour l'écoulement du pus. A la fin du second jour, le coude devint douloureux, ce qui fut attribué à ce qu'il n'avait pas de support. On le fit reposer sur une attelle pourvue d'une articulation au niveau du coude. (36 sangsues.)

Pendant deux jours encore, le coude fut rouge, chaud et douloureux; 36 sangsues furent encore appliquées en deux fois. On plaça le membre dans la suspension; le malade s'en trouva très soulagé.

Le quatrième jour, la suppuration coulait par la partie de la plaie laissée béante. (Encore 6 sangsues.)

Le quatorzième jour, on remplaça les cataplasmes par un pansement simple. La suppuration était médiocre.

Au bout de trois semaines, le malade se promenait dans la salle, le bras en écharpe. Il ne sortait plus qu'un peu de pus. On continua pendant trois semaines encore les efforts pour rétablir la mobilité de la jointure; mais chaque essai causait de si vives souffrances qu'on fut obligé de laisser le membre s'ankyloser, dans une position, il est vrai, beaucoup plus favorable à ses usages que ne l'était son attitude primitive.

A la sortie du malade, le 19 décembre, les parties molles avaient repris leur souplesse; la cavité laissée par la résection était comblée par une production osseuse. Le malade pouvait porter sa main à la bouche; il paraissait satisfait de ce changement. Cinq semaines après, il vint de nouveau se faire visiter; le bras avait gagné beaucoup de force.

— Voilà, on l'avouera, un bien mince avantage, chèrement acheté, et qui eût pu l'être beaucoup plus chèrement encore. Le chirurgien, il est vrai, s'était flatté en opérant d'obtenir la restitution des mouvements du coude. Mais cet espoir ne nous semble point assez motivé pour justifier le moyen chanceux qu'on a tenté pour le réaliser. N'est-il pas ordinaire, en effet, de voir l'ankylose succéder aux résections? N'est-ce pas même l'ankylose qu'on se propose pour but lorsqu'on se décide à ces opérations? Comment donc peut-on rationnellement les proposer comme remède à l'ankylose, à une affection d'ailleurs de pure incommodité, qui n'est jamais l'occasion ni d'une douleur, ni d'un danger pour l'individu qui en est porteur?

Le seul résultat obtenu a été une attitude plus propice aux usages du membre. Mais l'amélioration due à ce changement ne nous semble qu'une compensation bien insuffisante aux chances possibles et probables de l'opération. Nous doutons même fort que M. Buck l'eût entreprise, s'il lui eût été possible de prévoir, avant de la tenter, le peu de fruit que son malade devait en retirer.

EMPLOI DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME DANS UN CAS D'EMPOISONNEMENT; SON APPLICATION CHEZ LES ENFANS MORTS-NÉS ET DANS QUELQUES MALADIES; par le docteur PAGE, de Valparaiso.

Le fait dont il est question dans cette occasion est un cas d'empoisonnement par l'opium et dont nous allons reproduire les principales circonstances.

OBS. — T., âgé de 22 ans, d'une forte constitution et atteint d'une blennorrhagie légère, se propose de la couper par quelques doses de cubèbe et entre chez un pharmacien pour demander une once de cubèbe en poudre partagé en deux parties. Il rentre chez lui, prend une des deux doses, se met au lit et prend un livre pour lire suivant son habitude; mais à peine eut-il commencé à lire qu'il fut pris d'un besoin irrésistible de sommeil.

Le lendemain matin, on le trouva la face rouge et fortement tuméfiée, les lèvres couleur de pourpre, la bouche pleine d'écume, la langue sèche et fendue au centre, les dents couvertes d'une couche épaisse de fuliginosités; les veines du front et des tempes distendues, les yeux roulés en haut, injectés, et les pupilles réduites par la contraction à un point seulement; la peau médiocrement chaude et couverte d'une sueur poisseuse; le pouls très lent, assez plein, disparaît sous la moindre pression; la respiration lente, courte et spasmodique. En l'agitant avec force, on obtient de lui quelques expressions incohérentes; puis il retombe dans son sommeil comateux. Aussitôt on administre le sulfate de zinc à dose vomitive; puis de l'eau et de la moutarde, et on obtient d'abondants vomissements; en même temps des sinapismes sont appliqués sur les pieds, la poitrine et l'estomac, et deux onces de sang sont tirées par deux ventouses appliquées sur les tempes; et un liniment de cantharides et de térébenthine est appliqué sur toute la longueur de la colonne épinière et laissé jusqu'à ce que la peau soit rouge et enflammée. Après que l'on eut croiré que les vomissements avaient rejeté toutes les matières contenues dans l'estomac, on suspendit les boissons sinapisées qu'on remplaça par de l'huile d'olive, dont une partie seulement fut conservée, mais le malade ne laissait presque plus d'espoir; la peau était froide et couverte d'une sueur gluante, le pouls à peine perceptible au poignet. L'emploi de l'ammoniaque uni à l'eau-de-vie et mêlé au bouillon et les lavements de térébenthine ne produisent aucun effet, n'amènent aucun signe de réaction; la mort paraissait imminente à quatre heures après-midi. Faute d'autres ressources on eut recours à une batterie électro-magnétique, et aussitôt on obtint des bras et de tout le corps des mouvements convulsifs, mais dont le malade n'avait pas le sentiment. Au moment de l'expérimentation, passant l'une des boules sur la région du cœur et l'autre sur un point correspondant du côté droit, les yeux du malade s'ouvrirent largement, sa figure prit une expression horrible, et en même temps qu'il faisait entendre une espèce de grognement sa tête et son corps étaient lancés convulsivement vers l'expérimentateur, puis il retomba dans sa première position. La même expérience fut répétée jusqu'à quatre fois, mais à la dernière il cria « cessez. » Dès ce moment la réaction était évidente: le cœur présentait de violents battements, le pouls avait pris un subit développement et la peau une douce chaleur. On laissa aussitôt le malade en repos, et le lendemain matin étant très-bien il raconta ce qui lui était arrivé assurant qu'il avait entendu et compris une partie de tout ce qui avait été dit la veille, mais qu'il n'avait pu ni ouvrir les yeux, ni mouvoir même la langue. Le dernier souvenir qu'il eût conservé était celui des efforts qu'on fit vers trois heures pour l'exposer à l'air du dehors. A partir de ce moment, il ne se rappelait plus rien jusqu'à celui où il sentit, comme si on lui eût tiré un coup de fusil dans l'intérieur du corps et qui l'ébranla jusqu'au bout des extrémités.

On dut se demander de quelle nature était la poudre qui avait déterminé des accidents aussi graves, et un accident plus fâcheux arrivé trois semaines environ auparavant à un Français qui, ayant pris dans le même but la même poudre que le malade précédent le soir avant de se coucher, avait été trouvé mourant le lendemain matin, devait mettre sur la voie. La demi-once de poudre que n'avait pas prise le sujet de l'observation précédente fut constatée identique avec celle contenue dans le flacon du pharmacien qui l'avait vendue aux deux victimes, et l'analyse chimique de ces poudres démontra qu'elles contenaient 30 p. 100 d'opium, et que la dose prise par les malades ne renfermait pas moins de 75 grains d'opium, quantité bien suffisante pour donner la mort.

MALADIE DU CŒUR; HYPERTROPHIE AVEC DILATATION DE L'OREILLETTE ET DU VENTRICULE DROITS; HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE; ÉPAISSISSEMENT CARTILAGINEUX DE LA VALVULE MITRALE ET CONTRACTION DES PILIERS MUSCULAIRES QUI S'Y ATTACHENT; OUVERTURE PERMANENTE DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE ET RETOUR DU SANG PAR CET ORIFICE; ÉPAISSISSEMENT DE LA VALVULE TRICUSPIDE; ENDOPÉRICARDITE; APOPLEXIE PULMONAIRE; MORT; AUTOPSIE; SUIVIS DE REMARQUES; par le docteur PENNOCK.

Cette observation qui offre de l'intérêt pour l'étude de la cause du frémissement cataire qui fut entendu, puis disparut, puis revint de nouveau pendant le cours de la longue maladie qui amena la mort du sujet, jeune fille âgée de 8 ans, comprend trop de détails, sous lesquels elle perdrait une partie de sa valeur, pour que nous cherchions à en présenter ici une analyse; nous nous bornerons à dire que l'auteur conclut de l'histoire de cette maladie et des nombreuses considérations qu'il présente à cette occasion que ce bruit anormal (frémissement cataire) était le résultat non de l'insuffisance de la valvule ni du retour du sang par l'orifice mitral, mais de l'engorgement des viscères thoraciques et abdominaux. Cette cause de bruits anormaux a déjà été signalée par plusieurs observateurs et en a imposé quelquefois pour des lésions qu'on ne trouvait pas à l'autopsie.

DE L'EMPLOI DE L'HYDRIODATE D'ARSENIC ET DE MERCURE DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES ET UTÉRINES; par le docteur TAYLOR.

Un médecin irlandais avait recommandé, il y a quelques années, l'usage d'une préparation, dans la composition de laquelle entraient l'iode, l'ar-

senic et le mercure, dans le traitement de quelques-unes de ces affections chroniques de la peau où jusqu'ici les secours de l'art sont restés presque sans efficacité, et dans lesquelles on avait quelquefois obtenu des succès inespérés des préparations arsenicales. C'est cette préparation que l'auteur a employée dans un certain nombre de cas ordinairement rebelles de *lupus*, de *rupia*, de *psoriasis*, d'affections vénériennes secondaires, etc. Les sept observations qu'il rapporte offrent trop peu de détails pour qu'on puisse apprécier exactement toute l'influence qu'a pu avoir dans leur guérison, ou au moins dans la diminution de la plupart des accidens, le traitement employé. Cependant, comme ces maladies résistent trop souvent aux indications les plus communément employées, nous allons indiquer en quoi consiste celle que conseille l'auteur de cette communication et la composition de l'hydriodate d'arseuic et de mercure, dont voici la formule :

Prenez : Arsenic métallique. . . . 30 centigrammes.
Mercure métallique. . . 75
Iode. 250
Alcool. . . . . 4 grammes.

Triturez jusqu'à ce que vous obteniez une masse sèche et d'un rouge pâle; versez eau distillée. . . . . 250 grammes.
Triturez et ajoutez acide hydriodique. . . . 2

Faites bouillir quelques instans, puis filtrez, et si vous ne retrouvez pas tout le poids primitif des substances employées, complétez-le avec de l'eau distillée.

Cette liqueur contient pour 4 grammes :

Eau. . . . . 4 grammes.
Protoxide d'arsenic. . . . 1/8 de grain.
— de mercure. . . 1/4
Iode (converti en acide iodique). 4/5

Le contenu de cette solution est jaune, avec une légère teinte verdâtre ; son goût est fortement styptique. Il ne doit pas être administré avec les préparations opiacées. Voici la formule que recommande le docteur Donovan.

Cap. Liquoris hydriodatis arsenici et hydrarg. . drachmas duas.
Aqua distillata. . . . . uncias tres cum semisse
Sirupici zinziberis. . . . . semunciam.
Misce, divide in quatuor haustus ; sumatur unus mane nocteque.

OBSERVATIONS SUR LE POULS ET LA RESPIRATION; INFLUENCE DES DIFFÉRENTES POSTURES SUR LEUR FRÉQUENCE; par le docteur HARDEN.

Ces observations n'ayant été faites que par l'auteur et sur lui-même, elles ne peuvent avoir une bien grande importance, surtout si on les rapproche de celles du docteur Guy (GAZETTE MÉDICALE, ans 1839 et 1840) qui furent bien plus nombreuses; nous regrettons pourtant que celles du docteur Harden ne soient pas en plus grand nombre et n'aient pas été faites sur d'autres personnes que lui, car il les a faites avec plus de soins et d'attention que tous ceux qui l'avaient précédé, ayant tenu compte, dans le tableau où il les a réunies, de la température, de l'état de l'atmosphère, du régime et des exercices pour chacun des jours pendant lesquels il les a recueillies. Nous nous bornerons à donner la moyenne de ces observations pour les trois postures dans lesquelles elles ont été faites et à trois différentes époques de la journée qui étaient séparées par un intervalle de huit heures. Cette moyenne a été pour sept heures du matin de 64 pulsations et de 13 respirations ; pour trois heures après-midi de 79 pulsations et 15 respirations, et pour onze heures du soir de 62 pulsations et 13 1/2 respirations. Il semble donc résulter de ces moyennes que le pouls est plus lent le soir et la respiration plus lente le matin, et que ces deux fonctions se font avec plus d'activité dans l'après-midi. L'auteur émet l'opinion que cette différence entre la fréquence de ces deux fonctions doit tenir à l'action réunie de la lumière, de la chaleur, de l'alimentation et de l'exercice; mais il reconnaît que pour décider la part que chacune de ces circonstances prend à cette différence, il est besoin d'observations plus nombreuses que celles qu'il a recueillies sur lui-même.

OBSERVATION DE LUXATION DE LA ROTULE SUR SON AXE; par le docteur GAZZAM.

L'auteur accompagne son observation de cette remarque : « Les médecins sans expérience pourront trouver que j'attache trop d'importance à ce fait; mais je n'ai pas à craindre que ceux qui ont rencontré dans leur pratique un cas semblable jugent celui-ci dépourvu d'intérêt. » Le récit suivant est éminemment propre à justifier cette réflexion.

OBS. — James, âgé de 21 ans, étant occupé à lutter, le 10 septembre 1842, à sept heures du soir, fut renversé et devint immédiatement incapable de se relever.

En le voyant une heure après l'accident, dit M. Gazzam, je trouvai la rotule droite luxée sur son axe, c'est-à-dire présentant sa face postérieure en dehors, l'antérieure en dedans, le bord interne reposant dans le sillon intercondylien du fémur.

Je m'efforçai de replacer l'os en pressant sur ses bords en sens inverse, la cuisse étant pliée sur le bassin et la jambe dans l'extension; mais je ne pus réussir, malgré des essais réitérés.

Vers minuit, des tentatives de réduction ayant été de nouveau faites inutilement, le docteur Addison et moi nous jugeâmes qu'il y aurait avantage à couper le ligament rotulien, *pour diminuer la tension de la jointure*. Un bistouri à lame étroite, introduit sous la peau, le divisa près de son insertion au tibia. La réduction, tentée derechef après cette opération, ne put encore être obtenue. La rotule se laissait mouvoir sur ses bords plus facilement qu'auparavant, mais elle demeurait fixée dans sa position vicieuse.

D'après l'avis du docteur Speer, appelé en consultation, le patient fut saigné, étant debout, jusqu'à imminence de syncope. On renouvela alors les efforts; mais, quoique mobile sur ses bords, l'os ne put être délogé du creux où il reposait. On accorda au malade quelques heures de relâche.

Le 11, à huit heures du matin, il fut résolu, en consultation, d'appliquer, avec quelques modifications, le plan de traitement de M. Watson. Ceci fut exécuté de la manière suivante : la cuisse fut fortement fléchie sur le bassin et le talon maintenu élevé. Alors, on plia résolument et avec force la jambe sur la cuisse; puis tout à coup on la reporta dans l'extension. Pendant ce dernier mouvement, je pressais très fortement de dehors en dedans contre la partie inférieure de la rotule avec la tête d'une clef bien matelassée, tandis que M. Addison, avec ses deux pouces, cherchait à refouler la partie supérieure de l'os vers le condyle externe. A la quatrième reprise, cette manœuvre réussit; l'os fut chassé dans sa place avec un bruit. Une attelle rembourrée fut mise derrière le genou et assujettie par un bandage. On tint le blessé en repos, et on appliqua sur le genou une lotion évaporante. La cure ne fut traversée par aucun accident : et ce jeune homme a maintenant l'exercice parfait de son membre.

— Quoique les traitemens les plus divers aient été successivement essayés, aucune leçon nouvelle ne ressort, sous ce point de vue, de l'observation précédente ; car l'insuccès de la première méthode employée était aussi facile à prévoir que la réussite de la seconde. L'une et l'autre ont déjà leur place assignée de par l'expérience dans l'histoire de l'art. Déjà, dans un cas pareil, M. Wolff avait inutilement pratiqué la section du tendon du triceps et du ligament rotulien. (V. Journ. hebd., 1829, p. 89.) Déjà aussi, et par opposition, M. Coze avait obtenu la réduction d'une luxation semblable, par un procédé analogue à celui qui a été ici couronné de succès, c'est-à-dire par la flexion brusque de la jambe. (V. MÉM. DE LA SOC. D'ÉMUL., t. IX, p. 517.)

Mais s'il n'apprend rien de nouveau en fait de méthodes de traitement, le cas de M. Gazzam éclaire du moins sur le mécanisme de l'une d'elles : je veux parler de celle qui consiste à fléchir brusquement la jambe sur la cuisse. Il n'est pas aisé de comprendre comment ce mouvement peut déterminer la réduction. On a supposé qu'il agit en dégageant l'angle de la rotule du creux sus-condylien du fémur où la cause luxante l'avait comme enclavé. Le fait précédent semble démentir cette explication; car si la jambe, en se fléchissant, attire en bas la rotule, comme on l'a supposé, ce doit être évidemment par l'intermédiaire du ligament rotulien. Or, ici ce ligament avait été coupé la veille. — Pour prêter aide à la doctrine que nous rappelons, on pourrait cependant invoquer encore les quelques fibres ligamenteuses qui, de la rotule, vont au tibia. Celles-ci persistaient, il est vrai; mais, soit à cause de leur obliquité, soit par leur peu de force, elles nous paraissent peu capables de suppléer le ligament rotulien dans l'office que la théorie précitée lui attribue.

OBSERVATION D'UN CAS DE CONVULSIONS DE SALAAM, SUIVIE DE REMARQUES; par le docteur BENNETT.

La maladie dont il est question sous ce titre nous paraît se rapprocher des convulsions désignées par quelques auteurs sous les noms de *hieronosus* ou *morbus sacer*, et n'a offert d'intérêt qu'à cause de l'opiniâtreté avec laquelle elle a résisté aux divers moyens employés.

OBS. — Le sujet de cette observation, qui était le fils de l'auteur lui-même, jeune enfant de 6 ans, bien fort et bien portant, était frappé tout à coup, au milieu de ses jeux, d'une paralysie complète de la jambe droite, sans perte de sensibilité, et qui cessait au bout de quelques minutes. Ces accès revenaient à des intervalles très irréguliers, depuis quelques jours seulement jusqu'à trois et quatre semaines, et au commencement n'étaient point accompagnés de convulsions; mais il en survint ensuite quelques-unes vers la fin des accès; puis le bras droit offrit les mêmes accidens; puis tous les membres et la tête y prirent part, et étaient agités, pendant deux ou trois minutes, de spasmes très violens, pendant lesquels la connaissance restait entière. Les accidens se rapprochèrent et devinrent presque si continus que l'enfant était dans un état de paralysie à peu près permanent, offrant seulement des paroxysmes qui revenaient le jour et la nuit, même pendant le sommeil, et qui réveillaient le petit malade et s'accompagnaient de vives douleurs. Parmi les divers moyens qui furent employés, le vésicatoire

seul fut utile. Un premier, qui avait été appliqué dans les premiers temps de la maladie, de l'occiput aux reins, ayant été suspendu pendant quelque temps, et tous les autres moyens ayant échoué et les accidens augmentant continuellement, on appliqua deux vésicatoires sur le trajet de l'épine et longs chacun de 12 pouces. Au bout de huit jours, tous les accidens avaient disparu et ne sont plus revenus. L'opium à haute dose avait procuré un soulagement, mais très momentané; et le père ayant donné 1/20 de gramme de strychnine vit un accès de tétanos complet se développer avec tant d'énergie et de si vives douleurs pour l'enfant, qu'il eut des craintes très graves sur son existence, et n'osa plus essayer l'emploi de ce moyen, appelé héroïque dans le traitement de la chorée.

INCONTINENCE D'URINE TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE NITRATE DE POTASSE; par le docteur YOUNG.

Nous transmettons, sans critique ni commentaires, les faits suivans à nos lecteurs, qui auront facilement l'occasion de s'assurer de leur exactitude.

OBS. — Une dame, âgée de 50 ans, à laquelle l'auteur donnait des soins accidentellement, en place d'un confrère, et qui était atteinte d'une incontinence d'urine qui avait déjà résisté à tous les moyens employés, et même à la teinture de cantharides saturée, et à doses élevées, fut prise d'un rhume vers le déclin duquel il lui prescrivit des poudres de 10 grains de nitrate de potasse, à prendre toutes les trois heures. Le surlendemain, il fut très étonné de ne plus trouver de traces, non seulement du catarre, mais de l'incontinence, qui depuis n'est pas revenue.

Depuis cette époque, j'ai seulement rencontré dans ma pratique, dit l'auteur, cinq cas d'incontinence d'urine, dont trois chez des femmes et deux chez des hommes. Dans ces cinq cas, la première et la seule prescription que je fis fut 10 grains de nitrate de potasse pulvérisé, à prendre toutes les trois ou quatre heures dans une infusion de graine de lin; et, dans les cinq cas, la guérison a été obtenue vingt-quatre heures après le commencement du traitement.

Supposant que le même moyen, continue l'auteur, pourrait servir également dans l'incontinence congéniale et chez les enfans qui, à 5 ans et au-delà mouillent leur lit, je l'ai essayé dans un cas et avec un succès complet. L'enfant, âgé de 9 à 10 ans, et qui n'avait jamais manqué de mouiller son lit une ou plusieurs fois par semaine, prit d'abord 10 grains de nitre trois fois par jour pendant une semaine, et pendant ce temps il échappa complètement à son incommodité. Alors, je lui ordonnai de continuer les poudres quatre jours par semaine, ce qu'il fit pendant cinq semaines. Puis, n'ayant plus éprouvé d'accidens, il discontinua tout traitement, et il n'ent pas de rechute pendant tout le temps que je le suivis depuis, c'est-à-dire pendant plus d'une année.

L'auteur se demande si, dans ces cas, le mode d'action n'a pas tenu à ce que le nitre, augmentant les propriétés irritantes de l'urine, l'aurait rendue plus stimulante pour la vessie et les sphincters. S'il en est ainsi, d'autres préparations de potasse et de soude pourraient remplacer le nitrate dans les cas où on ne pourrait employer ce dernier.

FIÈVRE CONGESTIVE QUE L'ON OBSERVE DANS L'ÉTAT D'INDIANA; SES CARACTÈRES, SES SYMPTÔMES ET SON TRAITEMENT; par le docteur PARRY.

Sous ce nom, l'auteur désigne une fièvre pernicieuse à forme cholérique, et qui est d'une telle gravité que, parmi les cas abandonnés à eux-mêmes, la mortalité est de trois sur quatre, tandis que pour celles qui sont traitées d'une manière convenable, elle n'est que de 1 sur 8. Cette fièvre règne à la fin de l'été et pendant l'automne, en même temps que les autres fièvres d'automne. On l'observe ordinairement dans les localités basses et près des rivières. Elle affecte exclusivement les adultes et ne dure que six à dix jours, et même trois et quatre jours, quand elle se termine par la mort, qui arrive presque toujours au second ou au troisième paroxisme, mais jamais au premier. Ce paroxisme même est tellement peu prononcé que souvent il passe inaperçu; mais il n'en est pas de même du second, qui débute, au bout de 24 ou de 48 heures, par un stade de froid de trois ou quatre heures, et qui se termine souvent par la mort. C'est pendant ce stade qu'apparaissent des symptômes d'irritation intestinale extrêmement intenses, des vomissemens et des selles presque continuelles, souvent mêlées de sang, mais non de bile; si le froid persiste au-delà de deux, de trois ou de quatre heures, le pouls s'affaiblit, disparaît, et le malade meurt en se plaignant de la soif et de l'ardeur qui le dévorent.

Le sulfate de quinine est nécessairement le remède par excellence; mais les symptômes locaux sont tellement graves que l'auteur demande qu'on administre, aussitôt que le second paroxisme est terminé, outre le spécifique antiparoxistique, d'autres moyens qui répondent aux autres indications, qui sont d'arrêter les selles liquides, de diminuer les dispositions aux vomissemens et de rétablir le cours des sécrétions muqueuses, qui a été supprimé. Il prescrit donc les pilules suivantes, données à des époques aussi rapprochées que l'exige le cas.

Prenez : Sulfate de quinine	15	centigrammes.
Pilules bleues	7	
Sulfate de morphine	1	
Camphre pulv.	5	

Pour une pilule.

DE LA STAPHYLORAPHIE; par M. PANCOAST.

A mesure qu'une opération entre dans la pratique vulgaire, son manuel instrumental se simplifie. Or, chaque simplification étant un progrès, il importe de les enregistrer au profit de ceux qui placent encore l'art ailleurs que dans le laboratoire d'un coutelier. L'histoire de la staphyloraphie justifie ces réflexions. Quelle différence entre cette opération telle qu'elle était décrite pour la première fois par Græfe, par exemple, et telle qu'on l'exécute aujourd'hui! Quel bizarre et embarrassant arsenal remplacé par un petit nombre d'instrumens usuels! M. Pancoast, qui a fait plusieurs fois avec succès cette opération, nous paraît avoir introduit quelques heureux changemens de cette espèce dans son manuel opératoire.

Le chirurgien de Philadelphie ne fait pas précéder l'excision des bords par le placement des aiguilles. Ces fils, laissés à demeure, gênent l'opérateur autant que l'opéré. Il rafraîchit donc, en premier lieu, chaque bord avec un couteau de Wenzel; puis, après avoir fait rincer la bouche du malade avec une solution alumineuse, il passe à l'introduction des aiguilles. C'est, dans ce second temps, principalement que sa pratique est intéressante à connaître.

M. Pancoast fait pénétrer les aiguilles d'avant en arrière. Il n'emploie aucun instrument pour fixer et tendre le voile. Il a seulement le soin de maintenir toujours les aiguilles dans une direction perpendiculaire à celle de la membrane qu'elles doivent traverser. Or, comme ces aiguilles sont courbes, il s'y prend, pour remplir cette condition, de la manière suivante. Soit, par exemple, une aiguille à passer dans le bord gauche de la division palatine, il la saisit avec la pince à artère de Physick, et la présente en tenant le manche de la pince situé près de la commissure labiale droite. A mesure que l'aiguille perce le voile, il ramène le manche de la pince vers la commissure gauche. Ainsi, dans le trajet qu'elle parcourt, l'aiguille chasse toujours directement devant elle la partie qu'elle doit percer; et il n'y a aucun besoin de maintenir celle-ci tendue, à l'aide d'instrumens spéciaux. Ce mécanisme étant bien compris, nous pouvons décrire le troisième temps de la manœuvre, le placement des fils.

Quand on a proposé d'introduire les aiguilles d'avant en arrière, on n'a pas dit comment les fils ayant été amenés derrière le bord gauche de la scissure, on parvient à les retirer à travers le bord droit, tout en piquant celui-ci d'avant en arrière, comme l'autre. Quoique cette légère omission puisse être aisément réparée par un chirurgien intelligent, nous avons vu plusieurs élèves arrêtés par la difficulté de comprendre comment on pouvait accomplir une pareille manœuvre. On sera donc satisfait de trouver dans le travail de M. Pancoast l'indication plus détaillée de la manière dont on exécute ce temps délicat de l'opération. Ayez six aiguilles courbes, dont trois enfilées d'un gros fil de soie, et trois autres d'un fil plus mince. Traversez d'abord d'avant en arrière le bord gauche de la fente palatine avec une des aiguilles portant un gros fil. Une fois que le voile est perforé, dégagez l'aiguille en laissant le fil auquel on doit avoir conservé une certaine longueur. Alors, percez le bord droit de la fente, à la même hauteur, et aussi *d'avant en arrière*, avec une des aiguilles munies d'un fil délié. Dès qu'elle a traversé, retirez-la, vous avez alors derrière le voile palatin deux chefs appartenant chacun à un fil de volume différent. Nouez-les ensemble, et aplatissez ensuite ce nœud en le serrant entre les mors d'une pince à pansement. Il ne reste plus alors qu'à tirer d'arrière en avant sur le chef du fil mince, qui pendait hors de la bouche : ou a soin de presser avec le bout du doigt indicateur sur le voile du palais, au moment où le nœud va le traverser. De cette manière le fil épais est placé; on termine en nouant ses deux extrémités pour rapprocher les bords de la fente palatine. On place de la même façon, selon les besoins, un, deux ou trois autres points de suture.

Ce mécanisme, comme on le voit, n'a rien que de très simple. Mais ceux qui savent de combien de mécomptes l'interprétation de préceptes, même beaucoup plus clairs peut devenir la source nous pardonneront d'avoir transcrit cette description avec quelque détail.

ARAIGNÉES SORTIES DE L'ŒIL; MONOMANIE HYSTÉRIQUE; par M. LOPEZ.

Le fait suivant prête à des interprétations fort diverses. Nous ne donnerons ici de ses circonstances que celles qu'il est nécessaire de connaître pour adopter telle ou telle explication.

OBS. — Une jeune femme, étant dans son lit à causer, sentit tout à coup

quelque chose tomber du plafond de la chambre sur sa joue gauche. Elle y porta la main pour l'enlever, supposant que c'était une araignée, dont son appartement était infecté. Dans la nuit suivante, elle ressentit une vive douleur dans l'œil du même côté. Le matin, il était rouge, enflammé, et en se frottant les paupières elle en fit sortir deux fragmens qui furent reconnus pour être des parties d'une araignée. Elle en conçut une vive frayeur ; l'inflammation persista. Quatre jours après, une araignée entière, moins deux pattes, fut extraite de l'œil. Trois autres insectes semblables sortirent encore en peu de temps. M. Lopez, qui visita quotidiennement cette dame pendant une quinzaine de jours, retira chaque fois du même œil une araignée entière ou mutilée. Au bout de ce temps, les deux yeux en fournirent également. De la toile d'araignée fut aussi trouvée entre les paupières. Bref, depuis le 29 janvier, jour de l'accident, jusqu'au 14 mai où l'œil fut guéri, on compta près de quarante ou cinquante araignées enlevées en totalité ou par morceaux de l'un ou l'autre œil. Dans l'intervalle, les parties malades furent examinées, à mainte reprise, par le médecin, avec le plus grand soin ; les paupières furent renversées, des injections faites dans le repli de la conjonctive, les narines explorées à la lumière solaire et artificielle ; jamais on ne put découvrir le moindre vestige de corps étranger. Une fois, le 20 mars, on fit l'extraction d'un petit sac renfermant des œufs. Les araignées, examinées au microscope, furent reconnues appartenir à trois espèces différentes de l'ordre des arachnides.

Un médecin auquel cette observation fut soumise, M. Meddler, pense qu'il était réellement tombé dans l'œil une araignée de l'espèce des araignées de bois. Dans cette espèce, dit-il, la femelle porte ses petits tout formés dans une poche attachée à la queue. Vraisemblablement, au moment de l'accident, les frictions exercées par la malade auront détaché ce sac, et les petits animaux seront entrés les uns entre les paupières, les autres dans les narines, d'où ils auront ensuite remonté peu à peu par les voies lacrymales jusqu'à l'œil.

M. Lopez n'admet pas cette version. Il fonde ses doutes sur le soin avec lequel il a examiné l'œil à plusieurs reprises, sans jamais y découvrir aucun objet suspect. D'après lui, les fragmens d'abord extraits ainsi que la première ou même peut-être les deux premières araignées étaient bien en réalité tombés accidentellement dans l'œil. Mais ensuite la malade, d'un tempérament très nerveux, frappée d'une terreur extraordinaire, sera arrivée par degrés à un véritable état d'aberration mentale. Ainsi disposée, on admettra facilement, continue M. Lopez, qu'elle ait pu se mettre elle-même des araignées dans l'œil. C'est un acte bizarre, inconcevable même si l'on veut ; mais, après tout, il n'aurait rien de plus surprenant que ces perversions si variées des facultés qui portent telle personne à avaler de la terre, telle autre à s'introduire des aiguilles ou des épingles dans diverses parties du corps.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AVRIL.

ORGANE ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE.

M. JOBERT DE LAMBALLE lit un mémoire intitulé : RECHERCHES ANATOMIQUES SUR L'ORGANE ÉLECTRIQUE DE LA TORPILLE. Après un historique étendu des travaux faits sur ce sujet et une description générale de l'appareil électrique de la torpille, M. Jobert décrit de la manière suivante la structure de cet appareil.

Membrane recouvrant l'appareil. La membrane qui recouvre l'appareil et que M. Jobert appelle séro-albuginée, à cause de sa structure, et prismagénique à cause des fonctions qu'il lui suppose, est une des parties les plus importantes à considérer dans l'étude de l'appareil électrique de la torpille. Il n'y a point de tissu cellulaire entre elle et la substance qui constitue l'organe ; elle tient à lui par ses dispositions anatomiques naturelles, par une saillie admise dans une cavité. On voit à la face interne un grand nombre de cellules polygonales dont les arêtes forment des reliefs peu saillans. Si l'on examine avec soin le fond de chaque loge polygonale, on voit qu'il est villeux et chargé d'une substance albumineuse et visqueuse. Cette membrane est composée de deux portions distinctes, une dorsale et une ventrale ; c'est dans l'espace compris entre elles qu'est située la substance de l'appareil électrique.

Organe électrique. Au-dessous de la membrane propre de l'appareil électrique, on aperçoit une substance blanchâtre, molle, presque pulpeuse et dont l'aspect reproduit cette série d'aréoles polygonales dont l'empreinte ou mieux l'image était fixée à la face inférieure de la membrane de recouvrement. Tout l'espace compris entre les membranes inférieure et supérieure est occupé par une masse d'apparence homogène ; elle est formée par la réunion d'un grand nombre de petites colonnes prismatiques solides. Ces colonnes sont simplement accolées, et si l'on excepte les gros troncs nerveux et leurs ramifications déliées, il n'existe entre elles ni tissu cellulaire, ni filament tendineux ou aponévrotique, ni vaisseaux sanguins, ni liquide gélatineux ou muqueux épanché dans leur intervalle. Ces petits corps sont maintenus les uns contre les autres à l'aide de leur pression latérale réciproque, etc. Cette masse blanchâtre étant ellipsoïde, son plus grand diamètre parallèle à l'axe du corps de l'animal et convexe sur les deux faces, il en résulte que la hauteur des colonnes prismatiques qui la composent est variable, que leur maximum est au centre et leur minimum aux extrémités périphériques. Ces colonnes prismatiques solides, que l'on avait considérées jusqu'ici comme des colonnes creuses remplies d'un liquide particulier, sont constituées par des granulations égales entre elles et superposées de manière à simuler au premier coup-d'œil une colonne d'une seule pièce. Les colonnes centrales contiennent environ dix à douze de ces granulations qui n'ont pas plus que les prismes de membrane ou d'enveloppe particulière. Elles sont pleines et solides et ne contiennent aucun liquide. Il n'existe aucun liquide épanché, soit entre les prismes soit entre les granulations qui les composent. Toute la masse a seulement un degré plus ou moins grand d'humidité qui semble n'être là qu'un phénomène d'endosmose et d'exosmose général. On n'aperçoit dans l'appareil électrique aucune trace de vaisseaux sanguins.

Les seules parties qui s'y divisent et s'y ramifient sont les nerfs qui en constituent la trame, le squelette, et dans les divisions infinies duquel sont suspendues les granulations.

Après avoir examiné tout ce qui a trait à l'origine des nerfs, aux lobes cérébraux d'où ils émanent, à leur marche dans l'appareil, etc., M. Jobert aborde la distribution ultime de ces nerfs et leurs fonctions. Il expose d'une manière très détaillée la disposition qu'affectent les nerfs dans cet appareil, disposition bien différente de celle qu'ont indiquée tous les auteurs. D'après cette disposition, il est évident que les nerfs ne se perdent pas dans l'organe ni dans une substance gélatineuse ou albumineuse. Il est surtout certain que la base élémentaire de l'organe n'est pas constituée par une vésicule pleine d'un liquide alcalin, à la surface de laquelle rampent un vaisseau sanguin et une division nerveuse ; car l'observation n'a pu démontrer l'existence de rien d'analogue. Les nerfs dans l'appareil électrique de la torpille n'ont point, à proprement parler, de terminaison ; ils forment un cercle dont les anses périphériques extrêmes se chargent de ramener au tronc primitif le courant qui les a parcourues et qui retourne à son origine. Les faits anatomiques sont une des preuves les plus confirmatives des idées émises par MM. Prévost et Dumas. La granulation albumineuse joue ici le rôle de la fibre élémentaire des muscles.

L'existence des vaisseaux, telle qu'elle a été indiquée par tous les auteurs, lui a paru tout à fait hypothétique.

Pour M. Jobert, l'appareil électrique de la torpille ne ressemble à aucun de ceux de nature à peu près analogue existant chez d'autres animaux. L'absence des vaisseaux sanguins décrits par les auteurs, nous a conduits, ajoute-t-il, à affirmer que la quantité d'électricité produite n'est pas proportionnelle à l'activité de la circulation. En examinant au contraire le volume de la moelle, des branches qui en partent et des nerfs qui se distribuent dans l'appareil, il nous semble que si une loi peut être formulée dans ce cas particulier, c'est celle qui consiste à établir un rapport direct entre la quantité d'électricité produite et le développement si remarquable du système nerveux.

Le mode de terminaison des extrémités nerveuses doit faire abandonner d'une manière absolue les opinions basées sur les recherches d'après lesquelles les nerfs se perdraient dans la masse des corps prismatiques. Il ressort enfin des faits anatomiques contenus dans ce travail que de toutes ces théories électriques la seule qui puisse être appliquée à l'appareil de la torpille, c'est la théorie des courants telle que l'ont formulée MM. Nobili et Ampère.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. J. GUÉRIN lit une note intitulée : COURTE RÉPONSE A QUELQUES ATTAQUES CONTRE LA MYOTOMIE RACHIDIENNE. L'Académie a pu apprécier jusqu'ici la réserve et la sobriété de mes réponses aux attaques qui lui ont été adressées contre ma personne et mes travaux. Cette discrétion, commandée par mon respect pour elle et ma haute confiance dans ses lumières, est devenue un encouragement à un système de persécution contre lequel je ne puis plus me dispenser de protester. Les témoignages d'estime dont l'Académie m'a honoré à plusieurs reprises m'en feraient un devoir, si je n'y étais d'ailleurs invinciblement porté par le besoin de défendre ma considération et mes travaux.

Parmi les attaques dont j'ai été le plus récemment l'objet, se trouvent un mémoire sur la myotomie rachidienne, présenté le 15 de ce mois, et une lettre sur le même sujet, lue à la dernière séance. Je réponds à ces deux pièces à la fois, parce qu'elles ont plus d'un point de contact, ainsi que l'Académie pourra s'en convaincre.

L'auteur du mémoire affirme que sur 24 sujets que j'ai traités par la myotomie rachidienne, il n'a pas pu découvrir une seule guérison complète. Il en induit que la myotomie rachidienne est scientifiquement sans valeur, qu'elle n'est d'aucune utilité pratique, qu'elle est susceptible, au contraire, d'inconvéniens graves ; et il présente le résultat de son enquête comme en opposition avec les faits que j'ai annoncés. Voici comment l'auteur du mémoire a procédé pour arriver à ces conclusions :

Dans un relevé numérique de mon service à l'Hôpital des Enfans, j'avais, sur 155 cas de déviation de l'épine (1), indiqué 24 guérisons, 38 améliorations, 4 non améliorations, 1 mort et 98 cas dont le résultat n'était pas précisé, parce que le traitement n'était pas achevé ou n'avait pas été continué. Toutes ces indications n'étaient données qu'en *chiffres*. L'auteur du mémoire, étant parvenu à se procurer les adresses d'un certain nombre de mes malades, est allé les visiter ou les a fait visiter. Il a ainsi réuni 24 cas sur 155, sans savoir à laquelle de mes catégories, *guérisons, améliorations, non améliorations, traitemens interrompus*, ces 24 cas se rapportaient. Au contraire, il est prouvé aujourd'hui que la plupart des malades cités par l'auteur du mémoire appartiennent aux 98 cas indéterminés, c'est-à-dire la catégorie des traitemens interrompus ou non achevés, et que plusieurs même n'ont pas subi d'opération. En procédant comme il l'a fait, ce n'est pas 24 non guérisons que l'auteur du mémoire aurait pu rencontrer, mais 131, puisque le relevé, sur le nombre de 155 malades, ne mentionne que 24 guérisons.

Mais ce n'est pas tout. Pour juger du degré d'efficacité de la myotomie, l'au-

(1) Et non sur 57, comme M. Malgaigne l'a dit et fait répéter partout.

teur du mémoire aurait eu besoin de connaître l'état des malades avant leur entrée en traitement et à leur sortie. r, Oil n'a eu aucun renseignement de ce genre; mes collaborateurs ni moi n'avons rien publié à cet égard. On a suppléé à ce point de départ indispensable par des oui-dire, par des questions adressées aux parens, aux concierges, aux voisins, et on a su faire un choix dans les réponses.

La manière d'explorer les malades a été digne de la méthode statistique et des renseignemens sur lesquels on a opéré. Dans bon nombre de cas, on n'a point examiné les sujets; ce sont pour la plupart des jeunes filles qui n'ont pas voulu s'y prêter. On a jugé leur état à distance et par-dessus les vêtemens. Dans d'autres cas, on ne s'est même pas donné cette peine; on s'en est rapporté à des tiers, ou même on s'est dispensé de tout renseignement.

Pour donner une idée de la manière dont l'auteur du mémoire a procédé, et de la confiance que peuvent mériter ses assertions, je me bornerai à citer les deux faits qui suivent :

Premier fait. Il rapporte parmi les cas de non-guérison sur lesquels, dit-il, il a eu des renseignemens *authentiques*, une certaine *Célina Lefèvre*. Or, cette jeune fille a été transférée de l'Hôpital des Enfans, où elle avait été prise d'une fièvre typhoïde pendant son traitement orthopédique, à l'hôpital Necker, où elle est morte après quelques semaines de maladie. Cependant l'auteur du mémoire affirme qu'elle est toujours bossue, que M. Bouvier l'a vue, que la Société de chirurgie a constaté la réalité et l'authenticité du fait.

Deuxième fait. Voulant donner une idée des accidens auxquels expose la myotomie rachidienne, l'auteur du mémoire cite une nommée *Pauline Dumont*, comme ayant contracté depuis sa sortie de l'hôpital, une claudication grave qui n'existait pas, dit-il, auparavant. Eh bien! cette jeune fille est entrée à l'hôpital avec une déviation de l'épine et une *luxation d'un des fémurs*, datant de la naissance. Cependant l'auteur de cette assertion s'est occupé spécialement des luxations; il dit s'y connaître. On jugera de la manière dont il a examiné la malade, et surtout de la facilité avec laquelle il a imputé une chose aussi grave à la myotomie rachidienne et à son auteur.

Enfin l'auteur du mémoire a une manière d'apprécier les résultats de la myotomie qui bouleverse complètement les idées et la langue chirurgicales à l'endroit de ce qu'on était convenu d'appeler améliorations, succès, guérisons. Ce qui n'est pas amélioré est un revers grave; ce qui n'est qu'amélioré est un insuccès, et ce qui est une véritable guérison n'est pour lui qu'une amélioration.

L'Académie comprendra aisément comment et pourquoi l'auteur du mémoire a, sur ce sujet, des idées si différentes de celles de tout le monde. Il ne s'était jamais occupé de la matière; il ne sait de myotomie rachidienne que ce qu'il en a appris par l'enquête à laquelle il s'est livré sur mes malades. D'ailleurs, l'Académie ne l'ignore peut-être pas, cette enquête n'a pas été faite précisément dans un but scientifique; elle n'a pas été faite absolument non plus dans la vue de constater le mérite et les succès de ma méthode.

Je n'ai que peu de choses à dire sur la lettre lue dans la dernière séance. Elle a pour auteur un ex-employé de l'établissement de la Muette. Occupé chez moi pendant trois ans comme traducteur ou professeur de langues, absent pendant la quatrième année, chargé, pendant les dix-huit derniers mois seulement, de la surveillance purement disciplinaire de la division des garçons, l'auteur de la lettre n'a jamais rempli, dans mon établissement, aucune fonction médicale; il n'est intervenu dans aucune opération; il n'a pris et n'a pu prendre aucune note, ni sur l'état des sujets à leur entrée ou à leur sortie, ni sur les suites ou les effets de la myotomie, ni sur quoi que ce soit qui eût trait à la science et à l'art orthopédiques. Depuis huit ans, mon honorable confrère et ami, M. le docteur Kuhn, a seul rempli ces fonctions. L'Académie comprendrait difficilement comment, dans les circonstances où il était placé, l'ex-employé de l'établissement de la Muette aurait pu trouver matière et occasion à la lettre qu'il lui a adressée, si je n'ajoutais que j'ai été obligé, il y a cinq semaines environ, de le congédier sans aucun délai. Il a annoncé, en quittant la Muette, qu'il se vengerait de moi par toutes sortes de moyens : on a vu qu'il a tenu parfaitement sa parole (1).

Que l'Académie me permette, en terminant, de lui rappeler qu'en 1837, sur le rapport d'une commission composée de sept de ses membres les plus éminens, et après soixante-trois séances de discussions et d'expérimentations contradictoires, elle adjugeait à l'auteur de cette note le grand prix de chirurgie pour ses recherches sur les difformités (2). Qu'a-t-il fallu pour qu'on s'efforçât de jeter la déconsidération sur des travaux et sur un homme que l'Académie avait si fort honorés? Qu'il continuât son œuvre avec la même persévérance, la même activité, et, il ose ajouter, avec le même succès. Il n'a pas, il est vrai, pour asseoir l'autorité de ses derniers travaux, la sanction éclatante donnée par l'Académie à ses premiers. Qu'on attende cependant. Une commission composée de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, choisis parmi les membres des Académies des sciences et de médecine, a été chargée, sur ma demande, d'examiner toutes mes méthodes, tous mes procédés et opérations, y compris la myotomie rachidienne. Le rapport de cette nouvelle commission, nous en avons l'espoir, pourvoira à tous les besoins, résoudra toutes les difficultés en litige, dissipera toutes les incertitudes. De notre côté, nous ne négligerons rien pour qu'il complète l'œuvre de consécration et de conviction commencée en 1837 par le rapport de l'Académie des sciences.

COLORATION DU CHYLE PAR LA GARANCE.

M. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, transmet à l'Académie le résultat de quelques expériences qu'il a faites sur la coloration du chyle par la garance. On sait que les physiologistes ont émis à ce sujet des assertions contradictoires, les uns en disant avoir vu les matières colorantes introduites avec les alimens passer dans ce chyle au moyen de l'absorption et communiquer à ce liquide la couleur qui leur est propre; d'autres déclarant n'avoir pas observé ce résultat. Les essais que M. Bouisson a entrepris à cet égard l'ont convaincu que tantôt le chyle était chargé de matière coloradte et que tantôt il en était dépourvu, suivant la manière dont l'expérience avait été dirigée.

Voici ces expériences :

Exp. I. — Deux lapins, soumis à une abstinence préalable, furent alimentés avec du son dans lequel une assez forte proportion de poudre de garance avait été incorporée. L'aliment coloré fut laissé à leur disposition pendant trois heures. Ils furent ensuite tués pendant qu'ils étaient en pleine digestion. Les lymphatiques du mésentère, les ganglions de la même région et le canal thoracique étaient remplis de chyle légèrement opalin, où l'on n'apercevait aucune trace de la couleur particulière de la garance. Mais le sérum du sang était manifestement coloré par cette substance.

Exp. II. — Deux autres lapins furent soumis au même régime; mais l'aliment fut laissé plus longtemps à leur disposition, et ils ne furent sacrifiés que le lendemain du jour où ils avaient commencé à prendre de la garance. Le chyle n'était pas encore coloré; mais le sérum du sang l'était avec évidence et la teinte rouge s'observait en outre dans quelques liquides secrétés et spécialement dans l'urine.

Exp. III. — Deux lapins furent alimentés par du son mélangé avec de la garance en poudre pendant dix jours; ils furent ensuite soumis à deux jours d'abstinence complète, afin de n'avoir à examiner que de la lymphe dans le canal thoracique. Les animaux furent alors sacrifiés; la coloration rouge de la garance imprégnait la plupart des liquides, et elle était particulièrement sensible dans la lymphe recueillie dans le canal thoracique.

Exp. IV. — Deux lapins furent soumis au régime de la garance jusqu'à saturation et furent nourris ainsi, l'un pendant dix jours, l'autre pendant quinze. Après ce laps de temps, ils furent tués pendant la digestion. Chez tous les deux le chyle du canal thoracique présentait la couleur rouge de la garance d'une manière moins prononcée que la lymphe obtenue dans l'expérience précédente, mais assez caractérisée pour qu'on ne pût la méconnaître. La plupart des liquides étaient rouges, ainsi que le tissu osseux.

Ces expériences amènent à conclure : que la matière colorante de la garance est absorbée par le système veineux et par conséquent ne colore pas directement le chyle; mais que lorsque l'alimentation est assez prolongée pour qu'il y ait diffusion du principe colorant dans l'organisme, la lymphe s'en charge comme les autres liquides et transmet au chyle cette coloration en se mélangeant avec lui. D'où il résulte que la coloration du chyle est subordonnée au temps depuis lequel dure l'administration des alimens colorés. Les premiers jours, le chyle conserve la couleur ordinaire; plus tard il présente celle des substances qui ont servi à l'expérimentation.

SPERMATOZOAIRES DE L'HOMME.

M. Pouchet adresse une note supplémentaire à son mémoire sur l'ovulation spontanée et périodique des mammifères.

Cette note a pour objet d'éclaircir l'histoire des spermatozoaires de l'homme et de divers animaux. D'après ce naturaliste la plupart des micrographes n'ont donné que des figure fort imparfaites des zoospermes de l'homme. Suivant lui, ils sont lancéolés et terminés en avant par une extrémité pointue.

A l'exemple de quelques naturalistes allemands, M. Pouchet considère ces animalcules comme possédant une organisation interne. Selon lui, on découvre facilement sur eux une espèce de vésicule plus transparente que le reste du corps et qui réside dans sa région antérieure. En arrière de celle-ci, on voit une masse plus opaque qui ne peut être qu'un appareil viscéral. Il a en outre reconnu qu'il existe à la surface de ces spermatozoaires une sorte d'épithélium qui enveloppe tous les corps et s'en trouve séparé par une couche très mince de liquide.

M. Pouchet s'empresse d'avouer que sur plusieurs mammifères il n'a pas reconnu ces diverses particularités et que sur les zoospermes du lapin, entre autres, qui ont été pour lui l'objet d'une étude attentive, il n'a pu entrevoir la moindre trace d'oganisation interne. Il a aussi rectifié nos connaissances relativement aux zoospermes de la grenouille qui ont été jusqu'à ce moment figurés avec la plus grande négligence.

---

(1) Ce qu'on vient de lire montrerait peut-être d'une manière suffisante le rapport que j'ai dit exister entre le mémoire et la lettre. Une dernière circonstance achèvera d'éclairer sur la véritable origine des analogies de forme et de fond, d'intention et de but, qui se remarquent entre ces deux pièces.

Je me suis assuré de la manière la plus précise que M. Lantery, auteur de la lettre à l'Académie, est parti de Paris pour Londres le 15 de ce mois, *une heure avant la séance* où le mémoire de M. Malgaigne a été présenté. M. Lantery écrit de Londres le 19 (le timbre de sa lettre est d'accord avec sa date) qu'il vient de voir, dans le compte-rendu de la séance, que M. Malgaigne est arrivé aux mêmes conclusions que lui, et qu'il s'empresse d'y adhérer complètement. Or, *aucun* journal de Paris (le fait est certain), arrivé à Londres le 19, n'avait encore rendu compte du mémoire de M. Malgaigne, ni même mentionné sa présentation à l'Académie. Par qui et comment M. Lantery a-t-il connu l'envoi et le contenu dudit mémoire?

(2) Voici les conclusions du rapport de la commission :

« Après tant de recherches faites successivement sur le squelette, sur le cadavre, sur le vivant; après un si grand nombre d'observations rigoureusement et sévèrement interprétées; après cette foule de faits nouveaux et de vues neuves sur les différentes parties du sujet; finalement, après de si nombreux, de si beaux et de si féconds résultats introduits dans la science et dans l'art, nul ne s'étonnera sans doute que le prix ait été adjugé à ce remarquable travail. » (Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie, page 22.)

D'après lui, ces zoospermes sont filiformes, rectilignes, très longs et lorsqu'ils sortent des capsules dans lesquelles ils naissent tous, sont terminés en arrière par un globule sphéroïdal. Celui-ci est attaché à l'extrémité flexible de leur queue qui lui communique un mouvement incessant. Quelques heures après leur émission, ces zoospermes perdent ce globule et peu de temps ensuite la direction rectiligne de leur corps s'altère. Celui-ci se courbe vers son milieu et forme un angle qui devient de plus en plus aigu. Puis les deux extrémités de ces animalcules finissent par s'entrecroiser; ensuite elles s'entortillent ensemble, de manière à ne plus représenter en apparence qu'un seul filament tordu, terminé en avant par une sorte d'anse qui a été prise pour une tête aplatie par des observateurs inattentifs, espèce d'anse qui marche en avant lorsque l'animalcule se meut après avoir subi ce singulier changement de forme.

DÉVELOPPEMENT DU POULET DANS L'ŒUF.

M. ROBERT REMAK adresse une note sur le développement du poulet dans l'œuf, extraite des ARCHIVES de Muller, 1843. L'auteur s'attache à démontrer, dans cette note, que les corps cubiques, qui, dès le commencement du développement de l'embryon, apparaissent des deux côtés de la corde dorsale, considérés généralement comme les premiers rudimens de la colonne vertébrale, ne sont pas les rudimens de la colonne vertébrale, mais les germes des nerfs cérébro-spinaux.

Le canal vertébral se compose de deux moitiés qui se rapprochent l'une vers l'autre, en partant du bord externe des lames costales protembryoniques, se dirigeant vers la surface dorsale et abdominale du cerveau et de la moelle épinière. Ainsi, la moelle épinière et les germes nerveux sont entourés par le canal vertébral comme par une gaîne commune. Ce n'est qu'après la séparation des germes en nerfs et ganglions spinaux que les vertèbres séparées se forment pour chacun d'eux, et toujours pour le nerf et le ganglion précédens.

M. SERRES fait remarquer que l'observation de M. Remak serait très importante, sans doute, si les deux noyaux dont il parle apparaissaient avec les deux lames vertébrales. Elle tendrait en effet à confirmer la loi du développement centripète du système nerveux. Mais il n'en est pas ainsi : les faits sont contraires à l'observation de M. Remak. Il y avait, ajoute M. Serres, un point important à déterminer préalablement, pour résoudre cette question, savoir si les deux noyaux en question sont destinés à former la masse apophysaire ou les corps vertébraux; or, j'ai vu que chacun de ces noyaux est formé de deux parties distinctes, dont l'une correspond à la masse apophysaire, l'autre au corps vertébral. Quant aux nerfs, on peut les voir en avant de ces noyaux. D'après ces observations, on ne peut admettre la théorie que M. Remak cherche à établir.

APPAREIL POUR LES FRACTURES DE LA ROTULE EN TRAVERS.

M. BAUDENS informe l'Académie que depuis le jour (quinze mois environ) où il a fait connaître le nouvel appareil qu'il a imaginé pour le traitement des fractures du corps et du col du fémur, il a eu l'occasion de faire fonctionner plusieurs fois cet appareil à l'hôpital du Val-de-Grâce, et que, dans tous les cas, il est parvenu à obtenir la guérison sans raccourcissement notable et sans déviation.

Il a imaginé également un appareil pour les fractures en travers de la rotule. Cet appareil consiste en une boîte à ciel ouvert, comme celle qu'il emploie pour la fracture du fémur, mais cette boîte est ouverte aussi à ses deux extrémités, pour donner place au membre. Elle ne dépasse pas le milieu de la jambe, ni la partie moyenne de la cuisse. Il suffit, pour rapprocher les fragmens et les tenir en contact, de remplacer les doigts qui ont opéré leur rapprochement par des bouts de bande dont la partie moyenne est placée au-dessus du fragment supérieur d'une part, au-dessous du fragment inférieur d'autre part, et dont les chefs viennent se fixer obliquement dans les trous dont les côtés de la boîte sont percés.

Ce moyen, d'une simplicité extrême, en n'agissant que sur les fragmens, a l'avantage de ne pas exercer de compression circulaire sur le membre, de laisser libre l'espace poplité et d'être gradué à volonté. La compression est bien supportée, opère avec précision et permet la réunion des fragmens.

MALADIES DE L'OREILLE.

M. DELEAU écrit, en réponse au mémoire lu par M. Bonnafont dans la précédente séance, pour soumettre à la commission nommée pour examiner le mémoire de ce médecin, les méthodes thérapeutiques exposées dans son TRAITÉ SUR LES MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE, et notamment l'emploi de l'air dans les affections de la trompe d'Eustache, qui ont été l'objet d'une critique de la part de l'auteur du mémoire en question.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

Cette séance a été consacrée à l'inauguration de la nouvelle salle.

Après une courte allocution de M. Caventou, qui a exprimé le regret que M. Ferrus, retenu chez lui par une maladie, ne pût présider cette séance, la parole a été donnée successivement à M. Bousquet, pour l'éloge de Double et à M. Pariset pour l'éloge de Bourdois de La Motte. Ces deux lectures ont constamment captivé l'attention de l'auditoire, et ont été suivies d'unanimes applaudissemens. Nous en publierons des extraits.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE, POUR 1844; par le docteur BOUCHARDAT. — Paris, 1844. 300 pages petit in-18.

M. Bouchardat continue de remplir avec exactitude l'engagement qu'il avait pris, dans la préface de la première édition de son FORMULAIRE MAGISTRAL en 1840, de publier chaque année un ANNUAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE, dans lequel il décrirait tous les ans tous les médicamens nouveaux, toutes les recettes nouvelles contenues ou dans les recueils périodiques de médecine et de pharmacologie, ou dans les traités généraux et spéciaux qui auraient paru dans l'année. Nous avons en ce moment le quatrième de ces annuaires, celui de 1844. Nous avons jeté un coup d'œil sur cette petite production et avons constaté qu'elle n'est point inférieure aux annuaires des précédentes années. Si nous y trouvons peu d'acquisitions nouvelles et réellement utiles, c'est que l'année 1843 a été peu féconde en découvertes de ce genre; cependant nous devons dire que la plupart des travaux relatifs à la thérapeutique et à la matière médicale dont il a été question pendant l'année y sont mentionnés. Nous disons la plupart, car il y a encore un bon nombre d'omissions et qui nous semblent tenir à la direction suivie par l'auteur de ne puiser ses matériaux que dans les recueils et les ouvrages où nous pouvons tous puiser chaque jour et de ne signaler que les formules des praticiens qui vivent au milieu de nous.

Le travail de l'auteur aurait certainement beaucoup gagné à ce qu'il eût étendu le cercle de ses recherches au lieu de le borner à un petit nombre d'hommes, quelque éminens qu'ils soient. Citons un exemple : nous avons vu avec plaisir l'auteur exposer avec quelques développemens les essais renouvelés par M. Requin sur l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement du rhumatisme, mais nous avons en même temps regretté qu'il n'ait pas fait mention de la même médication dans le traitement des fièvres continues, signalé par le docteur Watou, dans l'emphysème pulmonaire par M. Louis, dans la méningite épidémique par M. Chauffard d'Avignon et M. Forget de Strasbourg. Un autre défaut que nous signalerons dans le petit travail de M. Bouchardat, c'est l'absence complète de critique. On dirait, à voir la fidélité avec laquelle il transmet souvent les propres paroles des inventeurs, qu'il adopte avec une foi entière toutes les vertus qui sont généralement attribuées aux différentes préparations. La critique n'est pas seulement un droit, mais un devoir pour ceux qui se chargent de transmettre au public des armes aussi dangereuses.

La liberté avec laquelle nous venons, suivant notre habitude, d'user de ce droit prouvera suffisamment, et sans autre éloge, à M. Bouchardat et à nos lecteurs, que l'ANNUAIRE THÉRAPEUTIQUE a, malgré ces légères imperfections, une valeur réelle et qu'il nous semble utile et aisé d'augmenter d'une manière notable.

VARIÉTÉS.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours sur les maladies de la peau.* — M. GIBERT commencera son cours d'été le mardi 14 mai, à 9 heures, et le continuera le mardi de chaque semaine (la visite des salles à 8 heures 1/2). — Ces leçons essentiellement pratiques (le *Traité* classique de l'auteur étant destiné à compléter les détails théoriques que l'on pourrait trouver trop restreints dans le *Cours*), sont appuyées sur l'examen et l'observation d'un grand nombre de malades, qui fournissent au professeur l'occasion de remarques étiologiques, pathologiques et thérapeutiques journellement applicables.

— *Cours particulier de bandages et appareils pour les fractures et luxations.* — M. le docteur THIVET commencera ce cours lundi 6 mai, à six heures un quart du soir, rue Hautefeuille, n° 12. Le professeur exposera le nouveau système de déligation chirurgicale de M. Mayor.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS; par le docteur BOUCHUT, interne, lauréat (médaille d'or) des hôpitaux, lauréat de la Faculté, médecin adjoint du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris, membre de la Société anatomique.

(Suite et fin. — Voir le numéro 16.)

SYMPTÔMES.

Toutes les variétés que nous venons d'énumérer présentent des phénomènes communs à la maladie en général, et en outre quelques particularités toutes spéciales et relatives aux fonctions de la partie affectée; ainsi, par exemple, l'oblitération des veines du poumon produit l'apoplexie pulmonaire, celle des veines de l'œil entraîne la cécité, etc.

Il est donc important de rassembler d'abord les symptômes de la *phlegmatia alba dolens*, en les rapportant à la variété la plus commune, à celle des membres inférieurs. Nous compléterons notre investigation en recherchant quelques notions de détails relatives aux diverses formes de la maladie.

La plupart des auteurs indiquent la présence des malaises, des frissons et de la fièvre avec réaction générale comme le cortége naturel et précurseur de la *phlegmatia alba dolens* ou de l'oblitération veineuse spontanée. Nous n'avons pas observé de manifestation semblable, et la maladie s'est développée chez nos malades sans que des signes évidens aient pu nous avertir de son invasion. Ainsi chez une de nos malades, accouchée à la Maternité, qui échappa successivement aux dangers d'un abcès de la fosse iliaque ouvert dans l'intestin et aux accidens qui vinrent compliquer une pneumonie au cinquième degré, il survient dans la jambe gauche une *phlegmatia alba dolens* qui se propagea dans la jambe droite. Elle apparut subitement sans *symptômes précurseurs*. La malade fut ensuite atteinte par la variole dont elle guérit, puis elle tomba hémiplégique et mourut à la suite d'une encéphalite aiguë.

La maladie débute presque toujours d'emblée et se manifeste par une vive douleur qui se fait sentir de préférence au mollet et s'étend à tout le membre. Elle apparaît plus rarement à l'aine ou dans le milieu de la cuisse. Les malades s'en plaignent très vivement et la comparent, les uns, à un engourdissement interrompu par des crampes; les autres, à une tension douloureuse; les autres enfin à des élancemens que l'acuité rend insupportables.

Cette douleur est exaspérée par la pression du membre et surtout par la pression opérée sur le trajet des vaisseaux. Elle existe toujours en ce point. C'est ce qui explique la sensibilité si exquise du mollet, car cette région qui repose sur le lit, incessamment comprimée, transmet la pression aux vaisseaux de la profondeur.

Feuilleton.

DISCUSSION DE LA LOI SUR LE RÉGIME PÉNITENTIAIRE.

La loi sur le régime pénitentiaire comprend toute l'hygiène physique et morale des prisons. A ce titre, on ne sera pas surpris que nous y revenions et que nous cherchions à faire ressortir avec quelque insistance ses vues qui appartiennent au côté médical de la question. C'est, d'ailleurs, un sujet de première importance. La chambre y apporte un soin, elle y met une ardeur, une conscience qui prouvent jusqu'à quel point elle veut assurer la solidité et la maturité de son œuvre.

Les partisans du système philadelphique ont paru étonné de la résistance qu'on leur a faite. Ils ne s'y attendaient pas. Confians dans les travaux qui avaient été faits pour éclairer la question et convertir les opinions, ils pensaient que la lecture de ces pièces aurait suffi pour déterminer sans de trop longs débats les convictions de la presqu'unanimité de la chambre. Mais il n'en a pas été ainsi. Les camps se sont dessinés, et la lutte, loin de cesser et de s'affaiblir quand on est entré dans la discussion des articles, n'a fait au contraire que se ranimer. Les antagonistes du système ont eu même, pendant quelque temps, l'espérance de faire rejeter la loi. Ils comptaient sur les amendemens pour arriver à ce résultat; mais ils ne l'ont pas obtenu. Il est maintenant clairement démontré pour tout le monde que la loi passera après une discussion qui saura sans doute en faire disparaître les inconvéniens et en augmenter par conséquent les avantages.

On sait quelle est notre opinion au sujet de cette révolution de la pénalité; dans un article précédent, nous avons reconnu que la cellulisation des condamnés en France, devait produire de bons résultats. Mais, loin de nous déclarer les partisans exclusifs du système de la commission, nous avons fait sagement nos réserves. Tout en reconnaissant ce qu'il y a de bon dans cette séquestration, qui isole les détenus entr'eux, qui protège l'innocent contre l'influence délétère du criminel, nous disions qu'il ne fallait pas que la certitude d'un avantage fît oublier les dangers des inconvéniens. Ainsi, le système cellulaire doit être modifié dans sa rigueur, moins pour affaiblir, pour adoucir la pénalité, que pour entretenir la santé dans des conditions telles, que la moralisation du condamné puisse devenir possible. Voilà l'opinion que nous avons soutenue malgré le formidable appareil de statistiques que la commission et le gouvernement avaient préparé pour décider les convictions de la chambre. Il est difficile de se tromper quand on a les principes pour soi et qu'on est suffisamment édifié sur la valeur d'une classe de preuves dont on a tant abusé, soit par insuffisance de lumières, soit par défaut de sincérité. D'ailleurs, la manière dont la discussion se poursuit dans le sein de la chambre, prouve que nous ne sommes pas seul dans notre opposition à l'absolutisme de la loi.

Nous ne parlons qu'en passant de ces hommes de bien, philantropes exagérés, qui ont plaidé la cause de l'ancien système et violemment repoussé le nouveau,

Il snrvient, pen de temps après l'apparition de la douleur, un gonflement considérable du membre qui constitue une sorte d'œdème. Ces deux symptômes sont intimement liés l'un à l'autre et se développent à quelques heures de distance. Le gonflement se développe au même endroit que la douleur et s'étend comme elle. Il commence presque toujours par la jambe et le pied et s'étend de bas en haut jusqu'à la racine du membre, comme la douleur qui du mollet remonte vers la région crurale. Dans d'autres circonstances, le gonflement suit une marche opposée.

On ne peut pas dire, avec Puzos, Levret, White, Gardien, que la marche descendante du gonflement ou de l'œdème soit un caractère pathognomonique de la maladie. En effet, ce phénomène se rattache à l'oblitération des veines. Or comme cette altération débute, tantôt par les extrémités veineuses qui touchent aux capillaires, tantôt par les grosses branches, la veine iliaque par exemple; il en résulte une différence dans la marche de l'œdème qui se propage de bas en haut ou réciproquement, suivant la circonstance anatomique. Voici un fait qui démontre la marche ascendante des accidens. Il s'agit d'une femme accouchée à la Maternité, qui se présenta à l'hôpital Necker, au quinzième jour de sa couche, avec une pneumonie, deux phlegmons diffus à l'avant-bras et une *phlegmatia alba dolens* de la jambe droite. Cette partie était fort douloureuse, très pâle, tuméfiée jusqu'au-dessus du genou et était considérablement augmentée de volume. Elle avait 4 centimètres de circonférence de plus que l'autre. La malade vécut huit jours pendant lesquels le gonflement s'éleva de la jambe à la partie supérieure de la cuisse. A l'autopsie, on ne trouva qu'une oblitération des veines tibiales ne dépassant pas le vaisseau poplité.

Il n'y a donc rien d'absolu dans la topographie du gonflement qui suit une marche semblable à celle de l'altération anatomique et qui paraît primitivement dans la jambe ou dans la cuisse suivant le point de départ de l'oblitération veineuse. Ce phénomène se manifeste également dans les parties supérieures du tronc, dans le tissu cellulaire du bras, du col et de la face lorsque les vaisseaux veineux de ces parties sont affectés.

Cet œdème est quelquefois fort considérable. On trouve sous la peau des bosselures formées par le tissu adipeux engorgé et qui sont limitées par les intersections fibreuses de la trame cellulaire. La pression ne laisse qu'une empreinte superficielle; mais si l'on comprime la peau entre l'indicateur et le pouce, la trace des doigts reste profondément gravée. Cette opération s'accompagne d'une sensation particulière. Il semble qu'on vienne de triompher d'une résistance semblable à celle que fait éprouver la compression d'un morceau de moelle de sureau, qui résiste d'abord, se déprime et ne revient sur lui qu'avec peine.

Au bout de quelques jours, vers le dixième ou douzième, les nodosités du tissu cellulaire disparaissent, l'œdème est moins résistant et conserve l'empreinte de la pression des doigts comme dans l'anasarque ordinaire. Voici, ce me semble, comment on peut se rendre compte du phénomène.

Le début de la maladie est instantané, l'oblitération veineuse est rapide.

Le début soudain de la maladie et l'oblitération rapide des grosses veines qui en est la conséquence paraissent tout expliquer. En effet, la circulation veineuse est subitement interrompue; le sang, incessamment poussé par une force connue, *vis à tergo*, lutte en vain contre un obstacle infranchissable, et ne peut passer dans ses voies naturelles. Une partie s'infiltre dans le tissu cellulaire, c'est la partie la plus fluide; elle offre une viscosité considérable et contient une quantité de fibrine et d'albumine qu'elle n'aurait pas si elle était soumise à une pression moindre ou si la voie de retour du sang était moins encombrée. C'est là ce qui donne assez de résistance à l'œdème qui accompagne le début de la *phlegmatia alba dolens*.

Lorsque la maladie date de quelques jours, la circulation collatérale a commencé à s'établir par les veines superficielles. L'obstacle au retour du sang persiste encore; mais il est de jour en jour moins considérable. Ce liquide revient plus facilement vers le cœur. La pression qu'il supportait s'affaiblit en raison du développement des veines collatérales.

Il en résulte que l'infiltration séreuse est moindre et est constituée par les parties aqueuses du sang qui n'ont pas besoin d'une grande pression pour sortir des vaisseaux. Aussi l'œdème est-il mou et conserve-t-il longtemps la dépression opérée par les doigts.

Au début de la maladie, lorsqu'on vient à piquer la peau, ainsi œdématiée, avec une aiguille, il s'écoule lentement par l'ouverture un liquide transparent, incolore, assez limpide. Si l'on répète cette opération dans le cours ou à la fin du second septenaire, le liquide qui s'écoule présente le même aspect et la même consistance, mais s'échappe en plus grande quantité. Il remplit une cuiller en deux minutes. Quatre ou cinq de ces mouchetures donnent dans les vingt-quatre heures assez de liquide pour imbiber les draps pliés en double placés sous la malade pour garantir son lit. C'est M. Trousseau qui a fait ces expériences à sa visite et qui conseille cette pratique dans tous les cas d'œdème. Il la conseille avec raison, car de cette manière on dégorge le membre sans s'exposer à produire le sphacèle que déterminent si facilement les mouchetures faites avec la lancette.

La coloration du membre affecté est le plus ordinairement blanchâtre; la peau est d'un blanc mat, quelquefois brillant, à cause de sa tension; mais il n'y a rien d'absolu dans ces caractères. En effet, l'on a quelquefois observé de petites bandes rougeâtres sur le trajet des vaisseaux et M. Alloneau (loc. cit.) dit avoir vu des taches rouges disséminées sur le membre. Nous avons souvent observé sur la peau des arborisations capillaires qui nuisaient à sa blancheur, quelquefois des taches rouges nullement phlegmasiques, mais formées par l'agglomération dans un même point d'une multitude de petits vaisseaux fort ténus qui aidaient à la circulation collatérale. On voyait aussi de larges marbrures bleues formées par la dilatation de veines sous-cutanées restées perméables. Comme nous l'avons déjà dit dans un cas, la peau était livide, comme menacée de gangrène. En y regardant de fort près on voyait un réseau considérable de capillaires qui s'anastomosant à l'infini formaient une trame semblable à la trame vasculaire d'une feuille d'arbre placée entre l'œil et la lumière. En pressant avec le doigt, cette coloration disparaissait, et l'on voyait, en cessant la compression, le sang affluer de toutes parts et remplir les vaisseaux avec une merveilleuse facilité. Robert Lee cite un cas où la teinte blanchâtre était interrompue par des vésicules noirâtres, et dans un autre fait observé par M. Salgues il existait sur le membre des phlyctènes qui en se rompant laissaient voir le derme sphacelé.

Cette coloration de la peau est en rapport immédiat avec l'étendue de l'oblitération veineuse. Quand celle-ci est bornée aux grosses veines centrales d'un membre comme la circulation se fait par les petites veines superficielles la peau reste *blanche*. Quand il y a obstruction des veines

---

par une sorte de commisération pour ceux qui méritent moins la pitié que la punition de la part de la justice humaine. Ceux-ci n'ont fait que traverser en quelque sorte la discussion; leur passage n'y a pas laissé de traces. Mais, l'opposition contre le système s'est formulée avec puissance de la part de ceux qui, en admettant le principe moralisateur de la séquestration, comprennent qu'il faut la modifier pour ne pas arriver à une altération profonde de la santé, à une destruction radicale des forces morales et physiques. C'est dans ce combat à outrance entre les partisans de l'excellence de la cellule sous le rapport hygiénique comme sous tous les autres et les antagonistes de cet optimisme un peu trop passionné, qu'on a pu juger de la valeur de cette arme, qui va à toute main et dont on se sert si fréquemment dans toutes les discussions scientifiques. Les défenseurs du projet ont présenté des statistiques concluantes et qui paraissaient ne pas pouvoir être rétorquées; les adversaires ont également répondu par des chiffres avec les mêmes apparences de logique et de raison. Comme la loyauté des uns ou des autres ne pouvait être suspectée, on a fini par s'avouer mutuellement que rien n'était moins propre à éclairer la discussion que les statistiques dressées ou rapportées par des hommes qui n'étaient pas compétens, et qu'il valait mieux, pour arriver à un résultat, discuter du point de vue des principes. Certainement la discussion avait fait un grand pas en dégageant le terrain de cet embarras de chiffres qui le surchargeait et l'obstruait. Dès ce moment, on a pu se rapprocher, on a pu s'entendre.

Cependant, une erreur a plané et plane encore sur la discussion, c'est l'interprétation des effets de la prison de la Roquette. La commission présente, comme l'on sait, ce résultat comme une expérience en faveur du système qu'elle propose, comme un fait qui garantit non seulement l'innocuité, mais même l'influence hygiénique du système cellulaire. L'opposition ne combat que par des statistiques inverses cette argumentation. Nous l'avions déjà dit et nous le répétons encore, il n'y a pas de parité entre l'exemple qu'on présente et les conséquences d'application qu'on veut en tirer. La comparaison n'est pas admissible quand on veut inférer des effets produits par la cellule sur l'enfant ou sur l'adulte, aux effets que produira le même système sur les hommes d'un âge mûr. Malheureusement, on a oublié de se servir de cette facile réfutation. Si on l'avait fait, la discussion n'eût pas été embarrassée longtemps par le faux semblant d'une preuve qui aurait été probablement bientôt abandonnée. Hors cet argument, qui, de temps en temps, amenait sur le terrain de la discussion l'appareil des chiffres, des statistiques et des interprétations, les débats se sont continués avec ordre, et il y a eu plus de netteté, plus de précision dans la série des preuves que les antagonistes du système cellulaire absolu ont essayé de faire valoir.

La question d'hygiène s'est donc trouvée tout à coup dégagée des chiffres. On s'est compris presque sans s'expliquer; et les uns et les autres, les adversaires comme les défenseurs, ont discuté la question de principe. Cette opinion, d'une exagération si monstrueuse qu'on n'a pas craint de soutenir, à savoir : que la cellule était une condition excellente d'hygiène privée, que cette prison étroite, loin d'altérer la santé, constituait un élément essentiel de bien-être physique et moral, a été abandonnée, sinon avec courage, du moins avec résignation. Il y a des erreurs qui ne tiennent pas, nous ne dirons pas devant l'argument le plus faible, mais même devant la plus courte réflexion. De là, à faire avouer que le régime de la cellule introduisait des élémens de maladie dans l'or-

superficielles et des veines profondes, les capillaires prennent plus d'activité; ils se dessinent dans l'épaisseur de la peau qu'ils colorent, et, suivant leur nombre et le degré de leur distension, ils déterminent la couleur rouge *noirâtre* des tégumens analogue à la cyanose.

La température du membre malade n'est jamais sensiblement modifiée et reste assez souvent au même degré que dans les autres parties du corps. Cependant on constate quelquefois une élévation de température du membre malade, au moment de l'invasion des accidens et pendant les jours qui suivent. Bientôt après, il s'y fait un abaissement sensible. Le thermomètre appliqué comparativement sur les parties affectées et sur les parties saines indique deux ou trois degrés de différence d'abord à l'avantage des parties œdématiées et ensuite à leur détriment.

On a aussi indiqué, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, la présence d'un cordon dur, douloureux, garni de nodosités que Levret et Gardien signalent en termes fort explicites. Ce cordon, formé par la veine oblitérée, est d'abord très volumineux, mais diminue avec le caillot qui se condense chaque jour. Il n'est pas facile de le trouver, à cause de l'œdème des parties et de la douleur que cause cette investigation; on le rencontre plutôt vers le ligament de Poupart que dans le milieu de la cuisse. Comme l'a indiqué Robert Lee, la diminution du gonflement sert beaucoup l'observateur qui cherche à le découvrir, et on peut constater sa présence là où primitivement il était impossible de le rencontrer. Les difficultés disparaissent lorsqu'il s'agit de veines superficielles oblitérées, et l'on trouve facilement le cordon formé par la saphène lorsqu'elle participe à la maladie. C'est ainsi que nous avons pu constater l'oblitération des veines jumelles sur la malade atteinte de fièvre puerpérale, qui nous présenta l'effrayant cortége pathologique dont nous avons parlé. Sur un autre sujet, nous avons aussi pu constater, par la présence et la direction de ces cordons durs, l'oblitération des veines jugulaires superficielle et profonde, des veines brachiale, médiane, basilique et médiane céphalique. Ce cordon diminue peu à peu, arrive à un degré où il reste enfin stationnaire, et persiste même après la guérison de la *phlegmatia alba dolens*.

A ces symptômes locaux, il faut joindre quelques phénomènes généraux caractérisés dans la *phlegmatia dolens* puerpérale par la perte de la sécrétion laiteuse et la diminution des lochies, par la présence fugitive d'un mouvement fébrile plus ou moins considérable vers le soir. Cependant la fièvre est souvent nulle, ainsi que nous avons pu le constater. Nous en avons eu plusieurs exemples, et entre autres un qui fut des plus remarquables. C'était une femme placée sous l'influence d'une fièvre puerpérale, qui, avec une *phlegmatia dolens* de tout le côté droit du corps et du membre inférieur gauche, n'avait pas de fièvre et n'en présenta que pendant les derniers jours de sa vie.

Il est rare de rencontrer, dans le cours de cette affection, des symptômes gastriques. Ils ne se rattachent pas d'une manière évidente à la maladie qui nous occupe. On constate la soif, l'anorexie et quelquefois des envies de vomir. Les vomissemens et la diarrhée sont des accidens beaucoup plus rares.

Tels sont les symptômes de l'oblitération spontanée des veines bornée à une seule des extrémités inférieures. Mais, comme nous l'avons dit, les deux membres peuvent être successivement occupés; on peut aussi rencontrer la maladie dans les veines de la tête, du col, du bras et des viscères splanchniques. Alors, l'on observe une série de phénomènes qui ont beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons indiqués, et auxquels il convient d'ajouter quelques particularités intéressantes et relatives aux fonctions de la partie malade.

Si l'oblitération veineuse peut se montrer en plusieurs endroits de l'économie, jamais elle ne s'y développe au même moment. Elle apparaît presque toujours dans les extrémités inférieures où elle reste quelque temps stationnaire, et de là s'élance, soit aux bras, soit à la tête, soit enfin dans le membre opposé, mais toujours d'une manière successive.

Cette émigration de la maladie constitue un phénomène fort curieux qu'on ne peut toujours expliquer et qu'il faut d'abord rapporter à la cause productrice de la manifestation première. Ainsi, il est de toute évidence que, sans connaître ce qui a déterminé la *phlegmatia alba dolens* d'un membre inférieur, nous attribuerons à la répétition d'action de cette cause celle qui, quelques jours après, pourra se développer dans le membre supérieur. Il en est de même pour la transmission de la *phlegmatia alba dolens* d'une jambe à l'autre. En voici la preuve: chez une de nos malades, celle dont nous avons si souvent parlé, celle qui nous a offert l'occlusion du tronc innominé, elle avait l'œdème des deux jambes. La maladie s'était montrée à trois semaines de distance; dans l'un et dans l'autre membre, l'oblitération veineuse comprenait de chaque côté les veinules des orteils jusqu'à la veine poplitée, et ne remontait pas plus haut.

Ensuite, on peut croire, dans quelques cas, à l'influence d'une action mécanique qui serait venue en aide à la terrible influence pathologique dont nous parlons. Il est évident encore que le transport de la *phlegmatia alba dolens* d'un membre abdominal sur l'autre peut avoir lieu, parce que l'oblitération s'étant étendue dans toutes les veines du membre primitivement occupé a compris la veine cave. Dès-lors, le sang veineux du membre opposé trouvant un obstacle infranchissable à son retour reste emprisonné, se coagule et constitue une nouvelle *phlegmatia alba dolens* caractérisée par tous ses symptômes. De nombreux faits anatomiques peuvent autoriser cette croyance, dont il faut tenir compte, car les causes mécaniques tiennent une grande place dans la production des maladies.

C'est à peine si nous osons prononcer le mot de métastase pour expliquer le transport de la *phlegmatia alba dolens* d'un point sur un autre. Il ne peut y avoir métastase en cette circonstance, car si le gonflement et la douleur diminuent pour se porter ailleurs, la lésion des veines ne disparaît pas, et l'examen atteste l'existence d'une double et d'une triple altération. Je le répète, il n'y a point de métastase, mais seulement extension de la maladie.

Dans les cas particuliers qui suivent, dans l'oblitération des veines de la tête, le médecin pourra constater l'affaiblissement de l'intelligence et la difficulté apportée au langage, la perte incomplète des sens, la perversion de l'ouïe, de l'odorat et de la vue. Chez une des malades qui présenta l'oblitération de la veine jugulaire droite et des veines de la base de l'hémisphère du cerveau du même côté, la vision était complètement abolie dans l'œil droit et sa pupille était fort dilatée. La parole était lente et l'articulation des mots difficile.

Dans les cas que nous avons observés, relatifs à l'occlusion veineuse pulmonaire et à l'oblitération presque totale de l'oreillette gauche, les malades avaient de la toux et des hémophthisies abondantes; l'auscultation donnait les notions connues de l'apoplexie du poumon.

Enfin, une fois nous avons eu l'oblitération aiguë puerpérale de la veine-

---

ganisme, il n'y avait pas certainement une grande distance à parcourir. Il est vrai qu'on a fait de la résistance, qu'on n'a pas voulu céder, bien qu'il fût difficile de ne pas faire autrement. Mais on a dû se laisser dire sans trop se défendre une vérité qui ressort nécessairement des principes, et qui jaillirait des statistiques, si celles-ci étaient bien faites et sagement interprétées.

De ce point de la discussion, on est passé à l'appréciation de la durée de l'emprisonnement cellulaire, et aux conditions d'hygiène dont le détenu serait entouré dans la prison étroite où il expierait sa peine. Pour la première question, il paraissait impossible que la peine de l'emprisonnement cellulaire pût être appliquée à perpétuité comme les travaux forcés; enfin, que le criminel pût supporter pendant de longues années cette gêne étroite, cette sépulture vivante dans un cachot qui serait réellement pour lui un tombeau. Comment ne pas penser en effet que, puisqu'il est reconnu que le séjour de la cellule altère la santé, l'altération qui se produit doit se développer d'autant plus que les mêmes conditions se continuent, et que l'espérance, cette force antagoniste des causes qui tendent à détruire la vitalité du corps, ne peut plus exercer son influence? On a donc reconnu qu'il y avait des limites à poser dans l'emprisonnement, suivant le système de la commission, et qu'il fallait ouvrir des colonies pénitentiaires à l'expiration d'une peine qui ne peut pas être supportée pendant une trop longue période de temps. La limite sera probablement de douze années. Il est donc à peu près certain qu'on ne se fiera pas entièrement à l'innocuité prétendue du régime nécessaire mais terrible de la cellule. Les enthousiasmes s'affaiblissent devant une discussion sévère; et alors vient le moment où triomphe la raison. Mais il ne suffisait pas de poser des limites sages à la durée de cette longue détention; il fallait encore, pour que la moralisation des condamnés fût possible, que la cellule présentât des conditions suffisantes d'hygiène, et que l'exercice physique fût garanti pendant quelques instans du jour. La commission avait parlé de l'exercice avec l'assurance qu'elle avait entièrement répondu à cette nécessité quotidienne du détenu. On sait que les prisons disposées d'après le nouveau système sont distribuées de manière à ce que la cellule ou un groupe de cellules soit annexé à un préau qui puisse servir de promenoir. Mais une double raison s'oppose à la possibilité et même à l'influence suffisante de cette organisation. D'abord la question d'argent. Nous avions déjà dit quelle somme immense il faudrait pour établir une semblable disposition dans chaque prison de la vaste étendue du royaume. Eh bien! ces chiffres ont été reproduits au sein de la chambre, et les partisans les plus ardens du projet ont dû reconnaître qu'il serait bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir partout une petite prison en miniature à l'usage exclusif de chaque détenu. Puis, comment sont ces préaux, ces promenoirs, qui laissent voir le ciel et qui procurent la facilité d'un salutaire exercice? Comme l'a dit un député qui a voulu s'en assurer par lui-même, ce sont des puits qui ont à peine quelques mètres d'étendue, où le soleil ne peut pénétrer, où l'air circule difficilement, et où l'exercice est limité d'une telle manière, qu'on ne peut tout au plus y faire quelques pas. Les dimensions et les conditions d'aération de la cellule ont aussi été l'objet des attaques des antagonistes du projet. Cette prison, où le détenu doit passer tous ses momens, est trop étroite, surtout si on la suppose meublée des objets nécessaires à la vie et des instrumens de travail. Elles ne sont pas plus grandes, a dit un député, en parlant des cellules, que cette tribune où je parle; et certes, la comparaison n'est

porte et des veines mésaraïques. Le sang s'exhalait dans l'intérieur de l'intestin, et il y avait des déjections alvines sanguinolentes. Il se produisait dans ce viscère un phénomène identique à celui qui se passe dans ce qu'on est convenu d'appeler apoplexie pulmonaire; d'abord, infiltration sanguine du tissu, et consécutivement, exhalation à la surface de sa membrane d'enveloppe.

MARCHE; TERMINAISONS.

Depuis le début des manifestations symptomatologiques jusqu'à la marche et aux terminaisons de la maladie qui nous occupe, tout est insolite, tout est extraordinaire. C'était d'abord son invasion soudaine et des phénomènes concomitants en apparence fort graves; maintenant c'est un calme qu'on n'osait espérer. Les symptômes restent stationnaires pendant quelque temps; le membre pâle, œdématié, devient chaque jour de moins en moins douloureux, perd graduellement son volume et retrouve ses facultés motrices. La température de la peau, d'abord plus élevée que celle du corps, offre des différences nombreuses et des alternatives fort remarquables d'élévation et d'abaissement. Avec ces modifications, l'on pourra constater de temps à autre un léger mouvement fébrile; toutefois, ce dernier caractère est peu constant. La plupart des malades ont de l'anorexie, mais l'appétit reparaît assez vite, et il est rare de voir survenir les vomissemens ou la diarrhée, à moins de complications spéciales.

Il est assez fréquent de voir la maladie se propager de l'une des extrémités à l'autre. Cette émigration a également lieu sur l'un des bras, ainsi que le rapportent Gardien, A. Laënnec, le professeur Bouillaud, et ainsi que nous en avons nous-même observé un exemple. Elle peut s'opérer sur la tête ou dans les principaux viscères. Elle a ordinairement lieu du dixième au quarantième jour. C'est surtout à ce moment qu'on a l'occasion d'observer les troubles fonctionels que doit infailliblement produire une oblitération veineuse aussi étendue. Ainsi, l'une de nos malades, prise à la Maternité, offrit successivement l'œdème de la jambe gauche et de la jambe droite; elle resta un mois dans cet état, et c'est vers cette époque que parurent l'œdème du bras et du col, la perte de la vision, qui indiquait l'obstruction dans la circulation cérébrale, et l'hémoptysie symptomatique de l'oblitération des veines pulmonaires.

A part ces complications, on, si l'on veut, cette extension de la maladie la terminaison en est presque toujours heureuse. Il se fait rapidement une circulation collatérale; pendant ce temps, l'affection de la veine malade se termine par résolution ou par induration, quelquefois par la production d'abcès dans le tissu cellulaire, enfin, mais fort rarement, par la gangrène du membre.

Le développement d'une circulation nouvelle se fait en quelques jours avec une merveilleuse rapidité. De petites veines se dessinent sur la blancheur ordinaire de la peau; elles grossissent incessamment, et forment, à l'aide d'anastomoses, un réseau dont l'ampliation, chaque jour plus considérable, facilite le retour du sang. L'œil ne peut cependant pas toujours aussi librement apprécier les phénomènes de cette vascularisation nouvelle. Cela dépend de la position plus ou moins superficielle des veines sous-cutanées, ou de la participation de ces vaisseaux à l'affection principale des gros troncs. En effet, dans ce cas, lorsque les veines superficielles sont elles-mêmes obstruées, ce sont les capillaires qui prennent une activité fonctionnelle considérable et facilitent la recurrence des liquides. Beaucoup de ces vaisseaux, qui, dans l'état normal, ne donnaient point passage au sang, le reçoivent dans cet état pathologique. Ils se dessinent à la surface de la peau et lui donnent une coloration noire.

La diminution des symptômes s'effectue dans un espace de temps fort variable, limité par les auteurs entre le deuxième et le vingtième jour. Cette diminution ne s'est jamais montrée chez nos malades avant la fin du deuxième septenaire. Elle s'opère assez lentement, et les accidens cessent dans l'ordre de leur apparition. La douleur cesse d'abord, puis le gonflement du membre disparaît d'autant plus promptement que le développement de la circulation collatérale est plus rapide. Il est rare qu'après un ou deux mois de durée ce gonflement n'ait entièrement disparu. Vers le soir, après la fatigue, occasionée par la station verticale et la marche, il se manifeste encore un peu d'œdème autour des malléoles.

On voit quelquefois, à la suite d'écarts de régime ou d'imprudences commises par les malades, ou enfin sans cause appréciable, on voit, dis-je, les accidens apparaître de nouveau. Dance, cité par M. Raige Delorme (DICT. MÉD., nouv. édit.), Allouneau (JOUR. COMPLÉM. DES SCIENCES MÉD.), ont observé ce phénomène. Nous avons pu nous-même constater cette sorte de récidive. Elle est due à l'extension de l'obstruction veineuse, qui d'abord était fixée dans les vaisseaux profonds et s'est ensuite étendue aux veines superficielles.

La disparition des symptômes qui caractérisent l'oblitération aiguë des veines d'un membre ne se fait pas toujours sans entraves et d'une manière aussi favorable. Il se développe des accidens immédiatement liés à cette affection des veines. M. Raige Delorme (loc. cit.) n'a-t-il pas vu des foyers purulens développés sur un ou plusieurs points du membre malade? Cet auteur indique aussi l'observation d'une femme chez laquelle il se forma dans la fosse iliaque un abcès considérable, qui s'ouvrit dans le vagin. Ce dernier fait n'a peut-être pas été interprété comme il aurait dû l'être; il nous paraît devoir être considéré comme indépendant de l'oblitération veineuse et dû à l'influence puerpérale. L'on trouve aussi dans la thèse de M. Bouillon-Lagrange, 1839, un exemple de *phlegmatia alba dolens* double, pris à Necker, dans le service de M. Laugier. La malade eut pendant plusieurs mois des abcès consécutifs dans les membres. La formation de ces abcès s'explique par l'excitation que causent les caillots, considérés comme des corps étrangers.

Le docteur Robert Lee dit avoir observé des vésicules noirâtres, indices de gangrène, et M. Salgues, cité par Raige Delorme, a vu sur le membre des phlyctènes, qui, en se rompant, laissaient voir le derme sphacelé. Enfin, Mann (Gerbard, THÈSE, Strasbourg) a rencontré la gangrène bien confirmée; « elle s'annonça par la petitesse du pouls, la disparition subite de la douleur, le refroidissement et la lividité du membre. »

Quelques auteurs, Albers, Boers et Bursch, assurent, sans trop de preuves, que la paralysie peut succéder à la *phlegmatia alba dolens*. Le professeur Récamier disait, dans ses LEÇONS CLINIQUES, que sur deux malades les symptômes n'avaient cessé que pour faire place à l'éléphantiasis.

Enfin, la *phlegmatia alba dolens* peut, dit-on, se terminer d'une manière fâcheuse. Il faut le redire, ce n'est pas lorsqu'elle existe seule, à moins cependant qu'elle ne soit fort étendue, auquel cas la mort arrive par suite de l'obstacle apporté à la circulation du poumon et du cœur. Ordinairement les malades succombent par quelque autre maladie: ils

---

pas à l'avantage de la future demeure du criminel. Quant à l'aération, M. Arago a donné à ce sujet des explications très catégoriques. Il a dit qu'on avait étudié avec beaucoup de soin, dans le département de la Seine, cette importante question, et qu'enfin on avait établi un système de ventilation qui fournirait constamment, dans chaque cellule, plus que la quantité d'air nécessaire à l'entretien de la respiration et des autres fonctions de la vie. Cette explication était sans doute fort rassurante; mais la respiration n'est pas tout. Si la cellule est trop étroite pour ne pas s'opposer presque matériellement au mouvement, à l'exercice, l'abondance et la pureté de l'air n'arrêteront pas les désordres, comme l'a très justement fait observer le journal LE NATIONAL: enfermez dans une caisse un homme dont la tête seule restera exposée à l'air, certainement cet homme respirera de toute l'ampleur de ses poumons, mais ses fonctions ne tarderont pas à s'altérer, et, au lieu d'un corps bien portant, vous aurez bientôt un corps malade. D'un autre côté, qui peut assurer que les ressources des fonds alloués permettront de construire tous les pénitenciers des départemens, comme les prisons-modèles de la Seine? Certainement c'est à désirer; mais c'est loin d'être une certitude. Il n'y a qu'un remède à cet inconvénient, celui d'établir des cellules plus vastes; et il n'y a qu'un moyen pour avoir des promenoirs qui méritent ce nom, celui d'y faire participer autant de détenus qu'il y a d'heures dans la journée. Pendant l'été, on pourrait y laisser, durant une heure et séparément, plus de seize et même dix-huit détenus; en hiver, on irait toujours au-dessus de dix, en réduisant la promenade d'un quart d'heure. Nous le répétons, car il ne faut pas nous confondre avec ces philantropes exagérés qui ne voient que la santé du condamné, et qui, en présence du danger, oublient le caractère de sa condition et la gravité de son crime. L'adoucissement que nous demandons a pour but principal de rendre possible la moralisation, de ne pas lui opposer comme obstacle les chances certaines de l'altération des forces et des facultés de l'esprit. Il ne faut pas pousser à l'extrême le terrible régime de la cellule pour que de bonnes intentions germent dans l'âme des coupables; il faut suivre une autre voie, parce qu'on ne doit pas perdre de vue que les récidives sont dictées souvent par un sentiment de révolte et de vengeance contre les oppressions dures mais nécessaires de la prison.

Si l'influence délétère du système cellulaire n'était pas justifiée autant par les faits que par les principes, si nous étions le seul qui fussions d'un avis que malheureusement beaucoup trop de médecins n'ont pas voulu partager, nous comprendrions que la loi n'eût trouvé aucune résistance, et qu'elle fût passée aux acclamations de toute l'assemblée. Mais il n'en a pas été ainsi. La loi passera, car elle doit passer; mais avec des amendemens, des améliorations qui la rendront possible et par conséquent salutaire. On a tellement compris, en effet, la nécessité de faire une loi sage et utile, qu'un amendement a été présenté pour qu'elle fût renvoyée à une autre session. On voulait que la question fût mieux étudiée, qu'elle fût entièrement dégagée des enthousiasmes trop ardens qui l'avaient prise sous leur patronage; on voulait enfin laisser aux amours-propres le temps de renoncer à faire du triomphe absolu de la question, une affaire étroitement personnelle. Mais la chambre s'est jugée suffisamment instruite, et elle a eu raison. Elle a compris que le temps pressait, et que si parler est bien, agir est mieux. Un médecin député, professeur à l'École, voulait le renvoi à une autre session, et motivait son opinion sur le rôle un peu trop subalterne

sont empoisonnés par la diathèse purulente puerpérale, caractérisée par les altérations des symphyses, les abcès du bassin et les transformations purulentes des viscères.

CAUSES.

La *phlegmatia alba dolens* s'observe principalement chez les femmes en couches; mais il n'est pas rare de la voir survenir au milieu de circonstances toutes différentes. Je reviendrai sur ce sujet à la fin de ce travail, en apportant quelques faits personnels à l'appui de ceux qui ont été publiés par MM. Andral, Cruveilhier, Robert Lee, Livois, Bouchacourt, etc. Ces auteurs ont observé cette maladie dans la dernière période de la phthisie, du cancer et dans le cours de la grossesse. Puzos l'observa trois fois en pareille circonstance. On la rencontre aussi, mais assez rarement, chez l'homme. (Rayer.) Je l'ai observée dans le service de M. Piédagnel, chez un homme qui avait des tubercules pulmonaires, et dans le service de M. Lenoir, sur un jeune garçon, qui portait une brûlure fort étendue sur la partie postérieure du tronc. Ce dernier malade, dévoré par une fièvre de résorption, se plaignit vers le soir d'une assez vive douleur dans le mollet gauche, et dès le lendemain la jambe était œdématiée, la peau pâle, légèrement tendue, douloureuse sur le trajet des vaisseaux, conservant l'impression du doigt. Il avait l'œdème douloureux (1).

Il n'y a donc aucune foi à accorder aux assertions qui attribuent la production de la *phlegmatia alba dolens* à la pression exercée par l'utérus en état de grossesse et sur les parties molles du bassin. Nous n'accepterons pas davantage l'explication de la plus grande fréquence de la maladie à gauche par celle de la position occipito-cotyloïdienne gauche. Toutes ces hypothèses ne s'appliquent qu'à la *phlegmatia alba dolens* développée chez les femmes, et encore ne rendent-elles pas compte de celle qui accompagne la phthisie ou la brûlure du dos.

L'influence des pressions exercées par l'utérus, par la tête de l'enfant ou par des manœuvres obstétricales ne doit donc pas être considérée comme une cause directe de la maladie qui nous occupe. Elle doit être placée au nombre des causes occasionelles, qui ne peuvent agir qu'en vertu d'une prédisposition du sujet. Il en est absolument de même à l'égard du froid, de l'humidité, des écarts de régime, circonstances auxquelles on a attribué trop de valeur, et dont on devrait tenir peu de compte.

La disposition des malades qui est favorable au développement de cette oblitération spontanée des veines me paraît devoir se rattacher à un changement de quantité dans les élémens constitutifs du sang. En effet, dans la grossesse et au moment de l'accouchement, à la dernière période de la phthisie et du cancer, dans la fièvre de résorption du pus, la quantité de fibrine du sang n'est pas plus considérable qu'elle ne doit être, *absolument parlant*, mais elle est en excès relativement aux autres matériaux du sang. De là naît une tendance extrême à la plasticité, formation de couenne sur le caillot de la saignée et coagulation rapide du sang dans les vaisseaux si la course est ralentie, entravée par quelques-unes des causes citées plus haut, ou de celles dont nous ignorons la nature et dont nous apprécions les résultats.

Si l'on en croit le témoignage des auteurs, la *phlegmatia alba dolens* serait une affection assez rare. Il est à craindre cependant qu'une dénégation formelle ne vienne infirmer cette assertion, trop facilement répétée et combattue par les faits nouveaux que chacun ajoute à ceux qui sont déjà connus. On trouverait facilement dans les recueils scientifiques une centaine de faits de cette nature publiés depuis le commencement de ce siècle. J'ajouterai pour mon compte que je ne puis considérer comme rare une maladie dont j'observe sept exemples en une année.

NATURE.

« C'est un singulier travers de l'entendement humain, que celui qui consiste à toujours rechercher la nature intime des objets qui frappent nos sens. Il n'est pas une individualité, pas un phénomène dont il ne faille estimer la cause et trouver l'explication scientifique, et quand la chimie ou la physique font défaut la raison humiliée confesse son impuissance. » Si la vanité nous pousse à faire cette inquisition, il faut convenir que nous sommes malheureux et que nous n'avons guère à nous louer de nos succès. On recule incessamment les termes du problème à résoudre, et là la vérité qu'on croyait atteindre se dérobe tout à coup et reste pour jamais impénétrable.

Ceci est surtout vrai en médecine. Les phénomènes mystérieux qui entourent chaque fonction, chacun des actes physiologiques, et même les aberrations de ces actes excitent toujours l'ardente curiosité du médecin philosophe. Contemplateur des phénomènes pathologiques, vous le verrez tour à tour anatomiste ou physicien décrire les tisssus, apprécier la force d'impulsion des vaisseaux, la calorification accidentellement développée, et, comme le chimiste, découvrir par l'analyse les altérations moléculaires des liquides en circulation? Mais tout s'arrête à ces phénomènes matériels. Quant à songer à se rendre compte de l'irritation, de la fluxion, des altérations du tissu et des transformations pathologiques consécutives, néant.

Ces causes premières nous échappent. Il est certaines limites où l'on doit s'arrêter. Nous n'essaierons pas de les franchir en cherchant à pénétrer le phénomène primitif qui détermine l'oblitération spontanée des veines chez les femmes en couches. Nous nous bornerons seulement à apprécier quelles sont les conditions matérielles favorables à la coagulation du sang dans les vaisseaux, mais nous n'irons pas plus loin.

Le sang qui circule dans un vaisseau ne s'y coagule que dans les trois circonstances suivantes: 1° Modification des parois et en particulier de la tunique interne; 2° ralentissement de la circulation; 3° enfin interruption complète au cours du fluide. La plasticité du sang « plus considérable dans le sang noir » (Bouillaud), l'accroissement de la quantité de fibrine ne concourent à former un caillot qu'à l'aide d'une des trois circonstances que nous venons d'indiquer.

1° Existe-t-il une altération des parois et fluxion de la membrane interne de la veine? Est-elle friable, rouge, épaissie? Non, elle ne présente aucune de ces altérations. Nous avons rencontré sur quelques sujets un

(1) Depuis que j'ai l'honneur d'être attaché comme interne au service de M. le docteur Rayer, à l'hôpital de la Charité, j'ai observé quatre nouveaux exemples de cette maladie, développés hors de l'état puerpéral et chez des sujets cachectiques. Deux appartenaient à des femmes arrivées au dernier degré de la phthisie; un à une femme atteinte de néphrite calculeuse, avec destruction de la substance tubuleuse du rein droit et rétention de pus dans le bassinet; le dernier fut observé chez un homme atteint de cancer encéphaloïde du foie.

---

qu'on avait donné à la médecine dans cette circonstance, et par conséquent sur la nécessité de travailler de nouveau la question. L'orateur a fait un juste reproche au pouvoir d'avoir laissé la médecine dans un inexplicable isolement, lorsqu'elle devait être seule consultée sur l'établissement du système cellulaire en France. Mais il a donné trop de bons argumens touchant la réalité des effets délétères du régime nouveau, pour que la chambre n'en profite pas dans les amendemens qu'il lui reste à discuter et à accepter. D'ailleurs, par le fait même, la loi est renvoyée à la session prochaine. La chambre des pairs ne pourra la discuter qu'à cette époque; et au soin, à la sagesse qu'elle met à la discussion de la loi sur l'instruction secondaire, on doit préjuger de celle qu'elle saura montrer quand arrivera le moment d'étudier et de régler les conditions de l'établissement cellulaire. Lorsque l'organisation pénitentiaire sera définitivement formulée, nous sommes presque sûrs qu'elle sera logique dans ses dispositions. Tout le monde aura profité, avant cette époque, de ce qu'on sait maintenant et de ce qu'on apprendra de plus d'ici à l'année prochaine. On aura reconnu les inconvéniens et les avantages; on aura su tracer une limite précise entre les premiers et les seconds; et on pourra (il faut l'espérer du moins) concilier ces deux choses qui paraissaient s'exclure, l'éducation dans la peine et la peine dans l'éducation.

Mais si dresser la formule de la loi est quelque chose, ce n'est pas tout. De la théorie à la pratique, il y a toujours loin. C'est, dans beaucoup de circonstances, presqu'un abîme à combler. C'est donc sur cette seconde partie de la loi, sur l'organisation de sa mise en pratique, qu'il faudra que la chambre ait à se prononcer. Il faut qu'elle montre, dans une affaire aussi grave, une grande prévoyance. Pour la réalisation des effets du régime pénitentiaire, la règle est peut-être moins nécessaire que la manière dont il sera procédé à son exécution. Sans doute, le gouvernement trouvera des hommes zélés, intelligens; mais même avec une intelligence élevée et un zèle infatigable, il faut autre chose pour pouvoir et savoir contribuer à la production d'un bon résultat; et cette chose essentielle, c'est une instruction spéciale, une compétence qui ne soit pas illusoire. Or, il est impossible que la chambre ne songe pas à cela; ce serait mettre le mal qu'elle veut éviter, à la place du bien qu'elle s'efforce de faire. Ce serait compromettre le sort d'un projet qui, avec des modifications bien entendues et des amendemens reconnus nécessaires, doit amener une heureuse révolution dans la sphère de la criminalité.

Ed. C.

— PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT, ou Recherches sur le physique et le moral, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savans, hommes d'état, jurisconsultes, administrateurs, etc.; par J.-H. REVEILLÉ-PARISE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Quatrième édition, revue et corrigée; 2 vol. in-8°.

Chez Dentu, Palais-Royal; et G. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

léger épaississement et une faible adhérence de la tunique celluleuse externe aux tissus voisins, mais cette altération n'existe pas au début de la maladie. C'est, plus tard, quand commence l'organisation du caillot, que cette lésion s'observe; c'est, comme nous l'avons dit, une transformation secondaire. On trouve aussi quelquefois dans les caillots un liquide épais, grisâtre, qui a les caractères microscopiques du pus. C'est encore une transformation du centre du caillot et non pas un épanchement de fibrine qui veut emprisonner le pus primitivement sécrété dans la veine. MM. Bouillaud, Velpeau, Robert Lee, etc., n'ont pas hésité à regarder ces altérations comme dues à la phlébite, et cependant quelle différence n'y a-t-il pas entre la *phlébite* que tout le monde connaît et la lésion des veines, caractéristique de la *phlegmatia alba dolens*. A l'une succède inévitablement la mort; l'autre ne la produit presque jamais. La première s'accompagne toujours de symptômes généraux violens, de frissons, de fièvre; elle offre des altérations profondes des parois veineuses; jamais de caillots aussi étendus, du pus en nature circulant dans les vaisseaux et dans les viscères, souvent des abcès métastatiques. L'autre, quoique siégeant dans une étendue plus considérable et occupant un grand nombre de veines à la fois, n'est presque jamais accompagnée de symptômes généraux; il n'y a que peu de réaction fébrile, et souvent cette réaction est nulle. L'altération des parois veineuses est souvent peu évidente: il n'y a pas de pus libre dans le vaisseau; quand il en existe, c'est au centre des caillots, et il ne peut passer dans la circulation. Ce pus est le résultat de la transformation du centre du caillot. On n'observe jamais les signes de l'infection purulente et les abcès métastatiques viscéraux.

Il n'y a donc pas *phlébite*, du moins quant à la signification qui jusqu'ici a été donnée à ce mot. C'est une phlébite en raison du siége même de la maladie, mais il est nécessaire de ne pas confondre deux altérations que séparent d'immenses différences. Sachons qu'il y a deux variétés de phlébite, l'une passant rapidement à la suppuration, comme la phlébite traumatique, l'autre qui ne suppure jamais; l'une qui est inévitablement mortelle, l'autre au contraire qui se termine toujours d'une manière favorable.

2° Le ralentissement de la circulation ou l'interruption complète du cours du sang peut aussi produire la formation des caillots. Ainsi, dans le cœur, des caillots s'y forment dans l'agonie alors que l'excitabilité des organes a beaucoup diminué. Cette coagulation doit être rapprochée de celle qui se fait dans les tumeurs anévrismales. « Les caillots se forment alors, dit M. Bouillaud, par un mécanisme qui ne diffère pas essentiellement de celui qui préside à la coagulation du sang après la sortie des vaisseaux. »

Dans les veines, l'hypostase peut aussi bien que dans le cœur et les tumeurs anévrismales déterminer la coagulation du sang. La compression d'une veine par une tumeur suffit pour produire ce phénomène. C'est ainsi qu'il arrive dans quelques cas lorsque l'oblitération veineuse passe d'un membre à l'autre. Elle s'élève d'un côté jusqu'à la veine iliaque et à la terminaison de la veine cave et produit l'arrêt de la circulation dans le membre opposé. De là, les accidens de l'oblitération spontanée des veines.

DE L'OBLITÉRATION VEINEUSE SPONTANÉE NON PUERPÉRALE.

Nous ne terminerons pas cet exposé de la *phlegmatia alba dolens* sans établir un rapprochement entre cette maladie et une affection semblable qu'on observe en dehors de l'état puerpéral. Ainsi Puzos a observé trois fois dans le cours de la grossesse une maladie tellement analogue à celle que nous venons de décrire qu'il les a confondues ensemble. D'une autre part, Robert Lee, Andral, Cruveilhier, Livois, M. Trousseau et moi avons observé dans le cours de la fièvre hectique qui accompagne la phthisie et le cancer, dans la fièvre purulente inséparable des grandes suppurations, un œdème douloureux des membres, dont les symptômes, la marche et les altérations anatomiques ressemblaient de tous points à ceux de la *phlegmatia alba dolens*. Il serait donc logique de conclure à l'identité de deux affections qui se confondent par leur expression anatomo-symptomatique. La seule différence à établir entre elles repose sur la nature présumée du mal qui dans un cas se rattache à l'état puerpéral, et dans l'autre à la cachexie purulente ou cancéreuse.

Voici le résumé de dix-sept faits qui viennent confirmer notre proposition :

3	à M. Andral (Mém. de M. Velpeau, ARCHIVES 1824).
6	Robert Lee (A THE PATHOLOGY OF PHLEGMATIA DOLENS et GERHARD, thèse de Strasbourg, 1835).
2	Livois (BULLET. DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE).
1	à M. le professeur Trousseau.
4	Bouchut, service de M. Trousseau.
1	Bouchut, serv. de mon maître M. Piedagnel.
4	Bouchut, serv. de M. Rayer.
21	

Tous ces malades, hommes et femmes, ont présenté les phénomènes qui accompagnent l'œdème douloureux. Il existait chez eux une altération anatomique constante comme dans la *phlegmatia alba dolens*, c'était l'oblitération veineuse du membre affecté. Elle offrait tous les caractères indiqués plus haut au chapitre de l'anatomie pathologique. Nous avons voulu vérifier cette identité anatomique de l'oblitération veineuse puerpérale, à l'aide de la symptomatologie, et, sans surprise, nous avons vu la communauté des symptômes répondre à la similitude des lésions. Le début est instantané dans l'une comme dans l'autre des formes de la maladie; la douleur apparaît et bientôt après elle l'œdème du membre avec les caractères que nous lui avons accordés. Il n'y a du reste pas de réaction fébrile, pas de troubles gastriques, et dans la marche de l'affection il existe même lenteur en rapport avec le rétablissement de la circulation collatérale. Il n'en faut certes pas davantage pour donner à l'esprit cette conviction que la *phlegmatia alba dolens* et l'oblitération veineuse spontanée développée en d'autres circonstances ne sont pas de nature différente. Enfin que si les auteurs ont décrit isolément ces deux maladies semblables ils ont sacrifié à une hypothèse sur la nature de ces maladies sans se préoccuper de leur expression anatomique et symptomatique.

Il faut donc désormais confondre dans une même description la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire l'oblitération veineuse spontanée des femmes en couches et l'oblitération veineuse spontanée non puerpérale. Mais il serait peut-être nécessaire, pour éviter toute ambiguïté, de les décrire sous une dénomination commune, et de préférence choisir celle qui résulte des recherches anatomiques. On ferait disparaître alors le mot de *phlegmatia alba dolens*, terme impropre qui spécifie l'état puerpéral et ne s'applique qu'à une des formes de la maladie pour le remplacer par la dénomination d'oblitération veineuse spontanée. Elle paraît être plus convenable, car elle permet de placer dans le même tableau plusieurs maladies de même nature que le pathologiste devra séparer en étudiant les diverses influences qui président à leur développement.

OBSERVATIONS D'OBLITÉRATION VEINEUSE SPONTANÉE NON PUERPÉRALE.

OBS. I. — Une femme phthisique, âgée de 41 ans, près de mourir, ressentit tout à coup une vive douleur dans le membre inférieur gauche, au niveau de la cuisse. En quelques heures la douleur occupait tout le membre qui était fort gonflé. La peau était pâle, luisante à la jambe, sillonnée à la cuisse par un réseau de capillaires. On ne sentait pas de cordons durs le long du trajet des vaisseaux là où la douleur était la plus vive.

Cette femme succomba quinze jours après le début de ces derniers accidens, et l'on put constater un œdème considérable du tissu cellulaire infiltré de sérosité roussâtre et fort liquide, une oblitération des veines par des caillots mous, homogènes et adhérens, entièrement formés de sang noir. La membrane interne des veines était rouge d'imbibition, sans injection capillaire ni épaississement. On ne remarquait dans les parois qu'une tuméfaction considérable et sans rougeur de la tunique celluleuse externe, non pén résistante sous le scalpel. Ganglions lymphatiques rouges et un peu hypertrophiés.

OBS. II. — Une femme de 32 ans, et malade depuis deux années, séjournait à l'hôpital où elle subissait le traitement arsénical, lorsque dans la nuit elle éprouva une douleur vive dans le mollet droit, mais elle ne se plaignit à nous que deux jours après. Alors la jambe était fort gonflée, douloureuse à la pression, gardant l'empreinte du doigt et sans changement de couleur à la peau. Le pied était fort œdématié. A la cuisse, on n'observait aucun gonflement; il existait cependant de la douleur sur le trajet des vaisseaux depuis le jarret jusqu'au pli de l'aîne. Il s'y trouvait un cordon dur et résistant, douloureux, agité de battemens très faibles dus au voisinage de l'artère. L'état de la malade ne parut point désavantageusement modifié.

Elle mourut au bout de huit jours, et nous trouvâmes une oblitération de toutes les veines profondes du membre droit depuis l'iliaque primitive, l'hypogastrique, la crurale jusqu'au pied. Les veines superficielles restaient perméables. Nous trouvâmes des caillots déjà résistans, non homogènes, dans les gros vaisseaux; ils étaient jaunes et résistans à la circonférence, noirs et mous au centre. Dans les veines de plus petite dimension, ils étaient entièrement noirs et homogènes. Enfin nous ne trouvâmes aucune altération du système lymphatique.

OBS. III. — Cette femme, âgée de 29 ans, phthisique, se plaint, après un mois de séjour à l'hôpital, d'un gonflement de la jambe droite, venu assez rapidement et sans douleur.

Nous constatons, M. Trousseau et moi, ce gonflement œdémateux, sans la moindre douleur à la pression. La peau était d'un blanc brillant, sans injection capillaire ni chaleur, et partout l'empreinte des doigts se trouvait profondé-

ment gravée. Nulle part nous ne pûmes sentir de cordons vasculaires engorgés; il n'existait pas de tumeur dans la fosse iliaque.

La mort, qui eut lieu trois jours après cette exploration, nous permit de constater l'oblitération de toutes les principales veines de l'extrémité inférieure droite, depuis la naissance de l'hypogastrique jusqu'aux orteils. Les caillots semblaient un peu anciens, quelque peu résistans, adhérens en quelques points, libres dans la plus grande partie de leur étendue, formés par de la fibrine décolorée, presque diffluente au centre de ces caillots. Les parois n'avaient pas éprouvé la plus légère modification. Tout le tissu cellulaire était infiltré par une sérosité jaunâtre très fluide et fort abondante.

Obs. IV. — Un jeune homme de 19 ans, placé dans le service de M. Piedagnel, avait des tubercules pulmonaires en voie de ramollissement. Il était malade depuis six mois et était arrivé à la dernière période du marasme, lorsqu'il nous fit voir un gonflement œdémateux, blanc, brillant, et sans douleur de l'extrémité inférieure droite. Cela existait depuis plusieurs jours, mais ne troublait pas assez le repos du malade pour qu'il songeât à s'en plaindre. En examinant ce membre, deux fois plus volumineux que son semblable, nous trouvâmes un cordon dur et douloureux sur le trajet de la veine crurale. La peau était pâle, douloureuse à la pression et conservait profondément l'empreinte des doigts.

A l'autopsie, on trouve les veines oblitérées depuis la division de l'iliaque primitive jusqu'aux malléoles. Dans l'iliaque externe et l'hypogastrique, les caillots sont noirs, peu denses et non adhérens. Dans la crurale, les caillots sont jaunâtres et résistans à la circonférence, mous et grisâtres au centre, où ils paraissent renfermer du pus; en quelques endroits, ils sont noirs et homogènes; ils n'adhèrent pas complètement aux parois; ils envoient de petits prolongemens membraneux, qui se brisent par les tractions et laissent à la surface de la tunique interne un piqueté rouge assez abondant. Les tuniques externe et moyenne ne sont point altérées.

Nous avons ici une complication à noter. Du même côté, sous le ligament de Fallope, il se trouve une masse de tumeurs comprimant les vaisseaux fémoraux; ce sont des ganglions tuberculeux, dont plusieurs présentaient le volume d'une noix. Quelques-uns étaient ramollis, d'autres étaient transformés en produits pierreux ou étaient ossifiés; la plupart étaient encore à l'état cru. Ils s'étaient développés entre l'artère et la veine crurale, de telle sorte que le premier de ces vaisseaux placés en avant de ces tumeurs n'était que légèrement comprimé. La veine en était entourée de toutes parts, mais conservait son *calibre* normal. Son canal était comme sculpté dans ces produits et les parois veineuses ne pouvaient s'affaisser. Le voisinage de ces ganglions n'a donc pu agir que comme cause irritative.

TRAITEMENT.

Le traitement de la *phlegmatia alba dolens*, c'est-à-dire de l'oblitération spontanée des veines, repose sur les considérations suivantes :

1° L'oblitération veineuse des nouvelles accouchées et l'oblitération veineuse non puerpérale constituent la même maladie et réclament l'usage de moyens thérapeutiques semblables.

2° L'état puerpéral ne modifie pas la marche et les terminaisons de la maladie, et, à moins de complications, cet état n'entraîne rien de spécial pour la thérapeutique.

3° Les caractères phlegmasiques de la maladie sont peu évidens; ils ne ressemblent en aucune façon à ceux de la phlébite ordinaire.

4° L'œdème des membres est entièrement passif et n'exige pas l'intervention de moyens de l'art.

5° La disparition des accidens est en rapport avec la rapidité du développement de la circulation collatérale; il est donc nécessaire de concourir à son rétablissement.

La médication antiphlogistique, conseillée par Puzos et Gardien, paraît avoir obtenu de grands succès. La saignée et surtout les applications de sangsues étaient mises en usage dans le but de faire disparaître la douleur et les accidens supposés inflammatoires. Nous avons vu que la douleur cessait d'elle-même au bout de quelques jours; par conséquent il ne faut pas en faire l'honneur aux émissions sanguines. Quant à la phlégmasie veineuse, c'est principalement contre elle qu'étaient dirigées les émissions sanguines pratiquées localement sur le trajet des vaisseaux. L'utilité de cette médication a été établie sur de nombreuses observations. Après avoir fait, en quelque sorte, la contre-épreuve de ces succès, en laissant agir la nature, nous sommes restés convaincus que l'utilité des applications de sangsues pouvait bien n'être pas parfaitement démontrée.

En effet, nos malades n'ont été soumis à aucune médication de ce genre, et il ne leur est point survenu d'accidens nouveaux dans les membres malades. La résolution s'y opérait avec le rétablissement des voies collatérales de la circulation.

Des applications topiques trouvent ici leur place, soit comme topiques narcotiques dans les cas de douleur excessive, et alors il faut employer la décoction de jusquiame ou de feuilles de belladone, les fomentations avec le laudanum, ou comme topiques émolliens destinés à entretenir la chaleur dans le membre et à exciter la circulation capillaire. C'est dans ce but que peuvent être employées les fomentations émollientes chaudes, et beaucoup plus sûrement les bains chauds. On pourrait plus sûrement aussi mettre en usage les sachets de sable chaud autour de la partie affectée. Ces moyens favorisent le développement de la circulation capillaire, l'ampliation des veines superficielles du membre, enfin le rétablissement de la circulation collatérale. Il faut surtout bien se mettre en garde de mettre en pratique ce moyen, que conseillent quelques pathologistes préoccupés de la nature inflammatoire de l'œdème; ils conseillent la compression méthodique du membre à l'aide de bandages roulés; c'est précisément la manière d'empêcher la circulation collatérale de s'établir et le moyen de prolonger les accidens.

Il est souvent fort utile, surtout dans les oblitérations veineuses spontanées qui se développent à la suite des couches, d'aider aux applications externes par l'usage de quelques moyens généraux. C'est dans l'état puerpéral qu'apparaissent en plusieurs points de l'économie, et souvent à la suite de causes bien légères, des suppurations considérables; il est donc important de prévenir et de combattre ces accidens. Il faut établir sur le tube intestinal une dérivation salutaire et administrer les boissons délayantes ou diurétiques, de doux laxatifs, la pulpe de tamarin, par exemple, et les eaux purgatives naturelles. C'est aussi dans ce but, et surtout lorsque les accidens puerpéraux se sont déclarés qu'il faut administrer l'ipécacuanha à dose vomitive et les purgatifs drastiques. Ces moyens, journellement employés dans le service de mon maître, le professeur Trousseau, sont rarement inefficaces. Ils n'occasionnent jamais d'accidens et produisent toujours une grande amélioration.

Dans les cas d'oblitération veineuse non puerpérale, qui se développe assez ordinairement à la dernière période de l'existence pendant la fièvre hectique, il devient superflu de dire que l'expectation est un devoir. L'on est certain de ne pouvoir soulager, et l'on pourrait, à l'aide de moyens actifs, hâter la mort des malades ou leur rendre la fin plus pénible.

Enfin, l'on doit, dans l'un et dans l'autre cas, lorsque l'œdème est considérable, faire des mouchetures sur les membres tuméfiés; il faut les pratiquer, non avec la lancette, mais seulement avec une aiguille. Le résultat est le même, le dégorgement du tissu cellulaire s'opère avec facilité et cette méthode prévient toujours le sphacèle de la peau.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les fascicules de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Nouvelles recherches expérimentales sur le mode de développement, sur l'action et sur les principes actifs de l'ergot des graminées*; par M. Parola. 2° *Sur un nouveau critérium pour déterminer l'opportunité de la saignée*; par M. Gio-Polli. 3° *Histoire de quelques cas de tétanos traumatique guéri par le musc et l'opium*; par M. Calderini. (Rien de bien frappant.) 4° *Résultats des observations faites en 1838 dans la salle des varioleux à l'hôpital Majeur de Milan*; par M. Lossetti. 5° *Observation de volvulus produit par une imagination extraordinaire*; par M. Perotti. (Peu de détails sur l'origine et les symptômes de la maladie; mort.) 6° *Deux cas graves d'hémorragies chroniques provenant d'hémorroïdes, avec œdème et épanchement séreux dans les cavités thoracique et abdominale; guérison par l'emploi du jus de limon*; par M. Giadoro. (Le jus de limon fut donné à l'intérieur à la dose de deux cuillerées toutes les deux heures.) 7° *Compte-rendu statistico-clinique des cures obtenues à l'hôpital civil de Rovigo pendant l'année 1841*; par M. Baruffi. (Considérations auxquelles s'attache surtout un intérêt de localité.) 8° *Considérations chimiques sur le diabète sucré*; par M. Capezzuoli.

SUR LES PROPRIÉTÉS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; par M. Parola.

Dans ce travail, dont la première partie est seule sous nos yeux, M. Parola rend compte de plusieurs expériences qu'il a faites sur les animaux et sur l'homme, soit sain, soit malade, avec l'ergot de diverses graminées. D'après ce qu'il a observé, toutes les espèces de cette famille jouissent de propriétés à peu près identiques, et leur seule différence consiste dans l'intensité et non dans la nature des effets produits sur l'organisme.

Les essais tentés par l'auteur pour la cure des affections inflammatoires par le seigle ergoté n'étant que la répétition d'expériences déjà faites par d'autres thérapeutistes et dans d'autres pays, nous ne les reproduirons pas

ici. Nous dirons un mot seulement des recherches, beaucoup plus intéressantes, qu'il a faites de l'action de l'ergot chez l'homme sain.

Obs. I. — Un jeune homme de 24 ans se fit recevoir à l'hôpital ; mais on découvrit bientôt qu'il n'avait aucune maladie. Le 17 décembre 1842, son pouls étant à 67 et les inspirations au nombre de 20 par minute, on lui donna 30 grains de poudre de seigle ergoté. Deux heures après, abattement, frissons, peau froide, dyspnée. Pouls faible, lent, tombé à 60 ; face pâle, pupilles dilatées.

Le lendemain, une même dose du médicament amena un redoublement dans les symptômes ; diminution encore plus marquée des forces et de la chaleur ; pouls à 58, respiration à 15.

Les troisième et quatrième jour, le malade continue, malgré la cessation du médicament, à ressentir de la faiblesse, et son pouls est encore lent.

Obs. II. — Un jeune étudiant en pharmacie consentit à se soumettre à l'expérience. Il était bien portant, si ce n'est qu'il avait l'habitude de se faire tirer du sang de temps en temps pour une hypertrophie du ventricule gauche.

Le 3 juin, il prit 10 grains de sécaline obtenue selon la méthode de Wiggers. Le 6, il en prit 12 grains ; et le 7, 3 grains de l'extrait résineux. Le premier jour, son pouls, qui était auparavant à 67, dur et plein, tomba à 61, un peu plus mou. Après la seconde prise, il fut à 60, et il y eut une diminution notable des battemens du cœur, ainsi qu'une prostration assez marquée. Mais la troisième dose amena surtout un changement remarquable. Le sujet se trouvait faible, comme si on lui eût tiré du sang, et le pouls ne battait plus que 46. La face devint pâle et abattue. Pendant plusieurs jours encore, les palpitations habituelles cessèrent.

Obs. III. — L'auteur lui-même n'a pas hésité à répéter sur lui la même expérience. Le 17 décembre, se trouvant dans un état de santé parfaite, il prit 20 grains d'ergot de seigle pulvérisé. Au bout d'une heure, nausées, pesanteur de tête, resserrement douloureux à l'épigastre, frissons le long des membres, inertie musculaire portée au point que remuer les doigts était devenu pour lui un mouvement pénible. Le pouls, de 74, était descendu à 62.

Cet état dura pendant trois heures ; le pouls tomba même jusqu'à 60. M. Parola ayant bu un peu de vin à son repas, remarqua qu'il n'en résulta pas, comme c'est chez lui l'ordinaire, de céphalalgie.

Sur un nouveau critérium pour déterminer l'opportunité de la saignée ; par M. Polli.

Il est une foule d'affections où le meilleur praticien reste dans le doute sur le nombre, la fréquence et l'abondance des saignées qu'il peut être utile de faire au malade. Depuis quelques années, les caractères de la couenne ne sont plus regardés par tous comme un signe également certain pour éclairer la conduite dans ces cas difficiles. M. Polli propose ici de consulter *la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se coagule le sang des diverses saignées, et même celui que l'on obtient aux diverses époques de la même saignée.* Si la coagulation ne s'est faite que lentement, on peut saigner encore en toute assurance. Le coagulum se forme-t-il au contraire instantanément, il est temps de s'arrêter ; et ce second précepte est d'une bien plus haute importance que le premier ; car, si l'on peut sans grand danger s'abstenir d'une saignée qui eût abrégé la durée du mal, une évacuation sanguine intempestive n'est jamais chose indifférente et peut souvent causer directement la mort.

Il faudra, bien entendu, et l'auteur en fait aussi la remarque, tenir compte de la rapidité avec laquelle le sang que l'on étudie est sorti de la veine.

Du reste, les indications à tirer de la présence ou de l'absence de la couenne sont absolument identiques à celles que fournit la coagulabilité plus ou moins prompte du sang ; car, selon M. Polli, la formation de la couenne ne tient uniquement qu'à la lenteur avec laquelle le sang se coagule. Ce sont donc deux signes qui auraient et la même origine et la même signification.

Ces idées, confirmatives de celles de M. Andral, sont appuyées sur une série d'expériences, où l'auteur a constaté, dans des affections inflammatoires, que la rapidité avec laquelle le sang extrait se coagule est en effet d'autant plus grande qu'une quantité plus considérable de ce liquide a déjà été tirée.

Résultats d'observations sur des varioles développées chez des sujets vaccinés ; par M. Lossetti.

Ces observations, faites en 1838, par M. Lossetti, dans la salle des varioleux à l'hôpital Majeur de Milan, fournissent de précieux élémens à la solution de questions qui, quoique déjà bien avancées sans doute, sont cependant encore en litige pour beaucoup de médecins.

L'auteur s'est d'abord demandé s'il existe un rapport entre la qualité des cicatrices vaccinales et leur pouvoir préservatif. Pour cela, ayant pu observer 420 sujets affectés de variole après avoir été vaccinés, il a classé les cicatrices qu'ils portaient en trois ordres, d'après leurs caractères physiques : cicatrices normales, cicatrices incomplètes, et cicatrices très incomplètes. Or, sur les 420 sujets examinés, 231 avaient des cicatrices normales, 124 d'incomplètes, et 65 seulement de très incomplètes. D'après cela, les cicatrices les plus régulières en apparence seraient donc loin de constituer une garantie plus certaine contre une nouvelle invasion variolique.

Mais du moins, cette circonstance d'une belle vaccine rend-elle l'éruption variolique consécutive moins confluente ? Le tableau suivant donne à cette question une réponse négative bien formelle.

Eruption.	Confluente.	Discrète.	Très discrète.	Total.
Avec cicatrices normales. .	83	91	57	231
— incomplètes.	53	49	22	124
— très incomplètes . .	18	28	19	65
				420

Quant au nombre des boutons vaccinaux, il ne paraît pas non plus que ce soit une condition beaucoup plus rassurante que les précédentes contre une récidive de variole. Voici un nouveau tableau qui fait connaître les résultats obtenus par l'auteur à ce sujet.

Eruption.	Confluente.	Discrète.	Très discrète.	Total.
Avec une seule cicatrice . .	30	30	16	76
— deux.	36	35	22	93
— trois.	40	38	20	98
— quatre et plus. . . .	48	65	40	153
				420

La disposition qu'on a à contracter la variole après avoir été vacciné tient-elle à ce que le pouvoir préservatif du virus vaccin s'est affaibli à force de transmissions successives ? ou bien faut-il attribuer cette disposition à ce que la vertu prophylactique de ce virus n'est que temporaire et limitée à un certain nombre d'années ? L'auteur adopte la seconde explication, à l'appui de laquelle il donne la statistique suivante, portant sur 1411 malades observés en 1837 et 1838, tous affectés de variole après avoir été vaccinés.

Malades au-dessous de 5 ans.	130
— de 5 à 10.	101
— de 10 à 15.	151
— de 15 à 20.	303
— de 20 à 25.	282
— de 25 à 30.	216
— de 30 à 35.	160
— de 35 à 40 et plus	68
Total.	1411

Si l'on considère que tous ces malades avaient été vaccinés dans les premières années de leur vie, si l'on tient compte aussi du moindre nombre d'individus qui atteignent l'âge de 30 ans, on trouvera ces chiffres très probans en faveur de l'opinion qu'adopte M. Lossetti, et on sera, comme lui, porté à en conclure à l'utilité de la revaccination.

Considérations chimiques sur le diabète sucré ; par M. Capezzuoli.

Voici, en résumé, les difficultés que M. Capezzuoli allègue, d'après l'examen des faits, contre les théories le plus récemment proposées pour l'explication du diabète sucré.

La conversion de fécule et de sucre de canne en sucre de raisin, qui s'opère dans l'estomac, est un acte normal de l'économie animale ; ce phénomène ne dénote point une altération de fonction de ce viscère, comme le suppose une théorie moderne.

Il ne paraît pas non plus admissible qu'il existe une aberration dans les élaborations successives par le moyen desquelles ce sucre normalement formé échappe à ses combinaisons ordinaires, et se retrouve intact dans les urines.

En accordant même que le sucre de raisin soit un produit insolite de la digestion, et que, par conséquent, toute la matière amylacée et sucrée qui fait partie de nos alimens se perde sous cette forme, les symptômes observés chez les diabétiques ne rendraient point compte, ni de la présence de ce produit anormal, ni de l'absence du produit normal auquel auraient dû donner lieu les matières amylacées et sucrées de nos alimens.

Enfin, si la chimie, qui est entièrement insuffisante pour étayer les

théories proposées, peut nous apprendre quelque chose sur cette maladie, c'est seulement que le sucre ne dérive pas, en sa totalité du moins, des alimens féculens et sucrés, mais qu'il résulte aussi des matières nitrogénées à base de protéine, et que la fonction des reins n'est peut-être pas seulement un acte d'élimination.

II. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Considérations sur l'ouvrage du professeur Valentin, intitulé :* Des fonctions des nerfs spinaux et cérébraux et du grand sympathique; par M. Berruti (Nos lecteurs connaissent déjà, par notre compte-rendu de la Névrolog. de Valentin (v. G. Méd., 1844, p. 487), les opinions de ce professeur, opinions dont le présent article n'est que l'analyse.) 2° *Considérations sur les causes physiques de la nostalgie*; par M. Carnevale-Arella. (Le climat et l'air qu'on respire varient dans chaque pays. C'est par l'influence toute physique d'un air et d'une température différente de celle à laquelle ils étaient habitués que l'auteur explique la nostalgie qui attaque les soldats dépaysés.) 3° *Herniotomie pratiquée avec succès après six jours d'étranglement aigu accompagné de diverses complications*; par M. Borelli. (L'auteur nous fait l'honneur de se plaindre du silence que la Gaz. Méd. a cru devoir garder au sujet d'une observation de hernie étranglée, déjà publiée par lui dans un précédent numéro du même journal. Malgré tout notre désir de satisfaire à sa réclamation, nous ne pouvons pas non plus trouver dans le cas présent autre chose que la relation d'une opération fort simple, et dont le récit détaillé n'aurait rien, absolument rien d'instructif pour nos lecteurs.) 4° *Histoire d'une grave fièvre pernicieuse, cardialgique, puis délirante, suivie de réflexions pratiques;* par M. G. Borelli. 5° *Accidens graves causés par l'ingestion de pain contenant de la farine de seigle ergoté*; par M. Bonjean.

Traitement des fièvres intermittentes par l'acide arsénieux; par M. A. Garbiglietti, agrégé à la Faculté de Turin.

L'auteur, après un voyage à Marseille, où il avait vu les militaires atteints de fièvre intermittente, traités par l'acide arsénieux, s'est décidé, de retour à Turin, à employer lui-même ce médicament sur 14 fiévreux, dont il publie les observations. Parmi ces 14 fièvres 7 étaient du type quotidien, 5 du type tierce et 2 étaient double-tierce. M. Garbiglietti signale une seule récidive. La forme sous laquelle l'acide arsénieux a été administré est celle en poudre qu'a indiquée M. Bondin (Traité des fièvres de marais), mais que ce praticien a, depuis lors, remplacée à Versailles par la solution dans l'eau distillée. La dose a été dans la grande majorité des cas d'un *centième de grain* et n'a été portée qu'exceptionnellement à un *vingt-cinquième de grain*. Plusieurs des fièvres ainsi traitées avaient résisté précédemment à l'administration du sulfate de quinine.

Ces faits méritent d'autant plus de fixer l'attention qu'ils tendent à confirmer ceux qu'a signalés à diverses reprises depuis trois ans M. Boudin, et à réhabiliter une médication dont aucune raison plausible ne saurait à l'avenir légitimer l'inexcusable abandon.

Accidens graves (ergotisme convulsif) causés par l'ingestion de pain contenant de la farine de seigle ergoté; par M. Bonjean.

M. Bonjean avait déjà annoncé, il y a trois ans que la chaleur et la fermentation qui se développent durant la panification diminuent les propriétés toxiques du seigle ergoté. Sans nier le fait, quelques toxicologistes ne dissimulèrent point qu'il ne leur paraissait pas encore suffisamment prouvé. Le nouveau cas que rapporte aujourd'hui M. Bonjean est destiné à établir la réalité de cette assertion.

Dans la commune de Beanfort (Haute-Savoie), une famille composée de sept enfans, outre le père et la mère, tomba tout à coup malade. Ils avaient mangé en trois jours dix-huit livres d'un pain fait avec quatre parties d'avoine et une de seigle.

La mère, âgée de 45 ans, éprouva la première les symptômes. Depuis le 18 novembre 1843, elle ressentit du malaise et quelques frissons; le 19, elle était assoupie, oppressée, engourdie; le 20, ses pieds, ses mains, étaient rigides et spasmodiquement inflexibles; elle était privée de sentiment. Depuis lors, la maladie suivit son cours avec quelques rémissions.

Les sept enfans furent frappés à divers intervalles.

Le père, âgé de 50 ans, fut le moins affecté, quoiqu'il eût mangé plus de pain que les autres. S'il échappa ainsi cela fut dû soit à la force de son tempérament, soit parce qu'il avait surtout mangé de la croûte, laquelle, comme plus cuite, contient le principe délétère en quantité moindre.

Pendant des accès de douze heures environ, ces malheureux étaient en proie à des angoisses cruelles, et tourmentés par des convulsions telles que les efforts de deux personnes étaient à peine suffisans pour faire mouvoir leurs articulations raidies. N'ayant pas, à ce qu'il paraît, été examinés par un médecin, ils ne prirent pour tout médicament que de l'eau tiède et de l'eau vinaigrée. Nonobstant cela l'affection a fini par se terminer heureusement chez tous.

Voici maintenant le côté intéressant de cette histoire, sous le rapport toxicologique. La farine qui servit à préparer ce pain était composée de 86 parties de seigle et d'avoine et de 14 parties de seigle ergoté. Avec 250 livres de ce mélange, on avait fait 218 livres de pain, qui contenaient par conséquent 30 livres et demie de seigle ergoté. D'après ce calcul, les 18 livres de pain que la famille a consommées pendant trois jours renfermaient deux livres et demie d'ergot; ce qui prouve que, durant cet espace de temps, chacun des neuf individus a pris environ 4 onces et demie de seigle ergoté.

Il est impossible, ajoute M. Bonjean, de supposer que la panification n'a pas atténué dans ce cas l'action du poison; car, d'après plus de 40 expériences que j'ai faites sur les animaux, je puis affirmer que, à coup sûr, une égale quantité d'ergot prise dans son état naturel n'aurait pas laissé en vie un seul de ces malheureux.

III. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Prolapsus et cancer du vagin et de l'utérus; des procédés thérapeutiques et chirurgicaux propres à les guérir;* par M. Bellini. (Il propose deux instrumens; l'un, sorte de pince à crochets, pour fixer et attirer l'utérus; l'autre, qu'on ne peut mieux comparer qu'à une cuiller tranchante par son extrémité, rappelle l'espèce de truelle dont Dupuytren se servit plusieurs fois pour trancher dans l'épaisseur du tissu utérin.) 2° *Cas de fièvre pernicieuse anévrismatique convulsive grave, guérie par le nitrate de quinine jointe à la digitale pourprée;* par M. Agostinacchio. 3° *Anomalie dans la situation et la forme de l'anus chez un homme dont la vessie contenait onze calculs;* par le même. 4° *Monomanie guérie simultanément avec la disparition d'une tumeur développée sur la région de l'omoplate du côté droit;* par M. Ferramosca. (L'aliénation mentale ne datait que de quatre mois. La guérison coïncida avec la suppuration spontanée de la tumeur, laquelle était de nature phlegmoneuse et s'était manifestée sans cause appréciable.) 5° *Un mot sur les fièvres périodiques et de l'influence de l'imagination dans la cure de ces fièvres;* par M. Mammi. (D'après le succès qu'obtiennent parfois les médications les plus bizarres, on ne peut se refuser à croire que l'imagination ne puisse beaucoup contre ces maladies.) 6° *Des progrès de la médecine italienne depuis la renaissance des lettres jusqu'à nos jours;* par M. de Renzi. 7° *Compte-rendu des maladies qui ont régné dans les équipages de l'escadre napolitaine en janvier 1843;* par M. Salvatore. 8° *Mécanique du cerveau et de la moelle épinière;* par M. Nicolucci. (Exposé assez complet, mais n'offrant rien d'original, des notions acquises à la science sur les fonctions de ces organes.)

Anomalie dans la situation et la forme de l'anus; par M. Agostinacchio.

Quelque rare qu'on doive la supposer, l'anomalie dont nous reproduisous ici la description mérite cependant d'être connue comme créant, sinon une complication nouvelle pour la cystotomie, du moins une cause d'embarras et de perplexité pour l'opérateur qui en rencontrerait une semblable.

M. Agostinacchio, ayant été appelé auprès d'un homme qui souffrait du côté des voies urinaires, reconnut chez lui l'existence de la pierre. Il se disposait en conséquence à pratiquer la taille latéralisée, lorsque, au moment d'opérer, il reconnut sur les parties mises à découvert le vice de conformation suivant. A la place de l'anus existaient quelques plis, mais sans ouverture. Un pli cutané s'étendait obliquement de haut en bas, et du raphé périnéal vers le côté gauche dans le lieu qu'occupe ordinairement l'incision qui se fait dans la taille latéralisée. C'est sous ce repli

comme sous un pavillon que s'ouvrait l'orifice anal. Le chirurgien, craignant que cette disposition n'entraînât quelque anomalie dans la situation des artères du périnée, suspendit l'opération, voulant se donner le temps de chercher le procédé le plus convenable à appliquer dans ce cas. Mais le malade succomba en peu de jours, avant qu'on eût pu mettre à exécution un nouveau plan opératoire.

L'autopsie ne put être faite. On permit seulement à l'auteur d'exécuter sur le cadavre l'opération de la taille. Il y procéda par une incision latérale, faite 4 lignes au-dessus du pli cutané mentionné. Onze calculs furent ainsi retirés de la vessie. Il s'assura, après l'opération, que le rectum ne suivait pas la direction du pli cutané; mais que, aussitôt après l'orifice anal, il se recourbait en bas pour rejoindre la ligne médiane. L'incision aurait donc pu être faite sur le vivant, de même qu'elle avait été faite sur le cadavre, sans aucun risque de léser le rectum. Ce dernier n'était point adjacent au trajet suivi par le histouri; car, en introduisant un doigt dans la plaie et un autre dans l'intestin, on ne put parvenir à les faire toucher l'un l'autre.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Description pathologique de l'aortiectasie*; par M. Sava. (C'est l'histoire d'un anévrisme présumé de l'aorte, guéri par l'application de la méthode de Valsalva). 2° *Réflexions sur le bubonocèle étranglé*; par M. Santopadre. 3° *Observations de délire des ivrognes*; par M. Belli. (Il faut, selon l'auteur, distinguer avec soin si le délire s'est produit à la suite d'excès de boisson chez un sujet habituellement adonné aux alcooliques, ou s'il est au contraire causé par un excès de spiritueux chez un buveur qui avait depuis quelque temps cessé d'en faire usage. Dans le premier cas, la méthode antiphlogistique est indiquée. Dans le second, on se trouvera mieux de l'emploi de l'opium.) 4° *Recherches critiques sur l'étiologie et la pathogénie de la phlogose*; par M. Ottaviani. (Article de polémique.) 5° *Lettres sur les inventions et les découvertes chirurgicales accomplies en Italie*; par M. Rambelli. 6° *Sur une maladie encéphaloïde du poumon*; par M. Sarti. (La nature de l'affection n'a été déterminée par l'auteur que d'après l'examen des symptômes sur le vivant.) 7° *De l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme*; par M. Girola. (Travail destiné à prouver théoriquement l'efficacité du médicament et à expliquer son action.) 8° *Délire érotique religieux guéri par l'application d'un bouton de feu à la nuque*; par M. Gamberini. (Cette manie aiguë, survenue chez une jeune fille à la suite d'une faute qu'elle ne cessait de se reprocher trop vivement, avait résisté auparavant à toute sorte de médication. La cautérisation la guérit en peu de temps.) 9° *Névralgie du nerf maxillaire supérieur, guérie par la névrotomie*; par M. Mojani. (Les douleurs, d'abord fixées dans les dents, avaient résisté à l'extraction de deux molaires qui furent trouvées saines. On prit alors le parti d'exciser une portion du nerf. Les douleurs cessèrent; mais l'auteur, qui donne la guérison comme complète, omet de dire depuis combien de temps elle existe.) 10° *Sur la pléthore*; par M. Biagini. (Généralités presque entièrement dépourvues de pratique.) 11° *Nouvelles observations sur la fièvre lente de Huxham, propres à démontrer que cette maladie est véritablement le typhus pétéchial*; par M. Ottaviani. 12° *Plaie du cœur guérie en apparence*; par M. Marini. 13° *De l'utilité prodigieuse de la cure résolutive et négative pour obtenir la réduction des hernies étranglées*; par M. Bellini. (L'auteur est un sage partisan du taxis employé avec modération avant d'en venir à la herniotomie. Il avertit aussi de ne soumettre à l'opération que les hernies véritablement étranglées). 14° *De l'action du seigle ergoté*; par M. Canuti. (Explications théoriques sur un précédent travail.) 15° *Observations de* delirium tremens : par M. Olivi. (Faits à l'appui de la doctrine, exposée ci-dessus, de M. Belli. Aux deux catégories établies par cet auteur, M. Olivi en ajoute une troisième, c'est celle des personnes qui, ne faisant pas habituellement usage des alcooliques en abondance, voient survenir le délire et les tremblemens après un excès de ce genre. C'est celui qu'on observe, par exemple, chez les personnes qui tentent de s'empoisonner avec l'eau-de-vie.) 16° *Lettre sur les découvertes faites par Spallanzani*; par M. Rambelli. 17° *Réflexions sur un article de M. Mouchon relatif à la composition de l'emplâtre de ciguë*; par M. Crescimbeni. 18° *Voyage d'Hippocrate dans les états pontificaux*; par M. Zappoli. (Dans un récit qui ne manque ni de charme ni de mordant, M. Zappoli suppose qu'Hippocrate, quittant un jour les Champs-Elysées pour connaître l'état contemporain de la science médicale, visita les écoles et les hôpitaux des états du pape. L'auteur raconte en détail les pérégrinations diverses du vieillard de Cos parmi ses compatriotes; et, tout en lui prêtant constamment un langage digne et grave, il trouve le moyen de juger à son aise, sous ce couvert respectable, les hommes et les choses de son pays.)

RÉFLEXIONS SUR LE BUBONOCÈLE ÉTRANGLÉ; par M. SANTOPADRE.

C'est une bien ancienne lutte en chirurgie que celle des temporisateurs et des partisans de l'opération faite hâtivement dans la hernie étranglée. La kélotomie pratiquée de bonne heure, dit Pott, ne cause la mort qu'une fois sur plus de cinquante cas. Boyer, Key, Sanson, etc., partageaient à peu près cette doctrine, contre laquelle les avocats anciens et modernes du taxis opposent, non sans raison, les nombreux succès dus à cette méthode de traitement.

M. Santopadre est du nombre de ceux qui veulent l'opération hâtive, nous pourrions même dire prématurée; car, dans la hernie intestinale étranglée, il recommande d'opérer *avant que les nausées se soient converties en vomissemens*. Du reste, ce précepte n'est pas appuyé sur des considérations bien différentes de celles déjà émises par les chirurgiens qui, avant lui, ont compris la question dans le même sens.

Il est cependant un ordre de motifs auquel l'auteur a donné un développement plus considérable qu'aucun de ses devanciers. L'expérience montre, dit-il, qu'un étranglement même de peu de durée laisse sur l'intestin des altérations qui deviennent une source d'incommodités pour le malade durant toute sa vie. L'entérite chronique, la tendance aux rechutes, les tiraillemens, résultat des adhérences établies, le trouble des diverses fonctions sont les effets ordinaires de l'étranglement herniaire. Je les ai même vus, ajoute-t-il, se manifester à la suite d'étranglemens dont la réduction avait eu lieu spontanément dès le deuxième ou le troisième jour. De là, selon l'auteur, la nécessité d'opérer de bonne heure, afin de faire cesser aussitôt que possible un état dont les conséquences sont aussi graves et aussi durables.

— Nous nous inscrivons sans hésiter contre les assertions que contient ce dernier paragraphe. Loin d'exposer, plus que l'opération, aux accidens consécutifs, le taxis jouit au contraire du privilége bien remarquable d'en affranchir immédiatement et presque toujours. L'expérience de tous les chirurgiens a fait de cette vérité un argument irréfragable en faveur du taxis. Consultez à cet égard les praticiens qui savent observer, tous vous répondront comme nous : que quels qu'aient été les antécédens de la maladie, quelque longues et énergiques qu'aient dû être les manœuvres de l'opérateur, du moment où la réduction a été obtenue sans l'intervention du fer, tous les accidens disparaissent comme par enchantement et sans laisser de traces, dans l'immensité majorité des cas.

On ne pourrait pas, à beaucoup près sans doute, en dire autant des phénomènes qui sont la suite de la herniotomie, même alors que cette opération doit avoir en définitive un résultat heureux.

PLAIE DU CŒUR GUÉRIE EN APPARENCE; par M. MARINI.

OBS. — La nommée Angèle Ceccarelli, âgée de 32 ans, fut frappée, le 11 juillet 1843, d'un coup de couteau dans la région du cœur. Elle tomba sans connaissance, en perdant une abondante quantité de sang. M. Marini, appelé immédiatement, la trouva plongée dans un affaissement profond, couverte d'une sueur froide, la respiration difficile, syncopes répétées, le pouls tremblant, incertain. La blessure occupait le bord interne de la mamelle, à 2 pouces et quelques lignes du sternum. En considérant sa direction, on reconnut qu'elle pénétrait entre la quatrième et la cinquième côte. D'après ces signes, M. Marini conclut que la malade était en danger de mort, une lésion du péricarde étant assez probable.

Transportée à l'hôpital et se trouvant un peu mieux le lendemain, elle fut examinée par un autre médecin, lequel déclara que la plaie était simplement pénétrante et n'entraînait que quelques chances de mort. La malade n'ayant pas été confiée aux soins de l'auteur, il sait seulement qu'il lui fut fait 6 ou 7 saignées et plusieurs applications de sangsues; qu'elle se trouva à plusieurs reprises en danger imminent de mort. Cependant la plaie extérieure se cicatrisa et la malade fut renvoyée de l'hôpital le 26 août, déclarée *parfaitement guérie*. On la vit quelque temps encore sortir dans la rue présentant des signes marqués de dépérissement. Enfin, le 15 septembre, s'étant levée de bon matin pour satisfaire à un besoin, elle tomba soudain, et expira en quelques minutes.

AUTOPSIE. La cicatrice extérieure est solide et complète. Le tissu inodulaire qui lui fait suite peut facilement être suivi entre les quatrième et cinquième côtes jusqu'à l'intérieur de la poitrine. Le sternum étant enlevé, il sortit de la cavité thoracique gauche une demi-livre de lymphe inodore, d'un jaune clair. Un point du péricarde offrait un épaississement anormal, ainsi que les traces d'une inflammation non encore éteinte. Adhérences nombreuses et solides du sommet du poumon gauche. Un kyste d'une couleur noire bleuâtre, rempli de sang coagulé et fluide, adhérait par un large pédicule au côté gauche du péricarde. Le péricarde ayant été enlevé et ouvert, on le trouva rempli de sang en caillots et liquide, dont la quantité fut évaluée à 2 livres environ. Le cœur était atrophié, aminci, plein de sang. Il était percé près de sa pointe d'un trou arrondi

et conique qui, comme un sphincter, communiquait avec le ventricule gauche. Cette ouverture, assez large pour admettre aisément une pince ordinaire, présentait à son pourtour une espèce de callosité blanchâtre, molle, uniforme, qui correspondait exactement à la cicatrice sus-mentionnée du péricarde.

— Y a-t-il eu réellement ici d'abord cicatrisation de la plaie, puis déchirure du tissu de cicatrice à la suite d'un effort? ou bien la plaie n'a-t-elle jamais été réunie, mais n'aurait-elle été qu'oblitérée momentanément par un caillot dont le déplacement amena la mort?... Il est fort difficile d'exprimer à cet égard autre chose que des présomptions. Mais quelle que soit celle de ces deux versions que l'on adopte, ce n'en est pas moins un curieux et très rare exemple que celui d'une plaie pénétrante du ventricule *gauche*, ayant permis à la malade de vivre encore 65 jours. Les cas de ce genre cités par les auteurs appartiennent en général aux plaies des cavités droites; et même la vie se continue ordinairement beaucoup moins longtemps après la blessure. Il est incontestable du reste que l'erreur de diagnostic a fâcheusement influé ici sur le traitement. C'est sans doute à la cessation trop hâtive des précautions hygiéniques que doit être en grande partie attribuée la mort de la malade; et, comme le remarque l'auteur lui-même, si quelque chose pouvait sauver sa vie ou la prolonger, c'était à coup sûr une surveillance de tous les instans exercée sur toutes ses actions pour lui éviter le moindre effort, et la continuation des médications qui avaient contribué d'une manière si inespérée à détourner les premiers accidens. C'est dans les cas de ce genre qu'il vaut cent fois mieux tenir longtemps encore, fût-ce même sans besoin, les sujets à la diète et au repos que de les déclarer prématurément guéris.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 MAI.

INFLUENCE DES RAYONS SOLAIRES SUR LA VÉGÉTATION.

M. Dutrochet, au nom d'une commission composée de MM. de Jussieu, Ad. Brogniart, Boussingault et Dutrochet, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Zantedeschi, professeur de physique à Venise, intitulé: DE L'INFLUENCE DES RAYONS SOLAIRES TRANSMIS PAR DES VERRES COLORÉS SUR LA VÉGÉTATION DES PLANTES ET LA GERMINATION DES GRAINES. Le rapporteur, après avoir rappelé les expériences faites précédemment sur le même sujet par Senebier, Carradori, Paggioli, et par MM. Pouillet, Silbermann et lui-même, expose dans les termes suivans les expériences de M. Zantedeschi:

Une caisse en bois fut divisée en sept cases; et chacune de celles-ci fut fermée avec un des verres colorés suivans: orange, violet, jaune, bleu, vert, noir. Un pied de balsamine fut placé dans chacune des cases fermées par les verres orangé, jaune, vert, bleu et violet. Sous le verre bleu, la plante s'allongea plus que sous les autres verres. Sous le verre vert, il n'y eut aucun allongement sensible; la plante périt le huitième jour. La plante qui eut le plus de vigueur fut celle qui se trouvait sous le verre violet, mais cependant ses fleurs périrent. Les plantes les plus faibles furent celles qui se trouvaient sous les verres orangé, jaune, vert et bleu. Sous les verres violet et vert, les feuilles conservèrent leur couleur verte; sous tous les autres verres, elles jaunirent. Sous les verres violet, bleu et vert, les tiges se courbèrent vers la lumière; sous les verres orangé et jaune, elles restèrent droites.

Dans d'autres expériences, M. Zantedeschi plaça sous le verre vert des pieds d'*ocymum viride*, de *myrthus moscata* et de *cereus pentaloplus*. Les deux premières de ces plantes perdirent leurs feuilles, la troisième se maintint longtemps en bon état et s'allongea beaucoup en se courbant vers la lumière.

M. Zantedeschi sema des graines de balsamine dans les cases de son appareil recouvert par les différens verres colorés. Ces graines germèrent vers le deuxième jour sous le verre vert; elles germèrent le troisième jour sous le verre violet, le quatrième jour sous les verres jaune et orangé, le cinquième jour sous le verre bleu, enfin elles ne germèrent que le neuvième jour dans celle des cases qui, n'ayant point de verre, était à la lumière et à l'air libres.

Sous le verre vert, les feuilles cotylédonaires prirent une teinte violette, que n'avaient pas celles qui étaient librement exposées à la lumière; sous tous les autres verres ces feuilles devinrent jaunâtres.

Les mêmes expériences, faites sur des pieds d'*echino-cactus ottonis*, avec les mêmes verres colorés, plus un verre rouge, donnèrent des résultats analogues, c'est-à-dire que l'accroissement de ces pieds fut différent sous l'influence de chaque couleur.

M. Zantedeschi tire les conclusions suivantes de ses expériences:

La végétation, sous l'influence de la lumière transmise par tous les verres colorés, est languissante et maladive, ainsi que l'avaient observé Senebier et Carradori.

L'ordre observé pour la germination sous les verres colorés est différent de celui qui a été observé par Senebier.

La lumière violette a une puissance peu inférieure à celle de la lumière ordinaire pour verdir certains végétaux, ainsi que l'avait dit Senebier; la balsamine est dans ce cas, mais cela n'a pas lieu pour l'*oxalis multiflora*.

Quant à la vigueur de la végétation, elle n'est point plus grande sous le verre violet qu'elle ne l'est sous les verres jaune et rouge, ainsi que l'avait observé Senebier.

La lumière verte est moins favorable à la végétation que la lumière rouge.

La plus grande vigueur de végétation a lieu sous le verre bleu pour l'*oxalis multiflora*.

M. Zantedeschi pense que les anomalies présentées par ces expériences proviennent de ce que ce n'est pas seulement la lumière qui agit sur les plantes pour favoriser leur végétation, mais aussi d'autres agens, à l'influence desquels est soumise d'une manière variable la vitalité des tissus, et cela suivant la diversité des plantes.

La commission, en remerciant l'auteur pour sa communication, exprime le désir qu'il continue ses expériences, mais en substituant les rayons colorés du spectre solaire aux verres colorés, qui ne sont jamais rigoureusement comparables sous le point de vue de l'intensité de la lumière qu'ils transmettent.

CAUSES DE L'ALBUMINURIE.

M. le docteur Fourcault lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il se propose de faire connaître l'influence des enduits imperméables appliqués sur la peau ou sur la surface qu'elle recouvre, dans la production de la maladie connue sous le nom d'albuminurie ou de maladie de Bright, et d'en déduire le rôle et les fonctions de la peau.

Voici les conclusions de ce mémoire, que l'auteur destine au concours pour le prix Montyon.

1° La peau n'est qu'un organe excréteur, et les produits de la transpiration ne sont pas formés dans son tissu.

2° L'animal conserve sa température propre lorsque sa peau est enlevée. L'albuminurie n'est pas le résultat de cette opération.

3° Lorsqu'on supprime entièrement la perspiration cutanée, on voit se développer cinq ordres de phénomènes, à savoir: A une altération profonde du sang; B une diminution considérable de la température; C des supersécrétions et des épanchemens de diverse nature; D des lésions locales; E une altération dans la composition de l'urine, et enfin l'albuminurie.

4° Les mêmes phénomènes, et surtout le dernier, se reproduisent, lorsqu'après avoir enlevé la peau d'un animal, soit partiellement, soit en totalité, on applique les enduits sur la surface même qu'elle recouvre.

5° L'asphyxie cutanée est le résultat de la suspension complète de la transpiration. Elle peut amener la mort de l'homme comme celle des animaux supérieurs. Par l'effet de cette suppression, le sang acquiert au *maximum*, les propriétés réfrigérantes et stupéfiantes du sang veineux.

6° Lorsque cette suppression est partielle ou incomplète, elle produit les phénomènes généraux que l'on observe dans les fièvres et dans les inflammations.

SUR LA PROPAGATION DE LA PESTE, par M. STURMER.

M. Serres dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Sturmer, professeur à St-Pétersbourg, une note sur la propagation de la peste pendant la guerre de Turquie, en 1828, 1829 et 1830.

Voici les principales propositions qu'émet M. Sturmer à cet égard.

Suivant lui, la peste est endémique dans l'Orient (Asie mineure, Egypte, Constantinople), où elle paraît tantôt sporadique ou épidémique; il pense que la cause de cette endémicité est encore inconnue, et qu'il y a des conditions atmosphériques, météorologiques qui provoquent les cas sporadiques et servent à développer une épidémie.

Les médecins attachés à la guerre d'Orient se rangeaient en deux catégories: les uns n'admettant pas la contagion d'une manière absolue et faisant dériver la peste de quelques causes intérieures, de l'air, des miasmes, etc.; les autres admettant une contagion fixe, existant depuis une époque indéterminée, se propageant par les individus, les effets, etc.

La peste, dans la guerre russe, dit M. Sturmer, dans le typhus et le choléra, n'avait aucune similitude avec les maladies qui se propagent par une contagion immédiate ou virulente, telles que la variole, la vaccine, la gale, la syphilis, et notamment elle ne présentait pas une éruption caractéristique; elle ne provoquait, sur les lieux inoculés, aucune éruption de même nature, comme cela arrive ordinairement chez les syphilitiques; on ne possède aucuns faits palpables qui démontrent que le contact, indépendamment de toute autre circonstance, ait jamais communiqué la maladie; la peste, qui tenait à certaines contrées, parut simultanément sur plusieurs points et attaqua plusieurs fois le même individu; mais la contagion médiate ou miasmatique avait lieu, je crois, dans quelques cas.

CAUSES DU CANCER.

M. Tanchou adresse une note dans laquelle il énonce les propositions suivantes sur la cause du cancer:

Le nombre des cancers augmente d'année en année.

En Angleterre, M. Faur en signale 2,448 pour l'année 1838, et 2,691 pour 1839.

A Berlin, en 1826, on avait déjà fait la même remarque.

Sur les registres du département de la Seine, on trouve qu'en 1830 668 personnes ont succombé au cancer, c'est-à-dire 1,96 p. 100 sur les décès, et en

1840 889 personnes ont succombé au cancer, c'est-à-dire 2,40 p. 100 sur les décès.

La cause de cette maladie paraît être la civilisation.

Ce qui tend à te prouver, c'est qu'elle est presque inconnue en Amérique et en Afrique. En Égypte, on la trouve chez les femmes turques et nullement chez les fellahs. De plus, cette maladie n'est pas rare sur les animaux domestiques et sur ceux de nos ménageries, landis qu'il est encore sans exemple que le cancer se soit développé sur les animaux à l'état sauvage.

A Paris (ville) il y en a en 2,54 p. 100 sur les décès, et dans les environs seulement 1,63 p. 100.

Sur 9,118 décès causés par le cancer, il y avait 6,967 femmes et 2,161 hommes.

En Angleterre, sur 5,139 décès, il y avait 3,859 femmes et 1,220 hommes.

C'est de 40 à 70 ans que cette maladie est surtout fréquente.

Chez la femme, c'est le sein, et chez l'homme l'estomac, qui en sont le plus souvent affectés.

Le traitement de cette maladie est nul à notre époque: les chirurgiens opèrent; cependant tous sont d'accord que l'opération ne guérit pas; elle ne prolonge même pas la vie, ainsi que le prouve le relevé présenté à l'Académie par M. Leroy-d'Etiolles.

D'après cet exposé, il me paraît urgent:

1° Que les médecins s'occupent sérieusement des affections cancéreuses.

2° De traiter médicalement les malades avant de les soumettre à une opération.

3° De ne pratiquer l'opération que pour les cas rebelles et lorsque les moyens thérapeutiques sont épuisés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal des deux précédentes séances est lu et adopté.

M. P. Dubois, chargé avec M. Baffos d'aller, au nom de l'Académie, s'informer de l'état de M. Ferrus, annonce que l'honorable président est atteint d'une affection douloureuse, mais sans gravité, et que son état est en voie d'amélioration.

RAPPORT.

SUDORIFIQUES A HAUTE DOSE DANS LE RHUMATISME.

M. Villeneuve fait un rapport sur un travail adressé à l'Académie par ayant pour titre: De l'emploi des sudorifiques a haute dose contre le rhumatisme aigu articulaire.

C'est particulièrement la poudre de Dower que l'auteur a expérimentée; les observations au nombre de 18 tendraient à prouver que la poudre de Dower employée à une dose élevée, de 150 centigr. à 4 grammes, maximum, jouit d'une très grande efficacité dans le traitement du rhumatisme articulaire. M. le rapporteur, après avoir analysé avec soin ces observations déclare ne point partager cette opinion. Reconnaissant toutefois dans l'auteur du mémoire un praticien instruit, M. Villeneuve propose pour conclusions de lui adresser des remercîmens et de déposer son travail aux archives.

M. Martin-Solon appuie les conclusions du rapporteur. Le rhumatisme, suivant lui, est une maladie dont le traitement est loin d'être établi. L'opium, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, ont eu alternativement leurs succès. Quant à la poudre de Dower dont l'auteur du mémoire préconise à son tour l'efficacité, son usage n'est pas nouveau; il y a longtemps que son action est connue et qu'on l'emploie contre le rhumatisme, non point seul et à haute dose, comme le fait l'auteur, mais comme auxiliaire des autres moyens de traitement en usage. Tout le monde sait d'ailleurs que la poudre de Dower se compose d'élémens dont chacun est connu et apprécié. Or je n'ai jamais remarqué qu'à doses égales la poudre de Dower eût la même efficacité que chacune des substances dont elle se compose isolément. Je crois donc que ces observations devront être considérées comme non avenues.

M. Rochoux: Je ne ferai à ce sujet qu'une seule observation; c'est que le rhumatisme n'est pas une maladie contre laquelle on puisse diriger un seul système de traitement. Il y a plusieurs sortes de rhumatismes; il doit y avoir par conséquent plusieurs modes de traitement différens.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Villeneuve demande que la parole lui soit maintenue pour une communication relative au même sujet. Il lit une note sur la formule de la poudre de Dower.

CURE RADICALE DU VARICOCÈLE.

M. Vidal de Cassis lit un travail ayant pour titre: De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines du cordon spermatique.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Itard.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE TUMEURS HYDATIQUES, OCCUPANT LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE; recueillie et communiquée par M. DÉMARQUAY, interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

Obs. — Dans le courant d'octobre dernier, un homme âgé de 45 ans, d'une taille et d'une force moyenne, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra dans la salle de M. Blandin et fut placé au n° 39 de la salle Saint-Jean. Cet homme exerçait la profession de charron, à Lieusaint, village des environs de Paris. Il avait toujours joui d'une bonne santé avant la maladie pour laquelle il venait réclamer les soins de la chirurgie. Interrogé sur ses habitudes, il répondit qu'il menait une vie très régulière. Il habitait une maison parfaitement saine et aérée. Il y a environ un an, au milieu de toutes les apparences de la santé, il crut sentir, pendant la nuit, une grosseur dans la fosse iliaque gauche; mais cette sensation, un peu vague d'abord, ne fit qu'une impression légère sur son esprit; cependant, au bout de quelques jours, il éprouva dans la même région un sentiment de gêne et de malaise qui le porta à s'examiner avec plus de soin, et lui fit constater d'une manière positive la présence de la tumeur qu'il n'avait fait que soupçonner. Il n'en continua pas moins à se livrer aux pénibles travaux de son état; car la tumeur restait stationnaire, et la douleur était si légère qu'il n'en avait conçu aucune inquiétude.

Pendant l'été dernier, des changemens importans se manifestèrent. Cette même tumeur fit de rapides progrès et devint le siége de douleurs beaucoup plus vives, s'irradiant dans toute la face antérieure de la cuisse gauche. Quelques soins opposés à cet état n'apportèrent pas le moindre soulagement. Les douleurs ne firent que s'accroître; le malade perdit le sommeil et l'appétit; les digestions devinrent difficiles; les forces subirent une diminution progressive, et un amaigrissement assez notable vint témoigner du degré de ses souffrances.

Enfin, le 28 octobre dernier, un an après le début des accidens, il vint chercher à Paris, dans le service de M. Blandin, un remède à son mal.

Voici les phénomènes que nous avons constatés à son entrée.

La fosse iliaque gauche était occupée dans toute son étendue par une tumeur volumineuse faisant une saillie considérable à l'extérieur, limitée inférieurement par le ligament de Fallope, dépassant un peu supérieurement la crête iliaque, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Le diamètre transversal de cette tumeur s'étendait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la ligne blanche. La peau qui la recouvrait était lisse, tendue et mobile; la palpation et même la pression s'exerçaient sans grande douleur; il y avait une fluctuation obscure; enfin la cuisse du côté malade était fléchie sur le bassin et portée dans l'adduction, et de plus notablement amaigrie. Rien de particulier dans le pli de l'aîne ni dans la région du petit trochanter. Il a déjà été question plus haut des douleurs vives et spontanées dont la tumeur était le siége, douleurs qui s'irradiaient dans la direction des nerfs inguino-cutané et génito-crural.

Le diagnostic était assez difficile; il devait porter sur deux points: 1° déterminer le siége primitif, le lieu d'origine de la tumeur; 2° en déterminer la valeur.

Relativement à la première question, on pouvait se demander si la tumeur tirait son origine d'un lieu plus ou moins éloigné, ou bien si elle s'était développée dans le lieu même où nous l'observions. Mais si elle avait tiré son origine d'un lieu éloigné, si elle avait été la suite d'une migration lente qui fût venue apparaître dans la fosse iliaque, il eût existé auparavant des douleurs de nature à mettre sur la voie du diagnostic. Tout portait donc à croire que la tumeur était née dans la fosse iliaque, et alors il fallait rechercher si c'était dans la substance même de l'os des îles, ou dans le muscle psoas-iliaque, ou dans les ganglions lymphatiques sous-péritonéaux, ou enfin dans le péritoine.

Dans le péritoine? mais si cela était, il est peu probable que la tumeur fût restée bornée à la fosse iliaque.

Dans le psoas-iliaque? mais un des signes pathognomoniques de l'existence des tumeurs liquides aussi volumineuses qui se développent en ce point, je veux dire la présence d'une tumeur du côté du petit trochanter, manquait complétement. Quant à la flexion de la cuisse sur le bassin, elle s'expliquait naturellement par le tiraillement que les nerfs qui vont se rendre à la cuisse avaient éprouvé.

Dans l'épaisseur de l'os des îles? Cette manière de voir pouvait être admise; néanmoins, il paraissait plus naturel de croire que cette maladie avait son siége dans le tissu cellulaire de la région iliaque et dans les ganglions péritonéaux, en raison de la forme de la tumeur et de sa marche.

Dans le tissu cellulaire de la région iliaque et dans les ganglions sous-péritonéaux? D'après ce que nous venons de dire, c'est là que nous placerons le lieu d'origine de la tumeur en question. Tâchons maintenant d'en déterminer la nature. Etait-ce solide ou liquide? Mais les tumeurs solides sont rares dans cette région; mais il n'y avait pas de douleurs de nature spéciale; mais il y avait une demi-fluctuation: tout se réunissait donc pour nous faire repousser cette idée que la tumeur fût de nature solide. Elle était donc de nature liquide, ou du moins on pouvait le penser. Toutefois, en admettant cet état liquide, le diagnostic était encore loin d'être précis; et pourtant il importait à la vie du malade que les idées du chirurgien fussent bien et justement arrêtées. Ce pouvait être un abcès par congestion déterminé par une affection de l'os des îles, ou un abcès formé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, par suite de l'altération des ganglions lymphatiques qui siégent dans cette région. L'esprit conservait encore l'existence d'un kyste séreux ou hydatique; et dans le diagnostic porté par M. Blandin, et que nous allons bientôt formuler, l'existence du kyste aurait été

reconnue et annoncée; en effet, à quoi pouvaient tenir cette rénitence et cette demi-fluctuation, dans une partie où en général la fluctuation se produit si facilement, si ce n'est à la présence d'un kyste. Le diagnostic porté fut le suivant : « Tumeur enkystée de la fosse iliaque gauche, siégeant dans le tissu cellulaire de cette région. »

Le diagnostic porté, que restait-il à faire? Il est évident qu'il fallait chercher à évacuer le liquide contenu, et s'opposer à sa reproduction. Toutefois, avant de recourir à une opération, on employa les médicamens fondans les plus actifs. L'inefficacité de ces médicamens ayant été constatée d'une manière positive une ponction fut décidée. M. Blandin l'exécuta le 29 novembre, suivant la méthode sous-cutanée et avec le trocart aplati de M. J. Guérin ; car il voulait éviter l'introduction de l'air dans le foyer. Ce fut vainement qu'à plusieurs reprises on essaya de faire monter le liquide dans le corps de la seringue qui avait été adaptée à la canule du trocart; il fallut bientôt renoncer à ces tentatives. Mais, en enlevant la seringue, on reconnut avec étonnement que l'ouverture de la canule était obstruée par une matière gélatineuse, qui fut reconnue pour des débris d'hydatides. Dès-lors, M. Blandin annonça qu'il allait faire construire un trocart arrondi et plus volumineux que celui de M. Guérin, pour permettre aux hydatides de sortir avec plus de facilité. L'opération fut tentée, en effet, avec ce nouvel instrument, le 30 novembre ; mais le succès ne fut pas plus grand que la première fois.

Que restait-il donc à faire? le malade était affaibli par les souffrances et par l'insomnie; d'ailleurs la poche hydatique pouvait s'enflammer et déterminer de graves accidens. Dans cette circonstance, on crut devoir faire une incision analogue à celle qu'on pratique pour la ligature de l'artère iliaque, afin de donner issue aux hydatides. Il en sortit, en effet, une quantité énorme de l'intérieur du kyste; elles étaient mêlées à une faible quantité de liquide, les unes grosses comme un œuf de pigeon; d'autres au contraire égalant à peine un grain de chenevis ou de millet.

Chaque jour, et plusieurs fois le jour, des injections furent faites dans le kyste pour en balayer l'intérieur et empêcher le croupissement du pus. Les soins dont le malade était environné donnèrent pendant près d'un mois l'espérance d'un succès ; il ne survint en effet aucun accident grave; le malade même se trouvait mieux depuis l'opération; mais la suppuration était très abondante, et les parois du kyste ne revenaient que lentement sur elles-mêmes. Cette grande suppuration, jointe à l'affaiblissement que le malade avait éprouvé avant l'opération, épuisèrent complètement ce malheureux qui succomba dans les premiers jours de janvier 1844, cinq semaines environ après l'opération.

Autopsie, 36 heures après la mort.

L'émaciation est extrême, la rigidité cadavérique considérable. La fosse iliaque gauche est presqu'entièrement remplie par un kyste développé dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque. Ces muscles sont détruits, à l'exception du faisceau le plus voisin de la colonne vertébrale et des fibres les plus extrêmes. Le kyste s'étend de la crête iliaque jusqu'au petit trochanter; cette prolongation jusqu'au petit trochanter ne s'est établie qu'après l'opération, et probablement par le fait même des injections. Ce qui semblerait le prouver, c'est que, dans les derniers temps de la vie, au moment où le liquide était poussé dans le kyste avec la seringue, on voyait se développer une grosseur vers le petit trochanter. Nous avions omis de noter ce fait. Les parois du kyste sont d'ailleurs assez minces, si ce n'est dans le point le plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure, où elles renferment dans leur épaisseur une écaille osseuse. L'os des îles et la colonne vertébrale sont intacts. Le péritoine ne présente non plus rien de particulier. Dans aucun organe, on ne trouve d'inflammation, ni d'abcès métastatique qui confirme notre observation précédente, que le malade a succombé à l'épuisement produit par l'abondance de la suppuration. Quant à la flexion du membre et à son adduction, il est bien clair que les fibres du psoas et de l'iliaque qui n'avaient pas été détruites jouaient dans ce cas le principal rôle dans cette flexion et cette adduction.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS. tome II, 596 pages in-8°. — Paris, 1844, chez Fortin, Masson et Ce, libraires, place de l'École-de-Médecine.

Il y a plus de six ans que nous avons rendu compte dans les colonnes de la Gazette Médicale (année 1837) de la première publication des Mémoires de la Société d'observation, et depuis ce temps il n'a encore paru qu'un seul volume, et tout récemment; celui que nous avons en main. En signalant ce long retard, ce n'est au reste ni une plainte ni un reproche que nous voulons adresser aux auteurs dont les écrits sont contenus dans ce second volume, car les membres de la société d'observation ne sont liés envers le public par aucun autre engagement que celui de livrer des travaux soigneusement et laborieusement exécutés. Loin même qu'ils méritent de la presse un reproche pour la lenteur avec laquelle ils ont préparé les matériaux de ce second volume des œuvres de la société, nous leur devons de la gratitude pour le dévouement avec lequel ils se livrent à des études sérieuses et dont la plupart ne doivent probablement pas trouver d'application immédiate, lorsqu'on voit tant d'auteurs lancer dans le public des œuvres à peine ébauchées, Compte-t-on aujourd'hui, au milieu de ce mouvement si prononcé qu'on décore quelquefois gratuitement du nom de progrès, beaucoup d'hommes qui se livrent dans le silence à de graves travaux, uniquement dans le but d'étendre leurs connaissances ou de contribuer au progrès réel de la science, sans y être excités par un intérêt personnel, sans avoir en vue quelque chaire, un fauteuil ou le désir de satisfaire ce besoin de popularité que l'on exploite de tant de façons diverses? si nous n'en trouvons qu'un petit nombre parmi les cultivateurs des différentes branches des connaissances humaines, nous ne serons pas étonnés qu'il y en ait également peu parmi les médecins. Cependant il en est encore quelques-uns aussi parmi ces derniers, et, au besoin, le deuxième volume des Mémoires de la société d'observation nous en fournirait la preuve si elle était nécessaire; et comme l'a déjà fait la première publication.

La premier mémoire que contient ce volume et qui est à la suite d'un avant-propos dont nous n'avons rien à dire porte le titre suivant : Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar en 1828; par M. Louis. Ce travail qui n'avait pas encore été édité en France, mais avait été traduit en anglais et publié il y a quelques années en Amérique, est le plus considérable du volume dont il occupe à lui seul près de la moitié. A l'époque de son apparition, il fut présenté, par les partisans de la méthode numérique, comme le type d'une description exacte d'une épidémie étudiée suivant cette méthode. Nous ne considérerons pas ici le travail de M. Louis sous ce point de vue; car nous pensons que le temps de certaines illusions est passé, et qu'aujourd'hui nul homme n'aurait assez de confiance en ses propres forces pour s'isoler complètement de ses prédécesseurs et de ses contemporains et travailler seul à relever l'édifice de la science. Ces gigantesques projets étaient excusables il y a vingt ans, à l'époque où un homme de génie et d'action à la fois avait presque réussi à persuader à la génération d'alors qu'il avait fait table rase en médecine. Si, à cette époque, deux hommes que l'école de Paris compte avec orgueil parmi ses plus belles illustrations purent, s'isolant complètement de leurs prédécesseurs et de ceux qui remuaient aussi la science autour d'eux, et adoptant tous les deux à peu près la même méthode, bien qu'avec une formule différente, arriver facilement à saper la doctrine de Broussais qui assurera aujourd'hui que leurs travaux n'auraient pas été plus profitables encore à la science, s'ils les eussent faits dans un isolement moins complet? Et qui oserait tenter la même entreprise? Bien que la médecine considérée exclusivement sous le point de vue scientifique ait encore fait peu de progrès réels, cependant il y a trop d'instruction générale, et un besoin trop bien senti d'user de toutes les ressources que l'homme peut appliquer à la recherche de la vérité pour qu'il s'en trouve beaucoup qui consentissent à un isolement semblable, lorsque, par des recherches plus larges et plus profondes, ils pourraient arriver à des résultats plus heureux peut-être. Par exemple, si le mémoire sur la fièvre jaune contient peu d'erreurs, il renferme également peu de vérités autres que le récit des faits et le résumé numérique des symptômes et des lésions. Le fait le plus général qui ressorte de ce travail de plus de trois cents pages est l'état anémique du foie que l'auteur assure avoir observé dans tous les cas (23), et d'où il tire comme nécessaire la conséquence que cette lésion est la seule essentielle, la plus caractéristique de toutes celles qu'il a décrites, et qu'elle l'emporte à cet égard sur la matière noire, qu'on n'observait pas dans tous les cas. Quant à la cause, à l'origine de cette lésion qui pourrait bien n'être que consécutive et au rôle qu'elle a pu et dû joner dans les phénomènes graves d'une affection si fréquemment mortelle, nous ne devons pas nous en inquiéter; car tout ce qu'on pourrait dire de plus positif sur ces divers points se réduirait à de simples hypothèses qui sont bannies de la méthode numérique. Il en est de même de la cause première de la fièvre jaune, de son mode de transmission, du traitement par lequel il convient de la combattre; les recherches numériques sont restées muettes sur toutes ces questions et conséquemment leur solution, nous dit M. Louis, « ne peut résulter que d'un autre ordre de faits. »

Dans le second mémoire, M. Valleix a consigné le résultat de ses *recherches sur la fréquence du pouls chez les enfans nouveaux-nés et chez les enfans âgés de sept mois à six ans*. Depuis quelques années, plusieurs observateurs se sont occupés de l'examen de la fréquence du pouls dans les diverses circonstances de la vie, et étaient loin d'être arrivés aux mêmes résultats, probablement en raison de ce qu'ils ne s'étaient pas mis exactement dans les mêmes circonstances. M. Valleix, qui nous paraît avoir tenu compte de tous ceux de ces travaux qui ont eu quelque publicité, sur la fréquence du pouls chez les enfans, a résolu de répéter les mêmes expériences, mais de les varier suivant les circonstances suivantes: l'heure de la journée, la température, les mouvemens de l'enfant, le sommeil, les émotions diverses, le sexe et l'âge. Opérant dans ces différentes circonstances, il est arrivé à des moyennes générales qui diffèrent trop peu entre elles pour qu'elles aient toute la valeur qu'il leur

accorde, surtout quand on tient compte de l'intervalle qui sépare le plus souvent le minimum du maximum. Cependant, comme, après tout, les données qui en ressortent ne sont pas toujours d'accord avec les opinions généralement admises, nous allons présenter l'analyse des conclusions que l'auteur a tirées lui-même de son travail.

1° Chez les enfans nouveaux-nés, le pouls est moins fréquent qu'à l'âge de six mois; la moyenne chez les sujets endormis est de 87, et doit être, pour l'état de veille, entre 90 et 100.

2° L'élévation de la température accélère constamment le pouls; mais on n'a pu établir exactement encore le rapport qui existe entre cette accélération du pouls et l'élévation de la température.

3° L'influence du sexe est déjà très considérable chez les jeunes enfans; le pouls des petites filles est notablement plus fréquent que celui des petits garçons.

4° Pendant le sommeil, le pouls diminue notablement de fréquence.

5° De sept à vingt-sept mois, le nombre des pulsations ne change pas d'une manière très notable; il est de 126, terme moyen, et sans distinction de sexe; si l'on a égard à cette dernière circonstance, on le trouve de 121 chez les garçons et 128 chez les filles.

6° La moyenne des inspirations chez les enfans âgés de sept mois à deux ans et demi se trouve entre 30 et 32, et est au nombre des pulsations :: 1 : 4.

Le troisième mémoire porte le titre de RECHERCHES SUR UNE PRODUCTION OSSEUSE A LA SURFACE (INTERNE) DU CRANE CHEZ LES FEMMES MORTES EN COUCHES; par M. Ducrest. La production qui fait le sujet de ce travail avait déjà été décrite par le docteur Rokitansky, professeur d'accouchement à Vienne, lorsque l'attention de l'auteur fut appelée sur elle, mais sans qu'il ait pu se procurer le travail du professeur de Vienne, ni même qu'il ait su qu'il s'en était occupé avant lui. Quoi qu'il en soit, au reste, le travail de M. Ducrest n'en est pas moins intéressant, car il donne une description aussi complète qu'on peut le désirer des différentes formes et des divers degrés de développement de cette production, qui, jusqu'ici, paraissait avoir échappé à l'attention des anatomistes; et lui-même semble avoir été injuste envers ce travail lorsqu'il dit en terminant: « Je ne sais quelle importance pathologique pourrait s'attacher plus tard à cette production : actuellement elle me semble plus curieuse qu'importante. Son histoire peut se résumer en ces termes : 1° on trouve à l'intérieur du crâne des femmes en couche une production accidentelle, d'abord analogue aux cartilages et qui prend ensuite la consistance des os; 2° le crâne et la dure-mère en rapport avec elle n'offrent pas de lésion spéciale; 3° elle se développe de préférence chez les jeunes femmes; 4° sa présence ne donne lieu à aucun symptôme particulier. »

Disons d'abord que la description de M. Ducrest est parfaitement d'accord avec celle qu'en avait donnée le professeur Rokitansky; que tous deux ont suivi le développement de cette couche osseuse depuis l'apparition de quelques vaisseaux sanguins à la surface du crâne jusqu'à la présence d'une couche calcaire et osseuse, de l'épaisseur d'un sixième de ligne jusqu'à une demi ligne, ne s'étendant cependant pas également sur toute cette surface, mais disposée sous forme d'îlots qui laissent entr'eux des intervalles intacts et se montrent spécialement sur le frontal et les pariétaux, et surtout sur le trajet des sillons artériels et les impressions digitales ou les fossettes qui répondent aux circonvolutions cérébrales. Ces plaques sont quelquefois au nombre de deux ou de trois, d'autres fois en grand nombre, et dans ce dernier cas sont réparties sur les deux moitiés de la voûte, et presque toujours d'une manière inégale. Dans quelques cas, ces plaques finissent par se réunir, en commençant ordinairement sur chaque moitié de la région coronale, d'où elles s'étendent en divers sens, recouvrant alors toutes les saillies du crâne qu'elles avaient d'abord laissées à découvert. A un degré plus avancé, la base du crâne elle-même ne tarde pas à être envahie, d'abord par le bord antérieur ou latéral des bosses arbitraires ou par la face supérieure des apophyses d'Ingrassias, et s'étend quelquefois jusqu'à la portion de l'occipital, qui se trouve en rapport avec le cervelet. A un degré plus avancé encore toute la voûte est recouverte, et on n'en aperçoit plus aucune partie à nu.

Suivant M. Ducrest, toutes les femmes chez lesquelles s'est montrée cette production étaient mortes en couches; mais il résulterait du fait suivant que, bien que fréquente dans cette condition, on ne l'y observerait pas constamment, puisque, sur 231 crânes de femmes qui avaient succombé à la suite de couches, 90 seulement ont présenté l'ostéophyte à ses divers degrés d'étendue; aussi l'auteur hésite-t-il à déterminer à laquelle de ces trois conditions, grossesse, état puerpéral, maladies survenues dans ce dernier état, il doit attribuer cette production. M. Rokitansky est plus explicite et regarde cet ostéophyte comme un résultat presque invariable de la grossesse, et ne se rattachant nullement à une condition anormale de cet état; car on ne l'a observé ni dans les cas de conception utérine, ni dans ceux de polype de l'utérus; il assure l'avoir rencontré dès le troisième mois de la grossesse. Il résulterait encore des observations recueillies par le professeur de Vienne, que ce dépôt s'opérant à chaque grossesse, et qu'une fois formé n'étant pas absorbé, l'épaisseur du crâne chez les femmes irait en augmentant avec le nombre des couches.

Les RECHERCHES SUR LA BRONCHITE CAPILLAIRE SUFFOCANTE CHEZ LES ENFANS ET CHEZ LES ADULTES, par M. Fauvel, sont le sujet du quatrième mémoire et terminent le volume. L'auteur de ce grand mémoire, qu'on pourrait appeler une monographie de la bronchite capillaire suffocante, avait déjà publié, en 1840, dans sa thèse inaugurale, le résultat de ses observations sur la même maladie chez les enfans; mais, ayant depuis cette époque recueilli plusieurs observations chez l'adulte, il a réuni ici tous ces faits en deux séries, comprenant, l'une les faits relatifs aux enfans, l'autre ceux relatifs aux adultes. Nous n'entreprendrons pas d'analyser ce mémoire, qui, comme le dit l'auteur, est meilleur à consulter qu'à lire; car toutes les parties en sont traitées avec un développement qui laisserait, nous pouvons dire, peu à désirer, si, après avoir donné une description exacte de la maladie et de ses formes différentes, après avoir signalé les causes réelles ou erronées auxquelles on l'a attribuée, après avoir donné des explications vraisemblables, du moins, de plusieurs phénomènes morbides propres à la maladie, l'auteur n'était obligé enfin d'arriver au traitement et d'en indiquer un. Or, c'est précisément dans les maladies sur lesquelles la science a jeté le plus de jour que le traitement est ordinairement le moins avancé. Cependant, M. Fauvel, ne pouvant supposer la pensée que tant de travaux et d'érudition pourraient rester sans profit réel pour la pratique, ne s'est pas contenté de rapporter les différentes médications employées jusqu'ici, et avec de rares succès, dans le traitement de la bronchite capillaire, et pensant trouver dans les révélations de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie des indications bien précises, a voulu mettre à profit ces connaissances nouvelles, et a proposé un traitement rationnel ou par induction. Sans admettre la réalité des indications qu'il établit sur les deux bases que nous venons d'indiquer, ni même peut-être l'exactitude des inductions qui doivent le conduire, nous ne pouvons qu'approuver cet essai. Ce n'est, il est vrai, qu'une ébauche bien imparfaite, peut-être une illusion, comme il le craint lui-même; mais c'est un essai que nous voudrions voir imiter, puis soumis à une critique sérieuse, et conséquemment perfectionné. Les longs développemens dans lesquels nous sommes entrés sur l'important mémoire de MM. Mahot, Bonami, etc., sur l'épidémie de bronchite capillaire suffocante observée à Nantes (1), ne nous permettent pas de nous arrêter plus longtemps sur l'intéressante communication de M. Fauvel, par lequel le deuxième volume de la Société médicale d'observation est terminé. Nous souhaitons que le troisième volume des œuvres de cette Société ne se fasse pas attendre aussi longtemps que celui-ci, et que les travaux qu'il renfermera, de quelque point de vue qu'ils soient pris, ne soient point inférieurs à ceux des deux premiers volumes, et ne fassent pas descendre cette publication de la place honorable qu'elle occupe déjà parmi les productions scientifiques de l'époque.

VARIÉTÉS.

ÉLOGE DE DOUBLE PAR M. BOUSQUET.

L'espace nous manque pour reproduire de longs extraits de l'éloge de Double par M. Bousquet. Le passage qu'on va lire fera désirer de connaître le reste. Dans les deux premières parties de sa notice, M. Bousquet a considéré successivement notre illustre confrère comme écrivain et comme praticien; dans la dernière, il l'a peint comme académicien.

Voici cette partie :

. . . .

Séparé de ses confrères par ses doctrines, M. Double l'était encore par ses habitudes, il les aimait comme des membres de la grande famille médicale, mais il les fréquentait peu. Il vivait avec ses cliens. Et cependant, malgré l'éloignement où il se tenait, son nom se présenta des premiers lorsque la munificence de Louis XVIII, conseillé par M. le baron Portal, son premier médecin, créa l'Académie royale de médecine. Sans cette utile institution, jamais peut-être M. Double n'eût été apprécié comme il méritait de l'être. La première fois qu'il y prit la parole, il laissa voir qu'il en serait une des lumières, et vous savez si la suite a répondu à ses débuts. L'Académie travaillait alors à sa constitution intérieure. Parmi tant d'hommes éminens, deux surtout aspiraient à lui donner des lois. Jaloux de tous les genres de gloire, Dupuytren ne voulait pas laisser échapper une si belle occasion de joindre à sa couronne de savant celle de législateur de la nouvelle Académie.

(1) Gaz. Méd., 1843, p. 58.

M. Double cédait à d'autres sentimens; le devoir était l'âme de sa conduite. Chacun apporta dans les débats son talent et son caractère : Dupuytren cette hauteur de vues et de raison qui ne l'abandonnait jamais; M. Double cette sagacité, cette souplesse qui rend propre à tout. L'un, fier, absolu, accoutumé à voir tout céder à la domination de sa parole, déguisait mal l'impatience que lui causait la contradiction ; l'autre, plus modeste, plus souple, sans être moins ferme, redoublait de politesse et d'égards à mesure qu'il se croyait mieux fondé, comme s'il eût voulu se faire pardonner ses avantages. Lutte glorieuse et mémorable! Mais soit que son rôle fût fini, soit qu'il ne pût vivre avec ses pairs, Dupuytren se retira peu à peu d'une compagnie où il ne pouvait imposer sa loi.

M. Double, au contraire, lui resta fidèle jusqu'au dernier jour. Il aimait l'Académie de médecine; il lui devait une partie de sa gloire, et les succès mêmes qu'il y avait obtenus la lui rendaient chère. C'était pour lui comme une patrie où il revenait toujours avec un nouveau plaisir. Vous le retrouviez à toutes vos séances comme un soldat à son poste, à cette place où son absence sera longtemps remarquée. Ceux qui, après avoir brigué l'honneur de vous appartenir, croient pouvoir se dispenser de suivre vos travaux se méprennent étrangement. Sans doute la gloire de la compagnie n'en peut pas souffrir : personne ici ne porte sa tête assez haut par-dessus les autres ; mais on oublie que l'assiduité est le premier devoir d'un académicien. En acceptant l'emploi de secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, cet emploi qu'il a rempli avec tant de gloire pendant plus de quarante ans, Fontenelle déclara qu'il ne louerait jamais ceux de ses confrères qui ne témoigneraient pas de leur zèle par une grande assiduité, et Fontenelle tint parole, quelque sollicité qu'il fût d'y manquer.

Malgré le zèle dont il était animé pour la gloire de la compagnie, M. Double y fit peu de lectures originales : c'était l'effet d'une vue systématique. Il croyait que les Académies sont moins faites pour produire par elles-mêmes que pour juger les travaux qui leur sont adressés et retenir ainsi la science dans les bonnes voies.

Mais fallait-il apprécier ces travaux, il était toujours prêt. Et telle était la confiance que vous aviez dans son activité et dans ses lumières, que vous lui remettiez les affaires les plus délicates, les rapports les plus importans. Il a été le premier rapporteur des remèdes secrets, cette plaie de l'Académie et de la société, et il comprit si bien sa mission, qu'il a fixé pour ainsi dire votre jurisprudence sur ce point. Il a composé sur l'art d'observer les épidémies un mémoire que vous avez mis entre les mains de tous vos correspondans. En 1832, lorsque le choléra était à nos portes, le gouvernement vous demanda une instruction, et c'est encore M. Double qui la prépara. Cette instruction, je ne la juge pas; il n'est sans doute donné à personne de devancer les leçons de l'expérience. Je ne veux que rappeler un trait honorable de la vie de notre confrère. Que vous dirai-je de ce long et beau rapport sur la réforme de l'organisation médicale? Ici M. Double sortait visiblement des attributions du médecin; mais telle était la souplesse de son esprit, qu'après avoir agrandi la science par ses travaux, il en pouvait régler les rapports avec toute la sagesse d'un législateur.

Mais à quoi bon ces détails dans cette enceinte, où tout vous parle de notre confrère? Parcourez vos archives, vos procès-verbaux, vos publications, il n'est pas une occasion un peu importante dans les annales de la compagnie où le nom de M. Double ne reparaisse avec éclat. Vice-président, président, secrétaire annuel, membre du conseil, tous les honneurs que vous pouvez déférer, il les a obtenus de votre justice; toutes les charges qu'emporte le titre d'académicien, il les a partagées. On composerait plusieurs volumes de ses rapports qui dorment dans vos archives. Il y en a sur presque tous les sujets ; car, dans un temps où chaque médecin se borne et choisit un coin de la science pour le cultiver avec plus d'ardeur, M. Double n'avait voulu prendre aucune couleur. Il n'avait d'autres préférences que celles qui lui étaient commandées par son tour d'esprit : il se plaisait dans les questions de doctrine et de philosophie. Les détails étaient moins de son goût. Mais, encore une fois, il pouvait parler de tout, et il était toujours écouté. Il est vrai qu'il se respectait assez pour ne prendre jamais la parole devant vous sans y avoir mûrement pensé.

Peu de personnes ont possédé au même degré l'art de parler aux grandes assemblées. Ce sentiment exquis des bienséances, il en trouvait la source dans son cœur autant que dans l'habitude du grand monde. Même dans l'improvisation, où l'esprit, dominé par la pensée, se jette sur la première expression qui se présente, il ne lui échappait jamais un mot équivoque, une parole désobligeante. Oui, tout dans sa personne, jusqu'aux inflexions de sa voix, tout respirait la plus exquise politesse, et, ce qui la rendait encore plus aimable, c'est qu'on sentait qu'elle ne lui coûtait aucun effort ; elle lui était naturelle, elle coulait de source.

Avec des qualités si aimables, M. Double prit un ascendant dont il y a peu d'exemples dans les académies. Une discussion s'élevait-elle, il la suivait attentivement ; si elle s'égarait, il la redressait ; si elle s'emportait, il la calmait ; à sa voix, l'ordre renaissait, et nous demeurions tous immobiles et comme suspendus, de peur de perdre une seule parole. Quelque flatté qu'il fût de son autorité, il n'en usait qu'à regret, tant il était sensible à tout ce qui pouvait porter atteinte à la dignité de l'Académie. Plus il avançait dans la vie, plus il mettait de prix aux règles du bon goût et des convenances. Ainsi, vous tous qui avez connu sa sagesse, écoutez un dernier conseil qu'il vous donne par ma voix. Oui, c'est lui, c'est M. Double qui vous dit : N'accordez qu'au talent le droit de frapper aux portes de cette Académie ; mais que ces portes ne s'ouvrent qu'à l'honnêteté, à la politesse, aux bienséances.

La réputation que M. Double s'était faite dans le monde, l'éclat qu'il avait jeté dans l'Académie royale de médecine, fit désirer à l'Académie des sciences de le posséder. En 1832, une place devint vacante par la mort de M. Portal. M. Portal, le créateur, le bienfaiteur de cette compagnie, a été, vous le savez, le premier praticien de Paris pendant cinquante ans ; après l'avoir perdu, l'Académie des sciences crut qu'elle ne pouvait pas lui donner un successeur plus digne de lui qu'un homme qui marchait sur ses traces, et elle choisit M. Double.

Il y a eu des médecins qui ont fait plus de bruit ; il n'en est pas de plus estimés. Ce n'était pas une de ces imaginations fougueuses qui dédaignent les sentiers battus et qui se jettent en avant au risque de s'égarer ; c'était plutôt une raison puissante, mais réglée, plus faite pour juger les découvertes que pour en faire. M. Double se croyait pourtant quelques titres à la plus grande découverte médicale de notre siècle, à la découverte qui a rendu le nom de Laënnec si célèbre et si cher. Et ces titres, il les a rappelés dans une circonstance solennelle, dans la lecture même qu'il fit à l'Institut pour appuyer sa candidature. Il raconte lui-même comment cette idée naquit dans son esprit ; c'était en embrassant sa mère et en entendant les sanglots qui sortaient de sa poitrine. Si M. Double entrevit en effet ce que le génie de Laënnec a trouvé, et qui pourrait en douter après sa déclaration ? que de regrets ne dut-il pas avoir en pénétrant dans ce nouveau monde à la suite et sur les pas de son heureux rival ? car, il ne faut pas se faire illusion, rien aujourd'hui ne pourra déposséder le nom de Laënnec; et, quelque mérite qu'on accorde à M. Double, il faut qu'il se contente d'être des premiers parmi les médecins qui n'ont pas eu le don de l'invention.

Sa place à l'Institut lui conférait l'aptitude à la première dignité du royaume, et la considération dont il jouissait l'en rendait digne. Mais ce que la loi a voulu, l'orgueil des hommes ne le voulut pas : il lui fut proposé de renoncer à l'exercice de la médecine. C'était mal le connaître ! Lorsque le gouvernement de Berne nomma le grand Haller du conseil souverain, il n'y mit aucune condition. M. Double repoussa comme il le devait la proposition qui lui était faite ; mais il y fut d'autant plus sensible qu'elle portait atteinte à l'honneur même de la profession. Combien de fois ne m'a-t-il pas dit : Ce n'est pas moi qu'il faut élever à la pairie, c'est la médecine, dans ma personne ou dans une autre, peu importe ; la médecine, ajoutait-il, la plus noble des sciences et le plus utile des arts! Voilà comment M. Double entendait la dignité de la profession. Il lui sacrifiait ce que l'homme a de plus cher après l'honneur, l'élévation de son nom et de sa famille.

Ce seul trait fait assez voir tout ce qu'il y avait de noblesse et d'indépendance dans ce caractère. Il ne dédaignait pas les honneurs, mais il se contentait de les mériter, et ne faisait rien pour les avoir, conduite d'autant plus digne d'éloges que, répandu comme il l'était dans la première classe de la société, il eût tout obtenu de son crédit s'il l'avait voulu. Mais M. Double tenait à honneur de ne rien demander dans un siècle où on donne à la faveur ce qu'on refuse quelquefois à la justice. Aussi le dirai-je? Aussi n'eut-il ni places, ni emploi ; il ne fut ni médecin d'hôpital, ni professeur, ni médecin de la cour. Par une heureuse compensation, il gagnait en liberté tout ce qu'il perdait en honneurs. Ce qu'il avait de titres, il le devait aux suffrages de ses pairs, et ils lui en étaient plus chers. Depuis Lorry, il n'y a peut-être pas d'exemple dans notre art d'une renommée si grande et si indépendante.

Ce respect pour sa personne lui donnait un air froid et réservé qui imposait ; on ne l'approchait qu'avec une certaine retenue, ses manières étaient polies, mais un peu dignes ; sa parole lente, mesurée, sentencieuse. Il y avait un peu d'apprêt dans toute sa personne. Il ne se faisait connaître que dans le particulier ; là ses amis le retrouvaient tel que la nature l'avait fait, bon, affectueux, obligeant, dévoué. Un de ses panégyristes, notre spirituel et honorable confrère, M. Réveillé-Parise, a dit qu'il tenait plus qu'il ne promettait. J'ajoute, parce que je le sais, que quelles que fussent ses prédilections pour les personnes, son obligeance s'arrêtait toujours devant l'équité ou ce qu'il croyait être l'équité.

M. Double était d'une taille moyenne, d'une constitution maigre et sèche qui pouvait nous faire espérer de le conserver longtemps ; on ne lui connaissait d'autre indisposition qu'une migraine, laquelle revenait, à la vérité, tous les mois. Il y a environ trois ans qu'au retour d'un voyage aux environs de Paris, où il avait été appelé, il ressentit les premières atteintes d'une pneumonie qu'il essaya de faire avorter dans un bain très chaud. Depuis lors, sa santé n'avait pas souffert la moindre altération. Cependant, un mois environ avant l'accident qui l'a enlevé, un membre de cette académie, à qui la nature a donné ce tact qu'il est si difficile d'acquérir quand on n'en a pas reçu le germe, M. le docteur Castel, conçut pour M. Double des inquiétudes dont il me fit part. Hélas ! sa science ne l'avait que trop bien servi. Le 7 juin, au sortir d'une de vos séances, M. Double se rendit chez M. le ministre de la guerre, qui était de ses cliens. Avant le dîner, il passa dans le jardin du ministère, il y fut pris d'une défaillance et tomba. Lorsqu'il eut repris ses sens, on le transporta chez lui. Du reste, il se sentait si peu malade qu'il se contenta de garder la chambre, sans prendre le lit, et refusa tous les secours de son art. Cet homme, qu'on a dit si prodigue de médicamens, avait pour principe de ne rien demander à l'art de ce qu'il pouvait obtenir de la nature. Il crut que sa bonne constitution triompherait. Il se trompa, et cette grande lumière s'éteignit le 12 juin 1842.

Les feuilles politiques annoncèrent la mort de M. Double comme un malheur public. C'en fut un sans doute pour l'Académie royale de médecine, qui lui doit une partie de sa gloire. Avec quel respect, avec quelle touchante émotion elle fit éclater sa douleur! Rappelez vos souvenirs ! A peine le président avait-il annoncé cette fatale nouvelle que la compagnie tout entière se leva spontanément et se sépara. Il était bien juste que la science prît le deuil le jour où elle perdit un de ses plus beaux ornemens.

Jamais savant ne reçut un honneur plus grand de sa compagnie, honneur si grand que vous ne l'aviez encore accordé qu'à deux hommes, à votre président d'honneur et à M. Bourdois de la Motte, dont une voix éloquente va vous faire connaître les titres à cette glorieuse distinction.

Nous aurons occasion prochainement de revenir sur le remarquable éloge de M. Bousquet; nous chercherons à en faire ressortir le véritable mérite. Nous pouvons le dire par anticipation, tout le monde y a vu un heureux essai dans une voie qui n'est pas celle qu'a parcourue si brillamment M. Pariset, mais

où d'Alembert et Vicq-d'Azir ont laissé des exemples non moins utiles à suivre.

— M. le docteur Castel, membre de l'Académie de médecine, nous adresse des considérations physiologiques sur le régime cellulaire dans les maisons de détention, dont nous extrayons ce qui suit :

Chaque individu est en possession d'une somme donnée de sensibilité plus ou moins grande dans les divers tempéramens.

Dans l'état normal, elle est répartie aux organes, selon les besoins de chacun; alors ils fonctionnent régulièrement. Mais lorsque chaque organe ne dépense point la portion de sensibilité qui lui est dévolue, les anomalies commencent. Si elle cesse d'être en exercice dans quelques-uns, elle surabonde dans d'autres. De là le trouble des fonctions et des facultés. Un système pénitentiaire, fondé sur l'isolement absolu, sur l'immobilité prolongée des détenus, serait donc en opposition avec une des principales lois de l'économie animale, loi immuable et qu'aucune puissance ne saurait subjuguer. Il produirait la concentration de la sensibilité, si redoutable et dans l'ordre physique et dans l'ordre moral. Il laisserait rarement un milieu entre perdre la vie ou perdre la raison. Les effets de la nostalgie pourraient servir d'appui à ces rapprochemens : quelle est la maladie qu'elle ne puisse faire naître? D'un autre côté, n'est-ce point parmi les hommes qui vivent seuls, n'est-ce point parmi les célibataires qu'on rencontre le plus de maniaques? une partie de notre hygiène, de nos rapports sociaux, de l'éducation de nos gymnases, la part donnée aux arts dans le choix de nos plaisirs, plusieurs de nos institutions, nos cérémonies et jusqu'à nos fêtes considérées sous un point de vue physiologique, se rapportent à cette nécessité d'établir un juste équilibre dans la distribution de la puissance nerveuse, d'empêcher qu'elle ne s'amasse sur les viscères, qu'elle soit accaparée par les passions. Les philosophes ont fait connaître avec plus de lucidité que les médecins les avantages de cette diversion.

Qui ne sait que le mouvement est le principal élément de la puissance des agens de la vie? Dans la maison de la Roquette où le régime cellulaire est usité et qui est habitée par de jeunes détenus, il en meurt 11 sur 100, dans le cours d'une année, tandis que la proportion est de 1 sur 39 et une fraction, dans toute la population de la ville de Paris (1). L'exemption de maladies mentales qui a été observée dans cette maison et qu'on a essayé de présenter comme un motif de sécurité sur les influences que les facultés intellectuelles reçoivent de la solitude, doit être attribuée à ce que ces maladies, moins fréquentes dans la jeunesse que dans les âges suivans, sont des exceptions dans l'enfance.

— M. le docteur Piéplu nous adresse la note qui suit sur les propriétés d'un fruit appelé tambayang :

Depuis deux ans j'emploie ce fruit dans les affections diarrhéiques et dysentériques avec un succès que je n'avais obtenu par les autres substances reconnues bonnes à ces affections. Je l'administre tel que la nature nous l'offre. Tantôt je le donne en décoction, à la dose de quatre fruits dans une bouteille d'eau, à prendre dans la journée, édulcorée si c'est le goût du malade; tantôt je le donne en poudre fine. Si l'affection n'est pas chronique, je donne la poudre du péricarpe à la dose de huit à dix décigrammes, à prendre toutes les deux heures dans un verre d'eau sucrée. Rarement, la diarrhée et la dysenterie persistent plus de deux jours, et si elles persistent plus longtemps, je donne la poudre du péricarpe et de l'endocarpe à la même dose, partie égale. On peut aussi donner le sirop ou la gelée une cuillerée à café toutes les heures; ce qui du reste est plus facile à prendre surtout pour les estomacs débiles et pour les enfans. Par les pilules, nous obtenons également de grands et rapides succès. Plusieurs médecins auxquels j'ai fait part de mes observations l'ont employé sous toutes les formes et en ont obtenu les mêmes résultats, surtout dans les cas où il y a eu des flux immodérés à réprimer.

J'ai également fait un très grand nombre d'expériences dans les affections utéro-vaginales, telles que leucorrhées aiguës et chroniques, ulcérations, végétations, métrorrhagie, etc., avec un tel succès que j'ai en partie abandonné tous les autres moyens.

Nota. J'ai employé dernièrement la poudre du péricarpe très fine, délayée avec de l'eau en consistance pulpeuse pour un prurigo formicans, le malade a été débarrassé en huit jours de cette affection si désolante.

L'enveloppe qui recouvre l'espèce d'amande que renferme ce fruit contient un trentième d'extrait légèrement astringent, une quantité prodigieuse de gélatine, et l'amande contient une huile verdâtre qui a une légère saveur stiptique.

— M. Pyrlas, jeune Grec, élève en médecine, propose la formule suivante pour faire des crayons particuliers qu'il nomme dermographiques (de δέρμα, peau, γράφω, tracer) propres à faciliter les opérations plessimétriques.

Prenez : Axonge, 1; térébenthine de Venise, 2; cire, 3; noir de fumée, quantité suffisante.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule en y ajoutant petit à petit le noir de fumée jusqu'à consistance peu molle. Ensuite tirez le tout du feu et agitez toujours jusqu'au refroidissement. Donnez à la masse la forme de crayons.

Pour enlever de la peau les lignes tracées par ce crayon, il suffit de les frotter légèrement avec un linge imbibé d'essence.

— Hôpital des Enfans malades, rue de Sèvres. — Conférences cliniques sur la chirurgie sous-cutanée. — M. le docteur Jules Guérin, chargé du service spécial des difformités à l'hôpital des Enfans malades, ouvrira des Conférences cliniques sur la chirurgie sous-cutanée, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, le jeudi 23 de ce mois, à dix heures du matin; il les continuera tous les jeudis de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera dans ces Conférences de l'origine de la méthode sous-cutanée, de ses bases physiologiques et pathologiques, et de ses diverses applications à la chirurgie.

Chaque Conférence sera consacrée à un point spécial du sujet et sera publiée avant la Conférence suivante.

Consultations gratuites sur les difformités à l'hôpital des Enfans, tous les samedis, à dix heures.

— Conférences pratiques sur les maladies des yeux; par le docteur S. Furnari. — Ces conférences seront consacrées : 1° à l'ophthalmoscopie ou à l'examen des affections oculaires; 2° au diagnostic différentiel et aux moyens prophylactiques et thérapeutiques; 3° au manuel opératoire sur les animaux vivans et sur l'ophthalmostat de l'auteur.

L'ouverture de ces conférences aura lieu le mercredi 15 mai à deux heures; elles seront continuées les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. On s'inscrit chez le concierge du Dispensaire ophthalmique, rue chanoinesse, 8, près de l'Hôtel-Dieu.

— La saison des eaux de Vichy commencera cette année, comme à l'ordinaire, le 15 mai.

Les travaux qui ont été exécutés à l'établissement depuis la dernière saison, et surtout un meilleur aménagement des sources, ont mis à la disposition de l'administration une grande quantité d'eau minérale qu'on laissait perdre auparavant, ce qui lui a permis de porter cette année le nombre des baignoires de 80 à 118. La source des *Célestins* elle-même, si fréquentée par les goutteux, n'a pas été négligée.

Ainsi, ce bel établissement, loin de manquer d'eau, comme certaines publications auraient pu le faire croire, aura son service beaucoup mieux assuré qu'il ne l'a jamais été, quel que soit le nombre des malades qui s'y rendront.

D'un autre côté, le gouvernement n'a rien négligé pour mettre cet établissement, sous le rapport de l'agrément, à la hauteur des principaux établissemens étrangers. C'est dans ce but qu'il en a confié les salons à un artiste distingué, M. Strauss, qui a accepté la direction musicale des bals et des concerts.

— M. le ministre de la marine vient de souscrire, pour les bibliothèques des hôpitaux des ports, à un certain nombre d'exemplaires des Nouveaux élémens de la science et de l'art du dentiste.

— Manuel pratique de médecine légale; par M. le docteur H. Bayard, médecin expert près les tribunaux de Paris. Un vol. grand in-18 de 538 pages. Prix; 3 fr. 50 c.

— Nouveau manuel d'anatomie générale. Histologie et organologie de l'homme; par M. le docteur Marchessaux, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-18 de 428 p. Prix : 3 fr. 50 c.

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1844, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1843, et les formules de médicamens nouveaux, suivi de recherches et d'expériences sur les contre-poisons du sublimé corrosif, du plomb, du cuivre et de l'arsenic, par MM. Bouchardat et Sandras; par M. le docteur Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. Un vol. grand in-32 de 320 pages. Prix 1 fr. 25 c.

— Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'huile de foie de morue. Quelques réflexions sur les phthisiques observés à l'hôpital St-André de Bordeaux; par M. le docteur E. Pereyra, médecin dudit hôpital. In-8° de 84 pages. Prix : 2 fr.

— Observation d'une fistule vésico-intestinale, suivie de considérations anatomico-physiologiques et pathologiques sur ses causes générales et sur son siége le plus ordinaire; méthode de traitement curatif de cette maladie, jusqu'ici réputée au-dessus des ressources de l'art; par M. le docteur Barbier (de Melle). In-8° de 80 pages, avec une planche. — Prix : 2 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

— Rapport sur l'hydrothérapie adressé a M. le maréchal ministre de la guerre après un voyage fait en Allemagne; par le docteur H. Scoutetten, chevalier de la Légion-d'Honneur, premier professeur et chirurgien en chef à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. — Deuxième édition augmentée de notes et d'observations; in-8°. Prix : 2 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

---

(1) Voir le premier volume de la Statistique du départ. de la Seine, publiée par les soins de M. de Chabrol.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

Paris, le 17 mai 1844.

La pièce qui suit vient de paraître : nous nous empressons de la reproduire, comme un document utile et important pour l'histoire scientifique de notre époque.

M. ORFILA A SES CONFRÈRES.

Messieurs,

Depuis dix ans, vous le savez, j'ai été vivement attaqué comme doyen de la Faculté, comme membre du conseil royal de l'instruction publique, comme membre du conseil des bospices, comme écrivain, et même comme homme *prétendu* politique. *J'ai constamment gardé le silence*, parce que je savais que mes actes, et le bon sens public, faisaient justice des griefs que l'on m'imputait. Cependant, aujourd'hui que, dans une série d'articles, on vient de résumer en quelque sorte les diverses accusations dont j'avais précédemment été l'objet, je me décide à publier un certain nombre de faits qui mettront mes critiques à même de juger de la valeur de leurs attaques, et que probablement ils regretteront de n'avoir point connus, puisqu'ils ont souvent proclamé qu'ils voulaient être justes. S'il en est ainsi, tout me permet d'espérer qu'ils accueilleront avec faveur des documens propres à rectifier les erreurs nombreuses dont ils se sont faits l'écho.

On m'accuse *de m'être posé comme homme politique, intéressé au succès des marches ministérielles*, et comme on ne peut articuler aucun acte de ma vie qui rentre de près ou de loin dans le domaine de la politique, on se rejette sur le voyage à Blaye, *mission*, dit-on, *où l'on ne sait quoi le plus blâmer, ou l'odieux de ceux qui l'ordonnèrent, ou la faiblesse de ceux qui l'acceptèrent, et où l'on vit des professeurs, leur doyen en tête, aller officiellement constater le déshonneur d'une femme captive*. Il m'importe de réduire cette accusation au néant, ce qui ne sera pas difficile. Je suis allé deux fois à Blaye, le 21 janvier 1833, avec M. le docteur Auvity, et le 25 avril suivant, avec MM. Andral, Fouquier et Auvity. Voici, à l'occasion du premier voyage, ce qu'on lit dans ma biographie publiée par M. Pascalet; je garantis l'exactitude des faits contenus dans cet écrit : « Le 21 janvier 1833, M. Orfila fut désigné par » le gouvernement, conjointement avec M. le docteur Auvity, pour se » rendre à Blaye, auprès de madame la duchesse de Berry, dont la santé » donnait de vives inquiétudes. Une consultation eut lieu le 25, entre » MM. Orfila, Auvity, Gintrac (ce dernier, médecin de madame la du» chesse), et Barthez, chirurgien de la garnison (1) : là il fut constaté que

(1) Aujourd'hui chirurgien de l'hôpital militaire de St-Denis.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

L'Académie a inauguré sa nouvelle salle : cet événement est déjà loin, et au nombre de ceux dont on ne parle plus. Nous aurions donc pu nous en tenir à ce que la GAZETTE MÉDICALE et les autres journaux vous en ont appris, si nous n'avions eu absolument à vous entretenir que de la cérémonie en elle-même, que des embellissemens du local, que du nouvel aspect des choses, et de l'effet immédiat produit sur l'assemblée. De ceci, en effet, vous savez tout ce qu'il vous est utile de savoir : que la nouvelle salle est un carré plus ou moins régulier, coupé par deux colonnes protégeant les assistans contre la chute du premier étage; que le bureau regarde le nord; que quatre rangs de banquettes recouvertes en velours vert et divisées en stalles forment un hémicycle derrière lequel se trouvent deux ou trois rangs de banquettes pour le public. Vous savez encore que les murailles sont peintes en jaune avec encadremens de filets rouges; qu'il y a deux entrées spéciales : l'une pour les académiciens, l'autre pour tout le monde; que la salle est à plusieurs décimètres au-dessous du sol; toutes choses qu'à votre première visite vous apprécierez beaucoup mieux que d'après notre état de lieux nécessairement très imparfait. En somme, c'est l'ancienne salle, agrandie, retournée, repeinte, remise à neuf. Les anciens de la compagnie, gens de science et d'expérience, prétendent qu'il y fera froid l'hiver; qu'encaissée comme elle est, et traversée par ses deux énormes colonnes, elle n'aura pas mal l'air, l'obscurité du soir aidant, d'une crypte, d'une espèce de tombeau égyptien. Un d'eux ajoutait même, en faisant les frais de sa personne avec une largesse peu commune, que l'architecte avait parfaitement réussi à mettre d'accord le contenant avec le contenu. Comme académicien, vous jugerez que je ne puis pas être absolument de cet avis. Jusqu'ici nous n'avons, sur la nouvelle salle, qu'une opinion particulière dont nous prenions la responsabilité : c'est que les lois acoustiques n'y ont pas été bien observées. La voix des orateurs y est à la fois retentissante et confuse : on les entend trop et on ne les comprend pas assez. Nous ne sommes pas de ceux qui ne voient aucun inconvénient à cela; au contraire, l'exactitude et la fidélité des comptes-rendus de la GAZETTE MÉDICALE témoignent de l'importance que nous attachons aux moindres paroles des savans interlocuteurs. Nous étions vraiment affligé à la dernière séance, que les remarques si précieuses d'un des grands régulateurs de la compagnie n'arrivassent à notre oreille que comme une macédoine de bruits gutturaux, rendus encore plus confus par la qualité de son toute particulière de l'orateur. Ce grave inconvénient avait été remarqué dans la séance d'apparat; le secrétaire perpétuel, qui n'est pas moins connu comme habile lecteur que comme écrivain brillant, a pu à peine être entendu. Il en a été de même de M. Bousquet. Le premier, si vous vous le rappelez, a lu l'éloge de Bourdois de la Motte, le second l'éloge de Dou-

» Madame était atteinte d'un catarrhe pulmonaire intense, contre lequel » les consultans proposèrent les moyens qui leur parurent convenables. » La presse ayant attribué au voyage de MM. Orfila et Auvity un but dif- » férent de celui dont nous parlons, nous pouvons affirmer, après avoir » lu les pièces officielles qui se rapportent à cette affaire, qu'il n'était » aucunement question de savoir si Madame était enceinte ou non, et » que les médecins n'adressèrent pas à madame la duchesse de Berry un » seul mot qui pût faire supposer à S. A. R. que telle fût leur mission. » Au reste, la consultation eut lieu en présence du colonel Chousserie, » alors commandant de la citadelle, et madame la duchesse fit aux con- » sultans, *et notamment à M. Orfila, un accueil si gracieux et si* » *bienveillant, qu'en quittant l'appartement de Madame, le doc-* » *teur était pénétré de reconnaissance et de respect*. Que l'on rap- » proche de ces faits tant d'assertions mensongères débitées, dans le » temps, par l'esprit de parti, et l'on verra jusqu'où peut aller sa perfi- » die : il ne s'agissait de rien moins que de violences exercées sur ma- » dame la duchesse de Berry, pour savoir si elle était enceinte, et de la » vive résistance qu'aurait apportée Madame à des investigations que » tous les médecins réprouvent, quand elles ne sont pas consenties par » la personne qui doit en être l'objet (1). »

Le lendemain, MM. Gintrac, Barthez, Auvity et moi, nous signions une consultation que l'on peut lire dans l'article déjà cité de l'ouvrage de M. Pascalet.

Ainsi dans cette entrevue, qui dura une heure, M. Auvity et moi nous ne vîmes madame la duchesse de Berry *qu'en présence* de MM. Barthez et Gintrac, et l'on sait que ce dernier était, par ses talens et par ses opinions politiques, le médecin affectionné de madame la duchesse.

Le second voyage à Blaye eut lieu quinze jours avant l'accouchement de madame la duchesse de Berry, plus de deux mois après que la princesse avait déclaré son mariage, et six semaines après qu'elle avait fait constater officiellement sa grossesse ; déjà M. Deneux était auprès de madame la duchesse. Quel pouvait être le motif de ce second voyage ? Tout portait à croire, d'après les rapports adressés journellement au ministère, que la santé de madame la duchesse s'altérait de plus en plus, à mesure qu'elle approchait du terme de sa grossesse, et le gouvernement voulait savoir s'il n'y avait pas danger pour la vie de la princesse à la laisser accoucher dans la citadelle de Blaye. Nous fûmes donc chargés de résoudre

---

(1) Voici la lettre des ministres de l'intérieur et de la guerre, qui conférait à M. Orfila sa mission auprès de madame la duchesse de Berry :

» Paris, le 21 janvier 1833.

» A M. ORFILA, DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

» Monsieur,

» Divers rapports adressés au gouvernement indiquent que la santé de ma- » dame la duchesse de Berry éprouve une altération assez sensible. Il importe » de reconnaître si sa situation offre en effet quelque chose d'inquiétant, et » quel régime est le plus convenable pour sa guérison. Personne mieux que » vous, monsieur, ne peut s'acquitter avec succès de cette mission d'une haute » confiance : j'espère donc que vous voudrez bien vous mettre en route dès au- » jourd'hui pour Blaye, avec le docteur Auvity, ancien médecin de madame la » duchesse de Berry.

» En arrivant à Bordeaux, vous verrez M. le préfet, et vous vous mettrez en » relation avec M. le docteur Gintrac : celui-ci, appelé par madame la duchesse » de Berry, lui a seul donné des soins jusqu'à ce jour. Vous vous rendrez en- » suite le plus promptement possible à Blaye, avec M. le docteur Auvity et M. le » docteur Gintrac ; vous vous présenterez au colonel Chousserie, commandant » supérieur de la citadelle, qui vous introduira tous trois auprès de la princesse. » Vous voudrez bien dresser une consultation sur la situation de sa santé et sur » le régime que vous croirez devoir lui conseiller. Si l'état de la princesse of- » frait quelque chose d'immédiatement alarmant, nous désirerions qu'il vous fût » possible de séjourner à Blaye jusqu'à ce que son état eût cessé de se montrer » inquiétant. Si la princesse refusait absolument de recevoir d'autres soins que » ceux du docteur Gintrac, vous auriez à réclamer de ce dernier tous les ren- » seignemens qui seraient propres à vous éclairer sur son état, et il aurait à » vous communiquer toutes les prescriptions qui devraient être délibérées en- » tre vous trois. Pareillement, lorsque vous serez de retour à Paris, le docteur » Gintrac aura à m'adresser un bulletin périodique et raisonné de la santé de » la princesse, et la copie des prescriptions qu'il aura ordonnées. Ces bulletins » vous seront communiqués par moi, afin que le gouvernement puisse avoir con- » stamment recours à vos lumières et à votre expérience, sur le cours de la » maladie et du traitement à suivre.

» Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

» Le pair de France, ministre de l'intérieur,

» COMTE D'ARGOUT.

» Le ministre de la guerre, président du conseil,

» Maréchal DUC DE DALMATIE. »

Arrivé à Blaye, M. Orfila rendit compte au ministre de son voyage en ces termes :

« Blaye, ce 24 janvier 1833, à six heures du soir.

» Monsieur le ministre,

» Nous sommes arrivés hier à Bordeaux, quarante heures après notre départ » de Paris. En sortant de Barbezieux, un de nos chevaux s'est emporté, le pos- » tillon a été démonté, et nous avons été jetés dans un fossé : cet accident n'a » eu d'autre suite qu'un certain nombre de contusions légères ; mais il a apporté » un retard notable dans notre marche.

» Ce matin, nous nous sommes rendus ici avec M. le docteur Gintrac, après » avoir vu M. le préfet : la distance qui sépare Blaye de Bordeaux étant de » quinze lieues et demie, et les routes fort sablonneuses, nous ne sommes arri- » vés qu'à trois heures et demie. M. le colonel Chousserie avait déjà entretenu » madame la duchesse de Berry du but de notre voyage, et Madame avait con- » senti à nous recevoir ; mais, au moment où nous allions avoir l'honneur d'être » introduits, S. A. R. a demandé que la consultation entre nous et les docteurs » Gintrac et Barthez n'eût lieu que demain à neuf heures. En conséquence, nous » restons à Blaye et nous nous empresserons de remplir demain la mission que » vous avez bien voulu nous confier.

» Les détails nombreux que nous a fournis le docteur Gintrac sur la santé de » madame la duchesse et sur les altérations qu'elle a éprouvées nous permet- » tent de vous annoncer dès à présent, Monsieur le ministre, que l'état de Ma- » dame n'offre rien d'inquiétant ; aussi nous proposons-nous de repartir demain » pour Paris, et immédiatement après notre retour, qui aura lieu lundi au plus » tard, nous aurons l'honneur de vous voir pour vous rendre compte de ce que » nous aurons observé et arrêté.

» Agréez, monsieur le ministre, etc. »

---

ble. L'un et l'autre ont eu beaucoup de succès ; nul doute cependant que leur succès n'eût été plus grand encore, s'ils avaient été mieux entendus. Je vous dois à cette occasion, cher confrère, quelques remarques qui, pour venir un peu tard, ne perdront rien de leur à propos ; car leur à propos est peut être plus dans l'avenir que dans le présent.

Comme tous les hommes qui ont rempli glorieusement leur carrière, le secrétaire perpétuel de l'Académie voit le moment de la retraite arriver sans crainte ni regret. De crainte pourquoi ? il aura un successeur, mais non un remplaçant. De regret ? pas davantage ; car plus d'années n'ajouteraient rien à ses succès. Mais il songe à se reposer comme l'homme à la fin de son voyage ; non pas de l'esprit, mais du corps ; car, suivant l'ingénieux système récemment promulgué par un homme qui a peut être eu le tort de juger tout le monde d'après lui, l'esprit ne vieillit pas ; et le secrétaire perpétuel de l'Académie pourrait bien être une preuve de plus en faveur de l'insénescence du principe de l'intelligence chez l'homme (1). Mais si, d'après la doctrine de M. Lordat, les hautes et brillantes facultés de M. Pariset n'ont aucun compte à régler avec les années, son corps, sa voix, son geste et les autres parties *sénescibles* de son être refuseront, dans un temps plus ou moins éloigné (*Di avertant !*) leur service à ses facultés *insénescibles*. Alors l'heure de la retraite aura sonné. Par une prévoyance pleine de philosophie, l'éloquent panégyriste n'a pas voulu que l'Académie fût prise au dépourvu de secrétaire perpétuel : c'est sans doute (nous n'avons là-dessus que des conjectures) ce qui lui a donné l'heureuse idée de s'adjoindre M. Bousquet. Cette circonstance, vous le voyez, si elle est telle que nous le supposons, ajoute un intérêt tout particulier à l'éloge de Double. Ce n'est plus un essai, c'est un début ! Le cas particulier à juger devient un système à examiner. Nous n'avons pas la prétention, à propos d'une nouvelle, donnée plus comme une conjecture que comme un fait, d'entrer dans de longs détails. Il nous suffit pour le moment d'en causer, de soulever chemin faisant quelques-unes des questions qui pourront être discutées plus tard.

M. Bousquet plus que personne rend hommage aux qualités éminentes de M. Pariset. Un talent de cet ordre et de cette espèce ne se continue point, M. Bousquet le sait, et il en convient avec une franchise qui fait autant honneur à son goût qu'à son caractère. Quand M. Pariset cessera de parler et d'écrire, il faudra surtout s'aviser d'une chose, de ne point chercher à parler et à écrire comme l'a fait, pendant trente années, l'auteur de tant d'éloges qui réunissent toutes les perfections du genre. M. Bousquet l'a compris d'avance, et loin de chercher à doubler M. Pariset, il a trouvé plus simple et plus logique d'être lui-même. C'est donc à ce premier point de vue qu'il faut juger l'éloge de Double. Le système d'après lequel il a été fait a paru être le système du *portrait*, par opposition avec celui de M. Pariset, qu'on pourrait appeler le système du *tableau*. Tandis que dans l'un on vise avant tout à peindre l'homme, à rendre son individualité, sa personne, son esprit, ses idées, son costume ; dans

---

(1) Voyez l'ingénieuse et savante dissertation de M. Lordat, insérée dans les numéros de février et avril de la REVUE DU MIDI, sous ce titre : DE L'INSÉNESCENCE DU PRINCIPE DE L'INTELLIGENCE CHEZ L'HOMME.

ce problème. Madame la duchesse de Berry, résistant aux instances de MM. Gintrac, Menière et Deneux, ne consentit pas à nous recevoir, à moins qu'on ne lui permît de voir MM. de Châteaubriand et Hennequin. Cette permission lui ayant été refusée, nous quittâmes Blaye, non sans avoir reçu de madame la duchesse de Berry une lettre qui fut publiée, dans le temps, par quelques journaux politiques, et dans laquelle la princesse exprimait, en termes flatteurs et honorables pour nous, ses regrets de ne pouvoir pas nous admettre auprès d'elle. Tels sont les faits : et l'on a osé dire que ce sont là des missions déshonorantes!!!

Vous avez augmenté, dit-on, *dans les écoles secondaires, le nombre des élèves au détriment des Facultés ; vous avez augmenté, chose plus grave, le nombre des réceptions des officiers de santé, en diminuant le chiffre des docteurs, et, pour résultat définitif, vous avez déclassé les élèves et les titres. Le nombre des élèves est à peu près le même qu'il y a douze ans ; seulement ils sont disséminés dans les dix-huit écoles secondaires ou préparatoires que vous avez réorganisées.*

Tout cela est faux, comme on pourra s'en assurer par les chiffres officiels que je transcris ici.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES.

Élèves nouveaux inscrits à ces écoles.

Année	1835	427
	1836	340
	1837	286
	1838	301
	1839	293
	1840	214
	1841	282
	1842	294
	1843	335

D'où il résulte que depuis la publication de l'ordonnance du 9 août 1836, il y a eu constamment dans ces écoles beaucoup moins d'élèves qu'en 1835.

NOMBRE TOTAL DES ÉLÈVES NOUVEAUX INSCRITS DANS LES FACULTÉS ET DANS LES ÉCOLES PRÉPARATOIRES.

Année	1335	1522
	1837	744
	1838	566
	1839	637
	1840	584
	1841	682
	1842	632
	1843	706

D'où il suit, contrairement à ce qui a été articulé, que le nombre des élèves *nouveaux*, qui était de 1522 en 1835, ne s'est jamais élevé, depuis la nouvelle organisation, à *la moitié* de ce chiffre. L'ordonnance du 9 août 1836 a donc eu pour résultat d'éloigner de la carrière médicale une foule de jeunes gens illettrés et d'une aptitude médiocre, qui plus tard l'eussent encombrée. C'est à vous à décider, Messieurs, si c'est là un bienfait.

NOMBRE DES OFFICIERS DE SANTÉ REÇUS PAR LES JURYS.

Année	1837	348
	1838	382
	1839	335
	1840	323
	1841	321
	1842	222
	1843	283

On voit donc que, depuis la nouvelle organisation, le nombre des officiers de santé, loin d'être supérieur à ce qu'il était, *comme on l'a dit*, a sensiblement diminué. Les pièces officielles qui constatent l'exactitude de ces divers chiffres sont entre mes mains.

On m'accuse *de m'être fort peu soucié d'assurer aux professeurs des écoles préparatoires une existence indépendante et à l'abri des événemens*. Cela est faux. En 1837, alors que la plupart de ces professeurs touchaient un traitement dont la moyenne ne s'élevait pas au-delà de 400 fr. par an, j'ai proposé d'allouer à chacun d'eux, *sur les fonds l'État*, 2,000 fr. (voy. p. 199 de mon rapport, inséré dans le BULLETIN UNIVERSITAIRE, t. VI) ; et si, en 1840, je n'ai pas réussi à obtenir ce que je sollicitais avec de si vives instances, du moins est-il que je suis parvenu à porter le traitement des professeurs à 1500 fr. et celui des adjoints à 1,000 fr.

On dit *que je n'ai jamais fait connaître mes idées sur l'organisation médicale, et que je n'ai point provoqué la discussion de la loi si impatiemment attendue*. On conçoit la réserve que devait mettre un fonctionnaire public à parler de projets de loi qu'il avait mission de préparer et d'élaborer, alors que ces projets n'avaient pas encore été revêtus de la sanction du conseil d'état ; il m'est pourtant facile de réfuter l'étrange accusation dont il s'agit.

En 1836, *et sur ma demande*, une commission fut nommée pour rédiger un projet de loi : ce travail, confié à des médecins et à des magistrats, sous ma présidence, fut remis à M. Guizot en septembre 1836.

En 1837, je publiai ce qui suit : « En terminant ce rapport, monsieur »le ministre, je dois vous faire observer que quelles que soient les me»sures prises pour améliorer l'enseignement médical en France, il restera »toujours une *plaie incurable* tant que les officiers de santé pourront »échapper à ces mesures, et ils s'y soustraient, puisque la législation ac»tuelle les autorise à se présenter devant les jurys avec un simple certifi»cat constatant six années d'études sous un docteur.

»Il est donc *de la plus urgente nécessité* de modifier le *plus tôt »possible* cet état de choses, soit en abolissant le titre d'officier de santé, »soit, si on veut le conserver, en prescrivant de nouvelles conditions »d'études et des examens plus sévères.

»Mais ce n'est que *par une loi* que ces améliorations peuvent être ob»tenues, et j'ai l'honneur d'en solliciter la présentation *avec la plus vive »instance.* » (BULLET. UNIVERSIT., t. VI, p. 205.)

En 1838, *et sur ma demande*, une commission nombreuse, présidée

---

l'autre on se préoccupe davantage des événemens et des faits où il s'est trouvé ; on marque sa place dans ces événemens, comme partie importante, mais comme partie seulement de l'ensemble où il est représenté. L'un des deux systèmes est plus littéraire, l'autre plus historique. Pour l'un, il faut surtout de l'imagination, pour l'autre du jugement. Le premier va bien à celui qui croit, qui a des idées, qui invente ; le second à celui qui doute, au critique proprement dit. L'un et l'autre système ont leur valeur, surtout lorsqu'ils sont appliqués par des hommes qui le pratiquent d'instinct et en parfait accord avec eux-mêmes. A cet égard, il serait difficile de rencontrer deux hommes plus heureusement et plus spécialement doués que MM. Pariset et Bousquet. Pour les caractériser autant par le défaut de leur qualité dominante que par cette qualité même, nous dirons que l'un croit à tout et l'autre ne croit à rien. Conduit par la disposition de son esprit, l'un a donné à tous ceux qui ont eu l'avantage d'être loués par lui, tant de qualités, tant de vertus, de talens et d'idées, que la somme des perfections humaines n'a pas toujours suffi pour varier convenablement ses distributions ; de là un peu de ressemblance dans ses peintures. Il est à présumer que l'autre, s'il est chargé officiellement de louer ses collègues morts, ne le fera qu'avec un discernement, une modération et surtout une économie qui ne l'exposeront jamais à manquer de couleurs pour diversifier ses portraits. L'échantillon qu'il a donné dans son éloge de Double réalise de tout point son système, et montre ce qu'il faut en attendre. Il était l'ami de Double, et Double avait des qualités auxquelles tout le monde ne rendait pas parfaitement justice parce que tout le monde n'était pas à même de les comprendre, et pourtant il est resté dans une ligne d'exactitude et de vérité qui n'a déplu à personne, et qui aurait satisfait Double lui-même. Les personnes qui cherchent surtout dans une physionomie son expression la plus générale et la plus élevée, trouveront que, malgré la sagacité de ses observations et la justesse de ses jugemens, M. Bousquet n'a peut-être pas assez pénétré dans l'individualité de son modèle. Double était tout ce que M. Bousquet a raconté, mais il était quelque chose de plus. S'il n'avait dit, écrit et fait que ce dont M. Bousquet l'a loué, il ne serait pas probablement arrivé à être un des médecins les plus éminens et les plus considérables de son époque. On ne tient généralement compte que des qualités qui s'expriment par les formules les plus ordinaires ; ce ne sont pourtant pas celles qui produisent les plus grands résultats. Il y a d'admirables oisifs, pour me servir de l'expression d'un de nos plus habiles écrivains, et Double appartenait à cette catégorie. C'était un admirable oisif, et M. Bousquet aurait pu, suivant cette définition, le louer plus pour ce qu'il n'a pas fait que pour ce qu'il a fait. Mais la tournure d'esprit de notre sceptique confrère doit le disposer peu à ce genre d'éloge ; comment croire aisément à des choses qui doivent se deviner, quand on est disposé à douter de celles qui se montrent au grand jour. Tout cela n'empêche pas, cher confrère, que M. Bousquet n'ait obtenu un très légitime succès ; au contraire, car devant une assemblée composée d'hommes laborieux et positifs, qui, en fait de mérite scientifique, font surtout cas du produit effectif, des espèces sonnantes de la science, peut-être aurait-il moins réussi à louer un genre de supériorité plus accessible au sentiment qu'à la démonstration. Quoi qu'il en soit, nous n'en pensons pas moins que, comme tous les hommes de quelque valeur, Double était de beaucoup supérieur à ses œuvres. Pour apprécier un homme d'une manière adéquate à son mérite, c'est à notre sens un mauvais moyen que de remonter de ses ouvrages

par M. de Salvandy, examina de nnuvean le prnjet de loi et en arrêta définitivement les bases, après avnir consacré à ce travail vingt séances.

Le 27 octobre 1839, je terminais ainsi un rapport adressé à M. le ministre de l'instructinn publique : « J'appelle votre attentinn toute spéciale »sur la nécessité de présenter *à la prochaine session* des chambres nn »prnjet de lni relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine; je »sais que telle est votre intentinn formelle, et je vnus en remercie au nom »dn corps médical.» (MONITEUR du 27 octobre 1839.)

En novembre 1842, le projet de loi fut examiné de nnnveau par une commission présidée par M. Villemain.

J'ajouterai que, lors de la discussion de ce projet devant l'Académie, j'avais parlé en faveur de la suppression du titre d'officier de santé et contre l'institution des chambres de discipline, les deux articles, à cnnp sûr, les plns importans de la loi.

Un des plus graves reproches que l'histoire aura à infliger à M. Orfila, dit-on, *c'est celui d'avoir pour ainsi dire dénaturé le rôle et le caractère du médecin appelé par la justice, d'avoir habitué les tribunaux à le considérer* toujours *comme une sorte d'adjuvant nécessaire à l'accusation, d'avoir, comme à plaisir, transformé sa mission de pitié et de charité en quelque chose qui, dans des mains moins bien intentionnées que les siennes, tiendrait le milieu entre l'accusateur et le bourreau.* Cependant, *pour être juste en toutes choses, nous dirons* qu'nne fois *M. Orfila eut à changer de rôle, et qu'il obtint l'honneur insigne de soustraire à l'échafaud une tête innocente. Nous faisons allusion à l'affaire célèbre de Chambéry.* Ce n'est, sans doute, pas sérieusement que l'nn s'exprime ainsi ; j'avone que je ne pensais pas que la mission d'un médecin légiste fût une misson de pitié et de charité, j'avais cru, avec tous les honnêtes gens, que le savant consulté par les tribunaux doit se horner à dire la vérité. Ainsi, parce que, dix fois dans le cours de ma carrière médico-légale, mes investigatinns m'ont conduit à reconnaître l'existence d'un crime, et que mes dépositions ont été fatales aux accusés, on me place entre l'accusateur et le hourrean !!! An reste, puisque le rédacteur de l'article est décidé à ne dnnner des éloges que pour les cas où la science arrache des accusés à l'échafaud, qu'il me permette de lui en demander quelques-uns pour les espèces qui suivent, et qu'il a sans doute involontairement oubliées.

1° En 1826, nn retira du Pô le corps d'un jenne homme, nommé *Alberici*, carbonaro de Lombardie: le médecin désigne par le procureur dn roi pour constater la cause de la mort, déclara que cet individn avait été jeté à l'ean *après avoir été étranglé.* Ci q gardes nationaux qui avaient été chargés de condnire Alberici en prison, accusés d'avoir commis ce crime, furent cnndamnés à mort. Forts de leur innocence, ils demandèrent la révision du procèset consultèrent la plupart des sociétés savantes d'Italie. Les avis donnés par ces corps laissant la questinn indécise, je fus invité par la défense à dnnner le mien. Après avoir dépouillé les nombreux dossiers qui me furent envnyés, je rédigeai nn mémoire détaillé dont la conclusinn était : *qu'il y avait témérité à affirmer qu'Alberici eût été étranglé, que rien dans les documens de la cause n'autorisait à penser qu'il en eût été ainsi, et que le procès-verbal d'autopsie avait été rédigé avec une légèreté inconcevable.* Mes efforts furent conrnnnés de succès, car à peine le défenseur avait-il donné lecture de mon mémnire, que l'acquittement des cinq condamnés fut prononcé. Je communiquai à l'Académie royale de médecine un extrait de cette affaire.

2° La femme *Trichereau*, accusée d'avnir empoisonné son mari, était détenue depuis plnsieurs mois dans les prisons de Bourbon-Vendée. Le 24 mai 1839, neuf mois après la mort dn mari, je fus chargé avec M. Lesueur de l'examen de cette affaire. Dès que notre rapport fut parvenn an procureur dn roi, l'accusatinn fut abandnunée, et la femme Trichereau fut mise en liberté. (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, t. IX, p. 2.)

3° Louise *Lannier*, accusée d'infanticide, fut jugée par la cour d'assises de la Seine le 15 juillet 1842. Elle était assise à côté de sa mère, que l'accusation regardait comme étant cnmplice du crime. Deux médecins chargés de l'examen de l'affaire déclaraient *que la mort avait été le résultat de l'immersion de l'enfant dans le liquide de la fosse d'aisances* (on avait tronvé jusque dans les dernières ramifications hronchiques nn liquide jaunâtre provenant de cette fosse). Je fus consulté par M. Hector Lecomte, défenseur des accusées, sur la valeur dn rapport de mes confrères, et notamment sur la déclaration précitée. Vnici le résumé de ce qne je répondis, le 13 juillet, à ce snjet : « La question de savoir si les »liquides an milieu desquels plongent des cadavres penvent *pénétrer* »*après la mort* jusqu'aux dernières ramifications hronchiques, a été »pendant longtemps l'ohjet de vives discussions. J'ai tenté, pour la ré»soudre, des expériences aussi nnmbreuses que variées, et je suis arrivé, »en npérant tantôt sur des chiens, tantôt sur des cadavres humains, à ce »résnltat incontestable et incontesté que la présence des liquides dans les »dernières ramifications bronchiques *ne constitue pas une preuve de* »*submersion pendant la vie*, puisque ces liquides pénètrent aussi loin »dans ces ramificatinns lorsque les individus ont été noyés que dans le »cas nù les cadavres nnt été plongés dans l'ean immédiatement après la »mort, et même plusieurs heures après. » (MÉD. LÉGALE, t. II, p. 384, 3° édit.)

Les deux accusées furent acquittées (voy. GAZ. DES TRIBUNAUX dn 16 juillet 1842).

4° Je n'exagère pas en disant qu'il existe an parquet de la cour royale du département de la Seine plus de trente rappnrts, écrits presque tous de ma main et relatifs à des affaires dans lesquelles mon opinion a constamment amené sur-le-champ l'élargissement des prévenus.

Au reste, voici la profession de foi que j'ai faite en 1840 devant la cnur d'assises de la Dordogne, lorsque tont portait à croire que je serais interpellé par le ministère public, après les plaidniries des défenseurs; elle montrera comment je comprends le rôle dn médecin légiste : « J'ai »longuement expnsé les faits scientifiques de la cause, ai-je dit; j'ai am»plement fonrni les renseignemens qui m'ont été demandés depuis trois »jours, et je ne me refuse pas à donner encore actuellement ceux que »l'nn jugera nécessaires; mais il me répugnerait de combattre la défense. »Je ne suis pas ici pour parler dans le sens de l'accusation plntôt que »dans l'intérêt des prévenus; ma mission toute scientifique est une mis»sion de vérité : suivant moi, les dernières paroles prononcées dans cette »enceinte doivent être en faveur des accnsés. Et en effet, messieurs, le »médecin se méprendrait s'il cherchait à affaiblir la défense, alors qu'nn »prévenu, déjà accablé sous le poids de charges écrasantes, ne pent con»server quelqne espoir de succès qu'autant que celle-ci n'aura rien perdu

---

à son intelligence, des effets à la canse; il faut an contraire aller de la cause aux effets; faire en quelque façon la théorie de l'homme à analyser, si on veut que ses œuvres soient montrées dans leur jour véritable, c'est-à-dire imprégnées de l'idée personnelle dont elles émanent. Ce point de vue, cher confrère, a cela d'avantageux : il conserve à beaucoup de personnes qui ne font rien, leur prééminence très légitime sur bon nombre de gens qui font trop.

Je vous citais tout à l'heure un écrit sur *l'insénescence de l'esprit*. Je me hâte, avant de passer à autre chose, et comme hors d'œuvre, de vous transcrire quelques lignes de ce piquant morceau : c'est une bonne fortune pour vous. « Je me suis » plaint, dit l'auteur, dans une autre circonstance, de ce que les médecins se prê» taient à la *promiscuité* de la science de l'homme avec la physiologie comparée. » J'ai vu avec scandale que le nom et les *privilèges* de l'homme fussent devenus » communs à tant d'espèces, dont le mérite principal était de porter comme lui » des vertèbres et des mamelles.... Mon indignation serait au comble si nos con» frères permettaient que les lois de la psycologie humaine fussent réglées d'a» près les expériences faites sur les lobes, les corps striés, les tubercules qua» drijumeaux des lapins, des poules, des dindons. La *hiérarchie* des sciences » n'est jamais intervertie ou brouillée impunément. Elle a été fixée par le bon » sens, et les infractions contre les lois de ce souverain sont toujours tôt on » tard vengées. Les physiologies doivent garder leur *rang;* celle de l'homme » fera bien de tenir son *quant à soi*. Donner son *blason* à celle des bêtes, c'est » faire litière de sa dignité et se compromettre avec des inférieurs, ce qui est un » grand mal, parce que le mépris en est une suite inévitable. » Voilà assurément une critique fort spirituelle, et surtout très aristocrate : Montpellier est le faubourg Saint-Germain de la médecine.

De ce qui précède à ce qui va suivre, la transition est difficile, cher confrère. Continuons pourtant. En butinant ces jours derniers à votre intention, je suis tombé sur une immense affiche de la moutarde blanche; elle est aussi divertissante que scientifique : c'est le modèle du genre. Parmi les vertus de cette panacée, l'auteur a oublié certainement la principale, celle de procurer un moment de gaîté à qui n'y serait même pas très disposé. Vous avez oui parler mainte fois de la graine de moutarde blanche, qui rappelle involontairement la graine d'un légume de très haute stature, et une multitude de graines *ejusdem farinæ*. Mais la graine de moutarde blanche a singulièrement fructifié, s'il faut en croire ses affiches : elle s'est élevée à la hauteur d'une méthode qui s'intitule : *Médecine curative qui rejette les saignées et les sangsues, et qui produit des guérisons surprenantes.* Ses affiches, vous disais-je, sont éminemment scientifiques, du moins elles satisfont aux conditions les plus rigoureuses de nos casuistes modernes. Ainsi, il n'y a pas moins de deux cents faits particuliers avec indications précises de la maladie, *du nom et de l'adresse des malades.* Il faudrait citer la pièce d'un bout à l'autre; mais en voici quelques échantillons qui vous donneront peut-être le désir de connaître le reste. *Premier fait.* RÉTENTION D'URINE; RÉTRÉCISSEMENT. M. Geoffroy, chez M. Folie, à Choisy-le-Roi. Le diagnostic laisse quelque chose à désirer, mais la guérison est parfaite. — MAUX D'YEUX, PERTE DE LA VUE. M. Duplessis, rue St-Martin, 230. On ne dit pas si c'est une cataracte ou une amaurose; mais qu'importe le cas si le malade voit.—HYDROPISIE. Madame Bram, rue de Cléry, 46. Même imperfection dans le diagnostic.—Les cas qui suivent sont complets sous tous les rapports.— Obs-

»de sa force. D'ailleurs, c'est au ministère public à répliquer en mettant à »profit, s'il le juge à propos, les données de la science : chacun son rôle.» (MÉM. DE L'ACAD. DE MÉDECINE, t. IX, p. 56.)

Est-ce là tenir le milieu entre l'accusateur et le bourreau ?! ! !

Je ne terminerai pas ce sujet sans répondre à cette singulière accusation : *ses dépositions étaient des plaidoyers*. J'ai dû m'attacher à porter la conviction dans tous les esprits ; j'ai voulu sortir la médecine légale de l'état d'infériorité, et j'ose dire de discrédit dans lequel elle était tombée par suite de fausses interprétations des principes les plus élémentaires de la science ; j'ai voulu, en un mot, que *l'on comptât avec nous*. Que fallait-il faire pour atteindre ce but ; suffisait-il d'examiner superficiellement les questions ? Non ! Il importait de les soumettre *tout entières* à l'appréciation des juges et des jurés, et de *plaider* dans un langage à la fois digne et incisif en faveur de l'opinion *scientifique* que mes convictions m'avaient fait adopter. Apparemment que j'ai réussi, puisque *partout* où je suis intervenu dans le sens de l'accusation, ou de la défense, les jurys et les tribunaux se sont rangés de mon avis.

On ajoute : *A chaque expertise nouvelle, on a vu M. Orfila trancher les plus grandes difficultés de la science avec la même assurance, le même ton affirmatif, alors qu'à quelques années de distance, il employait des moyens d'investigation tout différens. — On est surtout affligé de voir une des plus hautes personnalités de notre profession compromettre la valeur de la science et la dignité de l'art par des affirmations téméraires, une présomptueuse assurance qu'un réactif plus pur peut faire évanouir*. Tout cela est faux. Dans la recherche des poisons minéraux, depuis que j'ai fait connaître la nécessité et les moyens de détruire la matière organique, j'ai *constamment* employé l'acide azotique ou l'azotate de potasse, et, pour atteindre le poison, j'ai toujours eu recours à l'acide sulfhydrique ou à l'appareil de Marsh. Sans doute, cet appareil a été rendu plus sensible à mesure que l'on étudiait ; mais cela veut-il dire que l'arsenic qu'il permettait de déceler, lorsqu'il était moins sensible, ne fût pas de l'arsenic, et ne voit-on pas que loin de nuire aux accusés, en employant des appareils moins sensibles, c'était au contraire les favoriser ? Il aurait suffi des connaissances les plus élémentaires pour s'épargner de pareilles observations. Il est d'ailleurs souverainement injuste de ne pas reconnaître que, dès l'apparition de mon travail, *j'ai le premier* soulevé et discuté, dans des mémoires *spéciaux*, les objections qui pouvaient être faites au système que j'ai créé, et que j'ai par là donné des armes à la défense. Ces objections portent sur l'*impureté des réactifs*, sur *les terrains* qui peuvent être arsénicaux, sur l'*imbibition* des poisons, etc. Demandez aux défenseurs des accusés s'ils ont jamais combattu mes rapports par d'autres moyens que ceux que je leur avais fournis dans mes écrits.

A l'occasion des actes que j'ai pu faire comme membre du conseil des hospices, le journal s'exprime ainsi : *Pour être juste, il faut tout blâmer*. A cela, je répondrai : Pour être juste, il faut tout connaître avant de juger, et surtout il ne faut pas altérer les faits. *On dit : l'hôpital des Cliniques est une bizarre et malheureuse idée qui trouva pourtant des admirateurs. Qu'est-il arrivé ? La clinique d'accouchemens est* plusieurs fois par an *obligée d'évacuer ses malades sur les hôpitaux de la ville, décimées qu'elles y sont par la fièvre puerpérale, qui est devenue endémique. La clinique médicale a été transportée à l'Hôtel-Dieu, et sans les quelques malades du service de chirurgie, cet hôpital* modèle pourrait fermer ses portes un grand tiers de l'année. *Voilà pourtant un des plus grands droits de M. Orfila au titre d'administrateur.*

Tout cela est faux. Les documens qu'on va lire prouvent :

1° Que depuis huit ans et trois mois, les salles d'accouchemens n'ont été fermées que du 6 février au 4 mars 1836, du 1er juin au 31 juillet 1841 et du 7 octobre au 6 décembre 1843. En tout, *quatre mois* et vingt-huit jours, ce qui est bien loin de représenter *un grand tiers de l'année*. (Le tiers de huit ans et trois mois est *de deux ans et neuf mois* !!!)

D'ailleurs, est-ce à la *Clinique* seulement que l'on a eu à déplorer les épidémies de fièvres puerpérales ? Malheureusement non. Voici le nombre et la durée de celles qui ont eu lieu à la *Maternité* pendant ce même laps de temps.

De février à mai 1835.	Janvier et février 1836.
Décembre 1836, janv. et février 1837.	Avril, mai et juin 1838.
Décembre 1838.	Janvier et février 1839.
Juillet, août et septembre 1839.	Août, septembre et octobre 1840.
De janvier à avril 1841.	De février à mai 1842.
Novembre et décembre 1842.	Du 1er septembre 1843 à février 1844.

Ajoutons que le service de la Clinique ayant été transféré à l'*annexe de l'Hôtel-Dieu* pendant les mois d'octobre et de novembre 1843, l'épidémie a fait des ravages tels dans cet établisssement qu'il a fallu renoncer à en faire temporairement une maison d'accouchement.

2° Que pendant sept ans et dix mois la mortalité des femmes en couches à la *Clinique* a été de 1 sur 23, tandis qu'à la *Maternité*, pendant le même laps de temps, elle a été de 1 sur 26, rapport qui diffère à peine du premier.

3° Que la mortalité dans les salles de *chirurgie* de la *Clinique*, pendant les années 1837, 1838 et 1839, a été pour les hommes en *moyenne* de 1 sur 20, exactement comme à l'*Hôtel-Dieu*, tandis qu'elle a été de 1 sur 15 1/2 à *Saint-Antoine*, et de 1 sur 16 à *Beaujon*.

4° Qu'elle a été pendant ces trois années, dans les salles de *médecine* de la *Clinique*, de 1 sur 9, tandis qu'à l'*Hôtel-Dieu* elle a été de 1 sur 7 un quart, à *Saint-Antoine*, de 1 sur 7 1/2, et à *Beaujon* de 1 sur 8.

D'où il résulte que, dans cet hôpital des *Cliniques* (1), dont la construction, dit-on, a été une *bizarre et malheureuse idée*, à cause de sa prétendue *insalubrité*, les malades couchés dans les salles de médecine et de chirurgie *y* sont *morts* dans une proportion *sensiblement moins forte* qu'à l'*Hôtel-Dieu*, à *Saint-Antoine*, à *Beaujon*, etc., tandis que la mortalité des femmes en couches a à peine excédé celle qui a eu lieu à la *Maternité*.

J'ai entre mes mains les documens officiels qui constatent l'exactitude de ces chiffres.

Maintenant que j'ai fait justice de la prétendue insalubrité de l'hôpital des Cliniques, je vous demanderai, Messieurs, s'il n'était pas honteux

(1) Le service médical de la *Clinique* ayant été tranféré à l'*Hôtel-Dieu* en 1840, il n'y a pas lieu d'établir une comparaison entre le premier de ces hôpitaux et les autres, sous le rapport de la mortalité, pendant les quatre dernières années qui viennent de s'écouler.

TRUCTION ; GRAVELLE ET INFLAMMATION D'INTESTINS. M. Martel, costumier du théâtre Feydeau. — CRAMPES A L'ESTOMAC ET AILLEURS. M. Gaudillon, rue St.-Denis, 319. — PARALYSIE. Depeyrot, rue Sartine, 3. — ETAT DÉSESPÉRÉ. M. Bailly, au château de la Mabonnerie. — EPILEPSIE, SCORBUT. M. le chevalier de Saint-Louis Voineau d'Orion. — DÉPÔT A LA TÊTE. M. Delêtre, de Soissons. — OBÉSITÉ. Un homme de Bicêtre qui pesait plus de 150 kil. (Cette guérison n'est pas la plus merveilleuse.) POLYPE. Madame de Saint-Martin, rue Saint-Christophe, maison du café. — PERTE DE LA MÉMOIRE. Un acteur et une actrice. (Ici l'adresse manque ; aussi ne garantissons-nous pas la guérison.) — EXTINCTION DE VOIX. M. Delamothe, chantre à Saint-Eustache ; puis le premier ténor de Rouen : l'église et le théâtre chanteront les louanges de la moutarde blanche. — RHUMES DE CERVEAU. M. Régnier, rue Bertin-Poirée, 2. Jusqu'ici on ne reconnaissait aucun remède sérieux contre le rhume de cerveau. — TAIE A L'OEIL. L'enfant de M. Malrange, rue Saint-Martin, 43. Ce cas rappelle celui où un habile chirurgien, connu par son amour pour les guérisons complètes, a récemment enlevé une portion de la cornée avec un succès dont il a oublié de faire connaître les résultats définitifs. — COUCHES LABORIEUSES HABITUELLEMENT ET RENDUES PLUS FACILES. Madame Damave, rue des Fossés-Saint-Germain-l'Auxerrois. (Manque le numéro. Guérison suspecte.) — INDISPOSITIONS FRÉQUENTES, CHIEN GALEUX. « Un monsieur de l'abattoir Montmartre, guéri par » la médecine curative, a aussi guéri son chien galeux par le même moyen. » — ECOULEMENT ; MAL A L'URÈTRE. M. Delatour, rue de la lanterne (l'ambiguïté du diagnostic a été laissée à dessein sans doute, par respect pour les mœurs), et une multitude d'autres guérisons non moins authentiques. Les deux suivantes, par exemple. MALADIE SUBITE ; CATARRHE. « Un député tombe malade ; une femme de sa » maison avait un catarrhe ; tous deux sont guéris par la médecine curative. Le » secrétaire du sous-préfet de Vouziers (Ardennes) a raconté ce fait. » Ce renseignement ne vous rappelle-t-il pas, malgré vous, les procédés d'un critique fort célèbre qui se fondait, non pas pour établir des guérisons, mais pour les contester, sur les renseignemens fournis par M. X., par les mères, par les voisins, etc. Le témoignage de M. X., quelque estimable qu'il soit, ne vaut probablement pas mieux que celui du secrétaire de M. le sous-préfet de Vouziers. — Puis enfin un dernier cas : MALADIE DU SANG. Madame Henry, rue du Parc-Royal, 2, guérie par la médecine curative, est devenue enceinte après avoir été quinze ans sans l'être, l'attribue à la médecine curative. L'observation manque d'un détail pharmacologique précieux. Il n'eût peut-être pas été inutile de connaître la forme sous laquelle le remède a été administré. — L'auteur de la médecine curative ajoute : « qu'il s'est adjoint pour cette *entreprise* plusieurs médecins humoristes, et » qu'un journal va être *monté* (*sic*) exprès pour publier les guérisons nouvelles » dues à la médecine curative. » *Monter* un journal quand il y en a tant, pourquoi cette tentative toujours un peu hasardeuse ? Certain organe du droit de libre discussion ne se chargerait-il pas à beaucoup meilleur marché de publier les merveilles de la moutarde blanche. Le remède et le journal y trouveraient leur compte, et, chose assez rare aujourd'hui, ce serait une excellente affaire pour les deux contractans.

Le sieur Jean Malgloire Canard vient d'être condamné à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine. Qu'a donc fait l'infortuné Canard ? Il a vendu sa poudre *universelle* ; que dis-je, il a guéri une foule de malades, ressucité des

pour la France de n'avoir pas un seul cours de clinique d'accouchemens à Paris, et de ne compter que quelques lits de femmes enceintes à Montpellier et à Strasbourg, tandis qu'aujourd'hui, grace à mes soins, cette clinique est enseignée dans vingt-deux écoles du royaume (voy. les circulaires ministérielles publiées en octobre 1837).

On dit : « Lisez les *Comptes-rendus annuels des médecins des hôpitaux, vous y verrez constamment les mêmes plaintes, les mêmes griefs.* » Je répondrai : Si vous lisez ces comptes-rendus, vous verrez, au contraire, que tous les ans les chefs de service, plus justes que vous, remercient le conseil des améliorations qui ont été réalisées, sur leur demande. Ici, je crois devoir rappeler que cette intervention salutaire des chefs de service dans l'administration des hospices a été provoquée par moi en 1834, alors que personne ne songeait à faire exécuter l'art. 18 du réglement, promulgé cependant en 1830.

On ajoute : *Pour faire tomber la ridicule mesure concernant les autopsies, il a fallu que l'opinion publique et la presse lui vinssent en aide.* Cela est faux, car j'ai rédigé ma démission, *la première fois que je l'ai donnée*, dans la salle même du conseil des hospices, au moment où le vote contraire à mon opinion avait prévalu; personne encore ne savait que la question dût être agitée, et la presse ne s'en est occupée que huit jours après.

On a dit : *M. Orfila n'a pas su s'opposer à cette mesure injuste de la réélection facultative.* Cela est faux, car je l'ai combattue avec énergie contre quatorze opposans, et si j'ai succombé, du moins ai-je la satisfaction de pouvoir annoncer que les chefs de service non réélus me doivent d'avoir conservé leurs traitemens. Les procès-verbaux du conseil des hospices et du conseil municipal renferment à cet égard des détails authentiques. Et, pour le dire en passant, à quelle influence treize chefs de service qui n'avaient jamais reçu d'appointemens, quoique plusieurs d'entre eux fussent attachés aux hôpitaux depuis dix ans, doivent-ils de toucher aujourd'hui une indemnité?

L'enseignement général de la clinique, c'est-à-dire l'enseignement privé, n'a subi aucune modification utile. Cela est faux : par mes soins, une clinique d'ophthalmologie a été établie à la Pitié, sur la demande de Sanson, et un aide a été spécialement attaché à cette clinique; sans mon intervention, MM. Falret, Baillarger, Huguier, et tous ceux qui ont sollicité de faire des cours de clinique, n'eussent point été autorisés, parce que, en général, les demandes de ce genre ne trouvent point faveur auprès de la plupart des hommes honorables qui composent le conseil des hospices, et qui craignent de nuire aux malades, en autorisant les investigations multipliées auxquelles donnent nécessairement lieu ces sortes de cours.

On demande *quel encouragement j'ai donné à l'enseignement libre.* Alors que la législation actuelle ne permet qu'aux *agrégés* d'enseigner (ordonnance du 2 février 1823), j'ai ouvert les portes des amphithéâtres de l'Ecole pratique à *tous* les docteurs, et même à certains élèves qui voulaient faire des cours. Il est vrai qu'une seule fois, depuis treize ans, j'ai dû refuser l'autorisation à un homme qui se faisait journellement un jeu de dénigrer, par la voie de la presse, la Faculté qui lui donnait asile.

Le doyen de l'Ecole, dit-on, *le protecteur-né des droits acquis par des concours loyaux et pénibles, s'est fait le patron de quelques ambitions excentriques et a favorisé de tout son pouvoir leur introduction clandestine et furtive dans des services d'hôpital. Il s'est fait le protecteur et le soutien des hommes qui visent précisément au morcellement et à la spécialité de l'enseignement.* Ces reproches me sont évidemment adressés en vue de deux spécialités, les *maladies des voies urinaires* et l'*orthopédie*, car j'ai constamment fait écarter par le conseil les prétentions des médecins étrangers à l'administration, qui demandaient, les uns à traiter les maladies des yeux par des méthodes spéciales, les autres la phthisie, la fièvre typhoïde, etc. Pour ce qui concerne les maladies des voies urinaires, je dirai que je suis complètement étranger à la création de ce service, M. Civiale ayant obtenu une salle à Necker avant le mois de novembre 1832, époque où j'ai siégé pour la première fois au conseil. Quant au service de M. Guérin, fondé en 1839, je reconnais que c'est sur ma proposition et avec mon appui qu'il a été créé. Voici à l'égard de ces services les règles que j'ai trouvées établies à mon arrivée au conseil, règles que j'ai adoptées et qu'il serait insensé, au point de vue de l'administration, de ne pas trouver justes. *Le conseil doit protection à tous les genres de souffrances. Son devoir est de secourir tous les malades, et s'il arrive qu'une spécialité importante, pratiquée avec succès par des hommes qui lui sont étrangers, ne soit pas faite par ses chefs de service, elle confie à ces étrangers le soin de traiter cette spécialité.* Pour moi, je complète la pensée de l'administration, en ajoutant *qu'il est aussi de son devoir de contribuer, autant qu'il dépend d'elle, aux progrès de la science, et de faire cesser les fonctions temporaires confiées aux médecins étrangers, à dater du jour où il est reconnu que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux peuvent lui rendre les mêmes services que ces étrangers.* Dire que l'application de ces principes à M. Civiale n'a pas été d'une utilité réelle et un bien pour l'humanité et pour la science, ce serait oublier les luttes scientifiques qui ont tourné au profit de tous, et que M. Civiale a provoquées; ce serait oublier aussi les heureux résultats obtenus par cet habile praticien. D'ailleurs fallait-il, lorsque des hommes tels que Antoine Dubois, Lisfranc, Sanson, et d'autres médecins distingués, choisissaient des lithotriteurs renommés pour se soustraire à une maladie grave, fallait-il, dis-je, rester inactif et ne pas procurer aux indigens les secours éclairés *qu'à cette époque* ils ne recevaient pas ailleurs?

En ce qui concerne M. Guérin, on ne contestera pas que, en 1839, au moment où son service fut créé, il n'existait aucun établissement hospitalier où l'orthopédie fût pratiquée dans toute sa généralité; nulle part, dans nos maisons, on ne trouvait cet ensemble d'appareils indispensables au traitement des difformités : les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, chargés d'ailleurs d'autres services importans, ne pouvaient pas consacrer à cette branche de l'art le temps qu'elle exige pour être convenablement exercée. M. Guérin présentait aux hospices les garanties suivantes : il avait obtenu le grand prix décerné par l'Académie des sciences (1); il avait guéri trois malades atteints de difformités notables

(1) Voici les conclusions du rapport de la commission, composée de MM. *Dulong, Savart, Magendie, Serres, Larrey, Roux* et *Double* : « Après tant de recherches faites successivement sur le squelette, sur le cadavre, sur le vivant; après un si grand nombre d'observations, rigoureusement recueillies et sévèrement interprétées; après cette foule de faits nouveaux et de vues neuves sur

morts. Quelle différence donc entre la poudre *universelle* et la moutarde blanche, pour qu'on opprime l'une et protège l'autre. Toutes deux guérissent les maux passés, présens et à venir; mais l'une se vend en *poudre*, tandis que l'autre se vend en *graine*. Il est probable que si la graine se réduisait en poudre, elle serait condamnée aussi. Quoi qu'il en soit, la poudre de Jean Malgloire Canard a été proscrite et condamnée à 500 fr., malgré ses miracles, malgré les témoignages les plus éclatans de ses bienfaits, malgré les guérisons de *pulmonie*, de *rhumatisme*, de *phthisies*, de *névralgies*, le tout avec adresses des malades. Et la moutarde blanche continue à couvrir paisiblement de ses hauts faits la quatrième page des grands journaux; s'adjoint des médecins humoristes, et va *monter* un journal pour rendre compte de ses merveilles, si elle ne préfère entrer en arrangement avec le droit de libre discussion.

Je n'ai rien de plus à vous dire aujourd'hui, si ce n'est que le congrès scientifique de 1844, qui devait se réunir à Montpellier, siégera à Nîmes le 1er août.

P. S. Au moment de fermer ma lettre, je reçois le manifeste que vous lirez en tête de la GAZETTE. Je vous recommande cette pièce. Vous verrez s'il est possible d'être à la fois plus précis, plus clair et plus digne. L'auteur est resté dix ans sans répondre : c'est, en effet, de l'indignation et de la vérité concentrées.

— CONCOURS OUVERT EN 1844 PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LA MOSELLE. — Un anonyme avait fait, l'année dernière, les fonds d'une médaille de 200 fr. à décerner au meilleur mémoire sur l'HISTOIRE ET L'APPRÉCIATION DES TRAVAUX OPHTHALMOLOGIQUES EXÉCUTÉS EN FRANCE DEPUIS LE 1er JANVIER 1833 JUSQU'AU 1er JANVIER 1844.

Aucun mémoire n'étant parvenu à la Société, le même anonyme l'a priée de remettre cette question au concours, et de recevoir un don de 300 fr. pour la médaille.

La Société propose en outre :

« L'ELOGE DE LOUIS, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie. »

Le prix sera une médaille d'or qu'on décernera, comme la précédente, à la fin de l'exercice 1844.

Les ouvrages devront être remis au secrétariat avant le 1er décembre, terme de rigueur.

Metz, le 20 avril 1844.

Le secrétaire général, BÉGIN.

— MM. FLEURY, BURGUIÈRES, TARDIEU, GRISOLLE, BEAU et BÉHIER ont été nommés agrégés en médecine, à la suite d'un brillant concours.

— MM. les docteurs LONGET et PELLETAN viennent d'être décorés à l'occasion de la fête du roi.

que l'admioistration lui avait confiés, et qu'il avait gardés gratnitement pendant dix-huit mois à la Muette; le rapport constate, en ontre, qu'il avait complètement guéri cinq autres malades, et qu'il avait considérablement amélioré trois cas de déviations osseuses du deuxième degré: nous savions, d'ailleurs, qu'il s'occupait de l'étude de l'orthopédie avec un zèle qui ne s'est jamais démenti. Il lui fut donc accordé une salle de douze lits. Qu'espérions-nous de cette mesure? Précisément ce qui est arrivé: que plusieurs malades seraient guéris ou soulagés, et que des discussions scientifiques, provoquées par les leçons et par les écrits de M. Guérin, viendraient éclairer certains points encore controversés. Ces discussions, à mon grand regret, ont souvent dépassé les bornes de la convenance, je m'en afflige; mais, en définitive, la science n'y perdra rien, puisqu'elles ont amené l'administration, sur la proposition de M. Guérin, à faire constater d'une manière rigoureuse ce que la société peut attendre des méthodes qu'il emploie pour le traitement de l'orthopédie. Lorsque la commission aura terminé son travail, elle présentera au conseil un rapport appuyé sur des faits nombreux, *authentiques* et soigneusement recueillis. D'ici là, quelles que soient les clameurs de la presse, je continnerai à étudier avant de juger, sans tenir compte des attaques que l'on pourrait encore diriger contre moi. Il s'agit ici de résoudre un problème médico-chirurgical d'une haute importance, et, loin de retirer mon appui à l'homme laborieux et éclairé qui me met à même de le résondre, je lui sais gré des efforts qu'il fait pour mettre la vérité dans tont son jour.

Les articles qui ont motivé cette lettre me reprochent encore d'*avoir dénaturé l'institution du concours, en faisant prévaloir mes affections souvent au détriment de la justice, d'avoir doté la Faculté d'un enseignement hétérogène et antagoniste, sous lequel elle* DÉPÉRIT *et* SUCCOMBE, *d'avoir imprimé une tendance générale et presque exclusive aux études médicales vers les sciences physico-chimiques, et enfin, d'avoir établi dans le sein de la Faculté une coterie qui m'est entièrement dévouée.* En lisant ces lignes, auxquelles je rougirais de répondre sérieusement, mes vingt-cinq collègues se seront écriés: Il n'y a au monde qu'un homme qui ne sache que tout cela est faux; *c'est l'auteur de pareilles imputations.* Quant à moi, je dirai, non pas *ab uno,* mais bien *a pluribus discite omnes.*

Agréez, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

ORFILA.

Paris, ce 12 mai 18[illegible].

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES DÉVIATIONS LATÉRALES DU BASSIN; par M. MATHIAS MAYOR, de Lausanne.

On comprend généralement sous le nom de luxation spontanée du fémur, une affection qu'on a méconnue jusqu'ici, et dont les dénominations coxalgie, coxarthrocace, tumeur blanche, n'ont pu ni déterminer la nature, ni surtout éclairer les deux questions importantes qui font l'objet de ce mémoire: Le DIAGNOSTIC et le TRAITEMENT.

Cette maladie, comme l'entendent tous les auteurs et cliniciens, est, du reste, assez rare, et, cinq ou six fois au moins pour une, confondue avec la simple *déviation latérale du bassin* (1).

L'effet immédiat de cette inclinaison pelvienne, c'est, de toute nécessité, le *raccourcissement apparent* du membre qui est placé du côté où la crête iliaque se trouve soulevée, et *vice versâ; l'allongement manifeste* et apparent aussi de celui qui fait partie de l'autre moitié du bassin.

Le diagnostic repose, par conséquent, sur la différence de niveau des deux épines iliaques, antérieures et supérieures, lorsque cependant, les deux extrémités sont réellement d'égale longueur. Celle-ci doit être mesurée, de ces mêmes épines iliaques, à l'un des points correspondans des cuisses, des jambes ou des pieds. Deux fils, tendus du nombril à chacune de ces épines ou à deux mêmes points de chaque côté de l'os des iles, formeront d'ailleurs un angle, dont l'un des côtés sera plus horizontal et souvent plus long que l'autre. Je n'ai pas besoin de dire que le premier correspondra à la région pelvienne, qui aura été entraînée au-dessus du niveau horizontal de sa congénère. Et si l'on tire ou suppose trois lignes qui aillent: la première d'une de ces épines à l'autre, la seconde qui soit dirigée sur les deux rotules, et la troisième qui passe sous la plante des deux pieds, ces trois lignes seront obliques et parallèles. L'instrument, le plus sensible et le plus commode pour déterminer exactement la différence apparente de ces longueurs, est celui que j'ai décrit et fait figurer dans mon nouveau système de déligation. Il consiste dans une double équerre mobile, dont on forme un parallélogramme, propre à encadrer les deux extrémités inférieures, étendues à côté l'une de l'autre. On voit alors et d'un coup d'œil que si l'une des épines est soulevée, c'est de la même quantité exactement, que le pied qui lui correspond est exhaussé au-dessus de l'autre. La région trochantérienne fait d'ailleurs une saillie considérable en haut et en dehors, de sorte qu'elle se trouve plus écartée de la ligne médiane que celle du côté opposé, et que cet écartement, mesuré de l'épine du sacrum, est quelquefois de deux pouces.

Cet état peut être assez bien simulé 1° par les contractions musculaires de tout individu qui cherche à retirer, avec force, un des pieds en haut et dans le sens de la ligne médiane; et 2° par un moyen, que je pourrais presque désigner sous le nom d'*homœopatique* puisqu'il est le même que celui qui nous servira pour le traitement de cette affection, seulement faudra-t-il l'appliquer en sens inverse de celui qui sera requis pour favoriser la guérison et que je décrirai dans un instant. Il est constitué, en effet, de manière à pouvoir élever ou abaisser facilement et à volonté tel côté du bassin qu'on voudra, et à le maintenir invariablement dans l'une ou l'autre de ces deux positions. Il y a toutefois cette différence à noter, que sur un individu chez lequel il n'existe aucune altération des fonctions musculaires, l'abaissement alternatif de chaque pied s'effectue sans douleur ni beaucoup d'efforts; au lieu que les tractions doivent être portées fort loin, pour ramener au niveau de l'autre le pied qui se trouve soulevé, et qu'il est très difficile et fort douloureux d'aller au-delà en faisant usage de moyens mécaniques très puissans.

Ce malgrave, s'il est méconnu, a presque toujours pour effet: 1° La permanence du raccourcissement, et 2° la soudure complète de la tête fémorale avec les parois de la cavité cotyloïde. Il en résulte donc une claudication d'autant plus fâcheuse que, grâce à l'ankylose, les mouvemens de la cuisse sont tous subordonnés à ceux du bassin, je veux dire à ceux que permettent les vertèbres lombaires.

Ces désordres ont pour point de départ une affection pathologique spéciale, parfois chronique et assez souvent très aiguë de l'articulation iléofémorale, qu'accompagne une tendance très prononcée à l'adhérence des os entre eux et que caractérise et domine un état spasmodique prolongé et très violent dans les muscles dorso-lombaires d'un des côtés du rachis. Mais, chose singulière! cette contraction extraordinaire et *permanente* des organes de la locomotion se manifeste, tantôt du côté qui est le siége du mal, et tantôt *dans le sens opposé,* sans que j'aie pu me rendre raison de ce phénomène. Il est évident qu'il se rattache à l'un de ces mystères de l'innervation qu'il faut savoir accepter, que l'observation pure et simple enregistre, et dont l'*induction* peut et doit tirer parti. Toujours est-il que le raccourcissement apparent affecte de préférence le membre malade, et cela se conçoit sans peine. Mais comment comprendre que les muscles du côté qui est sain et qui devrait rester tel, puissent être mis en cause et SEULS encore, pendant que ceux qui correspondent au côté malade sont complètement relâchés et dans l'impossibilité absolue de faire aucun effort pour rétablir le parallélisme entre les deux membres?

Explique, d'ailleurs, qui pourra cet autre phénomène que nous venons d'observer sur une jeune fille et au bout de douze jours de calme et de parallélisme parfait: « la contraction vive sur le côté opposé au raccourcissement primitif, laquelle nous avons dû combattre en faisant agir l'attelle en sens inverse de la première fois. » L'effet du reste a été obtenu sans beaucoup d'efforts ni de douleur et en peu d'heures seulement. Toutefois il nous eût été impossible, sans occasioner les plus vives souffrances, de faire descendre, au-dessous du niveau de l'autre, un membre qui était resté invariablement et pendant cinq ou six semaines allongé de plus de 3 centimètres.

L'indication impérieuse et presque *sine quâ non* qui se présente, consiste d'abord à ramener les deux pieds, les deux genoux, ou, pour parler plus exactement, les deux épines iliaques, de gré ou de force et le plus tôt possible, au même niveau, et à les maintenir dans cette position un temps plus ou moins long.

Les médications antiphlogistique, émolliente, narcotique, révulsive, ré-

» les différentes parties du sujet; finalement, après de si nombreux, de si beaux » et de si féconds résultats introduits dans la science et dans l'art, nul ne s'étonnera, sans doute, que le prix ait été adjugé à ce remarquable travail. »

(1) La critique de M. Mayor n'est pas fondée. Il se peut qu'en certains lieux, qu'il aurait dû désigner, on confonde les choses qu'il cherche à différencier; mais nous pouvons l'assurer qu'à Paris tous les hommes qui se tiennent au courant de la science savent parfaitement distinguer une luxation spontanée d'une déviation du bassin. Le mémoire de notre ingénieux confrère aurait besoin de plusieurs autres rectifications du même genre; le lecteur y suppléera et M. Mayor ne se prévaudra pas de notre silence. (NOTE DU RÉD.)

solutive, etc., échouent, le plus souvent, si elles sont employées seules, et c'est sur les moyens mécaniques qu'il faut surtout compter. Leur action doit être calculée sur la résistance, parfois extrême, de la puissance motrice *en courroux*, et doit, par conséquent, être très énergique.

En attendant que les physiologistes veuillent nous expliquer comment et pourquoi on parvient à la vaincre si complètement et si promptement, par des agens et des procédés empruntés à la mécanique, je me contenterai de répéter ce qu'on a déjà énoncé en semblables circonstances, que ces opérations, quand elles sont judicieusement exécutées, finissent par *rompre* ce spasme, cet état nerveux qui contribue à fixer et appuyer fortement la tête du fémur contre sa cavité articulaire, à entretenir la cause du mal et à empêcher son amélioration.

Deux faits cliniques qui me sont particuliers, s'ils n'expliquent ni le mode d'action, ni les rapports de cette force brutale avec la nature du mal en question, ne laissent du moins aucun doute sur son à-propos et son efficacité, ils sont donc précieux pour l'induction; les voici:

Obs. I. — Une jeune demoiselle reçoit, en 1808, sur la face dorsale des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts de la main, un coup assez sec porté avec une plaque de bois. Ils se ferment sur-le-champ et constituent le poing le mieux serré et le plus dur que j'aie vu, mais ils font éprouver en même temps des douleurs si vives et si croissantes qu'elles menacent de dégénérer en convulsions. Rien n'avait pu calmer cet état, lorsque je le fis cesser presque instantanément, en ouvrant les doigts avec une violence considérable, et en les maintenant avec non moins d'énergie dans l'extension forcée et sur une large attelle.

Obs. II. — Mon confrère et ami, le docteur Descombes de cette ville, se luxe le fémur en 1810. La réduction ne présente rien de particulier et les suites semblent devoir être heureuses. Mais tout à coup et au bout de huit jours seulement le docteur est pris d'une douleur atroce dans les muscles fessiers avec une rétraction telle du trochanter et une déviation si extraordinaire du membre qu'on ne manqua pas de soupçonner et d'insinuer que je m'étais grossièrement trompé, et que nous avions affaire à une belle et bonne fracture du col fémoral. Bien convaincu du contraire, ainsi que le malade, et voyant que tout échouait contre un état presque désespéré, j'obtiens enfin et à force de supplication qu'on me permît de *briser* le spasme, par des tractions et des manipulations vigoureuses et en tous sens. Je ne les ai pas plutôt commencées que le malade s'évanouit profondément et le mal presque en même temps. Le docteur est encore sur pied et ne boite pas.

Ce cas remarquable m'a fourni, dans le temps et pour la première fois, l'occasion d'aborder le sujet des déviations pelviennes, dont le docteur Descombes présentait un si grand specimen, et d'émettre mes opinions actuelles contradictoirement avec un homme justement célèbre, feu le professeur Jurine, de Genève.

J'ai d'ailleurs été conduit à triompher de ces deux cas, par cette observation bien connue: « Qu'on fait assez vite cesser une crampe douloureuse au pied, au mollet et ailleurs, en imprimant des mouvemens variés et en opposition à ce qui est produit par la contraction anormale de certains muscles dans ces mêmes parties. »

Ces deux faits, auxquels chaque praticien pourra en ajouter de plus ou moins saillans, tendent donc à prouver, s'il était nécessaire: 1° qu'on peut faire céder les contractions pathologiques des muscles, en les violentant et en parvenant à allonger leurs fibres, par des tractions insolites et supérieures à leur résistance vitale, et 2° que cette lutte opiniâtre, que l'effet de ces tractions brusques, peuvent aller non seulement jusqu'à affaiblir plus ou moins des crispations affreuses, mais encore à les dissiper complètement et en fort peu de temps (1).

Pour obtenir ces résultats dans le traitement de la déviation latérale du bassin, il importe que l'appareil soit disposé de manière à faire simultanément descendre le côté soulevé, et soulever celui qui est descendu; à peu près comme il arrive aux deux bassins d'une balance, aux mouvemens desquels j'ai comparé, dans le temps, le mécanisme du mal et celui des moyens thérapeutiques. Or rien n'est plus rationnel et plus facile que de *tirer* (de *faire l'extension*, comme on se plaît à dire encore) en appliquant au-dessus des malléoles ou du genou, ou même aux deux endroits à la fois et du côté qui paraît raccourci, un lien qui vienne se fixer à une pièce solide placée à une certaine distance au-dessous du pied. Mais, si cette pièce prend elle-même son point d'appui et s'arc-boute vers l'aîne ou sur l'ischion du membre qui est allongé, il est évident qu'un double effet sera produit en même temps, exactement comme quand on abaisse un des bouts du fléau de la balance, tandis qu'on soulève l'autre; il y aura par conséquent, traction et répulsion simultanées, extension et contre-extension de tous les auteurs, de tous les temps et de tous les pays, sur les deux extrémités de ce même fléau, représenté par les deux ailes mobiles du bassin.

J'ai fait dessiner cette machine dans ma brochure SUR L'EXPÉRIENCE, LA CHIRURGIE PURE ET LA TACHYTOMIE (1). Elle est fort simple puisqu'elle est formée par une forte attelle, assez longue pour s'étendre depuis les fausses côtes ou l'aisselle jusqu'à quelques travers de doigts au-dessous du pied qui paraît le plus descendu. Il importe que cette longueur soit telle, parce que plus l'attelle se prolongera au-dessus du bassin et plus aussi le lien qui doit s'établir au bout supérieur sera placé avantageusement pour agir dans le sens de la verticale; au lieu qu'il aurait une direction de plus en plus oblique, à mesure que l'extrémité supérieure de l'attelle se rapprocherait de la crête iliaque. Cette extrémité supérieure est percée d'une mortaise, et l'inférieure terminée par un prolongement à angle droit et en forme d'équerre.

Les liens qui doivent se fixer à ces deux bouts de l'attelle seront larges et bien rembourrés de coton; on les confectionne avantageusement avec des pièces de toile très fine et souple pliées en cravate. Le plein de l'une est placée en forme de sous-cuisse, et ses deux chefs s'attachent à l'extrémité supérieure de l'attelle, et si, pour ménager les tractions de l'autre cravate sur le pied, on veut en établir une troisième au-dessus du genou, on aura soin d'entourer la jambe d'un lien circulaire afin de s'opposer à l'engorgement du membre.

Cet appareil, qui n'est guère qu'une imitation de celui de Desault et de Hageword, est facile à manier et à comprendre, et l'emporte hautement sur ces poids qu'on fait pendre au pied comme un boulet, et sur les attaches qui fixent les aisselles au chevet du lit. On peut du moins, sans en interrompre l'action, sortir le malade de son lit, soit pour refaire celui-ci, soit pour faire usage d'une chaise longue, de bains, etc. Il est plus facile également de faire varier les tractions et répulsions et de les nuancer sur-le-champ et à volonté. Celles-ci sont du reste plus énergiques, si elles ont lieu directement et suivant l'axe du corps, le membre étant dans l'extension parfaite et non pas sur un double plan incliné comme dans les fractures du fémur et particulièrement dans celles du col de cet os. C'est que dans ces dernières il importe de relâcher les muscles les plus vigoureux de la cuisse elle-même, tandis que, dans les déviations latérales du bassin, ces muscles-là ne sont nullement en cause. Ce sont, en effet, ceux de la région lombaire et du côté raccourci qui sont seuls *contractés*; mais ils le sont tellement qu'il faut, pour les faire céder, un degré de traction et de répulsion presque aussi considérable que s'il s'agissait de la réduction de certaine cuisse luxée.

Le point important, c'est que le chirurgien ne se laisse pas intimider par la résistance que l'organisme vivant lui oppose, et qu'il s'efforce, au contraire, de la vaincre tout à fait et *le plus tôt possible par une force soutenue et suffisante*. Il pourra donc être dans le cas de recourir à une vis de rappel ou à un lévier semblable à celui que j'ai indiqué pour réduire les luxations, et dont le point d'appui se prendra très avantageusement sur la barre transversale qui se trouve à l'extrémité inférieure de l'attelle. Son effet immédiat sera donc celui d'un puissant agent de traction, et de répulsion simultanées sur les deux *plateaux de la balance*, afin d'abaisser l'un et de relever l'autre, ou du moins d'empêcher celui-ci de descendre. Le simple tourniquet à vis de Petit est, du reste, bien suffisant et très commode pour régler toutes ces opérations. Il ne s'agit que d'y fixer et serrer l'extrémité des liens. Ceux-ci peuvent, d'ailleurs, être constitués sous forme de courroies convenablement rembourrées.

L'extrémité raccourcie, lorsqu'elle est abaissée au niveau de l'autre, y sera maintenue forcément par l'effet continué des liens, jusqu'à ce qu'on ait la conviction que, pour ce qui concerne l'action pathologique des muscles, on n'ait plus rien à redouter.

La douleur diminue considérablement au fur et à mesure qu'on est plus habile, plus puissant ou plus heureux à procurer le nivellement des parties, et elle ne tarde pas à cesser dès qu'on est arrivé au but. Alors aussi les contractions qui entraînaient et fixaient aussi opiniâtrément l'un des côtés du bassin se calment si complètement, que nous avons pu détacher tout à fait et mettre en pleine liberté, au bout de quatre jours seulement, un membre qui était affecté depuis près d'une année, bien sensiblement soulevé depuis six mois, et que nous n'avions réduit qu'avec des efforts extraordinaires. Dans un cas plus récent, nous avons même atteint ce but après quelques heures de tractions suffisamment violentes.

(1) Il y a bien des années que nous enseignons et pratiquons cette méthode pour les cas où elle convient. Peut-être M. Mayor se souviendra-t-il de nos remarques à cet égard. (NOTE DU R.)

(1) Nous avons eu l'honneur de faire voir, il y a plus de trois ans, à M. Mayor, une machine analogue, que nous employons en permanence, depuis cette époque, à l'hôpital des Enfans, pour préparer la réduction des luxations congéniales du fémur; depuis, nous avons appliqué le même appareil au traitement de certaines déviations du bassin. (NOTE DU R.)

Le point essentiel et qui domine la thérapeutique de la déviation latérale du bassin, relève donc évidemment de ce fait important et qu'on ne saurait révoquer en doute; qu'il nous est donné, comme en plusieurs autres circonstances analogues, de faire cesser et presque instantanément, la violente crispation qui donne lieu au soulèvement de l'une des moitiés pelviennes, et de forcer, par l'emploi des moyens mécaniques, les fibres musculaires à s'étendre et à s'allonger. Cet allongement qui équivaut à une lutte énergique contre la propriété vitale, inhérente aux organes locomoteurs et qui est ici à l'état de spasme presque tétanique; les efforts de traction produisent un effet tel sur ces muscles, qu'ils se calment aussitôt, et que leur antagonisme morbide semble anéanti.

Je pourrais et devrais me dispenser de joindre à ce mémoire la plus mince observation, et à plus forte raison plusieurs faits et histoires cliniques bien détaillées et propres à corroborer mes assertions. Aussi, et sans vouloir imposer mes convictions et prétendre qu'on doive me croire sur parole, serais-je presque tenté de ne fournir aucun document à l'appui, car j'estime que mes déductions sont suffisantes pour éclairer *tout à fait* la question que j'ai agitée, et qu'elle ne recevra aucun rayon lumineux de plus des quelques lignes que je vais transcrire. Je n'y ai donc recours uniquement que pour me conformer à l'usage établi et dans le but de satisfaire tous ceux de mes honorables confrères pour lesquels les principes les plus lucides ne sont rien s'ils n'ont pas la sanction de l'expérience acquise, multipliée, que sais-je encore? Non, la statistique, qui n'est que la consécration et le mandataire de l'expérience, ne prévaudra pas et ne sera jamais appelée dans les conseils de la médecine opératoire.

Quoi qu'il en soit, je serai bref autant que possible avec mes observations cliniques, bien convaincu que les hommes instruits, les esprits judicieux et tous ceux qui ont foi aux principes, ne verront déjà que trop de vaines répétitions, dans le peu de mots que je vais consacrer à ces histoires de maladies. J'ajouterai cependant que j'agirais tout différemment si j'avais à traiter un cas de médecine proprement dite, et où l'histoire des faits et leurs nuances diverses méritent d'être présentées avec beaucoup de détails et de soins. C'est là encore, ainsi que je l'ai dit et répété dans d'autres ouvrages, un des caractères distinctifs de la médecine et de la chirurgie.

Obs. III.—Jomini, 19 ans, entré à l'hospice le 27 juin 1843, pour une coxalgie avec déviation pelvienne datant d'environ quatre ans. Il en est sorti le 14 octobre suivant. L'allongement portait *sur le côté malade*; de sorte que les tractions furent dirigées sur la jambe saine, et la répulsion vers l'aîne de la *cuisse affectée, quoique très douloureuse*; celle-ci fut vers la hanche et le genou. Ce point est très important à noter, attendu qu'il prouve que des efforts de résistance, accompagnés d'une pression même très énergique, peuvent être établis presque immédiatement sur le siége du mal en question, sans entraver le moins du monde le succès de la cure. « Elle ne s'est pas démentie, m'écrit le 9 mars M. Meillaud, habile chirurgien à Payerne; car il ne lui reste, de sa grave maladie que l'*ankylose* et un peu de claudication due à cette dernière. »

Obs. IV. — Paris, 46 ans, ressent, depuis le commencement de 1843 et sans cause connue, des douleurs dans l'articulation iléo-fémorale gauche, qui se font surtout sentir dans la station et la locomotion. Au mois de septembre, le mal devient plus grave et l'usage du membre de plus en plus difficile, sinon impossible, car le malade ne quitte plus le lit. Il n'existe pas encore d'ankylose; mais on sent que les muscles sacro-lombaires gauches sont très contractés. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, le 15 février dernier, on cautérise, en raies et au moyen de l'acide sulfurique concentré, la région du grand trochanter dévié, et on le recouvre de coton cardé, puis on applique l'appareil à traction et répulsion simultanées et continues. Le membre gauche est aussitôt ramené à la même longueur que le droit; et, au bout de douze jours, on a pu relâcher complètement les liens sans qu'on ait aperçu la moindre tendance à un nouveau soulèvement, quoique Paris remuât la cuisse *dans tous les sens et sans douleurs*. Aussi le 29 février, quatorze jours par conséquent après la première application de l'appareil, on enlève ce dernier et on permet la progression à l'aide de béquilles. Elle a lieu d'abord méticuleusement, mais presque sans peine, et tous les mouvemens de la cuisse s'exécutent facilement et sans réveiller de sensations désagréables. Paris peut même supporter tout le poids de son corps sur le membre qui était malade, sans que celui-ci en devienne plus court; et lorsqu'il est sorti de l'hôpital, le 10 mars, il pouvait marcher assez bien et même sans bâton.

Obs. V. —Gilliéron, 17 ans, est entré le 3 janvier dernier à l'hospice, où deux de ses sœurs ont été admises également, l'une pour une affection des vertèbres dorsales avec déviation, l'autre pour des poumons tuberculeux. Il ressent, depuis le mois de mai, une douleur à la hanche et au genou du côté droit; le raccourcissement apparent est ici de trois pouces; la déviation a déjà entraîné des courbures anormales vers les vertèbres dorso-lombaires, et les muscles qui recouvrent ces dernières, du côté malade, y forment des cordes fortement tendues. Les adducteurs de la cuisse sont de même très contractés ou tiraillés; le genou est porté en dedans, et le grand trochanter fait une saillie considérable en haut et en dehors.

On essaie d'abord, mais en vain, l'inoculation ou l'insertion de la vératrine, puis les bains froids à la manière de Priesnitz, des cataplasmes, des frictions variées, et enfin la cautérisation linéaire, avec l'acide sulfurique, autour du grand trochanter. L'extrême sensibilité et l'état d'irritation et de fièvre continue où se trouve le malade semblent devoir être combattues ensuite et avant de recourir aux agens mécaniques. Mais, comme les symptômes ne font qu'augmenter d'intensité, on se décide à en venir à l'appareil et à vaincre la répugnance de Gilliéron pour ce moyen. Les encouragemens de Paris, qui est couché vis-à-vis de lui, achevant alors de dissiper sa pusillanimité, on met en œuvre l'attelle, le 20 février. Ce n'est pas sans des cris violens et des douleurs très vives de la part de ce malheureux, et surtout sans les efforts combinés et très considérables de *quatre* personnes vigoureuses, qu'on parvient à ramener pieds, genoux et hanches au même niveau et à les y maintenir exactement. La douleur ne tarde pas à se dissiper graduellement, et le troisième jour il n'en est presque plus question. Quelques embrocations éthérées et camphrées sur les muscles, qui, pendant tant de mois, ont été si violemment raidis et durcis, et qui sont maintenant comme accablés, affaissés et rendus, contribuent peut-être au retour du calme. Quoi qu'il en soit, ce jeune homme n'a plus dès lors présenté les caractères de la déviation du bassin; les extrémités inférieures sont donc parfaitement de la même longueur, les épines iliaques à la même hauteur. La ligne médiane du corps est aussi celle du bassin et de la colonne vertébrale; la position est, en un mot, tout à fait normale et si naturelle, qu'après avoir graduellement diminué et même supprimé momentanément l'action des liens, on a fini par enlever l'attelle le 4 mars. Nous l'avons cependant réappliquée deux jours après; et, quoique les tractions soient exagérées, au point de faire saillir le pied malade d'un pouce au-dessous du pied sain, Gilliéron nous assure qu'il se trouve mieux ainsi garotté, que lorsqu'il est sans entraves. Mais, si l'on observe alors que les liens se trouvent bien vite relâchés, c'est moins parce qu'ils ont cédé que parce que les muscles sont décidément vaincus et incapables d'opposer la plus légère résistance. On a dès lors commencé d'exécuter quelques mouvemens du fémur, et l'on s'est assuré que l'ankylose n'est pas encore complète, mais qu'on ne pourra probablement pas l'empêcher, et qu'il est peut-être prudent de s'abstenir.

Obs. VI. — Louise Carrey, trois ans et demi, d'une constitution éminemment scrofuleuse, entre à l'hôpital le 2 novembre 1843. Cette enfant ne peut pas se soutenir sur les jambes; la gauche paraît d'un pouce plus longue que l'autre, plus maigre et est déjetée en dehors. Une courbure, à convexité gauche, existe sur les vertèbres lombaires; les muscles du côté droit sont bien tendus. L'appareil prend son point d'appui sur l'aîne gauche, siége du mal, comme chez le sujet de la première observation, et les tractions ont lieu sur le pied droit. Malgré la malpropreté de cette petite fille, un peu idiote d'ailleurs, et la difficulté de maintenir l'attelle en action, le rachis s'est redressé, la déviation pelvienne n'est plus perceptible, et l'enfant apprend et commence à marcher, mais en tenant le membre gauche un peu écarté du corps. Il n'y a point d'ankylose.

(Observations recueillies par M. Curchod, interne.)

Les questions suivantes peuvent être soulevées, au sujet du traitement que je viens de proposer :

1° Combien de temps faut-il maintenir l'appareil en place?

Je n'en sais rien : mais cela doit varier suivant bien des circonstances. Nous avons cru pouvoir l'abréger de plus en plus, de sorte que nous pouvons l'avoir laissé trop longtemps les deux premières fois que nous en avons fait usage. Je suis même assez disposé à admettre que l'intensité et la rapidité d'action de l'agent mécanique compensent et abrègent le nombre des jours ou des semaines qui peuvent être rigoureusement indispensables. Aussi ne balancerai-je plus, non seulement de mettre les deux pieds sur le même plan et le plus tôt possible, mais encore d'*exagérer* ou de dépasser le but, en entraînant plus bas ce qui était plus haut; si, du moins, j'estime pouvoir pousser la violence des tractions jusque-là et sans inconvénient. Du reste, nous nous sommes assurés déjà, dans le cas de Gilliéron, qu'on peut se livrer impunément, et au bout d'assez peu de jours, à des essais de relâchement des liens, sauf à les resserrer si on les a détachés trop tôt.

2° Ne pourrait-on pas substituer les sections sous-cutanées aux tractions et répulsions des agens de soulèvement et d'abaissement simultanés?

Je doute fort, surtout par le temps qui court, qu'on veuille mettre en parallèle l'action du ténotome avec celle de notre attelle. On ne pourrait d'ailleurs se passer de celle-ci, alors même que celui-là aurait coupé en deux les puissans faisceaux musculaires, qui sont en grande partie la cause du désordre, ou qui contribuent à l'entretenir et à le compliquer. Nul doute cependant que, si l'on ne pouvait pas parvenir à rompre ou à diminuer notablement l'action incessante et funeste des muscles dorso-lombaires par un moyen quelconque, force serait bien de recourir à celui, d'ailleurs si rationnel, de la myotomie. Pour mon compte, je ne balancerais pas un instant, en considération de ce que nous savons tous touchant les sections tendineuses, et de ce que, en mon particulier, j'ai pu voir, et plusieurs fois, dans le service de M. J. Guérin, après la section transversale des muscles du dos, dans certaines déviations latérales du rachis. L'effet en était presque aussi prompt et décisif que celui qui suit l'application de mon attelle dans les déviations latérales du bassin. Il

y a effectivement similitude ou analogie entre les deux modes de redressement, en ce sens du moins que chacun d'eux s'attaque directement à la cause du mal, à la puissance musculaire; que l'une la détruit en la coupant en travers; et que l'autre l'affaiblit ou l'anéantit momentanément, en cherchant à la distendre et tirailler outre mesure (1).

3° Quelle est l'époque fatale où il n'est plus permis de tenter la cure d'une déviation latérale du bassin, et de compter sur quelques résultats avantageux de l'appareil orthopédique?

On est en droit d'affirmer qu'on ne risque rien d'essayer la puissance de l'appareil, même lorsque l'ankylose est bien constatée et invétérée. Quelques essais me permettent de croire, en effet, qu'on pourra, avec certains efforts, abaisser tant soit peu l'un des côtés, pendant qu'on soulèvera plus ou moins l'autre, et qu'on parviendra par là à diminuer notablement la différence de longueur des deux extrémités, par conséquent la claudication, et à sauver les apparences d'une difformité choquante. L'âge, la souplesse des parties, certaines dispositions physiques et morales qui autorisent ou défendent l'emploi de l'instrument, les résultats qu'on en obtient, etc.; voilà tout autant de considérations qui devront inspirer le praticien, et sur lesquelles je n'ai à mettre en avant que des choses très générales, des principes bien connus, ou qui du moins devraient l'être, et qui surtout mériteraient d'être mieux appliqués.

Je n'ai pas eu l'avantage de faire une autopsie de déviation pelvienne; mais, en revanche, j'ai vu un très grand nombre d'estropiés, à la suite de ce triste mal. Le raccourcissement de l'un de leurs membres abdominaux était parfois si considérable qu'on ne pouvait pas s'imaginer qu'il fût indépendant d'une luxation complète et qu'on m'accusait d'erreurs dans le diagnostic. Heureusement que l'ankylose ou la mensuration, et le plus souvent les deux choses réunies, me permettaient bientôt de mettre au jour la nature de l'affection, ainsi que la présence, seule et bien réelle, de la déviation permanente du bassin. Toutefois, et lorsque pour la première fois je m'avisai de signaler ce point de pathologie à quelques confrères du plus grand mérite, mon opinion fut taxée d'absurde, accusée de heurter toutes les idées reçues, et signalée comme opposée formellement aux doctrines, à la pratique, que dis-je? à l'expérience des hommes les plus justement célèbres de tous les lieux et de tous les temps. On voit donc que ce n'est pas d'hier qu'on me fait un crime de violer toutes les règles reçues, et de me mettre en hostilité avec les plus grandes illustrations. Je dois donc être habitué aux reproches, et probablement aussi les mériter tant soit peu.

M. le professeur Roux, dans un voyage qu'il fit en Italie et en Suisse, il y a bien des années, fut frappé cependant, à la vue des cas de déviation que je lui présentai, à l'hôpital de Lausanne, ainsi que par les argumens et les moyens que je mis en avant pour lui démontrer la réalité de cette affection pathologique et la différencier nettement des luxations iléo-fémorales. Aussi, jugea-t-il le sujet assez important pour en faire part, à son retour, à l'Académie de médecine.

Le même procédé mécanique est également indiqué dans les affections coxalgiques où la luxation est réellement à craindre ou inévitable. Il servira, en effet, à maintenir le membre malade dans une bonne direction, à lui assurer une position avantageuse, à empêcher des mouvemens fâcheux, à favoriser par conséquent le repos absolu, à retenir la tête du fémur au niveau ou dans le voisinage de sa cavité articulaire, à rendre l'état du patient plus supportable, à faciliter son transport hors du lit, vu que, par l'appareil, le bassin et la cuisse ne font qu'une seule et même pièce, et qu'ils sont à l'abri de saccades fâcheuses et de frottemens douloureux. L'application de l'agent mécanique ne met d'ailleurs aucun obstacle à l'emploi de tel ou tel traitement médico-chirurgical, qu'on croirait convenable d'essayer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

V. GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros de juillet à décembre 1843 et de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la colique saturnine*; par M. M. 2° *Histoire d'un lipôme volumineux développé à l'aine droite; extirpation, guérison*; par M. Nappi. (Rien d'important. La tumeur pesait deux livres et demie d'Autriche.) 3° *Sur l'action du sulfate de quinine*; par M. Casorati. 4° *Danse de St.-Guy guérie par le sulfate de quinine*; par M. Gola. (Les spasmes n'avaient aucune intermittence. On donna 8 grains du sel. Au bout de quatre jours, une amélioration notable était déjà obtenue.) 5° *Laryngotomie faite avec succès pour des végétations fongueuses du pharynx*; par M. Barbieri Angelo. (Des excroissances syphilitiques nées du fond du pharynx avaient déterminé un état d'asphyxie. La trachéotomie dissipa les accidens les plus pressans; puis la cautérisation et un traitement mercuriel amena la guérison des tumeurs.) 6° *Cas de maladie du cœur*; par M. Casorati. 7° *Observations sur la myélite*; par M. Bergamaschi. 8° *Analyse du sang des personnes soumises à l'influence des exhalaisons marécageuses*; par M. Salvagnoli. 9° *Suppuration du tronc de la veine-porte ainsi que de ses branches intestinales et hépatiques*; par M. Dubini. 10° *Des opérations chirurgicales pratiquées en 1839 à l'hôpital Majeur de Lodi*; par M. Cotta. (Rien de neuf.) 11° *Deux cas, l'un de sarcocèle, l'autre d'ulcère à la tête, réputés incurables et guéris par l'iodure de potassium*; par M. Robecchi. 12° *Des traitemens de la buphtalmie au moyen du séton*; par M. Flarer. (Passé à travers la cornée et laissé à demeure, le séton évacue les humeurs et réduit l'œil à un moignon.) 13° *Moyen de prévenir l'empoisonnement par les champignons*; par M. Balardini (Faire représenter les espèces vénéneuses et afficher ses tableaux dans tous les lieux publics). 14° *Névralgies guéries par l'acétate de morphine*; par M. Castiglioni. (L'auteur inocule avec la lancette une solution de trois grains du sel sur une demi-once d'eau distillée. Il multiplie les piqûres sur tout le trajet du nerf affecté.) 15° *Deux cas de rougeole coïncidant avec une leuco-phlegmatie sous-cutanée et où l'hépatisation des poumons a empêché l'éruption de sortir et a causé la mort*; par M. Dubini. 16° *Tableau des malades reçus pendant le 1er semestre 1843 à l'hôpital St.-Jean-de-Dieu, à Milan*; par M. Gola. 17° *Réflexions et observations pratiques sur la nature de la varicelle*; par M. Mascherpa. (Premier article.) 18° *Observations cliniques*; par M. Castiglioni. (Chez un sujet pléthorique, un épistaxis abondant vint à trois reprises tous les deux jours malgré de fortes saignées. Le sulfate de quinine l'empêcha de reparaître.) 19° *Spondylite traumatique avec myélite et paralysie; suivie d'une gastro-entéro-bronchite grave*; par M. Prandina; 20° *Deux observations de gastro-entérites typhoïdes avec miliaire, l'une sous forme de stupeur, mort le 16e jour; l'autre sous forme phrénétique, mort le 8e jour*; par M. Casorati. 21° *Sur les maladies aiguës qui ont régné à Pavie pendant le printemps et l'été de 1843*; par le même. 22° *Compte-rendu clinique des malades reçus à l'hôpital St.-Jean-de-Dieu, à Milan, pendant le premier semestre de 1843*; par M. Gola. 23° *Un fait relatif à la prétendue incoagulabilité du sang dans certaines maladies*; par M. Polli. (Fait confirmatif de ce principe bien connu, savoir que le sang met à se coaguler d'autant plus de temps qu'il doit présenter une couenne plus épaisse et plus dure, et que, dans une maladie aiguë, le sang des premières saignées se coagule beaucoup plus lentement que celui qui est tiré de la veine peu de jours avant la guérison.) 24° *Cas de maladie du cœur*; par M. Dubini. (Rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance de ses valvules; infiltration purulente de toute la substance du cœur.) 25° *Epilepsie guérie au moyen de l'emploi prolongé et à haute dose du sulfate de quinine*; par M. Taroni. 26° *Paralysie de la langue, du pharynx et des muscles du cou, due au ramollissement d'une portion de la moelle cervicale*; par M. Castiglioni. (Rien qui mérite une mention plus étendue.) 27° *Œdème chronique des petites lèvres*; par M. Melchiori. 28° *Observations anatomo-pathologiques sur les pieds-bots*; par M. Bertani. 29° *Effets du taffetas gommé dans le traitement à sec des plaies et des ulcères*; par M. Mayor. 30° *Deux cas d'extirpation de polypes utérins*; par le même. 31° *De la cure de l'hydrocèle au moyen du séton*; par le même. 32° *Plaie du poumon droit avec hernie d'une portion considérable de ce viscère*; par M. Barbieri Angelo. (La hernie avait suivi immédiatement la blessure. On réduisit, et le malade guérit après avoir couru de grands risques. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y eut pas de crachement de sang, circonstance qui ôterait à cette guérison une partie de son intérêt, puisqu'elle semble prouver que, s'il y a réellement eu une plaie du poumon, celle-ci du moins était d'une fort petite étendue. Il est bon de noter qu'il n'y eut non plus aucun indice d'un épanchement sanguin dans la cavité pleurale.) 33° *Fièvre typhoïde, avec stupeur et éruption miliaire, compliquée de bronchite; guérison*; par M. Casorati. (Les sangsues, les purgatifs et les révulsifs ont eu les honneurs de cette cure.) 34° *Cas d'encéphalite remarquable par la singularité de sa forme*; par M. Perini. (Les pre-

(1) Il est à regretter que M. Mayor ne tienne pas compte de la différence qu'il y a entre la contracture et la rétraction. Il saurait que dans l'une seulement le raccourcissement musculaire peut être vaincu par l'extenseur, tandis que la rétraction véritable réclame impérieusement la myotomie. L'expérience a toujours parfaitement justifié cette distinction. (Note du R.)

miers symptômes furent un trouble de la respiration; puis la maladie, une fois établie, prit une marche périodique; telles sont les circonstances les plus intéressantes de ce fait.) 35° *Histoire abrégée des opérations pratiquées à l'hôpital de Lodi en 1843*; par M. Cotta. (Récit succinct de faits d'une importance assez ordinaire.) 36° *Études sur le bruit expiratoire, faites dans une série de cas non analogues, pour déterminer l'importance du diagnostic de la phthisie à sa première période*; par M. Dubini. (Premier article.) 37° *Notes cliniques sur le valérianate de quinine*; par M. Castiglioni. 38° *Sur la fièvre miliaire*; par M. Ferrari. 39° *Compte-rendu clinique des maladies chirurgicales observées à l'hôpital de Milan en février 1844*; par M. Prandina.

SUR L'ACTION DU SULFATE DE QUININE; par M. CASORATI et M. ARVEDI.

M. Arvedi, directeur de l'école vétérinaire de Milan, voulant déterminer le mode d'action du sulfate de quinine, se livra aux expériences suivantes. Il fit prendre à quatre chevaux morveux cette substance à une dose qui fut progressivement portée, en douze ou quinze jours, de 20 grains à 2 onces et même 2 onces 1/2, dans les vingt-quatre heures. Puis l'animal étant abattu, il trouva constamment dans le tube digestif des traces évidentes d'inflammation. La muqueuse de l'estomac offrait une rougeur parsemée de taches plus foncées. Cette membrane, converte d'ulcérations, surtout vers le pylore, était en outre ramollie, et les parois de l'estomac hypertrophiées. De ces expériences, M. Arvedi conclut que le sulfate de quinine est un stimulant dont l'action s'exerce principalement sur le canal intestinal, le foie et aussi sur le cerveau.

M. Casorati, analysant ce travail, n'adopte point ses conclusions. Il admet toutefois comme vraies les expériences qui y sont consignées, mais il leur donne une signification toute différente et, selon nous, beaucoup plus rationnelle. Loin d'être un excitant, le sulfate de quinine lui paraît, au contraire, indiqué dans toutes les maladies où la médication antiphlogistique est nécessaire. Mais il faut distinguer ce qui appartient à son action topique d'avec ses effets généraux. Appliqué sur la surface digestive, ce sel y détermine constamment une excitation. On comprend donc qu'il puisse être sédatif pour l'économie, tout en irritant les organes où il est déposé. On comprend aussi que si ces organes étaient déjà malades, ou si l'administration du médicament a besoin d'être vigoureuse ou longtemps continuée, la gastro-entérite, *de cause locale*, pourra être portée au point de déterminer les symptômes généraux d'une inflammation véritable. Mais ce n'est pas là une raison pour changer l'épithète du médicament. Le médecin éclairé y trouvera seulement un motif pour le proscrire chez les sujets à voies gastriques trop susceptibles; ou, s'il l'emploie chez eux, ce sera seulement en l'introduisant par la surface cutanée ou en lavemens.

ANALYSE DU SANG DES PERSONNES SOUMISES A L'INFLUENCE DES EXHALAISONS MARÉCAGEUSES; par M. SALVAGNOLI.

Les recherches de l'auteur n'ont porté que sur quatre sujets, tous actuellement affectés ou antérieurement atteints de fièvres intermittentes. Sur trois de ses malades, il a trouvé dans le sang extrait une diminution de la quantité normale de fibrine, d'albumine et de graisse. Il y avait, en outre, abondance de cholestérine et absence presque complète de phosphates.

D'autres observateurs avaient déjà constaté que la bile des individus habitant le voisinage des marais devient plus riche en cholestérine.

SPONDYLITE TRAUMATIQUE AVEC MYÉLITE ET PARALYSIE, SUIVIE DE GASTRO-ENTÉRO-BRONCHITE GRAVE; par M. PRANDINA.

Connue en France sous les noms de *luxation spontanée de l'atlas*, de *tumeur blanche de l'articulation occipito-atloïdienne*, la maladie dont il est ici question passe à juste titre pour une de celles dont le pronostic est le plus désespérant. Bien qu'elle soit un exemple de guérison, l'observation suivante n'apporte pas à sa thérapeutique le secours d'une médication nouvelle. Car, parmi tous les agens qui ont été employés, on serait fort embarrassé de désigner celui qui a paru utile. Mais enfin, c'est un cas de guérison, et cette seule considération justifie l'analyse sommaire que nous présentons de ce fait.

OBS. — Un homme de 24 ans, de tempérament lymphatique, écrivain de profession, fit, au mois d'avril 1840, une chute du haut d'une terrasse. Gonflement et douleur à l'occipital et au cou, qui avaient été contus. Un large vésicatoire appliqué sur les parties malades ne fit qu'augmenter les accidens. Lorsque l'auteur le vit, le 15 mai, il présentait un énorme gonflement à la région sous-occipitale; le cou tordu, la tête inclinée à gauche, les mouvemens de rotation, de flexion et d'extension absolument nuls. Une bronchite venant encore s'ajouter aux symptômes locaux amena un amaigrissement assez marqué.

M. Prandina appliqua sept fois des sangsues sur la région affectée, fit trois saignées, puis prescrivit des frictions mercurielles le long du rachis. Malgré ce traitement rationnel, la paralysie s'empara des membres supérieurs surtout de gauche. Le cou devint plus dévié. On plaça alors deux cautères larges et profonds de chaque côté de l'épine cervicale. L'amélioration fut nulle. Bien au contraire, le mal suivant son cours, les membres supérieurs et inférieurs furent privés de leurs mouvemens.

L'hiver était arrivé au milieu de ces médications infructueuses. Le printemps lui succéda sans plus de changemens, malgré les secours, invoqués par le malade, de la médecine homœopathique. Au milieu de juillet, il fut jugé à propos de revenir aux frictions mercurielles. A la huitième, une gastro-entéro-bronchite violente se déclara, sans aucune cause appréciable. La fièvre intense et la suffocation nécessitèrent quatre saignées générales. Les accidens les plus aigus furent ainsi domptés; mais des sueurs copieuses, une diarrhée colliquative, une salivation abondante, réduisirent le malade à l'état d'un squelette. Cependant, le vingt-unième jour de cette affection si grave, il se trouva capable de mouvoir les jambes. Plus tard, il reprit l'usage des muscles du dos, et plus tard encore celui des bras et des mains. Au bout d'un mois et demi, il mangeait seul. Trois mois après, il marchait, s'appuyant seulement sur une personne. Aujourd'hui, il a pu reprendre son métier d'écrivain et jouit du libre exercice de toutes les parties du corps.

A quoi attribuer une telle guérison? se demande en terminant l'auteur. Est-ce à une action posthume des remèdes employés dans le principe? ou ne serait-elle pas due plutôt au traitement actif que la gastro-entéro-bronchite a nécessité en dernier lieu?

ÉPILEPSIE GUÉRIE PAR L'EMPLOI PROLONGÉ ET A HAUTE DOSE DU SULFATE DE QUININE; par M. TARONI.

Chaque mois, les journaux de médecine italiens fourmillent d'observations d'épilepsie guérie, soit par le musc, soit par l'oxide de zinc, par les valérianates, par le sulfate de quinine, etc. Il y aurait, dans ces récits, de quoi surprendre nos confrères qui savent combien, parmi nous, cette affection se montre tenace et rebelle, si le plus souvent des circonstances toutes simples ne venaient nous donner l'explication de ces cures en apparence si merveilleuses. L'observation suivante est instructive sous ce rapport.

OBS. — Une jeune fille de 18 ans, bien portante jusque-là, fut surprise la nuit par deux assassins. Secourue à temps, elle éprouva néanmoins une vive frayeur, et immédiatement se déclarèrent de violentes convulsions qui résistèrent pendant deux mois à l'emploi successif et méthodique des évacuations sanguines, des préparations de zinc et de bismuth, des drastiques, des révulsifs, etc.

Lorsque M. Taroni vit la malade, elle avait chaque jour trois accès d'épilepsie, revenant à heures déterminées et durant chacune une demi-heure environ. Ils consistaient en mouvemens spasmodiques violens des membres, de la mâchoire, des yeux, avec perte de connaissance et écume à la bouche.

Le 10 octobre, M. Taroni commença le sulfate de quinine à la dose de 20 grains par jour. Le quatrième jour, les accès furent réduits au nombre de deux, mais offrant la même force, le même cortége de symptômes. On augmenta alors la dose de 2 grains dans les vingt-quatre heures. Dès la quatrième dose, il n'y eut plus qu'un accès par jour. L'espoir et les forces commençaient à renaître. Jusqu'au 29 octobre, on porta la quantité de sel de quinine à 36 grains. Les accès, très légers, ne parurent plus que tous les deux jours.

La santé ne souffrant du reste aucune atteinte de l'ingestion du médicament, on prit le parti de le continuer encore; l'accès ne revint plus que tous les six jours. Il était même alors extrêmement faible.

Il restait cependant à trancher entièrement le mal. On donna dans ce but 50 grains du sel dans les vingt-quatre heures, pendant six jours. Cet intervalle de temps s'étant écoulé sans aucun retour des accès, on diminua chaque jour le remède de 4 grains, jusqu'au 29 décembre, où, étant arrivé à la dose de 6 grains, on le continua jusqu'au 15 janvier. A cette époque, la guérison était complète, et elle persiste maintenant depuis vingt mois.

En analysant cette observation, on y reconnaîtra sans peine les causes qui expliquent le succès du médicament. Maladie récente, survenue chez une personne saine, à la suite d'une impression morale vive, offrant des accès périodiques d'une régularité parfaite, doses énormes et longtemps continuées du médicament, voilà tout autant de circonstances qui, sans rien ôter au mérite du médecin, enlèvent du moins à cette cure ce que son titre, envisagé seul, lui donnait d'insolite et d'extraordinaire pour des lecteurs français.

ŒDÈME CHRONIQUE DES PETITES LÈVRES; par M. MELCHIORI.

OBS. — Une femme de 22 ans, bien réglée et jouissant d'une bonne santé, ent dans une première grossesse, et à partir du quatrième mois, les petites lèvres

tuméfiées de manière à offrir le volume d'une noix. Il n'y avait qu'un peu d'œdème aux autres parties de la vulve et point aux membres inférieurs. A l'époque de l'accouchement, ces deux tumeurs pédiculées pendaient sur les grandes lèvres. Devenue enceinte de nouveau, cinq mois après le premier accouchement, les tumeurs restées stationnaires jusqu'alors recommencèrent à s'accroître. Leur présence incommodait beaucoup la malade, soit par leur volume, soit par l'irritation qu'y entretenait le contact d'un écoulement vaginal. La parturition se fit néanmoins, à terme, sans obstacle, avec la précaution toutefois de maintenir les tumeurs relevées sur le ventre, au moment du passage.

M. Melchiori vit la malade cinq jours après. De chaque côté, les petites lèvres gonflées se portaient en bas, puis se changeaient en un cordon arrondi, pédiculé, de trois pouces de longueur, au-dessous duquel la tumeur s'épanouissait de nouveau, en constituant là une masse lisse, uniforme, transparente. Le pédicule était du volume du petit doigt, et formé par la seule duplicature de la peau. Des bains avec le sous-acétate de plomb, continués régulièrement pendant quinze jours, n'ayant pas amené la moindre diminution, on prit le parti d'opérer, ce qui fut fait d'un seul coup de bistouri. Le pédicule ainsi tranché, une petite artère dut être liée du côté droit. Aucun accident ne survint; l'une des plaies se réunit par première intention, l'autre suppura et ne se ferma qu'au bout de dix jours.

Les tumeurs ayant été fendues, on les trouva composées d'un tissu cellulaire filamenteux, presque exsangue, imbibé d'un fluide séreux, limpide, incolore, que la pression évacuait facilement. Le pédicule ne contenait, avec la peau, qu'un tissu cellulaire dépourvu de sérosité.

Ce qui engagea ici l'auteur à opérer sans presque avoir essayé d'abord d'autre médication fut le souvenir d'un fait passé sous ses yeux peu de temps auparavant. Il avait vu une tumeur développée dans les mêmes circonstances, et offrant, comme celles de l'observation ci-dessus, le volume d'un œuf de poule. Un chirurgien voulut la traiter par les scarifications; mais chacune des petites plaies s'enflamma et se gangréna dans son pourtour. Le traitement dura vingt jours; et même, il resta encore un pédicule assez long qui pendait sur les grandes lèvres, et entretenait une prédisposition à la récidive. Témoin des longueurs de ce traitement et de ses inconvénients, M. Melchiori préféra, dans le second cas, en finir immédiatement d'un seul coup de bistouri.

NOTES CLINIQUES SUR LE VALÉRIANATE DE QUININE; par M. CASTIGLIONI.

Voici les corollaires cliniques que l'auteur déduit de l'analyse comparative de dix-huit observations dont il rapporte sommairement les principaux détails.

Sur ces faits, tous relatifs à des affections intermittentes ou rémittentes, le valérianate de quinine a procuré la guérison quinze fois, et trois fois seulement un soulagement temporaire.

Dans deux de ces trois derniers faits, le sulfate de quinine a aussi été employé sans succès; dans un, on constata également l'inutilité des autres médicamens les plus vantés.

Le minimum de la dose nécessaire pour triompher de la maladie fut 6 grains; le maximum 35; la moyenne de 10 grains et demi environ.

Quant au temps employé pour obtenir la guérison, le minimum fut de deux jours; le plus long de huit; la moyenne, de trois jours et demi environ.

Quelques troubles, qu'amena dans deux cas l'ingestion du médicament, étaient évidemment dus à son état d'impureté.

Passant ensuite à l'explication de ces effets thérapeutiques, l'auteur pense que le valérianate de quinine est un antipériodique par excellence, que son action élective se porte sur le système nerveux dont il a l'avantage de modifier la surexcitation sans causer de douleur de tête.

Il se pose enfin, mais les laissant sous forme dubitative, les deux questions suivantes :

L'efficacité plus grande, à doses égales, du valérianate, comparée à celle du sulfate, tient-elle à la plus grande solubilité du premier?

Le valérianate mérite-t-il, dans la pratique médicale, la préférence sur le sulfate de quinine?

Nous conclurons, nous, tout au moins, que de nouveaux essais sont nécessaires pour résoudre le problème, et que les nombreux exemples jusqu'ici observés par les médecins italiens justifient parfaitement les expériences qu'on voudrait instituer en France avec ce médicament.

VI. GAZZETTA TOSCANA DELLE SCIENZE MEDICO-FISICHE.

Les numéros de juillet à décembre 1843 et de janvier, février et mars 1844 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Cas de tétanos consécutif à la cure mécanique d'une fistule lacrymale;* par M. Petri. 2° *Note sur le lichen de Ceylan et sur sa gélatine;* par M. Targioni-Tozzetti. 3° *Deux opérations de hernie ombilicale étranglée faites avec succès chez l'adulte;* par M. Calugi. (Rien de neuf.) 4° *Observations sur la préparation de la mannite en très beaux cristaux;* par le prince L. Bonaparte. 5° *Verre hydrostatique,* de M. Taddei. (Instrument propre à déterminer la pesanteur spécifique des corps.) 6° *Lettre sur les fièvres;* par M. Bruni. (L'auteur préfère, dans les fièvres typhoïdes, la méthode antiphlogistique.) 7° *Sur la méthode de Regnaud dans la cure du bubon vénérien;* par M. Marchettini. (Le vésicatoire pansé avec la solution de sublimé a réussi 12 fois sur 14 cas, à prévenir la suppuration. Il faut ajouter, d'après l'auteur, que chez quatre malades seulement la suppuration était déjà formée quand le vésicatoire fut appliqué. De ces quatre, deux seulement ont guéri sans suppurer.) 8° *De l'emploi thérapeutique du valérianate de zinc;* par M. Cerulli. (Voy. ci-dessus l'analyse de ce même travail.) 9° *Sur les moyens imaginés pour faciliter la recherche des différentes combinaisons métalliques, en petite quantité dans un liquide quelconque;* par M. Taddei. 10° *Cas de paralysie guérie en rappelant une sécrétion habituelle;* par M. Petri. (Un fumeur d'habitude avait une sécrétion salivaire abondante. Tout d'un coup il renonce à l'usage du tabac et la sécrétion salivaire se tarit. Frappé d'apoplexie peu de temps après, il devint paralysé du bras droit et de la langue. Du calomel, donné pour combattre la constipation, amena une salivation copieuse, et la paralysie fut guérie dans l'espace de vingt jours.) 11° *Réflexions sur la convenance de l'accouchement prématuré artificiel;* par M. Capezzi. (L'auteur combat cette pratique par des raisons qu'il nous semble peu important de reproduire. Il invoque surtout contre elle le peu de garantie qu'elle donne d'avoir l'enfant vivant et viable.) 12° *Du seigle ergoté dans les maladies inflammatoires;* par M. Mattii. 13° *Sur la structure de la rétine et de la tache jaune;* par M. Cervellerie. (Premier article.) 14° *Considérations sur la zoonomie d'Erasmo Darwin;* par M. Barellai. 15° *Des raisons qui doivent faire préférer, dans l'accouchement, le décubitus sur le côté au décubitus dorsal;* par M. Angeloni. (L'auteur répond à quelques objections qui avaient été dirigées contre son travail à l'une des séances du congrès de Lucques.) 16° *Quelques mots sur l'application de l'appareil amidonné dans la fracture du col de l'humérus;* par M. Cipriani. (Il vante l'application d'un bandage amidonné embrassant le bras et l'épaule de la même manière que l'étoupade de Moscati.) 17° *De la peste orientale;* par M. Morello. 18° *Réflexions critiques sur l'emploi du seigle ergoté dans les maladies inflammatoires;* par M. Francini. (D'après l'auteur, le seigle ergoté n'est pas un antiphlogistique. Son action se borne *à susciter dans la pulpe nerveuse un mouvement contractif.* S'il est pourtant susceptible de rendre des services contre les phlegmasies, c'est, ajoute l'auteur, *que souvent, dans cet état pathologique, la fibre des tissus peut se trouver dans une expansion extrême; et qu'alors la propriété contractive dont est doué ce médicament peut régulariser le mouvement vital et le rendre capable d'accomplir ces mutations solutoires par lesquelles l'inflammation se résout ou se juge.* — Nous croyons inutile d'ajouter un mot à une pareille explication!) 19° *Discours d'ouverture pour le cours de physiologie professé à l'université de Pise pendant l'année* 1843-1844; par M. Arcangeli. 20° *Observation d'obstétricie;* par M. Marcacci. (Une femme de 31 ans souffrait depuis trente heures les douleurs d'un premier accouchement sans pouvoir se délivrer. M. Marcacci reconnut par le toucher au fond du vagin une membrane sans aucune ouverture. Le spéculum lui ayant fait voir à son centre une cicatrice, il fit dans ce point une ponction avec le bistouri, et l'agrandit avec le doigt. L'enfant sortit sans difficulté. Au-delà, on reconnut le col utérin ouvert. L'auteur suppose que, chez cette femme, il existait avant le mariage un rétrécissement du vagin, et que les premières approches ayant irrité et ensanglanté les bords de cette stricture, ses bords se sont ensuite réunis par première intention, de manière à constituer, au lieu d'un rétrécissement, une oblitération.) 21° *Guérison par la ténotomie sous-cutanée d'un pied varus-équin, congénital;* par M. Cipriani. 22° *De quelques phénomènes observés sur la peau d'un paraplégique traité par l'électricité galvanique;* par M. Levi. (L'auteur entend ici parler de l'inflammation et de la gangrène qu'on a si fréquemment l'occasion de remarquer au pourtour des petites plaies produites par les aiguilles, dans la galvano-puncture.) 23° *Quelle est l'action de la digitale pourprée dans les maladies du cœur et des vaisseaux;* par M. Catalani. (Pour que ce médicament développe son action spécifique sur le système circulatoire, il faut le donner à petites doses. Dans le cas opposé, il ne se comporte que comme agent perturbateur.) 24° *Nouveau procédé pour la préparation de l'onguent mercuriel* par M. Orosi. 25° *Des hypothèses en médecine;* par M. A. D.

V. 26° *Sur l'extraction de la gélatine du fuscus viscosus;* par M. Prestandrea.

CAS DE TÉTANOS CONSÉCUTIF A LA CURE MÉCANIQUE D'UNE FISTULE LACRYMALE; par M. PETRI.

Quoique toute lésion traumatique puisse devenir cause de tétanos, le fait suivant ne paraîtra pas moins surprenant par sa nouveauté. Sans prétendre qu'il doive inspirer désormais plus de réserve à l'égard de l'opération de la fistule lacrymale, nous le citons comme une des conséquences possibles, sinon probables, qu'elle est susceptible d'amener à sa suite.

OBS. — Une femme de 50 ans, de tempérament lymphatique, sujette depuis longtemps à l'affection rhumatismale, voulut se faire débarrasser d'un épiphora qui la fatiguait. En conséquence, un chirurgien incisa les parties altérées, plaça une mèche, puis enfin le clou de Scarpa. Pendant toute l'opération, la malade se plaignit d'une douleur qui, du canal artificiel, s'étendait à l'œil, à la joue, au front et à l'angle de la mâchoire. Huit jours s'étaient écoulés lorsque, après une nuit passée sans sommeil, la patiente s'aperçut qu'elle ne pouvait plus ouvrir la bouche. Le soir, M. Petri constata une contraction des masséters et des temporaux, ainsi que des mouvemens convulsifs généraux. Il proposa d'ôter le clou du sac lacrymal; mais le médecin ordinaire, ne voyant dans ces symptômes qu'une affection rhumatismale, n'y voulut pas consentir. On se borna donc à une saignée et à 20 sangsues appliquées au cou. Le lendemain, la contracture avait gagné les muscles du cou et du tronc; ceux des bras se prirent à leur tour; enfin les convulsions devinrent générales. On enleva alors le clou et on administra l'opium; mais, malgré une rémission trompeuse, la malade succomba au commencement du quatrième jour.

AUTOPSIE. Les voies lacrymales n'offraient aucune lésion extraordinaire. On ne put examiner aucune autre partie du corps.

Le docteur Betti, à qui M. Petri racontait cette observation, lui dit qu'autrefois il avait vu une malade être prise de trismus, au moment où Vacca lui plaçait une mèche dans le canal nasal. Le célèbre chirurgien soupçonnant la cause de cet accident enleva immédiatement le corps étranger. Le trismus céda en peu de temps; et depuis, on ne songea plus à guérir cette femme de sa fistule lacrymale.

Cet exemple rend encore plus déplorable l'obstination du praticien qui se refusa à l'extraction du clou chez la malade de M. Petri. Là sans doute était le seul espoir légitime de guérison; car c'était soustraire la cause évidente, la cause matérielle du mal.

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES; par M. MATTII.

Loin de voir dans le seigle ergoté un stimulant, M. Mattii pense qu'il a sur l'économie une action hyposténisante. Cela est si vrai, dit-il, que j'ai toujours vu ce médicament réussir dans les cas où les saignées étaient indiquées. Les cinq observations suivantes, dont nous ne donnons qu'une analyse succincte, sont à ses yeux des preuves de cette proposition; avant de les rapporter, nous ferons seulement remarquer que, dans toutes, la saignée locale ou générale a précédé l'administration du seigle ergoté. Nous avons cru devoir, pour faciliter au lecteur l'appréciation de ces cas, noter avec soin l'époque de chaque évacuation sanguine, ainsi que l'effet qui en est résulté.

PNEUMONIES.

OBS. I. — Un homme de 60 ans, entré à l'hôpital le 9 janvier 1843, fut saigné le soir même. Fièvre ardente, crachats sanguinolens, râle crépitant à droite (six grains de seigle ergoté toutes les deux heures). Le 10, au soir, pouls un peu moins fort, peau humide (12 sangsues au côté). La nuit, exacerbation notable. Le 11, on continue la même quantité d'ergot. La nuit est bonne. Le 12, un purgatif doux, 12 grains de seigle ergoté. Le 13, le 14, le 15, on continue le médicament en diminuant les doses. Guérison.

OBS. II. — Un homme de 37 ans est pris de frisson après un bain froid. Un point de côté se déclare (saignée). Le lendemain, 20 janvier, mieux marqué. Le 21, la fièvre revient, la douleur est plus forte que le premier jour, pouls à 101, face animée, râle crépitant et souffle bronchique avec matité dans la partie supérieure du côté droit (saignée de 10 onces, 30 grains de seigle ergoté, en cinq paquets, à prendre toutes les deux heures). Le soir, un peu de mieux, le pouls est à 56, le sang est couenneux (un demi-scrupule de seigle à prendre en deux fois pendant la nuit). Le 22, la fièvre est moindre, mais les crachats sanguinolens; le râle, la matité, la douleur persistent. (sangsues et seigle ergoté). Le 23, faiblesse, pâleur, pouls à 49, toux rare, expectoration catarrhale, râle muqueux. Convalescence, sortie le 29.

PLEURO-PNEUMONIE.

OBS. III. — Une femme âgée de 56 ans, de tempérament sanguin, avait eu déjà plusieurs inflammations de poitrine. Le 13 janvier, elle entre à l'hôpital avec de la fièvre et un point douloureux sous le sein droit (une saignée). Le 14, dyspnée, fièvre intense, peau sèche, crachats couleur d'orange, râle crépitant au point indiqué. Le sang extrait la veille offre une couenne épaisse (3 grains de tartre stibié); exacerbation nocturne. Le 15, sangsues au point douloureux, et 30 grains de seigle ergoté divisés en cinq paquets, à prendre un toutes les heures. Le soir, le pouls est tombé de 108 à 84; la douleur du côté est moindre. Le 16, abattement, un peu de délire (boisson tamarinée). Le 17, retour de tous les symptômes (30 grains de seigle). Le soir, le calme est revenu; le pouls à 59, la respiration plus libre. On continue le seigle ergoté. A partir de ce moment, la convalescence commence. Guérison et sortie le 31.

PLEURÉSIE.

OBS. IV. — Un homme de 43 ans, sanguin, entre à l'hôpital le 31 janvier avec fièvre intense, douleur atroce sous le sein droit, toux, crachats orangés, matité, râle crépitant (saignée d'une livre, 30 grains de seigle ergoté en six fois, une toutes les deux heures). Le soir, moins de fièvre et de douleur; la toux et la dyspnée, ainsi que l'expectoration n'ont pas changé. Sang couenneux. Le pouls, de 104 est à 96. Le 1er février, pouls à 72 (20 grains de seigle ergoté en cinq prises, une chaque heure). Le soir, pouls à 56, grande faiblesse, côté moins douloureux, crachats muqueux, respiration plus libre, le râle est dissipé. Le 2, même apyrexie. Guérison; sortie le 6.

PNEUMORRHAGIE.

OBS. V. — Un homme âgé de 30 ans, sanguin, fut pris en travaillant d'oppression, d'ardeur sous-sternale, de toux. Plus tard, un crachement de sang survint. Le lendemain, 8 janvier, même état. Le 9, frisson, puis augmentation dans la quantité de sang expué. Reçu à l'hôpital, il fut saigné. Le 10, on trouve une fièvre violente, pouls à 116, face ardente, toux fréquente, crachement de sang, ardeur thoracique, sonorité, râle sibilant et muqueux; sang tiré la veille couenneux (seigle ergoté, une demi-drachme en six prises). Le soir, nu peu d'amélioration, le pouls est à 98, le crachement de sang moins abondant. Le 11, pas d'autre changement (continuation de l'ergot à la même dose). Le soir, pouls à 84, peau humide, le sang est expectoré en moindre quantité. Le 12, la fièvre est ardente; la toux et l'expectoration sanguine ont augmenté (saignée d'une livre, 30 grains de seigle ergoté). Le soir, pouls à 58, crachats moins copieux et un peu purulens, respiration libre (continuation du seigle). Le 13, prostration extrême, pouls filiforme à 39, crachats à peine striés de sang (le seigle est suspendu). Le 14, l'abattement n'existe plus, pouls à 49, crachats transparens; l'appétit revient. Deux jours après le malade quitta l'hôpital.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DE L'ONGUENT MERCURIEL; par M. OROSI.

Les chimistes et les pharmaciens sont d'accord sur ce point que l'onguent mercuriel doit, pour être bien préparé, contenir le mercure à l'état métallique et non à l'état d'oxide ou de sel. Cependant, par une économie mal entendue, il arrive souvent que ces conditions ne se trouvent pas remplies, ce qui tient surtout à la rancidité des corps gras que l'on emploie. De l'usage d'un onguent aussi défectueux résultent divers accidens, tels qu'une irritation de la peau et des symptômes d'intoxication, plus ou moins graves. Voici le procédé qui, selon M. Orosi, doit remédier à ces inconvéniens.

Il est connu que le mercure précipité est repris de la plupart de ses combinaisons par l'acide phosphorique, de même que par l'action d'une solution aqueuse de chlorure d'étain. Ceci posé, prenez une livre de sublimé corrosif et faites-la dissoudre dans une quantité suffisante d'eau bouillante. Filtrez la solution. Mettez-y un léger excès de chlorure d'étain dissous dans de l'eau fortement acidulée avec l'acide chlorhydrique. Agitez bien ce mélange pendant quelques instans en le chauffant un peu: un précipité obscur se formera dans le liquide et se rassemblera bientôt sous un petit volume au fond du vase. Ce précipité est du mercure extrêmement divisé. Décantez le liquide, lavez le dépôt mercuriel à l'eau chaude, recueillez-le sur un filtre. Après l'avoir laissé ainsi dessécher jusqu'à consistance de magma, vous le mettrez dans un mortier où vous l'unirez peu à peu avec de la graisse bien épurée. L'extrême division du métal rend très rapide cette combinaison, qui est si longue dans le procédé ordinaire. De cette manière, la graisse n'est pas aussi exposée à se rancir; et, d'un autre côté, on peut calculer d'avance la quantité que l'on devra employer, puisqu'on est certain de la proportion de mercure qui se précipite.

Il ne faut pas laisser dessécher trop longtemps le dépôt mercuriel, sinon on verrait apparaître à sa surface des gouttelettes métalliques. On devra aussi graisser légèrement les vases où se fait le précipité; c'est le meilleur moyen d'empêcher cette réunion des globules de mercure.

La pommade composée de cette manière ne laisse pas apercevoir, même à l'inspectinn microscopique, la mnindre apparence de mercure métallique.

Une petite quantité d'oxide d'étain se trouvera parfnis mélangée au précipité mercuriel; mais cette mixtinn, outre que sa proportion est minime, n'a aucune espèce d'iuconvénient.

— Nnus n'aurions rien à dire contre ce procédé, s'il ne devait pas entraîner une dépense beancoup plus grande que le mode de préparation ordiuaire, vu la cherté du sublimé corrosif. Sous ce rapport, et malgré ses avantages, le procédé de M. Orosi nnus paraît destiné à trouver sou application dans les laboratoires de chimie, bien plus que dans les officines pharmaceutiques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 MAI.

ORGANISATION DE L'ÉPITHELIUM UES MEMBRANES MUQUEUSES.

M. Mandl adresse sur ce snjet la lettre suivante :

L'existence de l'épithelium sur les membranes mnqueuses a été depnis longtemps un sujet intéressaut d'investigations pour les anatomistes. La plupart des auteurs out nié sou existence; mais les recherches si précises et positives de M. Flourens out mis non seulement sa présence hors de doute, mais elles uous ont en même temps fourni des renseignemens inconnus jnsqu'alors sur la composition de cet épithelium. En effet, cet auteur a prouvé que toutes les membranes muqueuses sout pourvues d'épithélium qui est formé par deux lames superposées. Des préparations anatomiques nombreuses viennent à l'appui de l'opinion de M. Flourens.

Je me suis proposé, non seulement de constater l'existence de ces couches diverses de l'épithélium qui, par quelques auteurs, ont été encore mises en doute, mais en outre d'étudier les élémens dont elles se composent. Je prends la liberté de soumettre à l'Académie le résultat de mes recherches à ce sujet.

1° Toutes les membranes muqueuses du canal intestinal sont pourvues d'un épithélium composé de deux couches.

2° La première couche, celle qui regarde la surface libre de la membrane muqueuse, est composée par des élémens deux à trois fois plus longs que larges et épais, formés par une masse fixement granulée, transparente, d'une couleur légèrement grisâtre que j'appellerais, avec Heule, cylindres d'épithélium. Ces cylindres sont pointus à leur extrémité inférieure, arrondis ou aplatis à leur extrémité libre, pourvus d'un noyau transparent, oblong et situé dans l'intérieur du cylindre, près de sou extrémité inférieure. Le uoyau porte à son tour un ou deux nucléoles, et se présente, daus les cylindres vus d'eu haut, comme un petit cercle trausparent qui a été pris par quelques auteurs pour une ouverture ou une bouche, surtont daus les cylindres de l'épithélium, qui recouvre les villosités intestinales. Tous ces cylindres sont placés longitudinalement les uns à côté des autres; ils sont converts, à leur surface libre, d'une membrane transparente, amorphe, épaisse de 1/200 de millim. Lorsqu'on place une particule de cet épithélium dans l'eau pour l'examen microscopique, ou voit bientôt à son bord libre et à sa surface sourdre une foule de gouttelettes arrondies ou allongées d'une matière amorphe, blanchâtre, coagulable.

3° La seconde couche, inférieure à la première, et siluée entre celle-ci et le derme de la muqueuse, se compose d'élémens qui sont des cylindres aux divers degrés de leur développement. Nous les décrirons sommairement eu montant du derme vers la première couche. On aperçoit d'abord de petits globules ayant un diamètre de 1/200 de millim., placés dans la substance organisatrice, le blastème qui les réunit. Ils sont suivis par des globules un peu plus grands, pourvus d'un nucléole. Viennent ensuite des globules allongés, elliptiques, pourvus d'un ou de deux nucléoles. Plus haut encore, on aperçoit ces mêmes élémens, mais entourés d'une légère couche d'une masse finement granulée, transparente, légèrement grisâtre, qui, dans les élémens les plus élevés de la seconde couche, devient encore plus considérable. Ces derniers présentent alors déjà presque la forme des cylindres parfaits qui composent la première couche. En effet, ils sont oblongs, composés d'une masse finement granulée, portent un noyau pourvu d'un ou de deux nucléoles. Mais ces élémens sont à peu près la moitié plus petits que les cylindres parfaits; leur longueur n'excède guère 1/75 de millim.

4° Ainsi la seconde couche se compose d'élémens qui s'accroissent, qui se développent, qui sont les germes des élémens parfaits dont est formée la première couche.

5° Il y a renouvellement continuel de l'épithélium, comme cela a lieu pour l'épiderme. M. Flourens a prouvé que, dans la peau et dans les membranes muqueuses, les couches inférieures remplacent les supérieures; nos observations expliquent de quelle manière dans les muqueuses la seconde couche, qui est pour ainsi dire le réseau de Malpighi de ces membranes, remplace la première qui, lorsqu'elle est détachée, est évacuée avec les excrémens où l'on retrouve toujours ses élémens.

6° Dans quelques maladies, comme par exemple dans la dysenterie, dans les inflammations chroniques, etc., ce renouvellement est très accéléré, et la première couche de l'épithélium continuellement repoussée. Elle paraît dans les excrémens sous forme de lambeaux blanchâtres que l'on a pris pour du mucus coagulé.

ZOOSPERMES DE L'HOMME.

M. Mandl adresse une seconde note relative à l'un des poiuts traités dans la dernière communicatiou de M. Ponchet. M. Ponchet dit qu'il existe à la surface des zoospermes de l'homme une sorte d'épithélium qui enveloppe tout le corps, et s'en trouve séparée par une couche très mince de liquide. La pellicule dont parle M. Pouchet a été déjà décrite et figurée par M. Mandl dans son Anatomie générale, où on lit le passage suivant : « Nous avons vu sur beaucoup de zoospermes une membrane granuleuse attachée à la queue, à quelque distance de la tête; c'est le reste de la cellule, dans laquelle s'est développé le zoosperme. » J'ajouterai toutefois, dit M. Mandl, que cette pellicule, qui a été pour la première fois indiquée par moi, est d'autaut plus petite que les zoospermes ont séjourné plus tougtemps dans les vésicules spermatiques, et qu'un séjour prolongé la fait même entièrement disparaître; qu'au contraire elle est plus grande sur les jeunes animalcules. Or, si l'interprétation donnée par M. Pouchet était exacte, tout le contraire devrait arriver.

M. Pouchet dit aussi que chez les grenouilles, le corps des zoospermes, « de rectiligne qu'il était, se courbe vers sou milieu, formaut un angle qui devient de plus en plus aigu; puis, les deux extrémités de ces animalcules finissent par s'entrecroiser, ensuite elles s'entortillent ensemble de manière à ne plus représenter en apparence qu'un seul filament tordu, terminé en avant par une sorte d'anse qui a été prise pour une tête aplatie par des observateurs inattentifs. » Or, daus mou Traité du microscope, j'ai dit, en parlaut de l'effet produit par l'eau sur les zoospermes : « Cet effet cousiste principalement dans une torsion ou plutôt une flexion en forme d'anse de la partie antérieure du corps, de sorte qu'on voit, en cet endroit, naître un corpuscule elliptique, que quelques auteurs ont signalé comme tête, mais qui, en réalité, n'est autre chose qu'un anneau plus ou moins elliptique.

M. Serres : L'enveloppe propre des zoospermes, que M. Mandl croit avoir découverte le premier, se trouve décrite, si ma mémoire ne me trompe, dans Leuweuhock. Pour l'éclaircissement de ce fait et de la réclamatiou de M. Mandl, il serait utile de renvoyer sa note à la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Ponchet.

EMBAUMEMENT.

M. Mathon adresse une réclamation au sujet du système d'embaumement proposé par M. Dupré, dans une communication récente que ce médecin a faite à l'Académie. Ce système, cousistant, comme on peut se le rappeler, à faire pénétrer daus le système artériel, au moyen d'une cornue, le mélange de vapeurs fournies par la distillatiou des matières organiques, végétales et animales, ne serait, d'après M. Mathon, qu'un emprunt fait à son système de désinfection des matières cadavériques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

VALVULES URÈTRO-VÉSICALES.

M. Leroy d'Etiolles adresse la lettre suivante :

En lisant, un peu tardivement, je l'avoue, les nombreuses lettres que MM. Mercier et Guillon écrivent chaque semaine à l'Académie au sujet de la découverte d'une valvule urétro-vésicale, je me suis aperçu que sous cette dénomination ils désignent le bourrelet transversal par lequel se manifeste daus sa deuxième période l'engorgement de la prostate, lorsque commence à se développer au-dessous du col de la vessie, la tumeur qu'Evrard Home a nommée troisième lobe et que j'ai coutume d'appeler lobe pathologique. S'il eu est ainsi, comme tout me le persuade, je prie l'Académie de me permettre de déposer sur son bureau sept scarificateurs de forme particulière, avec prière de les renvoyer à l'examen des commissaires déjà nommés pour juger le différent. Ces messieurs jugeront si les scarificateurs dout MM. Mercier et Guillou se disputent l'invention ne seraient pas l'un de ceux au moyen desquels depuis dix-huit ans, j'ai coupé, scarifié, avec des succès variables, la tumeur, les bourrelets et les replis valvulaires du col de la vessie.

— M. Guersant écrit une lettre dans laquelle il motive de nouveau sa récusation pour la commission orthopédique.

RAPPORTS.

TRAITEMENT ANTI-ÉPILEPTIQUE.

M. Rochoux lit un rapport sur un traitement anti-épileptique de M. Marchetti. Ce traitement dont l'auteur désire garder la formule secrète n'a pas

paru assez rationnel à la commission pour qu'elle ait cru devoir l'expérimenter.

Le rapporteur propose simplement le dépôt aux archives.

M. Nacquart demande si la formule de ce traitement est rendue publique.

Sur la réponse négative du rapporteur, M. Nacquart demande l'ordre du jour et le renvoi de la communication à la commission des remèdes secrets. (Appuyé.)

L'Académie consultée vote pour l'ordre du jour. La communication de M. Marochetti sera renvoyée par les soins du conseil à la commission des remèdes secrets.

PLEURO-PNEUMONIES BILIEUSES.

M. Rochoux lit un second rapport sur un travail de M. Naudot, intitulé : Observations de pleuro-pneumonies bilieuses et considérations sur la pluralité des phlegmasies dans les pays chauds. M. Rochoux paraît émettre des doutes sur l'existence des pleuro-pneumonies bilieuses et taxe d'exagération le rôle que Stoll faisait jouer à la bile dans cette maladie. Il conteste également l'efficacité attribuée au tartre stibié dans le traitement de cette affection. Il propose pour conclusion d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer son mémoire aux archives.

M. Martin-Solon : D'après M. Rochoux, les pleuro-pneumonies bilieuses n'existeraient que dans l'imagination des auteurs. Il n'en est cependant pas ainsi. Quand on lit avec attention les observations que nous a laissées Stoll, il devient évident pour tout le monde que cet auteur n'a décrit cette maladie qu'avec les malades sous les yeux. Pour moi, l'existence de cette maladie n'est pas douteuse; j'ai observé des cas de pleuro-pneumonies bilieuses absolument semblables à ceux qu'a rapportés Stoll et qui ne cédaient qu'aux évacuans émétiques, et j'en ai rapporté plusieurs exemples également recueillis au lit des malades. Mais il y a une distinction à faire entre les véritables pleuro-pneumonies bilieuses et les pleuro-pneumonies qui sont simplement accompagnées de phénomènes bilieux. M. Rochoux a pu voir dans les observations que j'ai publiées qu'il y en avait un certain nombre dans lesquelles je signalais la simple coexistence de phénomènes bilieux avec la pleuro-pneumonie; c'est qu'il existe en effet une forme de pleuro-pneumonie dans laquelle l'état bilieux n'est qu'une complication de l'état inflammatoire et sous la dépendance de cet état inflammatoire, tandis que dans la pleuro-pneumonie bilieuse véritable, c'est, au contraire, l'état bilieux qui prédomine. Dans le premier cas, le traitement antiphlogistique suffit à lui seul et peut avantageusement remplacer le traitement évacuant. C'est là sans doute la cause de l'erreur que me paraît commettre M. Rochoux.

Quant au mémoire, je crois devoir relever une erreur grave de M. Naudot. Il prescrit à titre d'évacuant et comme traitement de la pleuro-pneumonie bilieuse, le tartre stibié à dose rasorienne. Il est évident que si le tartre stibié administré ainsi a eu de l'efficacité, ce n'est pas comme évacuant, mais comme antiphlogistique.

M. Rochoux : Il y a un moyen très facile de donner tort à un argumentateur, c'est de lui faire dire ce qu'il n'a pas dit; c'est ce que vient de faire à mon égard M. Martin-Solon. Je n'ai pas dit qu'il n'existât point des pleuro-pneumonies bilieuses; mais j'ai dit uniquement que Stoll et quelques autres avaient exagéré le rôle que joue la bile dans cette circonstance.

M. Louis : Je crois que M. Rochoux a dit, si j'ai bien entendu, que si le tartre stibié ne pouvait pas faire de mal il ne pouvait pas faire de bien. (Signe affirmatif de M. Rochoux.) Eh bien! je m'inscris en faux contre cette proposition. Si un médicament a une action efficace et salutaire, c'est assurément le tartre stibié administré dans les cas dont il s'agit. Il n'est pas de médecin qui, ayant eu à traiter des pleuro-pneumonies avec les caractères dont il est question dans le rapport, n'ait eu à se louer des bons effets de cette médication. Sur 18 ou 20 cas de ce genre que j'ai présens à la mémoire, j'ai obtenu seize fois un amendement considérable par le tartre stibié.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PESTE.

M. Jolly lit en son nom et celui de M. Martin-Solon un rapport officiel en réponse à une lettre ministérielle, relativement à un cas de mort observé au lazaret de Malte, le 30 juillet 1842. Voici en peu de mot le fait dont il s'agit : —

Le paquebot français *le Lycurgue*, venant de Constantinople arriva à Malte en juillet 1842. Un des passagers porteur d'une caisse de musc ouvrit cette caisse à son arrivée; le musc était avarié; il en fut péniblement affecté. Dès le lendemain, il éprouva un malaise général, de la fatigue et de la céphalalgie. Le médecin du lazaret appelé à lui donner des soins ne vit là que les symptômes d'une synoque simple. Le second jour, les symptômes s'étant un peu aggravés, le médecin proposa une saignée à laquelle le malade se refusa; le soir, nouvelle aggravation; le troisième jour, paroxysme fébrile le soir. Le médecin insiste sur la saignée, même refus. Nouveau paroxysme le soir du quatrième jour. Nouvelle insistance de la part du médecin pour la saignée; nouveau refus. C'était la veille de l'expiration du terme fixé pour la quarantaine. Le malade fut soumis à un examen rigoureux; on ne trouva ni charbon, ni pustules, ni bubon, mais seulement des taches pétéchiales. Le médecin ne vit dans ces symptômes que la confirmation de son premier diagnostic, une synoque parvenue au neuvième jour. Le soir de ce même jour, il survint un paroxysme tellement violent que le malade dut être transporté au lit; il était plongé dans une adynamie profonde; son corps était couvert d'une sueur froide. Il mourut dans la nuit. A l'examen du cadavre, le médecin vit avec surprise une tumeur à la cuisse droite; il découvrit ensuite une seconde tumeur semblable sur la cuisse gauche; puis deux autres tumeurs du volume d'une noix sur la partie latérale de la cuisse gauche et sur l'avant-bras droit. Un nouvel examen eut lieu avec l'assistance de quatre médecins anglais. Ils furent unanimes pour déclarer que si ce n'était pas là un cas de peste bien caractérisé, c'était au moins un cas suspect.

Les commissaires, pour mettre l'Académie à même d'apprécier les documens contenus dans cette relation, signalent plusieurs lacunes importantes qui en atténuent la valeur; la première est qu'il n'y a pas eu d'autopsie proprement dite, les médecins s'étant bornés à un examen superficiel du cadavre, sans ouvrir les cavités. La commission regrette aussi qu'il n'ait pas été fait mention de la date précise du départ et de l'époque du passage de l'équipage dans les lieux divers où pouvait régner la peste. La seule chose qui reste bien établie, c'est que les 56 hommes d'équipage et les 32 passagers que portait le bâtiment étaient sains au départ de Constantinople, et qu'aucun d'eux n'est tombé malade pendant la traversée; enfin que, parmi les personnes qui ont été en contact journalier avec le malade, aucune n'a été atteinte de la maladie. Ce fait paraît aux commissaires pouvoir être interprété très différemment par les partisans et par les adversaires des mesures quarantenaires. Il n'a donc, sous ce rapport, aucun caractère décisif.

La commission propose en conséquence de répondre au ministre que le cas de mort survenu le 30 juillet 1842, au lazaret de Malte, lui paraît devoir être considéré au moins comme suspect; mais qu'étant isolé et incomplet, il ne pourrait être invoqué ni pour ni contre le système quarantenaire.

M. Nacquart : Je ne crois pas que ce soit là un cas de peste. Je ne saurais dire ce que c'est; peut-être n'est-ce qu'un phlegmon diffus, une phlébite; je l'ignore. Il me paraît plus probable qu'il y a eu une intoxication particulière; mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne peut reconnaître là les caractères de la peste. L'observation manque des élémens essentiels du diagnostic et des lumières qu'aurait pu apporter l'autopsie. Je regrette que la commission n'ait pas jugé convenable de s'abstenir de tout jugement à cet égard.

M. Jolly : Je doute aussi de la réalité du caractère pestilentiel dans ce cas; aussi n'est-ce point comme un cas de peste que vos commissaires l'ont considéré, mais comme cas douteux, par conséquent suspect.

M. Rochoux : Un membre du parlement anglais disait : Je ne sais combien il faudrait de chevaux gris pour faire un cheval blanc. Je dirai, moi : Je ne sais combien il faudrait d'observations douteuses pour faire une observation positive. (Rires.) Je demande ce qu'on peut conclure d'un pareil fait; il n'y a rien à en dire. Qu'on réponde donc tout bonnement que cette observation est sans valeur.

M. Dupuy : Quand on le voudra, j'obtiendrai sur des animaux des engorgemens semblables à ceux dont il s'agit; il suffit pour cela d'injecter dans la jugulaire d'un animal un mélange de matières putrides. J'ai plusieurs fois répété cette expérience sur des chevaux, j'ai observé chaque fois des phénomènes semblables à ceux dont on vient de vous entretenir. Ces symptômes peuvent donc être produits par une toute autre cause que la peste. J'ai entendu dire plusieurs fois par M. Larrey que ce n'était point un bubon qui caractérisait la peste, mais un engorgement charbonneux autour des glandes. Je crois que cet individu a succombé à un empoisonnement produit par l'inspiration du musc altéré, mais que ce n'est là ni un cas de peste, ni même un cas suspect.

M. Desportes : Ce cas a, dans l'histoire de la peste de nombreux analogues. Je suis d'autant plus porté à croire que ce sujet est bien réellement mort de la peste, qu'il venait d'un lieu où la peste règne presque constamment, et où par conséquent il a bien pu la contracter. Quant aux objections que l'on pourrait emprunter de la durée de la traversée et de la période d'incubation, je répondrai que ce n'est pas par quelques faits individuels, mais par centaines, que l'on compte les cas où des sujets ont éprouvé les premiers symptômes de la peste plus de vingt jours après avoir quitté un lieu pestiféré.

M. Nacquart persiste à croire que c'est une intoxication particulière qui en a imposé dans cette circonstance pour un cas de peste. Il propose de répondre au ministre que l'observation sur laquelle l'Académie est consultée ne présente aucun caractère de peste.

M. Guenneau de Mussy : Je proposerai un légère modification à la conclusion. Le rapporteur conclut en disant que c'est un cas au moins suspect. Je demande la suppression des mots *au moins*. Je m'appuie en cela sur le document même des auteurs de la relation, qui ont unanimement déclaré le fait *seulement* suspect. L'Académie ne doit pas être à cet égard plus explicite, elle ne doit pas dire plus que n'ont dit les médecins témoins du fait. (Appuyé.)

M. Ducois (d'Amiens) pense qu'on doit maintenir les termes du rapport. (Aux voix! aux voix!)

La conclusion du rapport, avec la modification proposée par M. Guenneau de Mussy, est mise aux voix et adoptée.

ÉCOULEMENT SÉREUX PAR L'OREILLE, ETC.

M. Laugier lit un travail ayant pour titre : Sur un cas d'écoulement d'un liquide séreux par l'oreille, a la suite d'une percussion violente du crane.

L'heure avancée ne permettant pas à M. Laugier d'achever la lecture de son travail, la suite est renvoyée à la prochaine séance.

RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.

M. Blandin présente un jeune sujet auquel il a pratiqué la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus, pour un cal vicieux.

M. Desprès présente un cadavre conservé par son procédé d'embaumement.

La séance est levée à cinq heures et quart.

VARIÉTÉS.

— Ministère de la guerre. — Concours pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève en 1844. — Un concours sera ouvert, le 1er août prochain, pour l'admission de chirurgiens élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de la ville où il désirera concourir, et il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au Journal militaire.

Les chirurgiens élèves de première division des hôpitaux d'instruction reçoivent une indemnité annuelle de 400 fr. ; cette indemnité est fixée à 600 fr. pour les chirurgiens élèves de l'hôpital de perfectionnement.

— Plusieurs médecins allemands établis à Paris ont tenu samedi dernier la première séance d'une société médicale qu'ils ont fondée, ayant le double but de former un point intermédiaire entre le mouvement scientifique de la France et de l'Allemagne, et d'aider, par le rapprochement confraternel, les jeunes médecins leurs compatriotes arrivant à Paris pour se perfectionner dans les études médicales.

Après avoir choisi son bureau provisoire et nommé une commission pour la rédaction du règlement, la société commença ses travaux scientifiques, qu'elle continuera chaque samedi, à huit heures du soir, dans le local de son secrétaire provisoire, le docteur Szokalski, rue Rambuteau, 6.

EAUX MINÉRALES DE FORGES (SEINE-INFÉRIEURE).

Les eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), dont l'établissement date de plus de quatre cents ans, appartiennent aux ferrugineuses acidules et sont de première classe. Elles occupent le même rang que celles de Spa, qu'elles remplacent souvent et auxquelles elles ressemblent sous le rapport des propriétés médicales et de la composition chimique.

Les eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), honorées différentes fois de visites royales et princières ont été l'objet de l'attention du gouvernement, qui a concouru, au moyen de plusieurs subventions, à la construction du nouvel établissement, en remplacement de l'ancien, qui n'était plus en harmonie avec sa destination.

Le nouvel établissement lui-même a reçu cette année des améliorations. Les nouveaux appareils pour bains et pour douches fonctionnent de manière à ne laisser rien à désirer. Le salon de conversation renferme, outre différens objets d'agrément, une bibliothèque choisie, destinée exclusivement à MM. les baigneurs. L'établissement thermal de Forges est le seul présentant ce genre de distraction aux étrangers. Le parc, voisin de la forêt de Bray, a en aussi sa part des embellissemens et peut soutenir la comparaison avec ceux que l'on voit ailleurs dans ces sortes d'établissemens.

Les étrangers qui viennent aux eaux de Forges logent le plus souvent chez les habitans dont les maisons sont disposées intérieurement d'une manière convenable pour les recevoir. Ils peuvent aussi y être nourris, à moins qu'ils ne préfèrent prendre leurs repas à l'hôtel. Plusieurs tables d'hôte seront mises à leur disposition, en temps utile, dans l'intérieur du Bourg et au voisinage de l'établissement où d'ailleurs tous les renseignemens nécessaires seront donnés par le concierge aux personnes qui en auront besoin.

CONFÉRENCES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE.

C'est par erreur que l'ouverture des conférences de M. Guérin sur la chirurgie sous-cutanée a été annoncée pour le jeudi 23. C'est le *mercredi 22 de ce mois*, à dix heures, et tous les mercredis à la même heure que ces conférences auront lieu. Chaque séance sera consacrée à l'exposition historique, expérimentale et clinique des différentes applications de la méthode sous-cutanée. — Le cours complet sera publié immédiatement par livraisons de 4 à 5 feuilles grand in-4° de jésus, avec planches.

On souscrit au bureau de la Gazette Médicale, 16, rue Racine.

Prix de la livraison avec planches : 2 fr. 50 c.
Et *franco*, par la poste : 2 fr. 75 c.

— M. le docteur Gibert a ouvert le 14 de ce mois, à l'hôpital St-Louis, son cours clinique sur les maladies de la peau. La première séance a été consacrée à l'historique des méthodes de classifications : l'auditoire, composé d'un grand nombre de médecins français et étrangers, a pu apprécier avec quelle clarté d'exposition, quelle netteté de vues, et quelle richesse de connaissances cet enseignement serait continué.

— Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux. — M. le docteur Aug. Mercier a commencé ce Cours le mardi 14 mai, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les mardis et samedis à la même heure.

Il fera voir un grand nombre de pièces anatomiques.

— M. Leroy-d'Etiolles commencera, mercredi 22 mai, à 4 heures, un cours public et gratuit d'uropathie (maladies urinaires) et le continuera les mercredis suivans dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

— M. Thivet commencera son cours pratique de bandages et appareils pour les fractures et luxations lundi 20 mai, à 11 heures, rue Hautefeuille, 12.

Le professeur exposera le nouveau système de déligation chirurgicale de M. Mayor.

— M. Bergues, docteur en médecine de la Faculté de Paris, nous prie de déclarer qu'il n'a rien de commun avec le sieur Bergues condamné en police correctionnelle le 19 avril, pour exercice illégal de la médecine.

— Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens, recueil d'observations, suivies de Considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital ; par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc. — 7e liv., grand in-4°, fig. coloriées. Prix : 6 fr.

Les liv. 8, 9 et 10 sont en voie de publication.

Paris, chez Just. Rouvier, libraire-éditeur, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

BIBLIOGRAPHIE. — NOUVELLES PUBLICATIONS DU DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Mémoires pour servir a l'histoire des difformités du corps humain. Tome 1er, comprenant : 1° Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion dans le traitement des déviations latérales de l'épine. — 2° Mémoire sur les moyens de distinguer les déviations simulées de la colonne vertébrale des déviations pathologiques. — 3° Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien. — 4° Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux. — 5° Mémoire sur les variétés anatomiques du pied-bot congénital dans leurs rapports avec la rétraction musculaire convulsive. — 6° Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme (3e édition) ; 1 vol. in-8° grand raisin, avec planches. — Prix : 12 fr.

Premier mémoire sur le traitement des déviations de l'épine par la section des muscles du dos ; lu à l'Académie des sciences, dans les séances du 16 août 1841 et du 24 février 1842 (XIIe Mémoire sur les difformités, 2e édition). — Prix : 2 fr.

Mémoire sur l'étiologie générale du strabisme ; lu à l'Académie des sciences, le 25 janvier 1841 (XIIIe Mémoire sur les difformités, 2e édition). — Prix : 2 f.

Essai de physiologie générale ; comprenant des recherches : 1° sur l'unité et la solidarité scientifiques de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique ; 2° sur l'influence organogénique de la fonction ; 3° sur l'origine et le mode de développement de la partie fibreuse du système musculaire ; lu à l'Académie des sciences, dans les séances du 30 janvier et du 20 février 1843 ; in-8°. (IVe Mémoire de physiologie.) — Prix : 2 fr. 50 c.

Au bureau de la Gazette Médicale, rue Racine, 16.

— Avis aux jeunes docteurs. — *Maison de campagne*, située à 22 lieues de Paris, sur les bords de l'Youne, entourée de sites pittoresques qu'elle domine jusqu'à une distance de près de 12 lieues. Cette maison, outre les agrémens de sa situation, conviendrait à un médecin voulant se faire un avenir, car elle est dans un bourg de 1400 habitans, sans docteur-médecin, où il y a un marché par semaine et deux foires par an, sur une route départementale, et dont les environs, très peuplés et très fertiles, sont habités par de riches propriétaires.

S'adresser, pour plus amples renseignemens, à M. Souflet, rue Neuve-Racine, 2.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 21. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 25 MAI 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE, ouvertes à l'Hôpital des Enfans le 22 mai 1844 (1); par le docteur Jules Guérin.

Pendant les années 1835, 1836 et 1837, un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous croyons pouvoir nous compter, avaient fait sous la peau la section du tendon d'Achille pour remédier au pied-bot. Cette opération, pratiquée suivant des procédés qui variaient presque avec chaque opérateur, préoccupait beaucoup plus à cause de son utilité thérapeutique que pour son importance physiologique. On était surtout frappé de la facilité merveilleuse, dans certains cas, avec laquelle la section du tendon d'Achille produisait le redressement du pied. Cependant un résultat d'un ordre bien plus élevé, fourni par les circonstances pathologiques de l'opération, passait inaperçu. Presque tous les chirurgiens avaient remarqué que les plaies résultant de la section du tendon se cicatrisaient promptement; mais tous attribuaient ce résultat à la nature du tissu divisé, ou bien à la petitesse des ouvertures de la peau. Les tendons s'enflamment difficilement, et les plaies se cicatrisent d'autant plus vite, toutes choses égales d'ailleurs, qu'elles sont plus étroites. Imbu de ces idées, on ne voyait dans la bénignité des phénomènes de cicatrisation accompagnant la section des tendons sous la peau qu'une question de degré. Tout le monde le pensait, et les hommes les plus experts de la pratique le déclaraient explicitement. Cependant bon nombre avait vu survenir, dans quelques cas, des érysipèles, des phlegmons, des abcès, enfin tout l'appareil de l'inflammation suppurative. Cette diversité de résultats aurait pu frapper autrement qu'elle ne l'avait fait et avertir d'une réciproque diversité de causes. Mais le contraire eut lieu. L'existence dans un

(1) Ces conférences continueront tous les mercredis, à dix heures.

Feuilleton.

ILLUSTRES MÉDECINS ET NATURALISTES DES TEMPS MODERNES (1).

Plus on y réfléchit, plus on trouve qu'une biographie faite avec impartialité, avec goût et discernement, exige de qualités diverses. Veut-on en avoir la preuve? Il n'y a qu'à prendre la plume, essayer soi-même, et l'on ne tardera pas à se convaincre de la vérité de notre assertion. Beaucoup de savoir, un tact fin, un coup-d'œil prompt et perçant, une sagacité hardie et judicieuse, l'impartialité d'une haute raison, le talent de peindre d'une manière vraie, pittoresque, saisissante, c'est-à-dire l'art merveilleux de restituer la vie aux hommes du passé, de mettre un grand caractère, un mérite, supérieur en relief, en un mot, de faire dire : *c'est lui! le voilà!* ne sont donnés qu'à bien peu de personnes.

C'est surtout quand il s'agit de juger des contemporains que les difficultés semblent se multiplier. Quelque libre qu'on se croie des passions vulgaires, à notre insu, presque sans le vouloir, on a toujours à lutter contre cet instinct de jalousie qui nous pousse à désirer la chute de ce qui est élevé, l'humiliation de ce qui est grand, la fin de ce qui dure; et le motif que donna le paysan d'Athènes pour condamner Aristide est la preuve de ce mauvais levain éternellement caché au fond du cœur humain. La grande règle, comme la suprême difficulté, c'est de louer autant avec le cœur qu'avec l'esprit, autant par les affections que par la logique; c'est le seul moyen peut-être d'être un biographe impartial, sans esprit de dénigrement comme sans intempérance de flatteries. Mais il faut l'avouer, une fois les difficultés vaincues, rien n'est comparable à une biographie, à une simple notice, faite avec soin, avec talent; elle consacre à jamais le nom de celui qui en est l'objet. Le Titien, traçant le portrait de Charles-Quint, fit la remarque que c'était pour la troisième fois qu'il avait l'honneur de le peindre. — Oui, répartit l'empereur, c'est pour la troisième fois que vous me donnez l'immortalité. Eh bien! un portrait moral fait de main de maître a le même avantage; nous en trouverions mille exemples dans les historiens anciens et modernes, dans les éloges de Fontenelle, de d'Alembert, de Condorcet, de Vicq-d'Azyr, de Cuvier, etc., etc.

Il est encore une remarque à faire, c'est que les biographies, les éloges des hommes qui se sont distingués dans les lettres ou les arts, diffèrent en plusieurs points de ceux où il s'agit des hommes livrés aux recherches scientifiques. On peut, jusqu'à un certain point, assigner un terme aux œuvres de l'imagination; il n'en est point aux découvertes de la pensée. La nature est inépuisable; couverte pour nous de voiles multipliés, elle présente sans cesse à notre ardente curiosité une foule de questions obscures, d'inconnues à dégager, de problèmes à résoudre; c'est le *dedala rerum* où les hommes de génie ne pénètrent qu'à tâtons et à de petites profondeurs. Il faut donc non seulement faire ressortir leurs travaux, mais indiquer leur point de départ et celui où ils sont arrivés, marquer le progrès

(1) Par M. Isid. Bourdon, membre de l'Académie de médecine. — 1 vol. in-18.

certain nombre de cas d'accidens inflammatoires portés au plus haut degré ne fit que confirmer dans l'idée d'un amoindrissement des mêmes accidens, là où cette intensité n'existait pas; et pour tout le monde la différence entre des résultats si opposés, tenait à des circonstances de localité, d'âge, de tempérament, de constitution, etc. L'examen attentif des faits ne me parut pas pouvoir se concilier avec cette doctrine. Conduit par instinct à opérer d'une manière un peu différente des autres, j'avais aussi des résultats différens. Jamais, sur un nombre déjà considérable de sections de tendon, je n'avais vu survenir d'inflammation suppurative. Et pourtant j'avais opéré à tous les âges, dans toutes les conditions, à l'hôpital, en ville, sur des pauvres, sur des riches, sur des sujets pléthoriques, nerveux, lymphatiques, scrofuleux. Je crus donc devoir chercher ailleurs la cause de cette différence entre la pratique des autres et la mienne, et je fus conduit à cette série d'idées :

1° Que la cicatrisation immédiate des plaies ténotomiques s'effectue sans le secours de l'inflammation et à l'aide de phénomènes d'un ordre tout particulier, que j'appelle l'*organisation immédiate*.

2° Que cette immunité des plaies ténotomiques et cette organisation immédiate des parties divisées sous la peau sont dues à l'absence du contact de l'air.

Si nous nous en étions tenu à cette idée comme vue spéculative, on aurait pu la contester, et elle aurait subi le sort de toutes les opinions qui s'entrechoquent et se contredisent depuis que la science existe. En effet, l'idée de faire jouer un rôle à l'air dans le développement des phénomènes inflammatoires n'est pas nouvelle; mais l'opinion contraire est aussi ancienne. Par conséquent, à une affirmation très peu nouvelle, on aurait répondu par une négation qui ne l'est pas davantage. Pour sortir de cet impasse, je conçus un plan d'expériences qui devaient avoir pour résultat de prouver tout à la fois : 1° que ce n'est pas au tissu tendineux qu'il faut attribuer l'absence d'inflammation suppurative dans des plaies ténotomiques, mais au défaut de communication de ces plaies avec l'air ; 2° que tous les tissus de l'économie, divisés sous la peau, et avec les précautions qui garantissent les plaies tendineuses de suppuration, participent à la même immunité. Plusieurs séries d'expériences me conduisirent à ce double résultat. Dans les unes, je montrai que les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire, les artères, les veines, les nerfs, et jusqu'aux os, divisés sous la peau, ont la propriété, comme les tendons, de s'organiser immédiatement, sans passer par l'inflammation suppurative. Dans les autres, je montrai que les plaies tendineuses, aussi bien que les autres plaies maintenues en communication avec l'air extérieur, s'enflamment et suppurent.

Ce premier point résolu, je passai à un second.

Mes expériences m'avaient montré que des épanchemens considérables de sang artériel ou veineux, formés sous la peau, se résorbaient dans le plus grand nombre des cas, ou se transformaient, ou même restaient sous la peau, sans manifester le moindre phénomène de réaction. Je crus que la loi qui présidait à l'organisation immédiate des tissus était la même pour les collections de liquide et les cavités qui les renferment. Je ne vis d'autres différences entre ces deux ordres de conditions que celles du plus au moins, du petit au grand. A cet égard, comme à beaucoup d'autres, les tissus peuvent être considérés comme une agglomération de petites cavités remplies de liquides : le tissu cellulaire surtout, tissu dont les organes, les cavités ne sont à mes yeux que de simples transformations ou ampliations. Je fis des expériences dans cette seconde direction. J'ouvris alternativement, sous la peau et directement, les cavités articulaires, la poitrine, l'abdomen ; je tins tour à tour fermées et en communication avec l'air extérieur des collections de sang ou de sérosité épanchées, et je vis qu'à l'égard des cavités ou des liquides qu'elles peuvent renfermer, comme à l'égard des tissus, l'absence des accidens ou la production de l'inflammation suppurative tenait à leur occlusion ou à leur communication avec l'air extérieur. Je n'ai pas dit, comme on me l'a fait dire sans nul fondement, que l'inflammation suppurative résulte du contact passager ou de la présence de quelques bulles d'air ; mais elle résulte de la communication permanente des plaies avec l'air extérieur. On le remarquera, ce n'est pas le moment d'entrer dans les détails de toutes ces expériences ; elles ne doivent être rappelées ici qu'en vue de leur but et de leurs résultats les plus généraux. Je ne fais que rappeler aussi, dans les mêmes intentions, une foule de faits pathologiques provoqués ou spontanés, qui étaient restés jusque-là sans signification dans la science, et qui sont venus compléter les données fournies par l'expérimentation sur les animaux. Telles sont les luxations, les fractures, et toutes les lésions sans déchirure des tégumens, dont la guérison rapide contraste d'une manière si frappante avec les accidens dont les mêmes lésions avec déchirure de la peau sont si souvent compliquées. Telles sont encore les anciennes collections de liquide, les abcès, les épanchemens, qui restent si longtemps indolens tant qu'on ne les ouvre pas, et dont la marche change si rapidement dès qu'ils sont mis en communication avec l'air.

De ces différens ordres de faits, je conclus que la chirurgie générale pourrait profiter de l'immunité propre à la ténotomie sous-cutanée. Je conçus donc l'idée d'exécuter sous la peau une foule d'opérations faites ordinairement à découvert, et bientôt je réalisai, seul ou avec le concours d'autres chirurgiens, un certain nombre d'applications de mes idées. Dès lors, la méthode sous-cutanée me parut scientifiquement constituée et pouvoir être définie comme il suit :

Au *point de vue scientifique*, la connaissance et la généralisation de ce fait, à savoir : que toutes les plaies pratiquées sous la peau et maintenues hors du contact de l'air ne s'enflamment ni ne suppurent, et s'organisent immédiatement. Voilà le principe de la méthode, voilà sa base.

Au *point de vue pratique*, l'ensemble des opérations faites sous la peau, dans le but, et avec les moyens de prévenir l'inflammation suppurative.

La méthode sous-cutanée a donc des principes, des règles et des applications qui lui sont propres. De là, pour l'exposition de cette méthode :

1° Une partie théorique ;
2° Une partie pratique ;

C'est-à-dire la sience et l'art de la méthode.

Telle sera l'économie la plus générale de cet enseignement.

Nous allons chercher à donner une idée du nombre, de l'étendue et de l'importance des questions qu'il comprendra à ces deux points de vue, et de l'ordre suivant lequel ces questions seront traitées.

§ I. — Partie scientifique.

Et d'abord, disons sommairement en quoi consistera cette partie.

Le fait, avons-nous dit, qui sert de base à la méthode sous-cutanée,

---

qui leur est dû, étudier l'impulsion qu'ils ont donnée à la science, impulsion funeste ou avantageuse, signaler leurs erreurs et les vérités émanées de leurs travaux, bien distinguer surtout les simples observateurs ou collecteurs de faits, des hommes qui, prenant la science au point de vue philosophique, véritables esprits initiateurs et dominans, la transforment et la marquent d'une empreinte originale. M. Isid. Bourdon nous a semblé pénétré de ces principes; aussi l'ouvrage qu'il vient de publier prouve-t-il non seulement des connaissances variées et étendues, mais un esprit judicieux et élevé; sa touche est ferme, son pinceau vigoureux, parfois délicat et fin. Il distingue nettement, chose plus difficile qu'on ne croit, l'homme d'avec l'auteur ou le savant, quoique dans les travaux l'un ne s'explique que par l'autre; plus d'une fois il sépare avec justice le penseur d'avec le personnage resté souvent dans l'orgueil de son succès, dans la fumée de sa gloire, car la célébrité a un écueil, c'est celui du vertige qu'elle donne. Mais comme rien de bon, rien de beau, rien de grand, ne se fait sur la terre qu'au prix du travail et de la souffrance, car, ainsi qu'on l'a dit, *le sacrifice seul est fécond*, M. Bourdon se garde bien d'oublier les dégoûts, les mécomptes que les hommes célèbres dont il parle ont éprouvés, notamment au début de leur carrière; c'est l'ombre qui rend le tableau plus saillant et plus vrai.

L'auteur loue beaucoup. « Cependant, dit-il, plusieurs de ces biographies retracent avec franchise, en ceux dont elles racontent la vie, quelques défauts de nature ou d'éducation. » Cette manière nous semble parfaitement équitable; il n'y a, en effet, que des flatteurs qui aient sans cesse des éloges à leur service et une admiration qu'ils apportent toute faite. Il n'est pas donné, même aux organisations privilégiées, d'être complètes. Qui ne le sait? « Chaque esprit a sa lie. » Il faut donc être vrai, toujours vrai, même dans un panégyrique. A quoi bon? disent certaines personnes. Pourquoi ne pas cacher les faiblesses, les vices, des hommes célèbres? Sans doute il convient d'être réservé sur ce point, de ne pas jeter de la boue sur la tombe d'un savant illustre qui a des titres à la reconnaissance des hommes. Cependant les droits de la vérité sont sacrés, il faut les respecter; sera-ce par des amplifications laudatives? Si vous ne peignez pas l'homme tel qu'il fut, ses qualités, ses défauts, ses erreurs, comme ses travaux et sa gloire, le portrait cesse d'être ressemblant, vous trompez le lecteur; car vous lui présentez un personnage fictif, vous lui donnez un roman à lire. Et puis, comment expliquer les obstacles, les revers, les succès, en un mot, les actes des hommes qui ont marqué dans leur carrière, si ce n'est en indiquant ce qu'ils furent dans la réalité, physiologiquement et moralement parlant? On a vu des hommes comblés des dons de la nature, et qui ont, pour ainsi dire, failli à leur génie; il y a des médiocrités qui montent au Capitole de leur vivant, et qui en sont précipitées par la génération suivante; aucune n'a obtenu de la postérité un bill de grâce ou d'impunité. La connaissance pleine et entière de ces hommes pesés au poids de leur mérite réel donne seule la solution du problème, c'est-à-dire de leur célébrité à courte échéance. C'est ainsi que le véritable biographe s'associe en quelque sorte au temps, ce grand *justicier du passé*; il n'a ni passion, ni illusion. Nous louerons donc la franchise de M. Isid. Bourdon, d'autant plus qu'elle se renferme dans les bornes de la plus stricte modération. A dire vrai, cette franchise devient facile pour des hommes comme Harvey, Boerhaave, Fagon, Chirac, etc.; mais il en est dans ce livre qui furent nos contemporains, qu'on a par conséquent exaltés ou critiqués sans ménagement,

c'est l'innocuité de toutes les plaies faites sous la peau suivant les règles de la méthode, l'*organisation immédiate* des tissus divisés, et l'inaltérabilité des liquides épanchés.

Ce fait général, décomposé dans les différens élémens qui le constituent, offre à considérer les plaies sous-cutanées :

1° Du tissu cellulaire ;
2° Des tendons ;
3° Des aponévroses ;
4° Des muscles ;
5° Des artères ;
6° Des veines ;
7° Des nerfs ;
8° Des cartilages ;
9° Des os ;

C'est-à-dire de tous les tissus de l'économie.

Puis les plaies sous-cutanées :

1° Des articulations ;
2° De la poitrine ;
3° De l'abdomen ;
4° Du crâne ;
5° De l'orbite ;

C'est-à-dire de toutes les cavités.

Puis l'étude de ces plaies dans leurs rapports :

1° Avec le sang *artériel* et *veineux* ;
2° Avec la *sérosité* ;
3° Avec la *lymphe* ;
4° Avec la *synovie* ;
5° Avec le *pus* ;

En un mot, avec tous les fluides de l'économie.

Après avoir établi que toutes les plaies sous-cutanées se comportent en résumé de la même manière au point de vue de leur innocuité absolue, il convenait d'aborder l'étude anatomique des phénomènes différentiels propres à chacune d'elles. Les plaies des tendons ne présentent pas absolument les mêmes particularités matérielles que celles des muscles, celles des artères les mêmes que celles des nerfs, des os, etc. S'il y a pour l'organisation réparatrice de tous les tissus des phases, des apparences et des moyens communs à tous, il y en a aussi qui sont propres à chacun d'eux. Cette unité dans la diversité, et cette diversité dans l'unité, ne font qu'ajouter à l'intérêt de ce curieux problème.

Voilà pour les tissus.

Que se passe-t-il dans les plaies sous-cutanées des cavités avec épanchement, sans épanchement de liquide ? Quels sont les phénomènes matériels de leur occlusion ?

Quant aux liquides, que deviennent-ils ? Quels changemens appréciables de couleur, de consistance, d'organisation, subissent-ils ? Nous ajouterions quels changemens chimiques, si la science était plus avancée, et si nos études nous avaient préparé à ce complément de nos recherches.

La question physiologique n'est pas moins importante que la question anatomique. En effet, si de la constatation purement matérielle des faits nous passons à l'étude de leur mécanisme, de leur cause, de leur signification, combien le champ des investigations s'agrandit encore !

Relativement à l'essence de la cicatrisation sous-cutanée, est-ce bien l'organisation immédiate des tissus, et non l'inflammation, un de ses modes et un de ses produits ? Qu'est-ce que cette organisation ? Quels en sont les caractères, les lois, les causes ? Ces caractères, ces lois, ces causes diffèrent-ils, ou sont-ils les mêmes pour chaque tissu ? Dans quelles proportions, suivant quelles périodes, et à quelles conditions ces dissemblances ou ces ressemblances existent-elles ? Le mécanisme de réunion, de reproduction, est-il le même pour les tendons, les muscles, les os, etc. ? Quelle est l'influence des liquides épanchés dans les plaies, dans les cavités ? Quels sont ceux de ces liquides qui sont antipathiques à l'organisation, qui en troublent ou arrêtent l'exécution ? Quelle différence à cet égard entre le sang artériel et le sang veineux ? la sérosité ? la lymphe, la synovie ? le pus, la bile, l'urine, le chyle, les fèces, en un mot, les matières normales ou anormales de l'économie ? Quelles sont celles dont la présence est toujours un obstacle à l'organisation immédiate des parties, celles qui ont besoin d'être consécutivement altérées pour entraver ce travail ?

Et, à l'égard de ces altérations, sommes-nous bien fondé à attribuer la principale, la plus importante, la plus générale, à l'air ? Est-ce bien au contact permanent de ce fluide qu'il faut attribuer la production de l'inflammation suppurative ? Jusqu'où ce contact est-il nécessaire, indispensable ? Est-ce par son action sur les tissus ou sur les liquides qu'il détermine ce système d'altérations ? par son influence physique ? chimique ? ou vitale ? Le seul énoncé de ces questions en montre toute l'étendue et toute la difficulté. En les soulevant, nous n'avons pas eu la prétention de les résoudre toutes ; il en est qui ne le seront peut-être jamais complètement. Mais voici celles que nous avons abordées, et voici comment nous avons préparé, si ce n'est obtenu, leur solution.

Nous avons tour à tour étudié analytiquement l'action de l'air sur les tissus et les liquides animaux, c'est-à-dire les différens élémens dont l'atmosphère se compose, l'*oxigène*, l'*hydrogène*, l'*azote*, l'*acide carbonique*, l'*ammoniaque*, par rapport aux solides et aux liquides de l'économie. On comprend bien la nature et les limites de la tâche que nous nous sommes imposée. Cette tâche et ces limites étaient toutes tracées par le fait fondamental de la méthode ; à savoir, l'organisation immédiate, en regard de l'inflammation suppurative. Aussi, en étudiant l'action de l'oxigène ou de l'azote sur le sang ou le pus, nous n'avons pas eu à nous préoccuper des changemens chimiques produits par la présence de ces gaz, mais des altérations capables d'empêcher le travail d'organisation immédiate, et de provoquer l'inflammation suppurative. Cependant, si nous avons pu laisser de côté l'action chimique proprement dite, nous avons eu égard aux principales conditions physiques qui l'accompagnent, telles que la température et le degré de pression. Ces deux conditions sont tellement importantes dans l'exercice des fonctions, que nous n'avons pas cru pouvoir négliger leur étude. Elles nous ont conduit d'ailleurs à examiner jusqu'à quel point l'action temporaire de l'air et d'une certaine quantité d'air peut nuire, et de là à distinguer son rôle mécanique de son action chimique.

Tel est le problème scientifique que nous avons agité. Est-il nécessaire d'en montrer la fécondité au point de vue le plus général de la science et de l'art ?

---

et qui la plupart, comme il arrive toujours, ont aimé l'encens sans être difficiles sur la qualité. Nous sommes déjà pour eux une sorte de postérité, il faut dès-lors prononcer dans le sens de la justice. Heureux celui qui tient la balance d'une main ferme et sans ressentiment, comme sans hyperboles d'une bienveillance outrée.

Comme on doit le croire, le livre dont nous rendons compte n'est nullement susceptible d'analyse ; nous n'entrerons donc dans aucun détail à ce sujet. Un portrait a de la vie ou il en est destitué ; il est fait avec goût ou le pinceau a été tenu par une main inhabile et sans expérience ; voyez-le ou lisez-le, voilà tout ce qu'on peut en dire. C'est donc au lecteur de juger par lui-même les notices qui composent l'ouvrage dont il s'agit. Contentons-nous d'assurer qu'il y trouvera de l'attrait ; qu'en les lisant, sa mémoire lui représentera plus évidemment, plus nettement, les hommes célèbres dont il a sans doute admiré les travaux, étudié les ouvrages ; il les connaîtra de plus dans ces détails d'intimité qui plaisent tant lorsqu'il s'agit de quiconque a su se placer hors de ligne.

On nous embarrasserait beaucoup en nous demandant de faire un choix dans ces notices ; il en est qui sont faites avec plus de soin, plus d'habileté que d'autres ; or tout écrivain en est là. Ainsi les trois notices qui nous semblent les meilleures, sans pourtant dédaigner les autres, ce sont celles de Cuvier, de Bordeu et de Bichat. Dans la première, la plus étendue de toutes, M. Isid. Bourdon expose avec art les travaux et la vie de notre célèbre naturaliste. Il le suit dans son enfance, dans sa vie scientifique et politique, enfin dans sa vie intime, et toujours il le fait admirer. Non seulement Cuvier aimait profondément la science à laquelle il avait voué son existence, mais il l'aimait de cet amour fidèle qui résiste aux obstacles, et qui peut même braver la prospérité. Profond observateur, personne ne sut mieux, ainsi que lui-même le dit dans son éloge de Haüy, poursuivre la vérité « comme la nature veut qu'elles soient toutes poursuivies, en marchant pas à pas, en observant sans relâche, et en ne se laissant emporter ni détourner par son imagination. » Puis à côté de ces grandes qualités, se trouve l'administrateur habile, le politique adroit, consommé, quelque peu flatteur du pouvoir régnant, cependant toujours dévoué au bien public ; l'homme bon, le protecteur généreux, mais auquel pour plaire « il ne fallait être, comme dit M. Bourdon, ni paresseux, ni parleur, ni théoricien, ni solliciteur, ni indocile ; » enfin le père de famille, si heureux de l'être et si vivement blessé dans ses affections. L'auteur entre à cet égard dans des détails pleins de charmes et d'intérêt ; on aime toujours à voir le grand homme descendre de son piédestal et se livrer, sans appareil et sans fracas, aux affections ordinaires de la vie humaine. Cuvier eut souvent ce laisser-aller, cette sage bonhomie, qui ramène toujours au foyer domestique, et il n'en est que plus remarquable ; le grand homme est là tout entier ; en voici un exemple rapporté par l'auteur : « Souvent distrait au sein de sa famille, celle-ci lui en fit la guerre. Il se montra soucieux plus que jamais à l'époque où il s'attachait à restituer à des espèces précises les ossemens fossiles de Montmartre. Une fois entre autres, il employa plusieurs jours à retrouver le pied de devant d'un squelette fossile, et depuis lors, quand il revenait plus distrait, mademoiselle Duvaucel lui disait avec esprit et en l'embrassant : *Eh bien ! est-ce que tu cherches ton pied de devant ?* »

Quel homme que Bordeu ! quel médecin ! quel savant eut plus de profondeur et d'élévation dans les idées, plus de grace dans l'expression. Malgré son style

Au point de vue de la science, on a devant les yeux un travail réparateur, reproducteur, dans lequel on peut suivre les diverses transformations de la matière organique, on peut épier et surprendre peut-être les conditions suivant lesquelles cette transformation s'effectue. Est-il vrai, comme nous le pensons, que toute reproduction de tissu offre d'abord et à un certain point de vue, pendant le travail d'organisation sous-cutanée, la répétition de ce qui se passe dans l'organisation primitive chez le fœtus? Est-il vrai que, dans la série de ces transformations successives, le tissu nouveau prend graduellement les caractères du tissu auquel il appartient, sous la double influence d'une nutrition qui se spécialise par voie de continuité, et sous l'influence de l'exécution fonctionnelle propre à laquelle il participe? Il suffit d'indiquer à ce point de vue les plaies des tendons, des muscles, des vaisseaux et des nerfs, pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à une pareille étude.

En ce qui concerne l'art, on a une donnée toute nouvelle pour la solution du problème si important de la cicatrisation des plaies. Si nous ne nous sommes pas abusé, la cicatrisation des plaies sous-cutanées offre immédiatement le mode terminal de la cicatrisation des plaies extérieures: c'est la cicatrisation à l'air libre, moins ses préliminaires, moins l'inflammation suppurative. Or, la conséquence immédiate de cette idée, c'est qu'en soustrayant les plaies ordinaires aux influences qui retardent leur cicatrisation, en les ramenant à la condition des plaies sous-cutanées, on leur en procure tous les avantages. Ce dernier résultat, lorsqu'il sera atteint (et nous ne désespérons pas d'y arriver) suffira à lui seul pour légitimer l'importance que nous attachons à un côté scientifique de notre sujet.

§ II. — Partie pratique.

La partie scientifique dont nous venons d'indiquer le sommaire pourrait être considérée par certains esprits comme le programme de recherches curieuses, intéressantes au point de vue purement spéculatif; car tout ce qui, dans notre science, ne se résout pas immédiatement en applications pratiques, en monnaie effective, semble n'être que d'une utilité fort douteuse. Cependant il n'en devrait pas être ainsi; il ne faut pas démontiser les idées. L'or de la gangue n'est sans valeur que pour ceux qui ne savent pas le reconnaître, le mettre en œuvre, ou qui en ignorent les usages. Heureusement qu'outre ses vues spéculatives et scientifiques, la méthode sous-cutanée peut offrir immédiatement des résultats pratiques complets. Et ceux qu'elle n'a pas encore réalisés tout à fait pourront être essayés on attendus sans trop de défiance, eu égard à ceux qu'elle a déjà produits. Mais avant de faire connaître ces derniers, il n'est pas inutile de montrer leur rapport de connexion indispensable avec les données purement scientifiques. Or, nous le disons d'avance, celui qui voudra comprendre et appliquer avec fruit la méthode sous-cutanée, même au point de vue le plus matériel de ses usages, ne doit pas s'attendre à y réussir s'il n'est pas initié aux moindres particularités de ses bases scientifiques. Pour nous, l'art c'est la science retournée. On ne se préoccupe pas assez de cette vérité qui est applicable à toutes les branches de l'art. La pratique détachée de la science ne prend de cette dernière que ses conclusions arbitraires, son dernier mot, ce qu'il y a en elle d'absolu et de facile en apparence, mais elle n'en prend réellement que la lettre morte et stérile. L'usage empirique et vulgaire d'une chose trahit presque toujours celui qui s'en sert sans la comprendre, et l'inconvénient qui en résulte n'est pas seulement un mécompte pour l'artiste, mais un discrédit pour l'art. Je ne puis résister à citer un exemple, et un exemple bien concluant. L'opération du strabisme est sans contredit la plus brillante et la plus certaine des applications de la myotomie. Elle justifie au plus haut degré les inductions de la théorie, et réalise de la manière la plus parfaite les promesses de la méthode. Qu'est-il arrivé pourtant? c'est que la méthode, vulgarisée dans ce qu'elle a de plus usuel, de plus matériel, et en apparence de plus facile, a produit d'immenses déceptions. On a supposé qu'il suffisait de couper toujours des muscles dans le strabisme, de les couper de la même manière et d'une manière qui n'était peut-être pas la meilleure, de les couper dans tous les cas, chez tous les sujets, et à tous les degrés. Et qu'est-il advenu? on a recueilli les tristes fruits de cet arbitraire. A côté de quelques succès incomplets on a eu d'innombrables revers; et les revers, multipliés en raison du nombre toujours croissant de ceux qui ont pratiqué l'opération sans la connaître scientifiquement, c'est-à-dire sans connaître ses préliminaires, ses principes, ses règles, ont fini par déconsidérer l'opération elle-même. Demandez aux personnes du monde, aux médecins eux-mêmes, ce qu'il faut penser de la cure du strabisme, tous vous diront que c'est une déception. Il y a plus: si, parmi les hommes voués laborieusement et consciencieusement à l'étude scientifique et pratique de la matière, il en est qui ont réussi souvent, presque toujours, là où l'empirisme improvisé a souvent ou presque toujours échoué, l'empirisme accuse la science d'exagération, d'imposture même, et au besoin il appelle en témoignage ses propres désastres aussi incontestables qu'incontestés.

L'art de la méthode sous-cutanée sans la science de cette méthode ne peut donc pas conduire très loin; ce sont les règles sans les principes; c'est l'empirisme, c'est la routine, c'est ce qu'il y a de plus étroit et de moins sûr. Le principe de la méthode sous-cutanée, nous l'avons dit, c'est le fait de l'organisation immédiate des tissus soustraits à l'air. Le but de l'art est tout tracé par ce principe. Ses efforts doivent tendre à empêcher les plaies de communiquer avec l'extérieur, et ses moyens d'exécution devront être réglés en vue de ce principe. Nous aurons donc à abstraire de nos recherches scientifiques les principes et les règles de la méthode pour rendre l'art adéquat à la science. Mais de même qu'on verra les phénomènes de l'organisation immédiate varier pour chaque série, pour chaque application du fait, le fait restant le même au fond, de même on verra les règles particulières propres à chaque application de la méthode varier en vertu des nécessités de circonstances, à travers lesquelles elle devra poursuivre son but fondamental. L'exposition didactique des règles les plus générales de la méthode, sera donc suivie de celles qui sont propres à chacune de ses applications, c'est-à-dire de l'histoire même de ces applications.

Bon nombre des applications de la méthode sous-cutanée peuvent être indiquées immédiatement; elles se rapportent à deux ordres principaux: aux *sections* et aux *ponctions*, c'est-à-dire aux opérations faites sur les tissus, et à celles faites sur les collections de liquide. Cette division répond, comme on le voit, à la division même établie pour l'étude scientifique du sujet, aux plaies sous-cutanées des *tissus* et à celles des *cavités*; ou bien encore à la considération du fait de la *non inflammation* des tissus divisés, et à l'*inaltérabilité* des liquides atteints.

Parmi les applications de la première catégorie, et en suivant l'ordre anatomique, je citerai:

---

incorrect, bizarre, saccadé, nul plus que Bordeu n'a su mieux faire jaillir la pensée en la revêtant de formes vives, de réflexions justes et hardies; c'est bien là le caractère de l'*inspiration*, ce rapport prompt et juste de la matière à l'idée. La notice de M. Bourdon, très supérieure à celle de Richerand, donne une parfaite idée des travaux, des recherches de cet illustre médecin. Lorsqu'il quitta, dit-il, ses montagnes et ses vallées, « il adressa en patois des adieux touchans à la tranquille vallée d'Ossau. Il aurait dû faire aussi ses adieux au bonheur. » Réflexion aussi fine que juste. Comme Bordeu était éclectique, personne, comme on le sait, ne s'est moqué plus agréablement de la doctrine des mécaniciens, de la diète outrée, des saignées sans mesure tant préconisées par Chirac. Ecoutons M. Bourdon: « J'ai vu un moine, dit Bordeu, qui ne mettait point de terme aux saignées: lorsqu'il en avait fait trois, il en faisait une quatrième, par la raison, disait-il, que l'année a quatre saisons, qu'il y a quatre parties du monde, quatre points cardinaux; après la quatrième il en fallait une cinquième, car il y a cinq doigts à la main; à la cinquième, il en joignait une sixième, car Dieu créa le monde en six jours; six! il en faut sept, car la semaine a sept jours comme la Grèce sept sages; la huitième sera même nécessaire, parce que le compte est plus rond; encore une neuvième, *quia... numero Deus impare gaudet.* » Il y a bien des enseignemens pratiques dans cette anecdote vraie ou fausse. Au reste, tout en célébrant les grandes qualités de Bordeu, il faut avouer que ce médecin avait une certaine jactance gasconne qui lui attira beaucoup d'adversaires et surtout l'inimitié de Bouvart, le héros du sarcasme. Tous les ressentimens accumulés contre le médecin béarnais éclatèrent à l'époque de l'indigne procès qu'on lui fit après la mort du marquis de Podenas, et pendant sa querelle avec le docteur Thierry, auteur de la médecine *de l'expérience?*

Mais parmi les médecins modernes il n'en est peut-être pas de comparable à Bichat. Aussi combien peu ont reçu comme lui en naissant et à un tel degré ce cœur chaud, cet esprit plein de puissance et de justesse, cette aptitude décidée, cette vocation instinctive, irrésistible, qu'on est convenu d'appeler du génie. Pour peindre Bichat comme il méritait de l'être, M. Isid. Bourdon a eu l'heureuse idée de le supposer s'encourageant lui-même, s'excitant à mériter cette gloire qui a des ivresses douloureuses. Il est descendu, pour ainsi dire, dans la partie profonde de l'ame de Bichat pour y découvrir la source du zèle qui dévorait ce noble jeune homme et qui en fut la victime, de ces grandes vues, de ces pensées écloses au milieu de l'effervescence d'un cerveau subitement éclairé des rayons de la science. Ce discours que Bichat s'adresse à lui-même est probablement celui de tous les hommes intérieurement tourmentés du besoin de s'illustrer et qui montrent par la grandeur de leur génie, le sceau de leur mission.... *sic itur ad astra.* Mais que de travaux, et surtout que d'épines, que d'obstacles, que de difficultés à surmonter avant d'être salué du titre de bienfaiteur des hommes, titre à la vérité le plus élevé et le plus digne d'envie!

Nous craignons que l'auteur n'ait pas rendu pleine justice à Camper ni à Barthez. Le premier a souvent émis des aperçus profonds, et ses mémoires fourmillent de recherches ingénieuses, dont on a profité sans en indiquer l'origine. Quant au second, il sera toujours dans les premiers rangs, quelque opinion qu'on ait de ses doctrines. « Ses NOUVEAUX ÉLÉMENS DE LA SCIENCE DE L'HOMME, cet ouvrage si confus, si mal écrit et si incorrect, tant critiqué et si peu lu en dehors de la métropole du culte barthezien, » ainsi parle l'auteur, n'en est pas moins

PEAU. — Le décollement de la peau dans les cas d'adhérences ou de cicatrices vicieuses.

TENDONS. — 1° La section des tendons pour les difformités; 2° la section des tendons pnur faciliter la réduction des luxations anciennes, des luxations et des fractures récentes.

APONÉVROSES. — 1° La section des aponévroses comme moyen orthopédique; 2° comme moyen de débridement dans les engorgemens ou épanchemens inflammatoires.

MUSCLES. — 1° La section des muscles comme moyen orthopédique; 2° comme moyen de favoriser la réduction des luxations ou des fractures récentes; 3° à un point de vue plus spécial, l'opération de la hernie étranglée; 4° celle pour la cure radicale de la hernie réductible; 5° la section du sphincter à l'anus dans les cas de fissure; 6° la cautérisation sous-cutanée des muscles comme moyen de contracture artificielle.

LIGAMENS. — 1° La section des ligamens comme moyen orthopédique; 2° comme moyen de favoriser la réduction de certaines luxations ou fractures récentes; 3° la cautérisation ou caléfaction des ligamens comme moyen de les raccourcir et de les raffermir.

ARTÈRES. — 1° La scarification sous-cutanée ou la cautérisation de certaines tumeurs fongueuses; 2° l'oblitération des artères par section, scarification ou piqûres; 3° leur ligature sous-cutanée.

VEINES. — 1° La section et la scarification sous-cutanée des veines dans les varices et les différentes variétés de cette affection; 2° la ligature des veines.

VAISSEAUX ET GANGLIONS LYMPHATIQUES. — Sections des vaisseaux comme traitement abortif dans les bubons; sections et scarifications des ganglions anciennement tuméfiés.

NERFS. — 1° La section sous-cutanée des troncs ou rameaux nerveux dans les névralgies; 2° la scarification sous-cutanée des filets nerveux dans les cas de douleurs vives sous la peau; 3° la cautérisation ou la caléfaction sous-cutanée de certains nerfs dans quelques affections, comme les arthralgies ou autres états pathologiques analogues.

CARTILAGES. — La symphyséotomie sous-cutanée.

OS. — 1° L'ablation sous-cutanée de petites exostoses; 2° les fractures sous-cutanées pour remédier à certaines difformités par cals vicieux; 3° l'extraction d'esquilles, et la résection d'extrémités très aiguës des fragmens, qui, dans les fractures récentes, menacent de se faire jour à travers la peau; 4° scarifications des surfaces et des extrémités osseuses tuméfiées, engorgées; 5° cautérisation ou caléfaction des mêmes surfaces; 6° extirpation de tumeurs osseuses.

Parmi les applications de la seconde catégorie, je citerai :

1° La ponction et l'incision sous-cutanée de tumeurs phlegmoneuses commençantes, dans le but de faire avorter le développement de ces tumeurs : cette application est en quelque façon d'une catégorie intermédiaire aux deux principales; elle marque le passage des opérations sur les solides et sur les liquides. Il en est de même de la suivante.

2° La ponction et l'évacuation des loupes mélicéris avec scarification du kyste.

3° La ponction et l'évacuation sous-cutanée des abcès froids.

4° La ponction et l'évacuation des abcès par congestion.

5° La ponction et l'évacuation des tumeurs hématiques, des collections séreuses qui se forment, ou à la suite des opérations sous-cutanées, ou à la suite de fortes contusions; et spécialement les céphalématomes.

6° La ponction et l'évacuation des hydartroses.

7° La ponction, l'évacuation et les scarifications des kystes synoviaux et autres tumeurs articulaires.

8° L'extraction des corps étrangers des articulations.

9° La cure radicale des hydrocèles et des hématocèles.

10° La ponction du crâne dans l'hydrocéphale.

11° La ponction et l'évacuation des tumeurs hydro-rachidiennes chez les nouveau-nés.

12° L'opération de l'empyème, et la ponction du péricarde.

13° La ponction et l'évacuation des tumeurs du foie, des ovaires et autres kystes abdominaux.

14° Enfin une foule d'autres opérations qui ne peuvent pas s'exécuter ni par section ni par ponction proprement dites, mais qui peuvent néanmoins être ramenées jusqu'à un certain point à la condition principale de la méthode, et bénéficier proportionnellement de ses avantages. Au nombre de ses applications, je citerai l'opération césarienne; on verra plus tard que, quelque étonnement que doive provoquer cette prétention, elle n'est cependant pas sans quelque fondement.

Tel est le programme de la partie pratique de ces conférences. De plus grands développemens seraient utiles pour établir la possibilité et l'efficacité de ses applications. Ce n'est pas le moment. Il ne nous reste plus qu'à faire connaître comment nous procéderons, qu'elle méthode nous suivrons pour exposer, discuter et prouver les différens points scientifiques et pratiques qui composeront cet enseignement.

§ III. — Méthode et plan d'exposition.

L'étude de chacune des questions agitées dans ces conférences comprendra :

1° *Un court exposé historique;*

2° *Une description didactique;*

3° *Une démonstration expérimentale ou clinique.*

Quelques développemens diront tout ce que nous comptons faire par là, et montreront l'utilité de la marche que nous suivrons.

1° HISTORIQUE. Quelque nouvelle que soit une chose, elle ne peut l'être à ce point qu'elle n'ait ses racines, ses rudimens dans la science. Ses préliminaires n'ont souvent avec elle que des rapports très éloignés, et moins réels qu'apparens. Sans rien préjuger de ce qu'il en peut être à cet égard pour la méthode sous-cutanée, elle est soumise de loin ou de près à la même loi; il importera donc de tenir compte des faits, des traditions, des moindres opinions qui s'y rapportent dans le passé de la science. Cela importe pour la méthode envisagée à son point de vue le plus général comme pour ses diverses applications, pour son côté scientifique comme pour son côté pratique. L'utilité de cette manière de faire paraîtrait n'avoir pas besoin d'être démontrée; c'est une habitude d'instinct à laquelle tout le monde semble revenir aujourd'hui; sa grande généralité est une assez bonne preuve de son utilité. Quelques motifs particuliers cependant doivent faire attacher du prix à une connaissance précise des élémens historiques de chaque question. Nous nous bornerons à citer les deux suivans.

Le premier est que le défaut de détermination rigoureuse de ce qui a été

---

un ouvrage des plus remarquables; sous cette rouille *d'abstraction et d'obscurité*, qu'on lui reproche, se trouvent des pensées justes et profondes. A notre avis, les ouvrages de Barthez vivront certainement plus que ces livres d'analyses et de détails, si clairs, si positifs, mais si froids, si vides, si insignifians, qui s'échappent journellement de la presse actuelle. Dans l'énumération des ouvrages de Barthez, M. Isid. Bourdon fait mention du TRAITÉ DU BEAU, ouvrage posthume de ce médecin; mais il oublie une brochure politique, devenue très rare aujourd'hui, et publiée à Paris au commencement de la révolution, LIBRE DISCOURS SUR LA PRÉROGATIVE QUE DOIT AVOIR LA NOBLESSE DANS LA CONSTITUTION ET DANS LES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA FRANCE. Dans ce pamphlet, Barthez soutint avec force les droits de la noblesse, ce qui lui attira la colère et les violences de la populace; elle vint un matin lancer des pierres contre ses croisées. En vain Barthez s'écriait : « Vous pouvez briser mes fenêtres, mais jamais mes argumens. » Il n'en fallut pas moins s'éloigner de la capitale, et il fit bien. Naturellement irritable, emporté, ce médecin s'était précédemment fait un ennemi de Linguet, avocat turbulent, caustique, qui, disait-on, avait *calomnié* jusqu'au pain. Ce Linguet se moqua beaucoup de la description faite par Barthez de l'agonie, et lui dit : *vous êtes orfèvre, Monsieur Josse.* Dans une pièce de vers, il assure encore que Barthez sait,

> Ministre de la mort, tyran de la nature,
> Assassiner par art, guérir par conjecture.

Eh bien! ce même Linguet, mort sur l'échafaud, victime des idées qu'il avait propagées, n'a rien laissé qui soit digne d'être lu par la postérité. Les œuvres de Barthez, au contraire, sont encore méditées par quiconque sait apprécier le savoir profond et les hautes pensées.

En résumé, l'ouvrage de M. Isid. Bourdon se compose d'excellentes notices. C'est le travail d'un homme instruit et spirituel; sa parole est nette, ses opinions décidées, son jugement compétent. Ecrit avec talent, ce livre se lit avec d'autant plus de plaisir qu'il est fondé sur la vérité, que le dénigrement et la flatterie n'en font ni la règle ni le principe. Si ce volume est peu considérable, en revanche il contient beaucoup de choses, et c'est en faire un éloge complet. Le bagage littéraire ou scientifique s'estime toujours par ce qu'il vaut, et non par ce qu'il pèse.

R. P.

— Un journal anglais, le SUN, parle d'une maladie affreuse qui ravagerait en ce moment la population française du golfe St-Laurent et qui aurait quelque analogie avec la lèpre.

---

tenté précédemment dans une voie nouvelle expose à des méprises, toutes au détriment de la science et du savant. Une expérience, une méthode, un procédé, sont supposés avoir de l'analogie avec une expérience, une méthode ou un procédé qui ont échoué précédemment. Cela suffit pour discréditer d'avance l'innovation, qu'on croit et qu'on dit n'être que la répétition d'une tentative infructueuse. Ce motif d'opposition vient tout naturellement en aide à celle qui paraît difficilement séparable de chaque pas nouveau dans la carrière de la vérité. La science en subit le premier inconvénient; tant que la méprise ou l'équivoque dure, l'innovation est tenue en quarantaine. Puis vient le contrecoup sur le savant: la prétention de retrouver dans une erreur du passé la vérité du présent, le dépouille deux fois; il n'a pas inventé, et il n'a reproduit qu'une erreur. Quelque petit que soit l'intérêt du savant en regard de l'intérêt de la science, c'est toujours un intérêt quelconque qui ajoute à l'utilité de bonnes déterminations historiques. Mais le plus puissant motif est le suivant.

Un des principaux objets de la science, c'est la classification de ses acquisitions. Or ce but ne peut être rempli qu'à l'aide d'une connaissance exacte et précise de ses matériaux: toute question a les siens, et si l'on ne prend pas soin, à propos de chaque addition ou correction à ses élémens, de marquer nettement les ressemblances et les différences, le point de départ et d'arrivée, on s'expose à une confusion dont les exemples ne manquent pas, et dont on peut se dispenser d'indiquer ici les conséquences.

Favoriser l'avènement du progrès, protéger les droits de la science et du savant, préparer une bonne détermination et classification des matériaux de la science, voilà donc des motifs sérieux pour autoriser sinon commander la recherche et l'exposition méthodique des préliminaires historiques de chaque question. Il y en a bien d'autres qui ressortiront d'eux-mêmes lors de la mise en œuvre de cette première partie de notre plan.

2° EXPOSITION DIDACTIQUE. Ainsi que nous la comprenons, cette exposition doit être la moitié de la preuve à laquelle est assujetti le savant. Il doit dire ce qu'il fait, comment il fait, pour donner ainsi aux autres le moyen de contrôler, en le répétant, ce qu'il dit et fait. Ce but oblige à une exactitude et à une précision qui doit s'étendre aux moindres détails et particularités de la question. Aujourd'hui plus peut-être qu'à aucune époque de la science, on est disposé à nier les choses qu'on ne veut pas admettre; c'est un moyen facile et expéditif de faire justice de ce qui offusque. Il convient donc de rétrécir le plus possible la source des prétextes. Ceux qui ont besoin de trouver les autres en défaut ont bien assez de chances de méprise dans les sentimens qui les dirigent pour ne pas y ajouter par l'insuffisance ou l'équivoque des descriptions. Nous ferons donc tous nos efforts pour que les nôtres soient méthodiques, claires, et aussi détaillées que l'exigera le sujet.

DÉMONSTRATION EXPÉRIMENTALE OU CLINIQUE. — Cette partie est le complément indispensable et naturel des deux précédentes. Chaque exposition dogmatique sera suivie d'applications sur le cadavre, d'expériences sur les animaux ou d'opérations sur le vivant. Et comme preuve décisive de la possibilité et de la valeur des applications réalisées, nous ferons voir, autant que possible, les malades sur lesquels elles l'auront été. Il serait superflu d'insister autrement sur l'utilité de ce triple moyen d'assurer l'autorité de nos principes et de nos assertions.

Tel est le programme des faits et des idées que nous nous proposons d'exposer dans ces conférences. Si les développemens dans lesquels nous sommes entré n'ont pas trop obscurci notre point de départ, les questions scientifiques et pratiques que nous comptons agiter, et la méthode d'exposition et de démonstration que nous voulons employer, vous avez pu vous convaincre que nos efforts tendront incessamment:

Au *point de vue scientifique*, à établir un fait nouveau, à en préciser les lois, à en déterminer la cause, et à étudier ce fait dans ses conséquences les plus générales: ce fait *c'est l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées*;

Et au *point de vue pratique*, à établir les principes et les règles d'une méthode, dont le but constant est de placer sous la peau et d'affranchir de l'inflammation suppurative le plus grand nombre possible des opérations de la chirurgie.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES MODIFICATIONS QUE PEUVENT ÉPROUVER LES MATIÈRES FÉCALES DANS LE GROS INTESTIN ET DES PHÉNOMÈNES AUXQUELS ELLES PEUVENT DONNER LIEU PAR LEUR ACCUMULATION DANS UN OU PLUSIEURS POINTS DE CE DERNIER; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Les matières fécales doivent parcourir les intestins, séjourner d'une manière variable sous les divers points de leur longueur, afin de permettre aux matières assimilables qu'elles ont retenues d'être reprises par cette multitude de bouches absorbantes qui viennent aboutir à la membrane muqueuse et qui constitue toute leur surface interne, et enfin être expulsées, comme produits excrémentitiels, lorsqu'elles ne peuvent plus servir en rien à la nutrition.

Seulement ce temps de séjour varie suivant les idiosyncrasies, se prolongeant chez les uns, ce qui constitue la constipation habituelle, se raccourcissant chez les autres, ce qui détermine la laxité du ventre; enfin étant irrégulier chez ceux-ci, régulier chez ceux-là, et constituant de la sorte cette multiplicité de manières d'être à laquelle le vulgaire et même le public, qui se dit éclairé, attache presque toujours une importance exagérée.

Ces matières par leur séjour trop prolongé dans certains points du tube intestinal peuvent acquérir une durée insolite, une forme magdaléonée, un aspect homogène différent de celui qui les caractérise ordinairement, ou, en s'y accumulant, conserver leur consistance et leur état normal.

Ces deux conditions si dissemblables semblent donner lieu à des accidens bien différens relativement à leur mode d'action sur les intestins. Les auteurs de pathologie et les observateurs modernes n'ont, sous ce rapport, aucunement noté ou fait ressortir cette différence d'effets. Elle est cependant importante à connaître pour le médecin praticien, car elle entraîne des conséquences si disparates qu'il est extraordinaire qu'elles n'aient pas été aperçues ou qu'elles n'aient été qu'à peine indiquées. Je tâcherai donc de démontrer l'utilité de recherches faites dans cette direction, en faisant ressortir ce que l'expérience m'a mis à même de noter à l'ouverture des cadavres seulement, puisque dans le plus grand nombre des cas de rétentions de matières fécales endurcies dans certaines parties du gros intestin et de dilatations secondaires de ce dernier par l'accumulation de gaz au-dessus d'elles, rien pendant la vie n'avait permis d'apprécier cet état comme cause du météorisme qui avait été remarqué.

Les matières stercorales, lorsqu'elles viennent à être arrêtées dans leur cours, peuvent donner lieu à cinq ordres de phénomènes; mais avant de les décrire j'indiquerai les modifications ou altérations qu'elles m'ont présentées.

La première consiste dans un épaississement, une sorte de moulage, qui leur donne la forme globuleuse, irrégulière, une couleur tantôt noirâtre, tantôt rougeâtre, analogue à celle du suc de réglise dans lequel on vient de mordre, ou verdâtre très foncée, une homogénéité assez grande, une dureté telle qu'elles ne s'aplatissent pas lorsqu'on les lance contre le sol; parfois une sorte de sécheresse dans certains points. Ces magdaléons sont ordinairement enveloppés d'une couche de mucosités jaunâtres ou blanchâtres, épaisses, gélatiniformes, ressemblant à de l'empois délayé ou à de la colle.

La seconde consiste dans une pâte plus ou moins molle, moins homogène, de couleur tantôt brune, rouge-brun, jaunâtre, verdâtre, tantôt vert brun, renfermant parfois des fragmens d'alimens encore reconnaissables, tels que cosses de pois, os, arêtes, cartilages, noyaux ou bien des détritus moins distincts et retenant bien plus fortement que les crottes ou cybules l'odeur stercorale.

Les points du gros intestin où j'ai rencontré le plus souvent ces amas de matières fécales ont été, dans l'ordre de leur fréquence, l'S iliaque du colon, les parties supérieures de ses portions ascendante et descendante, le cœcum, ou, si l'on veut, ceux qui ont le plus de laxité dans leurs liens d'attache et qui font le plus de coudes. Alors, par leur poids, elles les déplacent de plus en plus en s'y accumulant, et elles finissent bientôt alors par devenir un obstacle devant lequel les gaz restent emprisonnés et distendent quelquefois démesurément l'intestin.

1° Dans quelques cas, les matières fécales endurcies donnent lieu par leur surface inégale ou leurs propriétés irritantes, analogues à celles de corps étrangers, à une phlegmasie de la muqueuse intestinale en contact

avec eux, caractérisée par de la rougeur, par la sécrétion d'un mucus blanchâtre qui les enveloppe et en adoncit le contact nuisible, et enfin par l'excitation de la contractilité de la tunique musculeuse qui la fait se resserrer sur eux et les embrasser en quelque sorte, tandis que les aotres parties de l'intestin se laissent peu distendre par les gaz retenus (obs. 1, 2 et 5).

2° D'autres fois, elles interceptent, par leur épaississement et leur accumulation dans un point du gros intestin, le passage des gaz qui s'accumulent alors derrière, surmontent sa contractilité, le distendent démesurément en lui faisant faire des condes, au-dessus desquels de nouveanx excrémens venant de la partie supérieure du même intestin, s'arrêtent à leur tour et ne laissent plus passer que de nouveaux gaz qui, venant incessamment s'ajouter aux précédens, font quelquefois acquérir à cet endroit distendu du même organe dix fois son diamètre normal, de manière à simuler le volume et la forme de l'estomac ou nne vaste poche masquant le reste du paquet intestinal et prenant les rapports les plus insolites. Dans ces portions ainsi dilatées outre mesure, les parois sont minces, comme diaphanes, blanches, d'un aspect sec, les valvules et les bosselures dans l'état normal; la muqueuse est de même conleur et tapissée d'une légère couche de mucus blanchâtre (obs. 2, 3, 4 et 6).

3° Dans d'autres cas, les matières stercorales, soit par leur poids, surtout lorsqu'elles conservent une sorte de demi-mollesse et qu'elles sont en grande quantité, soit en vertu de la laxité anormale des liens mésentériques qui maintiennent le gros intestin, entraînent peu à peu une portion de ce dernier dans laquelle elles se sont accumulées vers la partie inférieure du ventre et par conséquent les anneaux crural ou inguinal, et peuvent devenir de la sorte nne prédisposition ou une cause occasionelle de hernies (obs. 4 et 5), ou bien elles lui font faire nne sorte d'anse assez aiguë venant plonger dans l'excavation du petit bassin et y ayant ou non contracté des adhérences (obs. 3, 5 et 7); ou enfin s'il existe une laxité contre nature du mésentère qui le porte avec une partie des petits intestins au-devant de l'arc transverse du colon, elles le tendent par leur poids et lui font faire l'office d'un lien qui le comprimant d'avant en arrière, efface plus ou moins sa lumière et gêne de la sorte le cours des matières fécales (obs. 5 et 7).

Dans ces trois cas que se passe-t-il pendant la vie? Y a-t-il interruption absolue de la progression des fèces, et alors pourquoi les formidables accidens qui caractérisent cet état de choses ne se développent-ils pas?

J'ai des raisons de croire, d'après ce que j'ai observé, que la distension énorme et passive de l'intestin par des gaz ne survient que dans les derniers temps de l'existence, lorsque les forces générales épuisées ne permettent plus à la contractilité intestinale de s'effectuer d'une manière convenable, et que dans ces cas le météorisme du ventre qui peut faire soupçonner cet état concourt, en refoulant fortement le diaphragme en haut, à gêner davantage ou même à anéantir complètement le jeu des poumons déjà si compromis par l'existence de lésions organiques, y ayant si souvent leur siége et faisant succomber en si grand nombre les malades.

S'il en était autrement, il faudrait admettre que, malgré que la muqueuse soit en quelque sorte appliquée sur les magdaléons qui sont en contact avec elle, elle ne l'est pas assez étroitement et d'une manière assez continue pour qu'elle ne puisse pas livrer passage de temps à autre à d'autres portions de matières fécales plus liquides, susceptibles de s'amincir et de passer en quelque sorte à travers la filière quelles se forment, en éloignant momentanément cette membrane des matières endurcies, dont la couche de mucus qui les enveloppe facilite encore le passage. Ce qui tendrait à prouver que les choses doivent se passer ainsi, c'est que j'ai souvent rencontré dans des portions d'intestin énormément distendues par des gaz des petits fragmens de matières fécales plus ou moins mous qui s'y étaient arrêtés lors de leur traversée.

4° Lorsque les matières fécales sont en partie retenues dans un point du gros intestin, par suite d'un obstacle mécanique, elles le distendent peu à peu douloureusement, s'y accumulent jusqu'à ce que, par leur poids ou la liquéfaction d'une partie de leur masse due à la sécrétion abondante de mucosité qui se fait aux points de contact, aidée des efforts de contraction de l'intestin, elles parviennent à se frayer en partie une voie à travers le point rétréci ou l'obstacle. Ces crises prennent le nom de *débâcles*. Elles surviennent après une rétention de cinq à huit jours au plus, durant laquelle le ventre se météorise, devient douloureux, d'une sensibilité extrême, le ténesme continuel, l'agitation et les cris incessans, et les efforts pour évacuer vains, malgré les purgatifs et les lavemens les plus énergiques. J'ai eu l'occasion de le vérifier dernièrement chez une détenue portant une tumeur fibreuse développée dans le tissu cellulaire de la cloison vagino-rectale, laquelle comprimait et aplatissait complètement le rectum, interceptait presque entièrement le passage des fèces, et chez laquelle j'étais obligé de me servir d'une sonde œsophagienne pour injecter, mais sans succès, des lavemens plus ou moins drastiques. On peut d'ailleurs consulter la description si empreinte de vérité de tous les accidens ou symptômes observés dans ces cas qu'en a donnés M. Amussat, dans sa relation de la maladie de Broussais, suivie de réflexions pratiques sur les obstructions du rectum.

5° Lorsque les mêmes matières sont complètement retenues, et qu'aucunes parcelles ne peuvent traverser l'obstacle, comme on le voit dans l'étranglement d'un intestin, dans l'obturation complète de sa lumière par une affection squirrheuse ou autre, il survient les mêmes phénomènes de distension au-dessus, mais un mouvement antipéristaltique, des contractions de la tunique musculaire, lequel provoque l'ascension de la partie liquide des matières contenues dans l'iléon, le jéjunum et le duodénum, et leur pénétration dans l'estomac et leur expulsion au dehors, à l'aide des vomissemens que le même phénomène de contraction anormale, se propageant à cet organe, y suscite également. Il y a alors anxiété, météorisme du ventre, hoquets, pouls serré, douleurs vives dans le lieu comprimé, et bientôt la gangrène se développant dans l'intestin sous l'influence de l'excès de l'inflammation, tue ou bien donne issue aux matières, par la perforation qui s'effectue dans ce point du tube intestinal, tantôt dans la cavité du péritoine, et alors la mort en est presque inévitablement la conséquence; tantôt au dehors, et alors il en résulte un anus contre nature.

Il ne faut pas croire que, dans ces cas, les matières stercorales vomies aient le caractère et la consistance qu'elles ont dans le gros intestin. Il n'en est rien, elles sont plus liquides, plus jaunes, ou tout au plus grumeleuses et mêlées en partie aux fluides contenus dans l'estomac. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, il peut en être autrement. Il existe actuellement à l'hôpital St-Yves de Rennes une fille âgée de 36 ans, dont la coloration de la peau en jaune safrané, avec quelque chose de terreux, lui imprime un facies extraordinaire, et dont l'embonpoint se conserve, malgré que la défécation se fasse par l'estomac et aucunement par l'anus. Chez elle, les matières fécales sont vomies avec les caractères de consistance et d'aspect qu'elles prennent dans le gros intestin. Il est probable qu'elles passent directement du colon dans l'estomac, à travers une communication qui se sera établie entre ces deux parties. Lorsqu'il survient de la diarrhée, elles sont plus intimement mêlées aux liquides de l'estomac, et ont une odeur et un goût bien plus stercoral et bien plus désagréable par conséquent que lorsque cet état n'a pas lieu. J'ai remarqué qu'il y avait alors du malaise, des coliques, perte de l'appétit, une coloration ecchymotique des yeux et des lèvres, de la tristesse, des pleurs. Cette affection date déjà de cinq années, et est survenue après une suppression brusque des règles occasionnée par une frayeur.

J'ai rencontré, dans un autre cas de cancer du rectum, chez un détenu mort d'un épanchement pleurétique à droite, une communication directe entre une portion de l'S iliaque du colon et le précédent intestin, par suite d'une perforation ulcérative. J'en rapporterai l'histoire et les détails nécroscopiques très curieux, dans un travail sur les ulcérations intestinales, que je publierai prochainement.

Quant à la symptomatologie de la rétention des matières fécales dans un ou plusieurs points du gros intestin, qu'on observe surtout comme complication à la fin des maladies de longue durée qui ont nécessité un séjour prolongé au lit, je dirai avec franchise ce que la clinique des hôpitaux m'a fourni de plus positif à cet égard, et l'on verra que les signes ont presque toujours été négatifs. En effet, les seuls que j'aie rencontrés ont été, avec ou non des douleurs abdominales, un météorisme prononcé, la perte de l'appétit, tantôt constipation, tantôt des selles libres, et, dans deux cas, des signes de gastrite ou au moins l'irritation de l'estomac.

On voit qu'il n'est aucun de ces signes, même en les groupant, qui soit suffisant pour faire reconnaître d'une manière sûre un arrêt de fèces dans un ou plusieurs points du gros intestin. Quant à la percussion médiate ou plessimétrique, si heureusement appliquée par M. Piorry dans plusieurs maladies des organes abdominaux, elle ne m'a pas éclairé davantage; car le son tympanique était perçu dans des points trop étendus, et parfois même était trop général pour qu'elle pût donner aucuns résultats plus précis, et l'on n'obtenait, de même que par la percussion avec la main, qu'un son clair et la rénitence qui caractérisent le météorisme abdominal.

M. Roche a constaté, comme moi, que, malgré l'accumulation des matières dans un point du gros intestin, les malades n'en allaient pas moins à la selle, quelquefois même avec diarrhée. Il ne peut s'expliquer cette singularité, qu'en admettant: 1° ou que la masse des matières irritant l'intestin autour d'elle y provoque une sécrétion abondante de mucosités, qui en délaie et entraîne les parties superficielles; la viscosité du mucus, et son adhérence à la masse me feraient douter que les choses se passent ainsi dans un grand nombre de cas; 2° ou que la portion d'intestin située

au-dessous de l'obstacle fournit seule cette sécrétion; mais alors, elle ne la dégagerait ou rassemblerait aucunement; 3° ou enfin, qu'un canal se creuse à travers la masse fécale immobile, pour donner passage aux fluides sécrétés et à quelques portions du résidu de la digestion de chaque jour, ainsi que M. Roux en a observé un exemple.

J'admettrais volontiers cet artifice de la nature, quoique je sois porté à croire plus rationnelle et plus probable l'explication que j'ai donnée du moyen ingénieux qu'elle doit employer dans ces cas. Quant à l'empâtement des fosses iliaques, à leur dureté, à l'espèce de moulage du gros intestin sur les matières retenues, dont la forme et la direction se dessineraient à l'extérieur et rendraient, suivant le même auteur, le diagnostic facile, je ne l'ai jamais rencontré; et je pense même que, dans le plus grand nombre des cas, le météorisme assez général du ventre s'opposera toujours à ce qu'on puisse l'apprécier. Je crois que ces signes sont plutôt indiqués d'après des idées théoriques ou d'analogie, ou enfin traditionnelles, que d'après l'observation clinique.

M. Rostan a noté, dans certains états de constipation opiniâtre, du dévoiement. Alors, suivant lui, les matières fécales s'accumulent dans les intestins et finissent par les irriter. Cette irritation produit l'afflux des liquides qui font dissoudre une partie de ces matières, et cette partie, ainsi dissoute, s'échappe entre les matières stercorales agglomérées et les parois de l'intestin, de sorte qu'il survient de la diarrhée, et le médecin, alors induit en erreur, traite mal. Et cependant, dit-il, c'est un état grave que la constipation; elle tue les malades. Il a vu deux fois la rupture des intestins occasionnée par leur accumulation, et la mort s'ensuivre. Le dévoiement peut donc exister en même temps qu'il y a réellement constipation et rétention des fèces. On voit dès-lors combien il peut devenir facile de se tromper et de méconnaître cet état.

Lorsque l'accumulation des matières fécales a lieu dans le rectum, on conçoit que la constipation, la sensation d'un poids au-dessus de l'anus, la douleur ou le malaise qu'y ressentent les malades, la tension plus forte des hémorroïdes, lorsqu'ils en sont atteints, la difficulté à uriner, les envies d'aller à la garderobe sans pouvoir y satisfaire, l'impossibilité d'administrer des clystères qui rejaillissent au dehors, mettent aisément sur la voie pour reconnaître la cause de ces accidens, et engagent à porter le doigt dans l'anus, exploration qui devient promptement confirmative.

Quant aux indications à remplir, elles devraient consister à exciter la contractilité intestinale et à activer la sécrétion muqueuse pour évacuer les matières accumulées. Aussi tous les auteurs de pathologie interne indiquent-ils les lavemens huileux ou purgatifs, les potions de même nature ou drastiques, l'huile de croton tiglium, en frictions sur le ventre, à la dose de 10 à 12 gouttes. Je pense qu'en effet cette dernière médication, aidée de boissons délayantes et de bains prolongés, serait convenable.

Mais ces indications si précises peuvent rarement être remplies lorsque déjà les malades sont affaiblis par de longues maladies et que le météorisme et l'oppression qui en résultent sont les seuls symptômes qu'on observe dans ces cas d'accumulations partielles de matières dans le gros intestin, lesquels sont insuffisans pour la faire reconnaître, surtout si la défécation s'opère encore de temps en temps. Aussi la plupart du temps on se borne à faire appliquer sur l'abdomen de larges cataplasmes de farine de graine de lin simples ou anodins, et à prescrire quelques tisanes laxatives qui sont sans effet, et alors la distension extrême de l'intestin par des gaz, toute passive, persiste. Dans ces cas, s'il n'y avait pas malheureusement presque toujours une contre-indication à l'emploi du moyen suivant par suite de la lésion des poumons, je pense que l'application de liquides réfrigérans ou de glace sur le ventre, destinée à condenser les gaz de l'intestin et à faire cesser la distention des parois et à raviver la contractilité, devrait précéder l'administration des purgatifs ou autres remèdes internes.

M. Roche donne le précepte, lorsque l'embarras stercoral est accompagné de douleurs abdominales, de fièvre, de chaleur, de symptômes d'entérite, d'appliquer des sangsues et des topiques émolliens sur le ventre sans cesser pour cela l'emploi des évacuans humoraux. Je crois encore que dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer cette médication n'aurait aucunement réussi; outre que dans ceux-ci les douleurs péritonéales ou prétendues entérites sont uniquement le résultat de la distension intestinale; car j'ai toujours remarqué que la rougeur de la muqueuse autour des magdaléons stercoraux était peu intense et ne s'accompagnait nullement d'épaississement, mais parfois d'un léger ramollissement qui s'étendait sans aucune rougeur jusque dans les portions les plus dilatées par les gaz.

M. Piorry a également annoncé qu'il était parvenu plusieurs fois, par des pressions faites à l'extérieur sur les diverses parties du tube digestif, à faire écouler les matières des intestins grêles dans le cœcum et de celui-ci dans les diverses parties du colon jusqu'à l'S iliaque et au rectum, et qu'il a pu constater, par les résultats de la percussion, le déplacement successif des matières fécales. J'avoue ne pouvoir me faire aucune idée raisonnable de ce genre de médecine tout mécanique, permettant ainsi de faire voyager devant soi et docilement dans le tube intestinal ces fèces, comme on le pourrait faire en charcuterie de viandes hachées dans des boyaux inerts, et surtout de suivre par la percussion les progrès de cette manutention d'une nouvelle espèce.

Ce que j'ai vu des dispositions des matières stercorales dans l'intestin, de leur dureté, de l'état de distension de ce dernier, des contractions anormales des points irrités par l'obstacle, me démontre impossibles les résultats énoncés de semblables manœuvres. Pour admettre que M. Piorry n'ait pas été trompé par quelque erreur de ses sens ou par un résultat mensonger de la percussion plessimétrique, ou enfin par des préoccupations trop mécaniques, il faut que les cas de rétention et d'accumulation de matières fécales qu'il a été à même d'observer aient été bien dissemblables de ceux que le hasard m'a fait rencontrer, et dont j'ai vérifié la disposition par l'ouverture des cadavres.

Je regrette vivement de n'avoir pu me procurer la dissertation sur les tumeurs stercorales (Paris 1833) de M. Racibórski, parce que j'aurais pu comparer avec les miennes les observations qu'il y a relatées, en faire ressortir les analogies ou les différences, et surtout faire connaître la valeur des indications thérapeutiques.

Je passe maintenant à l'exposition des faits que j'ai pu recueillir dans le service médical dont je suis chargé.

Le premier a rapport à une femme chez laquelle il ne fut observé que des symptômes de gastrite, tandis qu'à l'autopsie cadavérique je rencontrai l'estomac sain, mais des matières fécales endurcies dans le colon et le cœcum dont elles avaient irrité la membrane muqueuse dans les points en contact avec elle, en même temps que les intervalles étaient distendus par des gaz.

PHLEGMASIE INTESTINALE LÉGÈRE OCCASIONÉE PAR DES MATIÈRES FÉCALES ENDURCIES; DILATATION DE LEURS INTERVALLES PAR DES GAZ; TUBERCULES DANS LES POUMONS; MORT.

OBS. I. — Guegani, détenue, âgée de 48 ans, fut admise à l'infirmerie le 29 août 1833, dans un état de maigreur assez marqué. Elle ne se plaignait que de faiblesse et elle offrait tous les signes d'une gastrite chronique. Elle se refusait à rien prendre; elle gardait un silence obstiné, n'accusait de la douleur dans aucun organe, lorsqu'on la pressait de questions. Elle avait beaucoup abusé des liqueurs fortes. Elle passa de la sorte tout le mois de septembre. L'alimentation était légère et la boisson de l'eau gommeuse.

Vers la fin d'octobre, les symptômes de la gastrite devinrent plus aigus. Deux applications de sangsues ne produisirent aucun soulagement. La malade continua à maigrir et à s'affaiblir, et enfin elle s'éteignit sans agonie le 22 novembre.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 24 heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. L'amaigrissement du corps était moins considérable que celui du visage.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

THORAX. Le poumon droit était légèrement emphysémateux dans tout son lobe supérieur, dont le sommet adhérait assez fortement au point correspondant de la poitrine. Il offrait là, extérieurement, une espèce de froncissement aboutissant à un engorgement du tissu pulmonaire, dont la matière noire était bien plus abondante dans ce point, et qui était constitué par des tubercoles gris infiltrés et une cicatrice fibro-cartilagineuse. Le lobe inférieur très crépitant contenait de la sérosité très spumeuse. Cependant, en général, son tissu était plutôt sec qu'humide.

Le gauche présentait de semblables adhérences à son sommet qui était aussi tuberculeux; mais par endroits isolés, au milieu d'un tissu parfaitement perméable à l'air, c'est-à-dire que dans ces cas on rencontrait un gros tubercule, tantôt immédiatement au-dessous de la plèvre qui formait autour une auréole rouge, tantôt plus profondément, et alors leur centre seul était ramolli, tandis que la majeure partie de leur circonférence était encore à l'état gris et constituait autant de points durs qu'on sentait à travers l'épaisseur du poumon. Entre le lobe supérieur et l'inférieur, à l'entrée des bronches, on découvrit une glande atteinte de mélanos, lésion caractérisée par un tissu mollasse, presque liquide, analogue à la liqueur noire de la sèche et tachant les doigts comme l'encre de Chine.

Le cœur était peu volumineux, mou. Le ventricule droit, à parois très minces, était rempli de sang, et l'oreillette correspondante, occupée par une concrétion polypiforme assez ferme.

ABDOMEN. L'estomac contenait un liquide verdâtre. Sa membrane interne assez pâle était recouverte d'un mucus trouble, tenace; elle était fortement plissée vers le pylore, et elle ne présentait aucune trace de phlegmasie.

Le duodénum était sain; le jéjunum et l'iléon fortement contractés, surtout le premier. On remarquait dans le second une rougeur assez prononcée de la muqueuse, dans tout son cinquième inférieur. Leur cavité renfermait des matières liquides d'abord jaunâtres, puis rougeâtres et enfin noirâtres.

Le cœcum dilaté par des gaz était rouge à sa face interne. Il était occupé par quelques crottes assez consistantes. Il en était de même de l'arc transverse du colon, excepté qu'elles y étaient isolées les unes des autres, d'une densité plus

grande, enveloppées d'un mucus concret, rougeâtres, froissées par l'intestin qui semblait s'être contracté sur elles par suite de l'irrilation produite sur la muqueuse par ces matières devenues de véritables corps étrangers irritans. Leur substance était noire, rougeâtre, homogène et rappelait l'aspect du suc de réglisse. Les intervalles offraient une assez forte dilatation de l'intestin par des gaz. La portion descendante du coloo et le rectum contenaieot les mêmes magdaléons secs et comme enkystés dans l'espèce d'enveloppe que le mucus concret leur avait faite.

Le foie était de volume ordinaire, d'une couleur de feuille morte, et sa vésicule fortement distendue par un fluide vert, foncé, très épais et filant.

La rate était très petite, assez molle; elle ressemblait à de la gelée de groseille trouble et sale.

Les reins et la vessie n'offrirent rien d'anormal.

On remarquera que, dans le cas que je viens de citer, la distension du gros intestin par des gaz fut très limitée, tandis que sa contractilité sembla plus généralement excitée, puisque, dans toute la moitié inférieure du colon et dans le rectum, la muqueuse était intimement appliquée sur les magdaléons stercoraux.

Dans cette observation, comme dans celles qui vont suivre, il est à regretter que l'analyse des matières fécales ainsi modifiées, et celle des gaz accumulés parfois en quantité assez abondante pour pouvoir être recueillies, n'ait pas été faite; car on aurait pu peut-être apprécier l'action des seconds sur la muqueuse intestinale ou la contractilité musculaire, et essayer comparativement celle de gaz artificiels identiques ou différens en injections dans le gros intestin. Il y a, dans cette direction, toute une série d'expériences curieuses à faire, lesquelles pourraient peut-être mettre sur la voie de découvertes thérapeutiques importantes.

OEDÈME ET EMPHYSÈME DES POUMONS; CONCRÉTIONS STERCORALES VOLUMINEUSES; CANCER ENCÉPHALOÏDE DU FOIE ET DE L'UTÉRUS; MORT.

Obs. II. — Causick entra plusieurs fois à l'infirmerie, il y a un an, en 1831, se plaignant alors d'éprouver des pertes qui, se rapprochant de plus en plus, l'avaient rendue très faible. Elle y fut reçue de nouveau, et on s'aperçut que ces dernières alternaient avec un écoulement comme leucorrhéique.

En la touchant, je reconnus un cancer du col de l'utérus, dont la majeure partie avait été détruite. Le teint de la malade était jaune-paille, les souffrances peu vives; les fonctions digestives se faisaieot encore d'une manière assez complète.

Pendant son long séjour dans mon service, les pertes continuèrent avec de courtes alternatives d'interruption. L'odeur cancéreuse devint très marquée, l'amaigrissement fit des progrès sensibles, la pâleur du visage augmenta, les digestions s'altérèrent peu à peu. Enfin, un ou deux mois avant la mort, il lui devint impossible de rien digérer, l'appétit se perdit tout à fait. A plusieurs reprises, il survint des symptômes d'irritation gastrique. Les doigts avaient acquis une sorte de diaphanéité; cette malheureuse semblait exsangue et rappelait l'aspect d'une figure de cire. Elle expira le 3 juillet.

Autopsie cadavérique faite 19 heures après la mort.

Etat extérieur. Toute la surface du corps avait une teinte pâle et comme circuse, la maigreur était squelettique.

La malade ayant offert une intégrité parfaite des facultés intellectuelles pendant sa longue maladie, le crâne ne fut pas ouvert.

Thorax. Le poumon droit présentait à sa surface plusieurs adhérences celluläires anciennes très difficiles à déchirer. Son lobe supérieur était emphysémateux, surtout dans sa partie antérieure et le long de son bord correspondant. On rencontrait à sa surface une dilatation d'une aréole pulmonaire qui aurait bien pu loger une canette d'écolier, et qui était occupée par de l'air : elle soulevait la plèvre, et lui faisait former une bosselure. La partie postérieure de l'organe était encore perméable à l'air, mais infiltrée d'une sérosité spumeuse très abondante qui en ruisselait à chaque section. (OEdème du poumon.)

La couleur de son parenchyme était gris pâle, marbrée d'un grand nombre de petits points noirs. On distinguait çà et là de petites accumulations de matière mélanique de la grandeur d'une lentille.

Le poumon gauche était également un peu emphysémateux dans son lobe supérieur, le long du bord antérieur, et dans toute sa partie postérieure et moyenne. Son tissu était plus dense, jaunâtre, infiltré d'une abondante sérosité spumeuse. Son aspect rappelait celui de certains marbres gris à petits points noirs nommés petit-gris : regardé à contre-jour, son tissu paraissait légèrement grenu. (OEdème.)

Le péricarde contenait la quantité normale de sérosité. Le cœur était bien proportionné. Cependant les parois du ventricule gauche semblaient un peu hypertrophiées, jaunâtres, assez fermes, et sa cavité vide, ainsi que celle de l'oreillette correspondante. Le ventricule droit était plus petit que le gauche, et presque exsangue. L'aorte était occupée par un sang liquide, rosé, diffluent, évidemment altéré dans sa constitution.

Abdomen. L'estomac, assez vaste, renfermait encore des débris de cerises avec leurs noyaux. Sa membrane muqueuse était généralement blanche, et tapissée de mucosités troubles, blanchâtres.

Le duodénum était sain, ainsi que le jéjunum et l'iléon, qui étaient faiblement météorisés, et contenaient une matière liquide jaune. Les glandes mésentériques avaient leur volume ordinaire.

On rencontrait dans le cœcum une masse de matières fécales, globuleuses, dures, sèches, formée de noyaux de cerises et de fèces, et dans les portions ascendante et transverse du coloo, çà et là de semblables magdaléons de matières endurcies, ainsi que dans celle descendante. Les noyaux de cerises semblaient avoir été l'origine de ces concrétions stercorales, dont la dureté était extrême. La substance qui les constituait était jaune, brunâtre, friable, sèche, et d'une odeur stercorale prononcée. Leur surface était enveloppée de mucus blanchâtre et rougeâtre. Les points de la muqueuse en contact avec elles étaient rouges, piquetés et injectés.

Il s'était accumulé dans le rectum, surtout vers sa partie supérieure, à droite de l'utérus, un amas de semblables crottes qui distendait fortement cette portion de l'intestin. Les glandes mésentériques étaient saines. Le foie, d'un tissu jaune pâle, à grains fins, contenait dans son lobe droit une tumeur du volume d'un œuf d'oie, de forme ronde, composée d'un tissu blanc, homogène, criant sous le scalpel, plongée au milieu du parenchyme de l'organe. (Cancer encéphaloïde à l'état de crudité.)

Le lobe gauche en renfermait quatre à cinq autres de volume variable, depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui d'une noisette, et de même nature, et la vésicule une bile d'un vert intense.

Les reins étaient sains. La vessie communiquait avec l'intérieur de l'utérus, par suite d'ulcération. Sa cavité était remplie de caillots de sang décomposé et de détritus d'une odeur infecte; ses parois étaient épaissies, hypertrophiées.

La matrice bosselée, dure, intimement adhérente à l'organe précédent, ne put être enlevée qu'avec lui. Son col était complètement détruit, sa face interne ulcérée et n'offrant plus qu'un putrilage infect. Son fond, encore épais de plus de quatre centimètres, était formé par une substance blanche, homogène, lardacée, criant sous le scalpel. (Cancer cérébriforme à l'état de crudité.) La matière qui recouvrait les ulcérations était analogue à des parties de cerveau ramollies et sales : les ovaires étaient sains.

Dans cette observation qui présente la plus grande analogie avec la précédente, sous le rapport de l'état phlegmasique que déterminaient dans la membrane muqueuse des gros intestins les matières fécales retenues, dans les points où ces dernières étaient en contact avec elles, on voit que celles-ci qui s'étaient accumulées et avaient séjourné trop longtemps dans leur cavité, y subirent une altération particulière, consistant dans leur condensation par privation de mucosités ou autres liquides destinés à y entretenir un certain degré de mollesse, et qu'elles occasionèrent par leur présence, soit comme corps étrangers, soit comme matières excrémentitielles altérées, une irritation de tous les points de la muqueuse en contact avec elles, en même temps qu'en sollicitant morbidement la contractilité de la tunique musculaire, elles l'augmentaient encore par la pression continue qui en était le résultat.

Les mucosités blanchâtres et sanguinolentes qui les enveloppaient doivent également être considérées comme dues à l'altération morbide de la sécrétion muqueuse intestinale.

On verra, dans la troisième observation, l'accumulation de matières fécales solides, dans un point de la portion descendante du colon, donner lieu à une distension énorme de l'intestin par des gaz qui ne pouvaient traverser le coude aigu qu'elles faisaient faire à l'intestin, et à un ramollissement marqué de la membrane muqueuse avec sécrétion gélatiniforme et forte injection capillaire sous-muqueuse, la tunique musculeuse n'ayant pas eu assez de contractilité pour faire surmonter aux gaz l'obstacle qui s'opposait à leur issue, ayant laissé graduellement distendre l'intestin et s'étant d'autant plus facilement épuisée que son action avait été plus prolongée et plus vaine.

Je penche à croire que, dans l'espèce actuelle, l'altération, tant du mode de sécrétion que de la contexture de la membrane muqueuse de l'intestin, dans les points où la distension par les gaz était la plus forte, dépendit exclusivement du long contact de ceux-ci; car, dans ces endroits, il n'existait aucunes matières fécales. Il est à regretter qu'on n'ait pas pu recueillir ces gaz et en examiner la nature; car elle eût peut-être mis sur la voie pour apprécier les causes du ramollissement gélatiniforme de la muqueuse, tant de l'estomac que des intestins, dont les caractères anatomiques ont été si bien décrits par M. Cruveilhier et quelques autres anatomo-pathologistes.

TUBERCULES, EMPHYSÈME ET APOPLEXIE PULMONAIRES, BRONCHITE CHRONIQUE, PRODUCTIONS ALBUMINEUSES PISIFORMES A LA SURFACE DU COEUR, AVEC HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE, ENTÉRITE, DILATATION ÉNORME DU COLON PAR DES GAZ, A LA SUITE DE L'ACCUMULATION DE MATIÈRES FÉCALES; MORT.

Obs. III. — Demessay, âgé de 48 ans, détenu dans la maison centrale de Rennes depuis cinq ans et demi, avait eu un crachement de sang qui avait été combattu par les astringens. Depuis, il était entré plusieurs fois à l'infirmerie, où il avait été très mal pendant six semaines, avec une oppression extrême.

Rentré dans l'établissement depuis la fin de février 1831, il fut admis dans le service de médecine, le 26 mars, pour une orthopnée habituelle qui dépendait d'un emphysème des poumons. Il y séjourna près d'un mois. Il en sortit le 3 avril, resta six à huit jours dans les ateliers et y fut remonté le 13. Il présentait alors les symptômes suivans :

Le visage était très coloré, les conjonctives injectées, l'oppression prononcée, la toux fréquente, les crachats muqueux, le son clair à la partie antérieure et latérale de la poitrine. La respiration s'y entendait très faiblement et avec un

râle, tantôt muqueux, tantôt sibilant. (Infusion de capillaire; potion hermétisée.)

Depuis le 15 avril, les symptômes allèrent toujours en augmentant. Je fis appliquer, le 19, un cautère au bras. Cet homme, regardé comme atteint seulement d'un emphysème général des poumons, ne fut examiné que superficiellement, sa fin étant regardée comme prochaine.

Douze jours avant sa mort, le ventre s'était fortement météorisé, l'appétit était devenu presque nul, l'oppression avait augmenté de plus en plus, autant par le refoulement des poumons et leur compression par le diaphragme repoussé en haut par des gaz distendant outre mesure les intestins et faisant effort contre lui, que par la lésion des organes pulmonaires eux-mêmes. Il n'y avait eu aucune diarrhée.

La tympanite avait été combattue par des cataplasmes anodins, et un vésicatoire avait été appliqué à la partie interne de la cuisse. Vingt-quatre heures après, il y avait eu diminution du météorisme et de l'oppression, mais le mieux n'avait été que momentané.

Demessay eut une agonie qui dura trois à quatre jours. Il était couché sur le dos, le visage vultueux, les lèvres violacées, les yeux brillans et sortant des orbites. La respiration était râlante, le ventre était excessivement ballonné. Il existait une sorte d'insensibilité générale.

Il expira le 29 avril, à dix heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 11 heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. La maigreur était assez prononcée, surtout au visage et à la poitrine. Celle-ci était très bombée, les espaces intercostaux un peu plus larges que de coutume. Elle rendait un son très clair à la percussion. La figure avait une teinte un peu violacée; le ventre était énormément météorisé. En y faisant une ponction avec un scalpel, il s'échappa pendant longtemps des gaz avec sifflement.

La tête ne fut pas ouverte, le malade n'ayant offert aucun symptôme cérébral.

THORAX. La partie supérieure du bord antérieur de chaque poumon avançait de beaucoup au-devant du cœur. Toute celle des lobes supérieur et moyen était volumineuse et emphysémateuse, et fit en quelque sorte hernie à l'instant où j'enlevai le sternum.

Le poumon gauche, généralement adhérent à la plèvre costale et diaphragmatique par des pseudo-membranes celluleuses de formation ancienne, très difficile à déchirer, était emphysémateux dans tout son lobe supérieur. Son tissu était d'une couleur rouge, vive, très intense. Il s'en écoulait à la section une sérosité fortement sanguinolente et très spumeuse. Il contenait un grand nombre de petits tubercules miliaires gris, tantôt isolés et gros comme une tête d'épingle, tantôt groupés, formant des petites masses agglomérées. Le parenchyme du lobe inférieur se déchirait plus facilement, était d'un rouge très foncé, et la sérosité très spumeuse qui s'en écoulait était plus épaisse et plus trouble.

Le poumon droit renfermait un bien plus grand nombre de tubercules qui affectaient la disposition déjà indiquée. Le tissu intermédiaire était d'un rouge intense, mais emphysémateux dans quelques points. Tous les lobes moyen et supérieur étaient formés par endroits d'un tissu analogue à celui de la rate, d'un rouge presque noir, comme si du sang eût été combiné avec lui (apoplexie pulmonaire). Il s'en écoulait à la section une sérosité ressemblant à du sang pur. La surface de cet organe était généralement adhérente et celle des lobes moyen et inférieur tellement, qu'on ne put les séparer sans les déchirer.

Les tuyaux bronchiques étaient cartilagineux et généralement hypertrophiés. La membrane muqueuse qui les tapisse épaissie et du rouge le plus intense.

Le diamètre vertical de la poitrine était diminué de près de moitié par le refoulement du diaphragme dû à la pression des gaz développés dans l'appareil digestif intestinal.

Le cœur, poussé en haut par cette dernière cause et au-devant de la partie interne et supérieure du poumon gauche, offrait à sa surface un assez grand nombre de pseudo-membranes organisées, parfaitement pisiformes, dont la grandeur, variable depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une tête d'épingle, et la couleur blanche jaunâtre se détachait d'une manière tranchée sur son tissu. Ces petites saillies, de forme parfaitement ronde, s'enlevaient facilement en les râclant avec le scalpel, et, dans ce cas, on retrouvait au-dessous la portion de la membrane du péricarde qui recouvre cet organe parfaitement saine. Le long de la face externe du ventricule droit, ces espèces de tubercules étaient beaucoup plus rapprochés et plus nombreux.

Le cœur était un peu plus volumineux que le poing du sujet. Les parois du ventricule gauche, dont le tissu avait une couleur rouge tirant sur le jaune et beaucoup de fermeté, pouvaient avoir, ainsi que la cloison, près de 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. Ils contenaient beaucoup de sang encore liquide. L'oreillette correspondante renfermait une concrétion polypiforme assez récente. La membrane interne de l'aorte n'offrait aucune rougeur. Les parois du ventricule droit étaient très minces. Ce dernier s'affaissait aisément et était occupé, ainsi que l'oreillette, par du sang liquide ou légèrement concrété.

ABDOMEN. En ouvrant le ventre, l'arc transverse du colon, énormément distendu et logé dans la place qu'occupe l'estomac, fut pris pour celui-ci du premier abord. Mais, en soulevant cette énorme poche, on aperçut derrière elle cet organe très petit, fortement revenu sur lui-même, presque vide. Sa membrane musculeuse, très contractée, faisait former à la muqueuse un très grand nombre de plissemens qui lui donnaient l'aspect du bonnet du veau: cette dernière était parfaitement saine. Il en était de même dans le duodénum. Le jéjunum présentait, à 18 ou 22 centimètres de ce dernier, une invagination de 5 centim. 1/2 de hauteur. En le fendant suivant sa longueur, on remarquait un épaississement général de sa membrane interne, avec rougeur et commencement de ramollissement. Elle était recouverte d'un mucus jaunâtre et trouble. Cet état phlegmasique diminuait progressivement, et l'iléon n'offrait rien de semblable, seulement il était extrêmement distendu par des gaz et comme soufflé, en sorte que ses parois avaient une demi-transparence qui permettait de voir une magnifique injection de tout le réseau artériel capillaire sous-péritonéal.

Le cœcum était énormément dilaté par la même cause. Le colon, qui avait au moins dix fois son volume ordinaire, se portait obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, en passant au-devant de l'estomac, venait de former vers la région qu'il occupe ordinairement une vaste poche remplie de matières fécales solides qui s'y étaient accumulées, n'ayant pu surmonter le coude aigu que formait le même intestin dans cet endroit. Cette distension excessive par des gaz le faisait se relever brusquement et remonter au-devant de la précédente, qu'elle masquait complètement. C'était cette dernière qui avait été prise pour l'estomac lui-même, dont elle avait entièrement la forme et le volume, puisqu'elle pouvait bien égaler celui de la cuisse. Ce n'avait été qu'en l'examinant plus inférieurement qu'on avait reconnu que cette portion iliaque se portait presque verticalement dans l'excavation du bassin, en diminuant progressivement de diamètre et se terminant dans le rectum. On voit que la portion transversale de cet intestin avait décrit avec la descendante plusieurs vastes circonvolutions dans la région de l'estomac, lesquelles avaient entièrement changé les rapports de ses diverses portions. La membrane muqueuse était ramollie dans celles les plus distendues par les gaz. Elle s'enlevait facilement en la râclant avec le scalpel, était recouverte de mucosités épaisses, blanchâtres, gélatiniformes, ressemblant à de l'empois ou de la colle. L'intestin, dans ces points, était entièrement vide, sans traces de matières fécales, et son réseau capillaire sous-muqueux injecté.

Le foie était dans l'état naturel, sa vésicule contenait une bile jaune verdâtre.

La rate était assez ferme et comme aplatie par une portion du colon qui la comprimait, mais son tissu sain. Il en était de même de celui des reins. La vessie, assez vaste, renfermait de l'urine.

Dans cette observation, les matières stercorales, en s'accumulant dans un point déclive d'une portion du colon, donnèrent lieu à une distension énorme de la partie du même intestin qui se trouvait au-dessus, de manière à décupler son diamètre et à lui faire simuler un estomac dilaté outre mesure par des gaz.

Dans ce cas-ci, comme dans le précédent, on put constater un commencement de ramollissement de la muqueuse dans les régions distendues, et l'existence à sa surface d'une exhalation muqueuse blanchâtre, d'aspect gélatiniforme ou colloïde.

Les seuls symptômes ou signes qui pendant la vie avaient traduit ces lésions avaient été, et encore douze jours seulement avant la mort, époque où probablement se sera effectuée l'accumulation des gaz et des matières fécales, l'inappétence, le météorisme du ventre, une oppression plus grande par suite du refoulement en haut du diaphragme, lequel avait diminué de près de moitié le diamètre vertical de la poitrine et l'absence de diarrhée.

Il eût été bien facile ici de recueillir le volume de gaz considérable renfermé dans le colon; mais je ne pus le faire, malgré le vif désir que j'en avais, faute de vase convenable dans ma salle d'autopsie.

On voit que, chez le sujet de cette observation, l'arrêt des fèces dans un point du gros intestin, et la distension secondaire excessive de ce dernier par des gaz, vint constituer une complication assez grave pour hâter la mort, en s'opposant, par le refoulement du diaphragme, à l'expansion des poumons, qui avait lieu déjà si imparfaitement, par suite du double emphysème existant, et de l'apoplexie pulmonaire probablement survenue dix-huit mois avant la mort, lors des crachemens de sang qui en signalèrent l'invasion à cette même époque.

(La fin à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 MAI.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

PROCÈS-VERBAL.

Après quelques rectifications demandées par MM. Dupuy et Rochoux, le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

M. MOREAU demande la parole pour une motion d'ordre. Il désirerait que les membres du conseil d'administration fissent les démarches nécessaires pour remédier aux mauvaises dispositions acoustiques de la nouvelle salle.

M. DUBOIS (d'Amiens) répond que le conseil s'est déjà occupé de cette question.

M. Rochoux, revenant sur le rapport qu'il a lu dans la dernière séance, au sujet de la communication de M. Marochetti, persiste à croire que l'objet de cette communication était du ressort des commissions ordinaires. Il donne à cette occasion quelques explications nouvelles relativement à l'énoncé de la formule de ce médecin pour le traitement de l'épilepsie.

M. Dubois (d'Amiens) : L'observation de M. Naequart était fondée. De deux choses l'une, ou l'auteur n'avait point indiqué la formule, et dans ce cas il n'y avait pas lieu de faire un rapport, ou la formule était donnée sous le sceau du secret, et dans ce second cas c'était à la commission des remèdes secrets que la communication devait être renvoyée. La décision de l'Académie a donc été conforme aux réglemens. (Cet incident n'a pas de suite.)

CORRESPONDANCE.

M. Dieulafoy, adresse un travail dans lequel il expose un nouveau traitement de l'ascite. Ce traitement consiste à pratiquer des injections iodées dans le péritoine. Il rapporte deux observations de guérisons par ce moyen.

M. Mercier envoie un exemplaire d'un ouvrage qu'il vient de publier, ayant pour titre : Recherches sur la nature et le traitement d'une cause fréquente et peu connue de rétention d'urine.

Cet ouvrage est accompagné d'une lettre d'envoi dans laquelle l'auteur signale deux passages de son livre qui répondent aux dernières observations de M. Leroy-d'Etiolles, l'un concernant la citation des recherches d'Evrard Home, le second dans lequel sont décrites des valvules autres que celles dont parle M. Leroy.

— M. le président annonce qu'il y aura lieu de nommer, dans la prochaine séance, une commission pour la proposition relative au buste de Dupuytren.

— M. Barthélemy était absent lorsqu'on a nommé une commission pour l'examen du cheval artificiel de M. Auzoux ; il demande que M. Girard, plus compétent que qui que ce soit en ce qui concerne l'anatomie du cheval, soit adjoint à la commission. (Adopté.)

M. Londe : On a nommé, dans la dernière séance, une commission pour l'examen des moyens de conservation des cadavres, de M. Dupré. Une commission avait déjà été précédemment nommée pour un objet semblable. Je demande que ces deux commissions soient réunies en une seule.

Il n'y a point d'opposition, cette proposition est adoptée.

RAPPORTS.

MOYEN DE CONSERVATION DES PLANTES MÉDICINALES.

M. Guibourt fait, au nom de M. Loiseleur de Longchamps et au sien, un rapport sur un travail de M. Sabatier, relatif à divers moyens de conservation des plantes médicinales. La commission, sans adopter les procédés de l'auteur, propose, pour toute conclusion, de lui adresser des remercimens. (Adopté.)

OPHTHALMIE ÉPIDÉMIQUE.

M. Velpeau fait un rapport sur un mémoire de M. Morant, ayant pour titre : Relation d'une épidémie d'ophthalmie qui a sévi dans la colonie des jeunes détenus de Mettray.

M. Morant avait remarqué que, chez presque tous les jeunes sujets atteints par l'épidémie, la maladie avait débuté par un coriza ; il a effectivement trouvé, chez un très grand nombre, la membrane de Schneider enflammée. Ayant eu l'occasion depuis de répéter cette observation, il n'hésite pas à prononcer que l'inflammation de la membrane pituitaire est souvent la cause des ophthalmies, surtout chez les jeunes sujets. M. Morant a été conduit, par cette observation, à une thérapeutique nouvelle de l'affection dont il s'agit. Il a essayé d'appliquer au traitement de l'ophthalmie avec inflammation de la pituitaire, les moyens que l'on emploie d'ordinaire contre cette dernière phlegmasie ; il a eu recours à la cautérisation de la membrane muqueuse nasale par le nitrate d'argent. A cet effet, il a employé, tantôt le nitrate d'argent solide, en forme de crayon, introduit dans le méat antérieur des fosses nasales, soit une solution concentrée d'azotate d'argent, soit la pommade à l'azotate d'argent. Quel qu'ait été le procédé auquel il a eu recours, les cautérisations ont été pratiquées deux fois par jour d'abord, pendant la période la plus aiguë de la maladie, puis une fois par jour seulement, etc. Ce moyen lui a réussi, alors qu'il n'avait eu que des insuccès par tous les autres moyens connus.

M. Velpeau, depuis le moment où il a eu connaissance de la communication de M. Morant, a examiné avec soin la pituitaire de tous les sujets atteints d'ophthalmie qui se sont offerts à son observation ; il est forcé d'avouer que ce n'est que dans le plus petit nombre des cas qu'il a vu cette membrane enflammée. Il émet enfin quelques critiques relativement à la dénomination d'ophthalmie scrofuleuse que l'auteur a assignée à cette épidémie, et s'élève à cette occasion contre la classification des ophthalmies suivant leurs causes présumées. Quant au procédé proposé par l'auteur, et consistant à porter les topiques dans les fosses nasales, il pense que c'est là un procédé à conserver.

Le rapporteur propose, en conséquence, les conclusions suivantes : 1° renvoyer le mémoire au comité de publication ; 2° inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats aux places de correspondans.

M. Roux : Je crois avoir entendu, dans le cours du rapport, une phrase qui ne me paraît pas tout à fait orthodoxe. M. Velpeau a dit, si je ne me trompe, qu'il faut établir la distinction des ophthalmies d'après leur siége immédiat, faisant abstraction de leurs causes. Je ne suis pas de cet avis : il y a du vrai dans ce qui a été dit sur les causes spécifiques des ophthalmies ; il est incontestable, par exemple, que dans les ophthalmies scrofuleuses il y a, indépendamment des autres caractères généraux de scrofule qui peuvent éclairer sur leur origine, des caractères locaux particuliers qu'il n'est pas possible de méconnaître. Je demande à M. Velpeau s'il pense qu'on doive négliger ainsi la considération des causes spéciales d'ophthalmies, pour ne tenir compte que des différences de leur siége anatomique.

M. Dupuy regrette qu'on n'ait pas indiqué dans le rapport l'âge des enfans qui ont été atteints d'ophthalmie ; c'est à tort, dit-il, car à une certaine époque de l'enfance le développement des dents peut produire une compression sur les nerfs de la cinquième paire et donner lieu consécutivement à des troubles et des altérations plus ou moins considérables des organes de la vision. Il a vu fréquemment une altération de la cinquième paire donner lieu à des ophthalmies et à diverses autres affections oculaires chez les animaux. L'usage du sublimé produit un effet analogue, ce que M. Dupuy explique par l'action spéciale de cet agent sur les ganglions du grand sympathique dont quelques-uns communiquent, comme on le sait, avec la branche ophthalmique de la cinquième paire de nerfs. C'est ainsi que l'on voit souvent des ophthalmies, loin de s'amender, croître en intensité, au contraire, sous l'influence d'une médication mercurielle.

M. Martin-Solon : D'après M. Velpeau, la qualification des ophthalmies suivant leurs causes n'aurait aucune valeur. Je suis surpris d'avoir entendu tenir à M. Velpeau un pareil langage. Chacun de nous sait quelle importance les praticiens ont attachée de tout temps à cette distinction ; si elle n'en a plus maintenant, je ne sais vraiment à quoi cela peut tenir. Sans doute ce serait un grand progrès que d'avoir trouvé un moyen thérapeutique unique pour toutes les ophthalmies, et je comprendrais alors que cette distinction devînt superflue. Je prie M. Velpeau de me dire s'il pense que l'ophthalmie scrofuleuse ne réclame plus aujourd'hui de moyens spéciaux, et s'il croit que la cautérisation puisse suppléer à l'avenir tous les autres moyens de traitement.

M. Castel : Il y a dans cette dénomination d'ophthalmie scrofuleuse, affectée à l'épidémie en question, un grand vice de langage. Je ne prétends pas dire par là qu'il n'existe point d'ophthalmies scrofuleuses, bien au contraire, mais on ne peut donner ce nom à une ophthalmie épidémique, à moins que l'on ne dise que tous les enfans qui ont été atteints par l'épidémie avaient une diathèse scrofuleuse, ce qui n'est pas admissible. D'un autre côté, est-ce que la cautérisation des fosses nasales eût été un traitement efficace s'il se fût réellement agi d'une ophthalmie scrofuleuse. Enfin, je ferai remarquer que l'auteur ne me paraît pas connaître les rapports de la membrane pituitaire avec la muqueuse oculaire. Je ne vois donc pas qu'il y ait lieu de donner des éloges à l'auteur de ce travail ; je voudrais qu'on se bornât à lui adresser des encouragemens.

M. Rochoux : L'opinion émise par M. Roux est d'une telle importance qu'il doit suffire, il me semble, de l'énoncer, pour qu'elle soit admise par tout le monde. Tout en reconnaissant toute l'importance des lésions locales et de la considération du siége anatomique des maladies, il est encore d'une plus grande importance, à mes yeux, de considérer leur nature spécifique. La syphilis, par exemple, où qu'elle siége, ne réclame-t-elle pas toujours le même traitement ? On sait que l'ophthalmie syphilitique affecte plus spécialement le bord libre des paupières ; cela modifie-t-il en rien le traitement ?

J'ajouterai, relativement au moyen thérapeutique proposé par M. Morant, que si un vésicatoire appliqué sur la tempe guérit une ophthalmie, on peut bien en attendre autant d'un caustique appliqué sur la pituitaire.

M. Velpeau : Je ne répondrai qu'un mot à ce qu'a dit M. Castel, c'est que M. Morant connaît parfaitement les rapports de la pituitaire avec la muqueuse oculaire. En ce qui a été dit par M. Roux et M. Rochoux, je maintiens que dire : une ophthalmie scrofuleuse, sans autre désignation, c'est ne rien dire du tout. J'insiste sur la nécessité de donner aux différentes espèces d'ophthalmies des qualifications anatomiques. Quant aux distinctions suivant leurs causes, c'est autre chose. L'étude anatomique a complètement réformé la science sur ce point. Nous avons fait voir que ce que l'on avait considéré jusqu'ici comme des symptômes d'une ophthalmie spéciale, n'était souvent que le résultat de la différence des tissus affectés. Tout le monde sait jusqu'à quel point certains ophthalmologistes ont poussé la symptomatologie des maladies de l'œil. C'est contre ce système erroné que nous nous sommes élevé surtout. Maintenant cela n'empêche pas que l'on fasse intervenir une distinction secondaire fondée sur les causes spécifiques. M. Rochoux a cité les ophtalmies syphilitiques. Mais la syphilis est une chose matérielle, c'est un virus qui s'inocule. Il n'en est pas de même des scrofules, c'est là l'effet d'une constitution spéciale. De même pour le rhumatisme : le rhumatisme n'est plus aujourd'hui, pour tout le monde, qu'une inflammation des tissus fibro-synoviaux. Il n'y a pas, en un mot, de virus scrofuleux, de virus rhumatismal, comme il y a un virus syphilitique ; on ne peut donc pas assimiler ces maladies et admettre l'existence d'une ophthalmie scrofuleuse, ou rhumatismale, au même titre que l'ophthalmie syphilitique.

M. Gerdy : Il existe aujourd'hui dans la science un esprit de division et de morcellement qui tendrait à faire croire qu'elle consiste tout entière dans les classifications, et que lorsqu'on a bien distingué, divisé et classé, on croit sérieusement avoir fait de la science. L'œil est, comme chacun le sait, un organe très petit. Eh bien! à en croire les pathologistes modernes, il serait susceptible d'une quantité presque innombrable de maladies. Il n'est pas vrai que l'inflammation se circonscrive, ainsi qu'on le dit, à tel ou tel tissu, tel ou tel point limité de l'œil ; dans quelle partie qu'elle débute, elle gagne de proche en proche, s'irradie et finit toujours par envahir une plus ou moins grande étendue de l'organe. Il est bien difficile, en effet, d'admettre que l'inflammation puisse ainsi s'isoler dans un organe aussi complexe, et se borner exclusivement à chacun des différens élémens qui le constituent. Cette distinction n'est pas naturelle, elle n'est pas vraie, elle n'existe que dans les livres des pathologistes. J'ai vu un grand nombre de fois des sujets atteints d'inflammation des différens tissus de l'œil, éprouver et accuser toujours les mêmes symptômes. C'est toujours de la douleur et de la chaleur, du larmoiement, de la photophobie et des

maux de tête, quelle que soit la partie de l'œil affectée. Il faut donc étudier et décrire l'inflammation de l'œil tout entier, en ajoutant toutefois que telle ou telle partie peut être plus particulièrement affectée, mais sans accorder à cette distinction une plus grande importance, car les symptômes que l'on prétend assigner à l'inflammation circonscrite à tel ou tel tissu, tel ou tel point, ne sont point réels. Sans doute les caractères anatomiques sont différens, mais les symptômes généraux qui en sont le retentissement sont toujours les mêmes. Le traitement est-il différent? Pas le moins du monde. On peut bien sans doute le modifier quelque peu, suivant les circonstances inhérentes aux caractères particuliers des tissus malades, mais le fond du traitement reste toujours le même.

M. Velpeau : Je suis, jusqu'à un certain point, du même avis que M. Gerdy, car je m'élève journellement aussi contre la classification allemande; mais je trouve qu'il va trop loin, et je ne partage pas son opinion jusqu'au bout. De ce que les élémens anatomiques de l'œil sont très rapprochés et groupés dans un petit espace, ce n'est pas une raison pour que chacun d'eux ne puisse présenter des symptômes morbides particuliers. Ce sont ces symptômes particuliers, propres à chacun des tissus de l'œil, qu'il faut distinguer des symptômes communs à toute ophthalmie. Pourquoi veut-on qu'il en soit autrement pour l'œil que pour les autres organes? Ne voit-on pas dans la poitrine les poumons et la plèvre, le cœur et le péricarde être, tantôt simultanément, tantôt isolément affectés et présenter chacun leurs symptômes propres? De ce que dans chacun de ces cas il y aura de la fièvre, dira-t-on que ce ne sont point des maladies différentes et qu'il n'est point possible de les distinguer? Tout le monde sait bien, au contraire, que ces maladies ne peuvent pas être confondues quand on les a vues une fois avec soin. Je maintiens donc que pour les maladies de l'œil les distinctions sont aussi faciles pour ceux qui veulent se donner la peine de les bien observer. L'inflammation de la conjonctive n'offre pas les mêmes symptômes que celle de la cornée, celle de la cornée que celle de l'iris, etc. Il n'est pas exact de dire, comme l'a dit M. Gerdy, qu'il y a dans tous les cas de la douleur, de la photophobie, du larmoiement et de la céphalalgie. Non; les malades qui n'ont qu'une conjonctivite n'ont pas de photophobie, ils n'ont pas même de céphalalgie, tandis que chez ceux qui ont une kératite, même très légère, ces symptômes acquièrent le plus haut degré d'intensité. Sans doute, il arrive que, chez certains malades, l'inflammation envahissant tout à la fois les tissus de l'œil, il n'est pas possible alors d'en distinguer les symptômes propres; mais cette distinction est toujours possible, je le répète, lorsque l'inflammation est limitée et circonscrite à un seul des tissus de l'œil.

M. Gerdy a dit que cette distinction était sans importance pour le traitement, que dans tous les cas on avait recours aux mêmes moyens. Il me serait aisé de démontrer qu'il en est tout autrement et que les moyens topiques sont, au contraire, très variables. Quant au traitement général, c'est différent; il reste toujours le même; mais n'en est-il pas ainsi pour toutes les inflammations en général?

MM. Roux, Bérard et Gerdy demandent la parole. Plusieurs membres demandent qu'on vote sur les conclusions du rapport et que la discussion soit renvoyée à une autre séance.

Cette proposition est appuyée. En conséquence, ces conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. La suite de la discussion est ajournée à la prochaine séance.

LECTURES ET PRÉSENTATIONS.

OBÉSITÉ DU CORDON OMBILICAL.

M. Hamel obtient, sur la demande de M. Hamel son homonyme, membre de l'Académie, un tour de faveur pour une lecture. Il lit une observation relative à un cas d'obésité du cordon ombilical, et des considérations sur l'influence de cette obésité sur l'accouchement prématuré.

CANCER DES PAUPIÈRES.

M. Gerdy présente un malade sur lequel il a une première fois enlevé un cancer siégeant à l'angle externe de l'œil. Le mal étant récidivé et ayant envahi la presque totalité de la paupière supérieure, M. Gerdy a dû faire l'excision de cette paupière. Malgré cette mutilation, l'œil peut être presque entièrement recouvert, et bien que les points lacrymaux n'existent plus, le sujet n'en éprouve aucune incommodité. M. Gerdy insiste sur l'importance de ce fait qui montre que l'une des paupières peut être enlevée en totalité, et les voies lacrymales détruites sans qu'il en résulte aucun trouble notable dans l'exercice de la vision.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ANNALES D'HYGIÈNE MÉDICALE.

ANNÉE 1843.

RELATION DES EXHUMATIONS FAITES APRÈS DIX ANS DES MORTS DES JOURNÉES DE JUILLET 1830; par M. Gaultier de Claubry.

Ces exhumations qui ont été faites sur quinze points différens ont offert sur quelques-uns des difficultés qu'on n'avait pas prévues, bien que cependant on eût pu les prévoir. Si les 574 corps qui devaient être exhumés eussent été ensevelis dans les mêmes conditions, on aurait pu espérer les trouver dans le même état, mais il n'en était point ainsi; de là la grande variété d'états où se trouvaient ces corps, depuis des ossemens secs et complètemens dépouillés de toute matière organique jusqu'à la putréfaction la plus absolue, le passage à l'état *gras* et la conservation plus ou moins complète de certaines parties du corps. Signaler ces divers états et les causes auxquelles on doit les attribuer, tel est le but de ce mémoire où l'auteur a exposé toutes les observations faites pendant cette opération qui n'a pas été sans danger sur quelques points en raison de la saison où elle était faite et de l'état de putréfaction de quelques-uns des corps. Il était donc bien important de recueillir ces faits qui doivent contribuer à jeter quelque jour sur les modifications successives des diverses parties sur la nature des composés qui se produisent successivement, et sur la détermination de l'époque à laquelle peut remonter l'inhumation d'un corps. Sous ces divers points de vue, le travail de M. Gaultier de Claubry présente donc un intérêt considérable en raison des matériaux qu'il contient pour la solution de ces questions importantes de médecine légale.

NOTE SUR UNE ALTÉRATION SINGULIÈRE DU PAIN; par M. Guérard.

NOTE SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE OBSERVÉE SUR LE PAIN; par M. Gaultier de Claubry.

NOTE SUR LE PAIN MOISI; par M. Chevallier.

La moisissure du pain ne dépend pas toujours de la production des mêmes végétaux; ainsi celle dont parlent ici MM. Guérard et Gaultier de Claubry était due à une mucédinée, *penicillium roseum* et *penicillium oidium*, qui, vers le troisième ou quatrième jour, se développent sur le pain de quelques boulangers de Paris et de la manutention militaire. Les farines qui avaient servi à faire ces pains examinées au microscope contenaient une si grande quantité de sporules qu'il était facile d'y constater leur présence en les délayant convenablement. M. Guérard conclut de ses observations qu'il sera facile de tirer parti de ces farines ou d'autres qui offraient le même genre d'avarie : 1° en les mélangeant avec des farines supérieures; 2° en diminuant la quantité d'eau employée à la manutention; 3° en consommant le pain dans les trois jours qui suivront sa préparation. M. Chevallier cite dans sa communication quelques faits empruntés aux auteurs et qui font connaître les effets du pain moisi sur l'homme et les animaux.

NOTE DE STATISTIQUE MÉDICALE SUR LA MAISON CENTRALE DE FORCE ET DE CORRECTION DE NISMES; par le docteur Boileau, de Castelnau, chirurgien de cette prison.

Nous ne signalerons dans ce travail intéressant qu'un seul fait, mais qui nous paraît très important, c'est l'accroissement de la mortalité dans cette prison depuis trois ans, c'est-à-dire depuis qu'on a exclu en 1839 le vin du régime des prisonniers, tandis qu'auparavant ils en recevaient un demi-litre matin et soir, ce qui était trop. Suivant M. Castelnau, le vin qui dans d'autres contrées est un objet de luxe fait au contraire dans le Midi et dans le bas Languedoc la base de la nourriture du pauvre. Pris à une ration modérée, le vin est nécessaire comme tonique pour parer aux effets de l'encombrement. Sans doute, dit M. Castelnau, la nourriture des prisonniers doit être celle des pauvres; mais il faut qu'elle soit en raison du climat, de la localité où ils sont enfermés, de la qualité de l'air qu'ils respirent, de leurs professions, etc. Or, à Nîmes il semble que l'on ait fait tous les efforts possibles pour rendre insalubre ancien un fort bâti sur une élévation qui domine la ville.

DE L'EXAMEN DES TACHES DIVERSES QUI PEUVENT ÊTRE L'OBJET DE RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES DANS LES EXPERTISES JUDICIAIRES; par le docteur H. Bayard.

L'étude de ces taches, qui est, on peut dire, d'une origine toute récente, n'a pas reçu encore toute l'attention et les développemens dont elle est susceptible. Aussi l'auteur se propose-t-il, dans ce mémoire, d'étudier successivement toutes les questions qui se rapportent à l'examen médico-légal des taches de diverses natures qui peuvent être le sujet d'expertises judiciaires, et en présentant le résumé des travaux épars dans les divers recueils, d'exposer les recherches nouvelles qui lui sont propres. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette exposition, et sommes forcés de nous borner à la simple énumération de questions dont il s'occupe, et qui sont distribuées dans les trois parties suivantes :

1° Taches de sang; taches de rouille, de peinture, de sucs de plantes, de tabac, de fumier, pouvant être confondues avec des taches de sang.

2° Taches formées par le sperme; les larmes; le mucus nasal; la salive; le mucus vaginal simple, caséeux, leucorrhéique, blennorrhagique, *puriforme*.

3° Taches d'urine; taches de matières fécales; taches de lait; taches

produites par des liquides mucilagineux, albumineux, gommeux, oléagineux, savonneux; taches de boue, de poussière; de plâtre, de poudre, etc.

L'auteur a fait, dans ses recherches, un utile usage du microscope; car, dit-il avec raison, cet instrument, dans les mains de ceux qui veulent l'employer avec conscience, ne fait pas voir tout ce que l'on veut trouver, comme l'ont prétendu quelques hommes inhabiles à s'en servir on trop intéressés à en proscrire l'usage.

DES BREVETS D'INVENTION DÉLIVRÉS POUR REMÈDES SECRETS; par A. TRÉBUCHET.

M. Trébuchet signale, dans cette note, une erreur dans laquelle sont beaucoup de médecins, et que paraît même avoir partagée l'Académie royale de médecine, en supposant aux brevets d'invention pour remèdes secrets une valeur qu'ils n'ont pas. Le brevet d'invention n'est autre chose qu'un certificat, une reconnaissance de priorité, une *prise de date*. Le gouvernement n'examine pas, en le délivrant, comme il le fait sur simple requête et sans examen préalable, la question de danger ou d'incommodité; cet acte ne donne donc d'autre droit que celui de faire et de vendre l'objet inventé, par privilége et à l'exclusion de tous autres, si les lois ou les réglemens de police ne s'y opposent pas. Il est évident que les titulaires de ces brevets restent soumis aux dispositions des lois et décrets des 21 germinal an XI et 18 août 1810, d'après lesquelles on ne peut préparer et vendre que les remèdes compris dans quatre catégories, parmi lesquelles on ne trouve pas les remèdes secrets. Ces principes ont été sanctionnés fréquemment par les tribunaux, et en dernier lieu par un arrêt de la Cour de cassation, fait important en cette matière, et dont les principaux motifs sont rapportés par l'auteur.

DU TRAVAIL DES ENFANS DANS LES MINES ET HOUILLÈRES DE LA GRANDE-BRETAGNE ET DE LA BELGIQUE; DE SON INFLUENCE SUR LEUR SANTÉ ET SUR CELLE DE CETTE CLASSE D'OUVRIERS; par M. DUCPETIAUX.

Ce travail n'est en partie que l'analyse de l'une de ces enquêtes que le gouvernement anglais fait faire depuis quelques années sur une foule de questions restées obscures jusqu'ici, et qui paraissent devoir être éclairées par les recherches statistiques, enquêtes qui elles-mêmes ne sont que l'analyse de matériaux bien plus considérables, et qui, pour les mines d'Angleterre seulement, forment deux énormes volumes in-4°.

Ce travail, dans lequel on trouve des révélations qui indiquent la mesure des soins et de l'attention avec laquelle sont faites ces diverses enquêtes, est d'une grande valeur, et nous regrettons de ne pouvoir en présenter une analyse suffisante.

NOTE SUR LA NÉCESSITÉ D'AUGMENTER LE DIAMÈTRE DES PRISES D'AIR ET DES BOUCHES DE CHALEUR DES POÊLES ET DES CALORIFÈRES; AFIN QUE CES APPAREILS SERVENT LE MIEUX POSSIBLE AU CHAUFFAGE, A LA VENTILATION ET A L'ASSAINISSEMENT DE NOS MAISONS; par M. DARCET.

Le titre de cette note indique son but et son importance; nous nous bornerons donc à préciser autant que possible le diamètre que doivent avoir les prises d'air on les bouches de chaleur des poêles pour qu'on obtienne du combustible consommé tout le calorique possible. Suivant M. Darcet, ce diamètre devra être d'autant de fois 12,5 décimètres carrés d'ouverture qu'on voudra brûler de kilogrammes de bonne houille par heure dans ces appareils, qui fourniront alors par heure et par chaque kilogramme de houille 900 mètres cubes d'air chaud.

DE LA NÉCESSITÉ DE RÉGLEMENTER LA VENTE DE LA COQUE DU LEVANT; par M. CHEVALLIER.

La coque du Levant, qui est employée si fréquemment à la pêche du poisson qu'elle enivre, a déterminé si souvent des accidens graves chez les individus qui avaient fait usage de poisson pêchés par cette méthode, qu'il serait utile de faire cesser ce mode de pêche. Voici le moyen que propose l'auteur pour y arriver, ce serait d'exiger l'exécution des formalités imposées par l'art. 35 de la loi du 21 germinal an XI; car la coque du Levant est classée, par la loi du 15 avril 1829, parmi les poisons, et son usage puni d'une amende de 30 f. à 3,000 f., et d'un emprisonnement de un à trois mois.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA QUESTION DE SURVIE; par le docteur OLLIVIER (d'Angers).

La législation, en posant des principes absolus d'après lesquels les tribunaux doivent établir leurs décisions dans les questions de survie, a voulu cependant que ces principes ne fussent appliqués que dans les cas où la présomption de survie ne pouvait être déterminée par les circonstances du fait; mais l'appréciation du fait se rattache à des circonstances très variables, et où le médecin est souvent appelé à donner son avis. C'est sur quelques-unes de ces circonstances variables que M. Ollivier appelle l'attention dans le travail que nous avons sous les yeux. Insistant spécialement sur l'impossibilité d'établir des principes généraux et précis pour toutes les questions de survie, et sur la nécessité de ne chercher les élémens de cette solution que dans l'examen et la discussion de chaque cas particulier, et prenant pour exemple l'influence du sexe sur la rapidité de la mort dans l'asphyxie par le charbon, qui est une cause si fréquente de morts plus on moins simultanées, il examine si l'on peut admettre, avec M. Devergie, que les femmes succombent moins rapidement que les hommes, et fait voir qu'on n'a pas assez tenu compte des circonstances différentes de dix-neuf cas de suicide double par asphyxie, sur le résultat desquels cette opinion a été basée. Puis, passant à deux faits particuliers relatifs, l'un à l'assassinat des époux Maës, l'autre à une affaire qui se rattachait à la catastrophe du chemin de fer, et indiquant toutes les recherches faites à l'occasion de ces deux faits, les conclusions qu'il en a tirées dans les deux consultations qu'il a rédigées, et les argumens sur lesquels il s'est appuyé, il fait ressortir que, dans les questions de ce genre, l'expert doit surtout s'attacher à bien examiner et à apprécier exactement les caractères des diverses lésions qui existent sur les cadavres; car toutes les présomptions de survie peuvent alors être uniquement basées sur le degré de léthalité des blessures dont on constate l'existence, ou sur la nature des phénomènes qui ont précédé ou accompagné la mort, et dont le cadavre conserve les traces. Les deux consultations que cite ici si à propos l'auteur sont des exemples extrêmement remarquables de tout ce que l'on peut attendre de l'interprétation judiciaire des circonstances propres à chaque cas, même dans les faits en apparence les plus compliqués, et prouvent dans combien peu de cas les magistrats devront user de l'arbitraire que leur a laissé la loi.

OBSERVATIONS ET RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR CETTE QUESTION : L'ABSENCE COMPLÈTE DE LA RESPIRATION CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ N'EXCLUE PAS LA POSSIBILITÉ DE L'INFANTICIDE; par M. OLLIVIER (d'Anger).

La réponse à cette question est fournie par un fait généralement connu; celui que quelques enfans peuvent, dans certains cas, vivre plus ou moins longtemps après leur naissance sans respirer. Si donc sur un enfant mort dont les poumons offriraient les caractères qu'ils ont chez les enfans mort-nés, on observait des traces de blessures accompagnées des signes qui ne se manifestent que sur le corps vivant, la coagulation du sang, on pourrait en conclure que ces blessures ont été faites pendant la vie de l'enfant et même qu'elles ont empêché l'établissement de la respiration (si ces blessures étaient de nature à entraîner la mort rapidement) et conséquemment qu'il y a en infanticide.

Deux faits rapportés avec détails démontrent l'exactitude de cette assertion.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE, LA CONFORMATION ET LA STATURE DES ENFANS ET DES ADOLESCENS EMPLOYÉS DANS LES MINES DE HOUILLE DE LA GRANDE-BRETAGNE; par M. VILLERMÉ.

Ce travail comme celui de M. Ducpetiaux dont nous parlions à l'instant a été puisé à la même source, c'est-à-dire dans le rapport officiel de l'enquête publiée par ordre du gouvernement anglais sur la santé des ouvriers employés dans les mines d'Angleterre; mais cette enquête si riche de matériaux, après avoir fourni à l'habile économiste d'utiles et importans documens sur le travail des enfans dans les mines considérées surtout sous le point de vue le plus large, devait en fournir de non moins intéressans au physiologiste et au médecin qui examineraient les mêmes faits sous un autre point de vue et d'une manière plus spéciale; telle est l'origine du travail de M. Villermé dont nous allons signaler quelques-uns des résultats les plus saillans.

Le travail des mines donne un développement considérable à certaines parties de l'appareil musculaire, et surtout aux épaules, à la poitrine, aux bras et aux jambes, en sorte que dans les mines qui sont hautes et larges ce travail donne aux ouvriers un caractère particulier de beauté et de force; mais dans celles où le peu de hauteur des galeries ne permet pas aux enfans, bien moins encore aux adultes, de se tenir debout, et qui sont de beaucoup les plus nombreuses, la taille des ouvriers reste d'autant plus petite que les galeries sont plus basses, et que les enfans ont commencé à y travailler plus jeunes. Ces ouvriers sont donc non seulement plus petits, plus courts que les autres du même âge, mais leurs jambes sont fréquemment arquées, leur tronc offre souvent des proportions irrégulières, des courbures vicieuses de la colonne vertébrale

et des déformations de la poitrine. Chez les ouvriers de certaines usines, ce sont les muscles des épaules et de la poitrine qui prédominent ; chez d'autres même ce sont les muscles du dos ou des lombes ; ailleurs ceux des bras ou des jambes. Les mineurs adultes sont généralement maigres et de chétive apparence, en raison des violens efforts musculaires qu'ils font et de la transpiration abondante qu'entretient la température élevée des mines un peu profondes ; aussi ces hommes sont-ils inférieurs sous tous les points de vue physiques à ceux qui se livrent aux travaux d'agriculture.

Un fait non moins important est le retard de la puberté observé chez les jeunes gens des deux sexes, mais surtout chez les garçons qui travaillent dans les mines de houille. Parmi un grand nombre de jeunes gens, depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 19 ans, aucun ne présentait le moindre signe de puberté.

Il résulte donc de l'enquête que le travail des enfans dans les mines de houille à l'âge tendre où il commence en Angleterre ralentit l'accroissement de ces jeunes ouvriers, retarde leur puberté, allonge même la période de l'enfance, raccourcit celle de la virilité en amenant dès la première année de l'âge adulte de graves maladies qui affaiblissent bientôt la constitution physique, et accélèrent la chute de toutes les forces. C'est à ce point que la virilité, la période de la vie humaine la plus longue, et de beaucoup ne dure pas pour les ouvriers des mauvaises mines plus que la période de croissance ; que pour un nombre considérable d'entre eux la vieillesse arrive à 40 ans et qu'ils meurent beaucoup plus tôt que les autres.

DE LA CONSERVATION DES MEUBLES, DES GRAVURES, DES LIVRES, ETC., DANS LES MAISONS DE CAMPAGNE QUI NE SONT PAS HABITÉES PENDANT L'HIVER ; par M. d'ARCET.

Bien que ce sujet appartienne plutôt à l'économie qu'à l'hygiène, nous ferons pourtant connaître le procédé qu'emploie M. d'Arcet dans le cas dont il parle. Il réunit dans une grande pièce située au premier étage tous les meubles et objets pour lesquels il a à craindre les effets de l'humidité. Puis après avoir fermé toutes les portes et les fenêtres et avoir collé du papier sur toutes les jointures, avoir clos exactement la trape de la cheminée, il pose au milieu de la pièce sur une table une caisse en plomb chargée de chlorure de calcium fortement desséché et légèrement inclinée et offrant à son fond et à une de ses extrémités un déversoir à bec au-dessous duquel est un vase prêt à recevoir le liquide qui s'écoulera de la caisse. Il se retire ensuite, ferme et calfeutre la dernière porte, et revenant après l'hiver trouve tous les meubles parfaitement secs et même plus desséchés qu'ils ne l'étaient en plein été.

Le même chlorure de calcium peut être desséché et employé de nouveau. Quant à la quantité de chlorure de calcium employé, elle doit être d'une quarantaine de livres pour une pièce d'une dimension ordinaire.

DE L'EMPLOI INDUSTRIEL DE L'OXIDE DE CARBONE ET DE L'ACTION DE CE GAZ SUR L'ÉCONOMIE ; par le docteur GUÉRARD.

Depuis quelques années, on s'occupe avec activité dans plusieurs usines de la substitution des gaz inflammables aux combustibles en nature, employés jusqu'ici d'une manière exclusive. Mais l'emploi de ces gaz combustibles peut compromettre la santé des ouvriers, sous le double rapport de l'asphyxie et des explosions auxquelles ils peuvent donner lieu. Déjà on a observé un assez grand nombre d'accidens, résultant de l'inspiration de ces gaz dans les usines où ce mode de chauffage est en activité, ce qui a engagé l'auteur à réunir, dans cette communication, quelques faits relatifs à l'action de l'oxide de carbone en particulier sur l'économie animale.

C'est à l'action de l'oxide de carbone qui a été expérimenté sur l'homme par S. Witter, en 1814, que l'auteur attribue les accidens survenus dans les usines où l'on fait déjà usage des gaz inflammables comme combustibles, signalés par MM. Laurens et Thomas, qui ont été témoins d'une trentaine de cas d'asphyxies, résultant de l'inspiration de ces gaz ; ceux qui ont signalé l'ascension aérostatique que M. Dupuis Delcourt exécuta en juin 1841 ; ceux enfin qu'ont éprouvés deux personnes, qui moururent asphyxiées en mars dernier dans le faubourg St-Antoine, pour avoir laissé dans leur chambre à coucher, près de la cheminée, un fourneau où il y avait de la braise allumée, et qu'ils avaient seulement recouverte d'une vieille casserole en fer-blanc. Dans tous ces cas, ce ne fut point à l'acide carbonique que furent dus les accidens, car ce gaz est d'une innocuité presque complète comparé au gaz oxide de carbone ; car il suffit que ce gaz soit à la dose de 15 à 20 pour cent dans l'air inspiré pour déterminer des accidens graves. Or, il est important de se rappeler que ce gaz prend naissance toutes les fois que du charbon brûle, sans recevoir la proportion d'oxigène nécessaire à sa transformation en acide carbonique.

HYGIÈNE ET ÉDUCATION DES IDIOTS ; par ED. SÉGUIN, ex-instituteur des idiots à l'hospice des Incurables, actuellement chargé des mêmes fonctions à Bicêtre.

Ce n'est que depuis peu de temps que l'on s'occupe un peu du sort des malheureux idiots, confondus naguère avec les forçats, aujourd'hui encore avec des aliénés et les épileptiques ; déjà quelques bons esprits, quelques philantropes avaient appelé l'attention sur eux, mais M. Séguin est le premier qui ait mis la main à l'œuvre, et les résultats qu'il a déjà obtenus de ses efforts donnent l'espoir de voir rendre à la vie humaine et à la société une classe d'êtres qui jusqu'ici sont restés tout à fait en dehors, et dont le chiffre s'élève, pour la France senlement, si nos renseignemens sont exacts, à plus de 20,000. Malheureusement ces résultats sont peu connus, et peut-être avons-nous même quelques reproches à nous adresser à cet égard. Mais nous espérons réparer prochainement ce retard, et faire connaître à nos lecteurs les résultats pratiques obtenus par M. Séguin. En attendant, nous allons présenter brièvement les bases de la méthode dont il s'est servi dans ses travaux destinés, non pas à guérir les idiots, mais à les faire participer aux bienfaits de l'éducation.

Cette méthode, que l'auteur appelle *positive* parce qu'elle tient compte des anomalies physiologiques et psycologiques, parce qu'elle part, pour chaque enfant, du connu et du possible, si bas qu'il soit dans l'échelle des fonctions, pour l'amener graduellement et sans lacune au connu et au possible de tout le monde, est le résultat de son expérience personnelle. Voici comment il a résumé lui-même les principales opérations qu'elle comprend. « Par la gymnastique proprement dite et dirigée convenablement, on fortifie le système musculaire ; par une excitation mécanique, on exerce les muscles volontaires des membres, du tronc et de la face ; par les *dum-bells* et le balancier, on régularise les forces des deux moitiés du corps, d'où naît l'équilibre dans la station, la marche, etc., etc. ; par la gymnastique des sens, on met le sujet en communication précise et rapide avec lui-même et avec les phénomènes extérieurs ; on fait plus, on le dispose à la vie intellectuelle par l'étude des notions, et les notions conduisent aux idées concrètes ; par la parole, la lecture et l'écriture, on fait entrer le sujet dans le champ des abstractions, où les nombres et la moralité lui donnent le sentiment des rapports qu'il devra établir avec ses semblables...... Beaucoup d'enfants abandonnés comme idiots peuvent être conduits jusque-là ; mais nul doute aussi qu'un certain nombre d'entre eux ne puisse jamais franchir la distance qui sépare les notions des idées, ou les idées concrètes des idées abstraites...... Il en est encore un petit nombre sur lesquels l'éducation ne peut guère modifier que les habitudes les plus repoussantes, ceux surtout dont l'idiotisme est compliqué d'épilepsie, de paralysie, de rachitisme, etc. De même qu'il y a des maladies incurables, il faut bien reconnaître aussi des cas d'idiotisme à peu près réfractaires à tous les moyens possibles d'éducation..... Mais ce n'est pas une raison pour abandonner tous les idiots sans exception à l'état déplorable dans lequel ils se trouvent. Le temps est venu de faire pour les idiots quelque chose d'analogue à ce qui se pratique dans les nombreuses écoles de sonrds-muets. »

Ces principes sont justes ; l'expérience a prouvé qu'ils pouvaient être appliqués avec succès. Nous désirons qu'ils le soient sur une vaste échelle. Mais pourquoi faut-il que nous lisions, quelques lignes plus bas : « Ce but utile, il faut l'atteindre et y arriver au milieu des préoccupations, des vanités, des calomnies même......! » Quoi ! déjà des calomnies pour une œuvre d'humanité qui dure depuis sept ans sans réclames, sans publicité et sans avantage honorifique ni pécuniaire !

NOTE SUR LA VENTILATION DES FILATURES ; par le docteur GUÉRARD.

Le séjour dans les ateliers de filature est pénible et malsain, et quelques causes que l'on attribue à cette circonstance, il est certain que le renouvellement de l'air avec assez de force pour entraîner au dehors les nombreuses molécules qui se dégagent continuellement des matériaux est le seul moyen d'assainissement que l'on puisse employer. Le ventilateur à force centrifuge construit par M. Pouyer à la filature de coton de Saint-Wandrille, près Rouen, paraît à M. Guérard produire tout ce qu'on peut attendre d'un moyen de ce genre. Ce ventilateur est placé au rez-de-chaussée du bâtiment, qui a en outre trois étages et se compose d'un tambour dans lequel son axe met en mouvement quatre ailes en bois qui font de 360 à 380 tours à la minute. Cette machine déplace de 40 à 50 mètres cubes d'air par minute ; la force nécessaire pour la mettre en mouvement est d'environ un dixième de cheval ; le prix de construction et d'établissement de cet appareil ne s'est élevé qu'à 100 fr. Il fonctionne de la manière la plus satisfaisante et avec une aspiration modérée. On voit, sous son influence, de légers flocons de coton s'élever, se diriger lentement vers l'ouverture de l'aspiration, et enfin disparaître. Le chauffage, en

hiver, est facile, et la température ne diffère pas de plus d'un à deux degrés de ce qu'elle était avant l'emploi du ventilateur.

Depuis la construction de ce ventilateur, on a cessé d'éprouver une impression pénible en entrant dans les ateliers; l'air y est pur. Les ouvriers offrent, en général, un teint coloré qui contraste avec la pâleur d'un grand nombre de leurs camarades employés dans d'autres usines; enfin, quelques vieilles ouvrières, qui avaient renoncé aux travaux de la fabrique par suite de l'oppression intolérable qu'elles en éprouvaient, y ont repris de l'ouvrage et l'exécutent sans la moindre fatigue.

DE LA VÉRIFICATION DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS; NÉCESSITÉ D'ÉTENDRE CETTE MESURE A TOUTES LES VILLES ET COMMUNES DE FRANCE.

Ce travail contient un assez long historique de la création pour la ville de Paris du *comité d'inspection de la vérification des décès*, comité dont la nécessité n'était point évidente, mais dont l'utilité n'était point douteuse. Les vérificateurs des décès n'étaient, d'après l'organisation du service, sujets à aucun contrôle, il était juste qu'on en établit une; tel est le seul motif réel de cette création. Nous avons lieu d'espérer que les membres de ce comité s'abstiendront encore plus que ne l'ont fait les vérificateurs de toute espèce de contrôle sur le traitement suivi pendant la vie des malades, et de toute critique sur les moyens employés. On connaît les inconvéniens de ces jugemens portés (sans aucun motif d'intérêt personnel sans doute) sur des faits qu'on ignore, et combien les parens sont disposés à entendre et à exagérer, dans ce moment, le moindre blâme contre celui qui n'a pas pu prévenir une terminaison funeste.

Nous joignons nos vœux à ceux de l'auteur qui demande, et pour de fort bonnes raisons, qu'un service de vérification des décès analogues à celui qui existe à Paris soit établi dans toutes les villes et communes de France. Nous demanderons pourtant si, avant d'adopter cette mesure, il ne serait pas plus utile d'assurer d'abord des soins à tous les malades pendant qu'ils vivent encore, sans quoi le médecin vérificateur pourrait bien fréquemment être le seul homme de l'art qu'on eût jamais appelé pour le défunt. Les cas de ce genre qui ne sont pas très rares à Paris seraient bien plus fréquens en province, dans les campagnes.

NOTE SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT LE CUIVRE; par M. CHEVALLIER.

Cette note est le résultat des réponses faites par MM. les docteurs Piedoye et Baudry, habitant Ville-Dieu-les-Poêles, petite ville du département de la Manche, où l'on travaille le cuivre en grand, à quelques questions que leur avait adressées M. Chevallier sur l'état sanitaire des nombreux ouvriers en cuivre qui s'y trouvent. Voici quelques-uns des faits les plus intéressans.

La colique à laquelle quelques-uns de ces ouvriers sont sujets, ceux surtout qui travaillent sur le cuivre jaune, a dans sa marche, ses symptômes, sa durée, sa terminaison, son traitement, une complète identité avec la colique de plomb. C'est à tort que les auteurs on écrit que le dévoiement était dans la colique cuivreuse un symptôme caractéristique et différentiel de la colique saturnine. Les récidives de la colique de cuivre sont rarement annuelles; elles amènent à la longue une paralysie des muscles extenseurs de la main, mais jamais la mort.

Sur 160 ouvriers 7 avaient des difformités aux mains qu'ils attribuaient à l'ébranlement communiqué au manche du marteau. Chez ces ouvriers la durée de la vie n'est pas abrégée; mais la vieillesse est anticipée, en ce sens que peu d'entre eux sont en état de travailler après l'âge de soixante ans.

DE LA SANTÉ DES OUVRIERS EMPLOYÉS DANS LES MANUFACTURES DE TABAC; rapport adressé par M. SIMEON, directeur-général de l'administration des tabacs, au ministre du commerce.

Ce rapport contient sur la santé des ouvriers employés à la manipulation des tabacs des documens qui ne manquent pas d'intérêt et qui confirment complètement les observations sur le même sujet consignées dans le premier volume des ANNALES D'HYGIÈNE; car il résulterait de ce nouveau rapport que la fabrication du tabac non seulement n'exerce aucune influence défavorable sur la santé des ouvriers qui s'y livrent, mais même aurait dans quelques cas une action préservatrice; cependant les faits rapportés à l'appui de cette dernière proposition, nous le dirons franchement, n'ont que bien peu de valeur et se réduisent aux suivans. A Morlaix, où la dysenterie a régné épidémiquement pendant deux mois, peu d'ouvriers (en tabac) en avaient été atteints, et ceux sur lesquels elle a frappé étaient des hommes d'une constitution usée ou altérée par les excès; à Lyon, où les affections typhoïdes sont communes, elles sont rares chez les ouvriers de la manufacture; à Tonneins, où la suette miliaire a régné d'une manière presque générale, les ouvriers en ont été exempts; enfin, si nous en croyons M. le directeur-général, la phthisie elle même serait moins fréquente et aurait une marche moins rapide chez les ouvriers des manufactures de tabac que dans le reste de la population. Avant d'adopter ces conclusions comme exactes, il y aurait un point très important à décider, savoir si la population employée dans les manufactures de tabac n'est pas dans des conditions beaucoup meilleures sous les points de vue de la régularité du travail et du salaire, que la plus grande partie du reste de la population; c'est là pour nous qu'est la vraie cause de la supériorité des classes qui sont employées par le gouvernement. Qu'on mette les autres classes ou qu'on les oblige à se mettre dans des conditions analogues et on obtiendra des résultats analogues.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LES MALADIES SIMULÉES; par le docteur OLLIVIER (d'Angers.)

Pour faciliter l'étude des cas qui se rattachent à la simulation des maladies, M. Ollivier les a groupées en trois ordres principaux, dont le nom indique suffisamment les caractères distinctifs, et qui ont rapport, 1° aux maladies *prétextées ou supposées*; 2° aux maladies *provoquées*; 3° aux maladies simulées. Depuis la publication de son premier mémoire sur ce sujet, tous les cas de simulation qu'il a observés ont pu être rapportés sans difficulté à l'un des trois ordres indiqués ci-dessus. Cette communication est consacrée au récit des plus importans de ces faits nouveaux, car, comme le dit l'auteur avec raison, les investigations auxquelles on s'est livré dans un cas particulier enseignent assez souvent celles qu'il convient de faire dans un autre. Nous ne reproduirons pas ces faits en détail, mais nous indiquerons quelques-unes de leurs principales circonstances.

Le premier est le cas de cette femme de Paris qui, ayant eu, il y a à peine un an, le malheur d'être mordue par un chien, eut encore un plus grand malheur, celui de tomber entre les mains d'un guérisseur (officier de santé pourtant), qui, pour avoir le droit de demander quinze cents francs d'honoraires, lui dit que le chien lui a communiqué le *pian* et la soumet à un traitement absurde, qui n'a pas d'autre effet que d'aggraver le mal et de retarder la guérison. Ce cas peu difficile est remarquable sous d'autres points de vue, que nous n'avons pas besoin de signaler.

Le deuxième fait, qui est un exemple de maladie provoquée, est l'histoire d'un homme qui, après en avoir assassiné un autre dans une rixe, se fit lui-même plusieurs blessures légères pour en tirer la preuve qu'il n'avait frappé qu'en se défendant contre l'agression dont il était lui-même l'objet. Celui-ci offre plus d'intérêt sous le point de vue médico-légal.

Le troisième rang parmi les maladies simulées proprement dites est plus important encore. Le sujet était cette anglaise dont ont entendu parler tous les médecins de Paris, il y a deux ans, et qui, venue à Paris probablement dans le but d'exploiter la charité de ses compatriotes dans un pays étranger, a réussi aussi à surprendre la bonne foi et même le savoir de plusieurs de nos plus célèbres confrères, et même a suscité entre ces derniers et un médecin anglais résidant à Paris, qui avait deviné la ruse dès le principe, une controverse animée, dont la discussion a été menée à la fois dans les hôpitaux, dans les tribunaux et dans la presse. Les symptômes de paraplégie avaient été si bien simulés par la femme Hardern, que M. Ollivier lui même, appelé à constater la réalité de la paraplégie que niait le docteur Macloughlin, fut presque surpris, par le dire de cette femme, lors de sa première visite, et ne put constater qu'après plusieurs visites que cette femme n'avait pas cessé de feindre une maladie qu'elle n'avait pas. Le récit de cette discussion est consigné dans la brochure suivante: CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE SUR QUELQUES SIGNES DE PARALYSIES VRAIES, ET SUR LEUR VALEUR RELATIVE; par le docteur Macloughlin. Paris, 1841.

M. Ollivier termine par le récit d'un quatrième fait, analogue au dernier, et dans lequel il fut appelé à décider si l'épilepsie et la paraplégie, dont se disait atteint un individu inculpé de mendicité, étaient réelles ou feintes.

NOTE SUR LE SECRET EN MÉDECINE; par M. TRÉBUCHET.

DU SECRET EN MÉDECINE; CONSULTATION; par M. BOULANGER, avocat à la cour royale de Paris.

Ces deux pièces ont préparé la solution de la question du secret, si importante pour le médecin, qui vient d'être donnée par la cour de cassation, et que nous devons regarder comme la consécration du plus beau des privilèges du médecin, celui de pouvoir prodiguer ses soins à tous les infortunés, sans être pour eux une cause de malheur ou de

honte. En effet, d'après cette jurisprudence de la cour suprême, il est donc désormais établi que le médecin qui a assisté à un accouchement, et qui, lorsqu'il fait la déclaration de la naissance dans les trois jours, est requis par l'officier de l'état civil de faire connaître le nom de la mère de l'enfant, peut se refuser à la déclaration qu'on lui demande, par ce motif que, ce nom lui ayant été confié sous le sceau du secret, et en sa qualité de médecin, il ne peut le révéler sans encourir la pénalité de l'art. 378 du Code civil.

Outre les nombreux articles dont nous venons de donner l'analyse, les quatre numéros des ANNALES D'HYGIÈNE pour l'année 1843 en contiennent un grand nombre d'autres dont nous allons donner les titres, avec quelques indications sommaires. *Falsification des farines de graine de lin et de moutarde;* par M. Trébuchet. (La surveillance de la police sur cette fraude est active et a déjà amené la condamnation de plusieurs pharmaciens et droguistes.) *Essai sur le vinaigre, ses falsifications, les moyens de les reconnaître, d'apprécier sa valeur;* par MM. Chevallier, Gobley et Journeil. (Il a déjà été question de ce travail dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1843, pag. 350.) *Note relative au collage des papiers de tenture sur les murs salpêtrés ou humides;* par M. Darcet. (Ce procédé consiste à coller sur le mur humide une feuille de plomb laminé ayant moins de 1/10 de millimètre d'épaisseur, puis à la maintenir avec des clous de cuivre étamé; on couvre le tout, comme de coutume, de papier gris, sur lequel on applique ensuite le papier de tenture.) *Sur les incendies spontanés;* par M. Chevallier. (Ce travail est la suite de celui qu'a donné l'auteur dans le même recueil. (V. GAZ. MÉD., 1841, p. 797.) Comme le précédent, il ne contient que des exemples de combustion spontanée ou regardés comme tels, mais sans aucune tentative de généralisation.) *Des subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et la mortalité;* par le docteur Mélier. (Ce mémoire, que l'auteur a lu à l'Académie de médecine, a été analysé dans la GAZETTE MÉDICALE (V. année 1841, p. 747). *Dangers du contact des alimens avec des papiers peints.* (C'est la reproduction de l'ordonnance de police du 22 septembre 1841, concernant les liqueurs, sucreries, dragées et pastillages coloriés, et celle d'un nouvel avis publié par M. le préfet de police, sur la proposition du conseil de salubrité, pour signaler le danger que présente le papier peint pour envelopper les alimens.) *Mémoire sur le cyanure de potassium;* par M. Orfila. (Il a déjà été rendu compte de ce mémoire. (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 349.) *Recherches pour parvenir à reconnaître dans le sang l'urine et les autres humeurs sécrétées, la présence des substances minérales administrées par la bouche;* par M. Kromer. *De l'action du cuivre métallique sur la dissolution de quelques métaux;* par M. Reinsch. *De l'essai de l'arsenic par le cuivre;* par le même. (De ces trois mémoires, le premier a été traduit de l'italien par le docteur Guérard, et les deux autres de l'allemand.) *Suspicion d'empoisonnement par l'acide cyanhydrique; consultation médico-légale;* par M. Orfila. (Tout ce qui se rattache à cette importante affaire est encore trop présent à la mémoire de chacun de nos lecteurs pour que nous ayons besoin d'en reproduire les principaux faits, ou même d'analyser cette seconde consultation médico-légale, dans laquelle l'auteur apporte de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion qui a obtenu une sanction si éclatante.) *Recherches faites sur la composition du sulfate de potasse vendu dans le commerce, à l'occasion des accidens dont son usage a été quelquefois suivi;* par MM. Chevallier et Gobley. (Il a déjà été question de faits analogues dans la précédente revue. (GAZ. MÉD., 1843, p. 598.) *Sur un cas de mort violente chez un enfant de deux ans et demi; consultation médico-légale.* Les détails de ce fait sont trop compliqués pour que nous tentions d'en donner l'analyse, et d'ailleurs ils sont d'une époque si récente et ont reçu tant de publicité qu'ils ne peuvent encore avoir été oubliés.) *Recherches sur l'éclairage public à Paris;* par M. Trébuchet. (Cet important travail n'est point encore terminé.) *Des procédés pour déterminer la présence de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement;* par M. Gaultier de Claubry. (Ce travail, dans lequel l'auteur semble devoir donner la préférence à la méthode de Reinsh sur l'appareil de Marsh, n'est pas terminé.) *Note sur un cas de plaie pénétrante de la poitrine par un instrument piquant et non tranchant;* par M. Ollivier (d'Angers). (Cette affaire, celle de la mort de Sirey tué par M. Caumartin, qui a soulevé plusieurs questions médico-légales importantes, est encore présente à tous les souvenirs. Nous nous abstiendrons donc de les rappeler.) *Rapport sur un homicide imputable à la jalousie;* par MM. Leuret et Ollivier (d'Angers). (Cette affaire ne présente que peu d'intérêt. La seule conclusion de quelque importance qu'on puisse en retirer, c'est que, dans l'état actuel de la législation sur la folie, la société n'est pas suffisamment garantie contre les retours de l'aliénation chez les sujets qui en ont été atteints une première fois, ni contre les actes de fureur et les meurtres auxquels ils se portent dans les récidives.) *Considérations sur le service médical du bureau de bienfaisance du 4ᵉ arrondissement de Paris;* par M. Bayard. (Il résulte des révélations qui ressortent de ce travail, dans lequel il est très peu question du bureau de bienfaisance du 4ᵉ arrondissement, que quelques droits ont été méconnus, et qu'un dépositaire de l'autorité administrative aurait usé de son pouvoir au-delà des limites ordinaires. Dans la position que se font chaque jour les médecins par l'affluence avec laquelle ils se portent au-devant de la plus mince distinction, même gratuite, ces faits, d'un intérêt purement local, ne peuvent que nous affecter péniblement.) *Des rapports de distance qu'il est utile de maintenir entre les fabriques insalubres et les habitations qui les entourent; avec deux planches;* par M. Darcet. (L'auteur présente une figure où l'influence des principaux vents qui passent sur Paris est indiquée avec l'exactitude qu'on peut attendre des moyennes, et à l'aide de laquelle on peut juger à quelle distance d'un lieu à un autre les influences insalubres cessent d'arriver aux habitations. Il propose qu'une figure semblable soit établie pour chaque grand centre d'habitations. Sans examiner si réellement ces travaux auraient toute l'importance que leur accorde M. Darcet, nous ferons remarquer que, s'il a été facile de construire cette figure pour Paris, à l'aide des observations faites à l'Observatoire, il n'en serait probablement pas de même dans un grand nombre de localités.) *Quelques considérations médico-légales sur le diagnostic différentiel des ecchymoses;* par M. Bayard. (Dans ce travail, qui appartient à l'auteur, mais qu'il reproduit de la langue allemande où il avait été publié, il se livre à l'étude différentielle des ecchymoses traumatiques et spontanées considérées sous les points de vue de leurs causes, de leur forme, de leur marche, de leur siége et de leur caractère anatomique. *Rapport sur un cas d'homicide commis par un halluciné;* par MM. Ollivier (d'Angers) et Leuret. (Cette affaire, qui n'a offert aucune difficulté, s'est terminée, comme cela devait être, par la réclusion de l'aliéné, qui a été renvoyé à Bicêtre.

VARIÉTÉS.

— M. FALRET, médecin en chef de la première section des aliénées de la Salpêtrière, a ouvert, le 18 de ce mois, dans cet hospice, son cours de clinique et de pathologie générale des aliénations mentales (avec application à la médecine légale). La première partie de la leçon a été consacrée à la clinique, et la seconde a eu pour objet l'exposé des difficultés d'observer les aliénés et des règles principales pour les aplanir. Cette leçon, nourrie de science et de faits, remarquable par la sagesse des vues et la sûreté des préceptes, a justifié de tout point le jugement que la GAZETTE MÉDICALE a porté il y a peu de temps d'une publication de l'auteur sur la matière. C'est encore une preuve des bons résultats qu'il faut attendre de l'étude attentive et soutenue d'un ordre de faits spéciaux, surtout quand cette étude est faite par un esprit qui n'oublie jamais les rapports de la partie avec le tout.

— VOYAGE SCIENTIFIQUE A NAPLES, AVEC M. MAGENDIE, EN 1843; par le docteur CONSTANTIN JAMES. — Un vol. in-8°; prix: 3 fr. Chez Germer et J.-B. Baillière.

Plusieurs des articles contenus dans ce volume ayant été publiés par la GAZETTE MÉDICALE, nous laissons à nos lecteurs à en apprécier le mérite. M. James s'est livré encore à d'importantes recherches géologiques sur le territoire de l'Italie. Son ascension au Vésuve, sa descente dans le cratère, ses expériences sur la lave incandescente, seront lues avec un vif intérêt. Nous appellerons spécialement l'attention sur la description des eaux minérales de Naples et en particulier d'Ischia. Ces eaux, connues à peine en France, offrent une richesse et une variété de principes qui rendent leur emploi aussi puissant qu'efficace. Cette partie du travail de M. James est parfaitement traitée, surtout si on tient compte des vues nouvelles et ingénieuses que propose l'auteur pour expliquer l'action physique des eaux minérales sur la circulation capillaire.

—RECTIFICATION. C'est M. Dupré, et non M. Després, ainsi que la GAZ. MÉD. l'a imprimé à la fin du compte-rendu de la précédente séance de l'Académie de médecine, qui a présenté à l'Académie un cadavre embaumé par son procédé, qui consiste à faire passer dans les artères ou les veines les vapeurs qui se produisent dans la distillation des substances végétales ou animales. Le cadavre était presque totalement disséqué; un membre inférieur seul ne l'était pas, et tandis que celui-ci, se trouvant aussi frais que peu de temps après la mort du sujet, toutes les autres parties mises à nu étaient desséchées, ce qui n'empêchait point les articulations de se mouvoir, les ligamens étant restés flexibles, malgré leur état de complète dessiccation.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 22. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 1er JUIN 1844.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

COURS DE M. GIBERT A L'HÔPITAL ST-LOUIS. — HÉRÉDITÉ, CONTAGION, RÉPERCUSSION DES DARTRES.

En attendant la reprise de la discussion de l'Académie sur la question si intéressante des ophthalmies, discussion à laquelle nous comptons donner une attention toute spéciale, nous dirons quelques mots du cours clinique que M. Gibert a commencé à l'hôpital St-Louis sur les maladies de la peau. Le professeur a traité dans ses premières leçons les importantes questions de l'hérédité, de la contagion et de la répercussion des affections dartreuses. Après avoir établi que le plus ordinairement, certaines éruptions *eczémateuses* et *impétigineuses* sont liées à une disposition lymphatique constitutionnelle, voisine de la diathèse scrofuleuse, disposition qui se transmet facilement par l'*hérédité*, il a cité plusieurs exemples remarquables de dartres transmises des parens aux enfans. Nous avons noté entre autres le fait curieux d'un adulte, en apparence bien constitué, atteint d'un *eczéma* du scrotum et de l'anus, et dont le frère, le père et l'oncle paternel étaient sujets à la même affection.

Le vulgaire croit facilement à la contagion des dartres, et cependant l'observation rigoureuse montre que les relations intimes et habituelles des époux entre eux, des enfans avec leur mère, etc., s'opèrent et s'entretiennent sans que l'affection dartreuse ou gourmeuse des uns se communique aux autres. Aussi M. Gibert établit comme règle générale la non-contagion des dartres.

Quant à la *rétrocession* et à la *répercussion*, généralement admises, comme source des accidens les plus variés et les plus graves, par les médecins du siècle dernier, M. Gibert croit devoir singulièrement restreindre l'extension donnée à cette opinion devenue populaire; et que Poupart, en particulier, avait si chaudement soutenue, lorsqu'à l'occasion du *virus dartreux*, il disait en propres termes :

» Je démontre par des observations qui me sont propres, et d'autres » témoignages que je rapporte, qu'il n'est presque point de maladies » internes que le virus dartreux ne soit capable de produire; c'est un » protée qui, comme celui de la vérole et du scorbut, se déguise sous » toutes sortes de formes capables d'en imposer à ceux qui n'ont point » observé ses effets. Tantôt il occasionne des maladies aiguës, comme » fluxions de poitrine, fièvres putrides, malignes, et de toutes espè» ces; tantôt des maladies chroniques, comme la phthisie pulmonaire, » la consomption, la marasme, des obstructions et l'hydropisie. »

Autant on exagérait les dangers de la répercussion des dartres dans les siècles qui ont précédé le nôtre, autant on s'est montré disposé à les amoindrir et presque à les annihiler dans l'école dermatologique moderne. Ainsi Alibert qui les admettait en théorie, semblait n'en tenir au-

Feuilleton.

DE L'ALIÉNATION MENTALE DE DON QUICHOTTE.

On sait que Sydenham, ce grand praticien du dix-septième siècle, recommandait la lecture de don Quichotte aux hommes consumés par le spleen, par la mélancolie ou l'*atrabile*, comme on disait de son temps. Il aurait pu également recommander cette lecture sous le point de vue des plus hautes leçons de philosophie et de morale. Mais il est une remarque importante, que ni Sydenham, ni d'autres médecins, n'ont pas faite, c'est que Michel Cervantes, en peignant le héros immortel de son roman, a fait une étude profonde de l'aliénation mentale. Si rien ne manque à ce chef-d'œuvre sous le rapport littéraire et philosophique, il faut avouer encore que le côté scientifique n'est pas moins admirable. Un médecin espagnol, le docteur don Antonio Hernandez Moréjon, en a donné la preuve dans un curieux et piquant ouvrage intitulé : Beautés de la médecine pratique découvertes dans l'ingénieux chevalier de la Manche. Nous allons en donner un fragment tiré d'un excellent ouvrage récemment publié sur la littérature espagnole et couronné par l'Académie française (1).

(1) Histoire comparée des littératures espagnole et française, etc.; par Adolphe de Puibusque. — 2 vol. in-8°. Chez Dentu, imprimeur-libraire; Palais-Royal.

« Cervantes a lu dans la tête comme dans le cœur de l'homme, dit le docteur Moréjon, c'est un de ces flambeaux de la science qui éclairent toutes les faces de l'esprit humain, un de ces anatomistes de la pensée qui saisissent les secrets les plus intimes de l'organisme intellectuel. La monomanie de don Quichotte n'est pas une démence de fantaisie; elle se présente avec un système complet que n'a pu créer l'imagination, mais que l'observation a combinée suivant les lois les plus abstraites de la nature : pour tout dire d'un mot, il n'est pas de folie plus normale.

» Cervantes a résumé, dans le vaste sujet qu'il s'est proposé, les travaux analytiques de tous les siècles; Hippocrate et Boerhaave n'ont pas indiqué avec plus de précision la situation actuelle de l'organe et l'agent prochain de la maladie; il a devancé Pinel et tous les praticiens modernes dans l'application des traitemens moraux aux affections mentales : il a fait plus, et ici nous ignorons si nous devons le louer, il a frayé la voie aux *remèdes homéopathiques*. L'espèce sur laquelle il a expérimenté offrait, par sa rareté même, de grandes difficultés d'étude, et il l'a suivie jusque dans ses derniers développemens. »

Moréjon ne se borne pas à de vaines allégations; un tableau détaillé de tous les accidens pathologiques, habilement groupés par Cervantes, justifie son enthousiasme; voici les principaux traits :

CAUSES ET PRÉDISPOSITIONS QUI CARACTÉRISENT LE GENRE DE FOLIE DONT LE CHEVALIER DE LA MANCHE ÉTAIT ATTEINT.

Tempérament bilieux et mélancolique. — Don Quichotte, grand, jaune, sec, velu, avait la tristesse de sa maigreur.

cun compte dans la pratique ; et c'est à peine si Biett en a dit quelques mots.

Il est vrai que beaucoup de cas, cités comme exemples de *répercussion*, nous paraissent avoir été mal interprétés.

Il est fort probable que la plupart des observateurs s'en sont laissé imposer par les apparences, et qu'ils ont pris pour des exemples de répercussion des faits qui doivent être rattachés à un ordre tout différent. Ainsi, toutes les fois que chez un sujet atteint d'une maladie chronique de la peau, il survient un trouble un peu violent ou un peu durable, soit de la circulation et de l'innervation, comme dans la fièvre, soit de fonctions viscérales un peu importantes, comme dans diverses maladies aiguës ou chroniques ; lorsque, soit le tégument interne, soit quelque organe particulier, tel que le poumon, l'estomac, l'intestin, etc., vient à s'affecter d'une manière sérieuse, on observe constamment la diminution, la suspension ou même la suppression de la maladie de la peau ; en sorte qu'il est facile de regarder comme *cause* ce qui n'est réellement qu'un effet.

Les fièvres, soit continues, soit intermittentes, produisent ainsi une apparence de rétrocession des dartres.

La même chose a lieu, quoique moins évidente, dans beaucoup de cas, où une affection viscérale chronique, la phthisie tuberculeuse, par exemple, paraît alterner dans sa marche avec une affection dartreuse. Celle-ci se suspend par le fait des exacerbations de la maladie interne, et se reproduit quand le trouble causé par ces exacerbations passagères s'est calmé.

Il n'en est pas moins vrai pourtant qu'il y a des circonstances où la maladie de la peau peut être regardée comme une sorte de mouvement critique et dépuratoire de l'économie ; bien plus, il est incontestable que des accidens graves, et dus manifestement à une sorte de *répercussion*, peuvent survenir dans ces cas, lorsque l'action des réfrigérans ou des perturbateurs tend à faire brusquement disparaître les phénomènes d'excitation et d'exhalation qui s'opèrent à la surface du corps.

Toutefois il est permis de soutenir, en thèse générale, que la *répercussion* proprement dite est un accident beaucoup plus rare que ne l'ont proclamé nos devanciers, et surtout qu'elle est beaucoup plus difficile à produire par l'emploi des remèdes topiques ou autres, qu'on ne pourrait le croire d'après le grand nombre d'observations publiées à ce sujet.

Sur plus de 2,000 malades traités dans ses salles depuis 1840, M. Gibert ne pourrait pas citer un seul exemple bien authentique et bien incontestable de *répercussion*.

Mais il a observé en ville quelques faits qui semblent bien se rattacher à la rétrocession et à la répercussion des dartres. Ainsi, M. Gibert donne des soins depuis longtemps à un vieillard affecté d'un *eczema* chronique de la jambe, et chez lequel, lorsque l'éruption se dessèche, il survient des accidens cérébraux, thorachiques ou abdominaux. Il a vu chez une jeune dame des douleurs céphaliques succéder à la disparition d'un *eczema* du cuir chevelu, déterminé lui-même par des émotions morales vives. Il a observé un cas de *mélancolie* dû à la disparition d'une éruption papuleuse des jambes qui avait elle-même servi de crise à une disposition ancienne à l'asthme. La mélancolie céda après quelques mois, et l'éruption papuleuse reparut..., mais l'asthme fût guéri sans retour. Enfin, M. Gibert rapporte un cas de mort subite (qu'il regarde comme syncopale) et qui lui paraît avoir été provoquée chez une dame d'un certain âge, par l'emploi des topiques à la glace pour combattre les tourmens insupportables d'un *eczema rubrum* des parties génitales. Aussi, M. Gibert pense que si l'on peut, sans trop se préoccuper des idées de répercussion et de rétrocession, attaquer avec une certaine hardiesse les affections dartreuses, chez la plupart des sujets, il y a cependant des cas exceptionnels qui doivent inspirer au médecin de la prudence et de la réserve. Ainsi, on doit éviter l'emploi des méthodes empiriques et perturbatrices chez les individus délicats et cacochymes, chez les femmes qui sont dans leur temps critique, chez les individus disposés à la souffrance de quelque viscère important.

Ce court aperçu des premières leçons de M. Gibert suffit pour montrer l'intérêt que le professeur sait y répandre, et l'instruction solide qu'en retireront ceux qui le suivront avec assiduité.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES MODIFICATIONS QUE PEUVENT ÉPROUVER LES MATIÈRES FÉCALES DANS LE GROS INTESTIN ET DES PHÉNOMÈNES AUXQUELS ELLES PEUVENT DONNER LIEU PAR LEUR ACCUMULATION DANS UN OU PLUSIEURS POINTS DE CE DERNIER ; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, professeur de pathologie externe, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

ANCIENNE HERNIE ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE INGUINALE ; CONGESTION SÉREUSE DANS L'ARACHNOIDE ; OEDÈME CONSIDÉRABLE DU POUMON GAUCHE, MOINDRE DANS LE DROIT ; OSSIFICATIONS DE LA CROSSE DE L'AORTE ; ASCITE ; DILATATION ÉNORME DE LA PORTION ILIAQUE DU COLON ; CYRRHOSE DU FOIE ; CALCUL DE CHOLESTÉRINE ; HYPERTROPHIE DE LA RATE ; MORT.

OBS. IV. — Godet, vieillard âgé de 75 ans, fut monté le 4 octobre 1839 à l'infirmerie. Il présentait les symptômes suivans : la langue était sèche, mais sans nulle déviation dans l'acte de la tirer ; la respiration haute. On observait de l'insensibilité, de la contracture dans les bras ; la bouche était légèrement tirée à droite. Il y avait des pétéchies sur le corps et les extrémités supérieures ; elles étaient moins nombreuses aux inférieures ; le malade toussait. Je diagnostiquai un léger épanchement sanguin dans l'hémisphère droit avec un commencement de ramollissement de la substance cérébrale ; bien qu'il n'existât aucune hémiplégie, cependant il resta des doutes dans mon esprit. (Tisane laxative, diète, application de 12 sangsues derrière les oreilles.)

7. Je fis placer un emplâtre épispastique à la nuque. Je constatai une tympanite extrême et l'existence d'une ancienne oscheocèle irréductible. J'examinai avec soin s'il n'y avait pas d'engouement par suite d'accumulation de matières fécales. Je n'en trouvai aucun signe, les selles étant parfaitement libres. La peau avait une teinte jaune, l'aspect terreux ; l'émission des urines se faisait incomplètement. Je fus obligé de sonder plusieurs fois Godet, bien que la vessie ne fût pas distendue. La boisson était une limonade.

9. L'insensibilité était la même. Il existait un état d'assoupissement habituel. Le pouls était naturel ; le météorisme du ventre le même. (Demi-quart ; lavement purgatif.)

10. Je fis appliquer sur l'abdomen de larges cataplasmes de farine de graine

---

Age mûr, crise virile. — Don Quichotte approchait de la cinquantaine.

Culture et fertilité de l'entendement. — Don Quichotte avait beaucoup d'esprit, une mémoire heureuse, et son instruction était si variée qu'elle aurait embrassé à la fois toute une encyclopédie.

Orgueil de sang, prétentions vaniteuses. — Don Quichotte était *hidalgo* et *manchego*, descendant en ligne directe du Varon de la Alcurnia, de Guttiere Quijada, vainqueur des fils du comte de St-Paul.

Exercice forcé, courses violentes. — Don Quichotte était chasseur, et qui plus est, chasseur de lièvres.

Brusque transition de l'activité à l'inertie. — Don Quichotte oubliait d'un jour à l'autre, l'administration de son bien et jusqu'à sa passion pour la chasse.

Alimens échauffans, de substance visqueuse et peu nutritive. — Don Quichotte vivait les jours gras de viande froide hachée et fortement épicée ; soupait de lentilles les vendredis, les samedis, et y ajoutait quelque pigeonneau les dimanches.

Solstices d'été, équinoxes d'automne. — Don Quichotte éprouva ses plus terribles accès le 23 juillet, le 17 août et le 3 octobre.

Passions amoureuses. — Don Quichotte fut toujours si amoureux qu'il n'eut pas même besoin de voir l'objet de sa flamme pour l'adorer.

Excès de lecture. — Don Quichotte vendait toute son orge et tout son blé pour acheter des livres de chevalerie et des poésies érotiques.

Veilles trop multipliées et trop longues. — Don Quichotte, après avoir lu au clair de la lune durant la nuit entière, ne pensait jamais à se reposer pendant le jour ; et c'est ainsi qu'à force de lire beaucoup et de dormir peu, il se dessécha si bien le cerveau qu'il en perdit la raison.

De l'énumération des causes passant à l'indication des symptômes, le consciencieux docteur poursuit sa démonstration en ces termes :

» Comme le mot *folie* est générique, il comprend différentes espèces, qui toutes offrent des variétés ; les symptômes sont de nature corrélative, ils répondent à la diversité des causes qui les produisent. Don Quichotte, en perdant le jugement, avait perdu la faculté de distinguer le faux du vrai ; il n'était plus gouverné que par son imagination, et il croyait à tout ce qu'elle avait obtenu de ses lectures ; il ne rêvait qu'aventures et prouesses guerrières, que déclarations et doléances amoureuses ; et tous ces rêves là étaient de telles réalités pour lui, qu'il n'aspirait qu'à les poursuivre par les chemins, en se faisant chevalier errant. C'est là le caractère spécial de cette étrange aliénation ; l'ensemble des accès et de toutes les circonstances qui s'y mêlent forme ce que les médecins appellent *syndrôme symptomatologique*. La maladie de don Quichotte ne se dérobe pas un seul moment à l'œil qui l'observe ; elle suit, dans le désordre apparent de ses phénomènes, le cours nécessaire de sa nature, soit qu'elle se manifeste par un transport de fureur, par un mouvement d'arrogance, par un élan belliqueux ou par une velléité galante. On voit à chaque paroxisme que les objets extérieurs qui ont été mis en contact avec les sens du malade, au lieu de produire des sensations et des images régulières, troublent son jugement et ne se présentent à son imagination que sous un aspect conforme à la disposition interne de sa tête. »

Après la description de la maladie vient l'exposé des moyens curatifs ; pour

de lin qui n'eurent aucun effet. Comme il y avait de la toux et un catarrhe chronique, je remplaçai la tisane trop acide par une infusion de capillaire, et j'ajoutai un julep. Je ne pus jamais percevoir de fluctuation dans le ventre, par suite de son excessive distension par des gaz.

12. Il survint une légère blépharite qui fut combattue par un collyre résolutif.

14. Le même état d'insensibilité persistait; cependant les réponses étaient justes. Il n'y avait ni fièvre ni délire, mais des craintes de mort. La teinte de la peau était plus jaune. (Tisane laxative, capillaire.)

17. Le malade demanda un peu plus d'alimens; il lui fut accordé le quart et un décilitre de vin. (Limonade; potion avec 50 centigr. de calomel, à prendre par cuillerées toutes les heures.) Cette dernière fut continuée trois jours sans aucun changement dans l'état de météorisme du ventre.

23. La position de Godet était la même; il s'affaiblissait graduellement, restait couché sur le dos dans l'insensibilité la plus absolue. (Demi-quart, limonade.) Tantôt on donnait des tisanes laxatives, tantôt on faisait administrer des lavemens purgatifs.

1er novembre. Il n'y avait aucun changement; la fin semblait prochaine; la teinte jaunâtre de la peau était plus prononcée; l'apathie la même. Il n'existait aucun symptôme cérébral, mais nulle diminution dans la tympanite; en effet le ventre, énormément tuméfié, résonnait à la percussion comme un tambour.

Ce vieillard s'éteignit tranquillement le 5 novembre, à onze heures du matin.

Autopsie cadavérique faite 25 heures après la mort.

Etat extérieur. La coloration jaunâtre de la peau était prononcée; le météorisme du ventre énorme; la maigreur peu marquée. Il existait un oschéocèle à droite. Vis-à-vis ce dernier et au-dessous de la peau qui était épaissie, on trouvait inférieurement à l'anneau inguinal une couche de graisse d'à peu près 5 centimètres d'épaisseur. Cette vaste hernie avait envahi tout le quart supérieur de la cuisse. Les parois du sac étaient épaisses. Sa cavité renfermait une petite quantité de sérosité. Le doigt pénétrait aisément à travers l'anneau élargi. Les parties herniées étaient une portion de l'arc transverse du colon et une masse d'épiploon qui passait au-devant et avait contracté des adhérences fortes avec le fond du sac. Ce dernier était induré et rétréci vis-à-vis l'anneau. Le testicule n'existait pas de ce côté; la bourse correspondante était totalement vide; tandis que celui du côté opposé était retenu au niveau de l'aîne et n'était jamais descendu dans le scrotum.

Crâne. Les os étaient minces, très cassans, la dure-mère blanchâtre, épaissie. Il existait dans la cavité de l'arachnoïde, une très grande quantité de sérosité d'aspect légèrement opalin. Le cerveau était généralement ferme, la substance blanche, sablée. Les ventricules latéraux contenaient un peu plus de sérosité limpide que de coutume. Les autres parties étaient saines, de même que le cervelet. Les artères de la base étaient épaissies et plus dilatées que de coutume. Il s'écoula encore une certaine quantité de sérosité par le canal rachidien.

Thorax. Il n'y avait pas de sérosité dans les cavités des plèvres; le poumon gauche était atteint d'œdème porté à un degré extrême, en sorte que son poids était triplé et ses bords très arrondis. On apercevait à travers son tissu la transparence de la sérosité. Si l'on comprimait avec les doigts, on sentait cette dernière fuir et leur impression restait. La teinte du poumon était d'un brun jaunâtre. Lorsqu'on perçait la plèvre qui l'enveloppe avec la pointe du scalpel, la sérosité s'en échappait par un jet. Lorsqu'on détacha l'organe, elle s'écoula abondamment par les grosses bronches, mais bien davantage par les incisions, car alors elle faisait ruisseau; et si l'on comprimait une portion entre les doigts elle se vidait et se réduisait à très peu d'épaisseur.

La partie postérieure du lobe inférieur était d'un rouge intense, se laissait déchirer et écraser facilement entre les doigts. Elle était également œdémateuse. Le sommet offrait plusieurs froncissemens rayonnés superficiels; au-dessous desquels on trouvait des concrétions crétacées, enkystées, enveloppées de tissu pulmonaire d'un noir intense. Les tuyaux bronchiques étaient indurés et comme fibro-cartilagineux par endroits; leur muqueuse était rouge et épaissie.

Le poumon droit adhérent par son sommet présentait dans ce point un large froncissement avec dépression et accumulation de matière noire pulmonaire indurée, aboutissant à une masse de matière tuberculeuse de consistance de suif, du volume et de la forme d'une canette et comme enkystée. Ce lobe était aplati, légèrement emphysémateux dans son tiers antérieur. La partie postérieure des lobes moyen et inférieur était d'un rouge noirâtre et engouée de sang. La muqueuse bronchique était rouge, enduite d'un mucus spumeux. Les divisions des tuyaux étaient dilatées et parsemées de nombreux points de cartilaginification.

Le péricarde ne renfermait que peu de sérosité. Le cœur était de volume ordinaire; ses cavités contenaient du sang en partie liquide et en partie coagulé. Le ventricule gauche était peu épais; la valvule mitrale avait quelques indurations cartilagineuses le long de ses bords. Toute la crosse de l'aorte offrait une ossification par plaques presque générale. Vis-à-vis celles-ci la membrane interne était par endroits érodée, comme usée, en sorte que les portions ossifiées baignaient dans le sang dans quelques points, quoique plus généralement elles fussent recouvertes encore par elle; toute la surface interne de l'artère était rugueuse, inégale.

Abdomen. Sa cavité était occupée par deux litres à peu près d'une sérosité jaune limpide. La portion iliaque du colon était énormément distendue par des gaz et formait deux vastes poches, ayant la forme de deux larges estomacs. On voyait une longue portion d'épiploon tendue, plongeant dans la hernie, passant au-devant d'une portion de l'arc transverse qui s'y rendait verticalement. Cette dernière peu volumineuse était légèrement rétrécie en traversant l'anneau, mais sans épaississement de ses parois; tandis que dans celle repliée au-dessous et constituant la hernie, elle était un peu plus large et adhérente, non seulement à elle-même, mais encore aux parois du sac, excepté en haut, elle affectait la disposition de la moitié d'un huit de chiffre. Sa cavité ne contenait pas de matières fécales solides, mais à demi liquides qui en enduisaient toute la surface interne. L'estomac était vide, très allongé; sa muqueuse tapissée par un mucus jaunâtre était dans toute sa moitié inférieure d'une couleur brunâtre, et dans la partie supérieure de son grand cul-de-sac, piquetée çà et là de points rouges.

Le duodénum était sain, ainsi que le jéjunum et l'iléon qui étaient très petits. Ils renfermaient des matières fécales liquides, jaunes. Tout le paquet de ces intestins était rejeté dans l'hypocondre droit au-devant du cœcum, par suite de la distension énorme de la portion iliaque du colon qui occupait presque toute la capacité abdominale.

Le cœcum était distendu par des fèces noirâtres, à demi liquides, qui coloraient fortement la membrane interne. Il en était de même de la portion ascendante colique, tandis qu'immédiatement après la courbure, l'origine de celle transverse descendait brusquement et presque verticalement pour gagner dans cette direction l'anneau inguinal et aller former la hernie; puis elle remontait en dedans, se portait obliquement vers le haut de l'hypocondre gauche, où elle reprenait une direction presque horizontale. Alors elle offrait dans sa portion iliaque une première dilatation énorme pouvant avoir 17 centim. de diamètre et produite par des gaz, car elle ne contenait presque pas de matières fécales qui y étaient liquides, noirâtres, infectes et tapissaient la muqueuse. Ensuite l'intestin se rétrécissait graduellement, quoiqu'en conservant encore un volume double de l'état normal. Puis il offrait un peu plus bas une seconde dilatation aussi considérable que la précédente, laquelle plongeait dans l'excavation du petit bassin, diminuait peu à peu et se continuait dans le rectum qui était distendu par des matières fécales d'un noir rougeâtre, plutôt molles que dures.

La rate était longue de près de 33 centimètres, très volumineuse. Sa membrane propre présentait quelques points blancs, comme fibro-cartilagineux; son parenchyme était rouge, peu foncé, très ferme.

La face était d'un jaune feuille morte. Sa surface était comme ratatinée, toute hérissée de granulations d'un rouge noirâtre par endroits, et plus généralement rougeâtre. Les mêmes granulations obrondes constituaient tout le tissu de l'organe (cirrhose). Ce dernier était très ferme, dur, criant sous le scalpel lorsqu'on

---

diriger le traitement moral de la folie, une étude approfondie du cœur et de l'intelligence de l'homme est indispensable; il importe surtout de ne rien ignorer du malade; or qui pouvait mieux connaître don Quichotte que Cervantes? Tempérament, caractère, esprit, n'avait-il pas tout vu naître? Aussi avec quelle sollicitude il soigne son enfant! comme il sait bien deviner les remèdes qui lui conviennent!

Six personnages figurent dans son apologue; et chacun, chargé d'un rôle distinct, concourt, selon les principes de Boerhaave, à l'épreuve d'une double action. Le curé du village, maître Nicolas, et Samson Caascasco, ont pour mission d'entrer dans la folie du pauvre chevalier, et d'en caresser toutes les faiblesses, tandis que le chanoine de Tolède, l'hôtesse et la nièce, doivent la heurter de front et la combattre à outrance.

Le traitement commence par l'éloignement du malade de la cause première de la maladie; les livres de chevalerie et d'amour sont jetés au feu; une cloison de briques s'élève entre la chambre de don Quichotte et la pièce où ils étaient enfermés, et l'on ne manque pas de supposer que ce nouveau mur a été bâti par enchantement. C'est le sage Mugnator qui est venu dans un nuage épais, monté sur un dragon, et qui est sorti par le toit, en laissant la maison pleine de fumée.

Si le cordon sanitaire dont l'adroite main de Cervantes environne son malade vient à se briser, à qui la faute? A cette nièce étourdie qui confond le nom de Freston avec celui de Mugnator ou Triton; et encore en résulte-t-il cette observation essentielle, qu'il ne faut rien négliger avec les fous; qu'on doit en les trompant se méfier d'une lueur de raison, et que sous peine de tout perdre, il faut craindre sans cesse l'instinct soupçonneux qui les tient en éveil.

Lorsque don Quichotte, arrivé au plus haut degré de démence, s'obstine à rester dans la Sierra-Moréna, à quel artifice a-t-on recours pour l'en faire sortir? On accuse de nouveau les illusions de sa folie par des travestissemens bizarres. Le curé s'affuble d'une robe de velours bordée de satin blanc, et le barbier suspend à son menton une barbe rousse qu'il a faite avec une queue de vache; puis voici venir la belle et malheureuse Dorothée. Elle se jette aux pieds du chevalier errant, lui apprend qu'elle est la princesse Micomicon, lui raconte ses infortunes et le conjure de la venger de l'offense qu'elle a reçue. Trompé par ce stratagème, don Quichotte abandonne sa retraite sauvage, et se laisse ramener à l'auberge où un lourd sommeil entrecoupé de somnambulisme, éteint par degrés son délire. Bientôt il tombe dans une atonie profonde; on est maître de lui, et vous le voyez s'acheminer vers sa maison sur un charrette à bœuf, l'œil fixe, la bouche muette, la tête baissée, comme un homme encore étourdi par le songe qui a troublé sa nuit.

Rien de plus prudent que la détermination prise par le curé et le barbier de s'abstenir pendant un mois de voir don Quichotte, de peur de réveiller ses souvenirs.

La contre-épreuve est conduite avec la brusquerie nécessaire. A l'exemple du chanoine de Tolède, l'hôtesse ne fait usage ni de détours ni de raisonnemens; son incrédulité s'exhale en imprécations; qu'on ne lui parle plus de toutes les folies de don Quichotte, ou elle ira porter plainte à Dieu et au roi pour qu'on y mette bon ordre. Sa nièce appuie sur le mal plus durement encore, l'ironie se

le coupait. Les vaisseaux veineux renfermaient un sang noir, épais, mais en petite quantité. La vésicule était réduite, vers son bord antérieur, à une très petite cavité qui aurait à peine contenu un petit haricot, et qui était vide. Le reste était oblitéré et remplacé par deux cavités loculaires dont les parois de la première étaient presque adhérentes, séparées par un intervalle celluleux de la seconde, qui était intimement appliquée par un calcul de cholesterine, d'une forme ovale parfaite, de la grosseur d'un haricot de Soissons, à surface rugueuse cristallisée, et dont la couleur était très légérement jaunâtre et transparente.

Les reins étaient dans l'état normal, la vessie petite, à parois peu épaisses, et sa membrane interne jaunâtre. La cavité renfermait peu d'urine.

Dans cette observation, l'arrêt des matières fécales avait eu lieu dans le cœcum et la portion ascendante du colon, et nullement dans la portion herniée de l'arc transverse, mais surtout dans le rectum, quoiqu'elles y fussent peu dures. Les gaz s'étaient accumulés dans l'S iliaque, de manière à la distendre en deux vastes poches. Les premières auraient dû s'entasser dans la portion du colon contenue dans le vaste sac herniaire, et cependant il n'y en existait pas de solides, mais une très petite quantité de liquides.

Les signes ou symptômes qui avaient été déterminés par cette lésion avaient été pendant la vie l'existence d'une tympanite considérable qui avait persisté jusqu'à la fin, laquelle avait complètement masqué la présence d'un liquide dans la cavité péritonéale. En outre, on avait remarqué une respiration difficile, une teinte jaune prononcée de la peau, de la difficulté à uriner. Mais, d'un autre côté, les selles avaient continué, et il n'avait été observé aucun signe d'engouement dans l'énorme oschéocèle existant à droite.

Quant à la thérapeutique suivie, elle rentra dans celle prescrite par les auteurs ; c'est-à-dire les potions purgatives, les lavemens de même nature, les boissons délayantes et laxatives, les cataplasmes émolliens sur le ventre, et elle fut sans aucun succès, car le météorisme excessif de l'abdomen persista jusqu'au dernier moment. Cette complication vint ici, comme dans la plupart des cas précédens, rendre plus grave la lésion pulmonaire existante, et en hâter la terminaison fatale.

TRACES D'ARACHNITIS ; ÉPANCHEMENT DANS LES VENTRICULES ; PAROIS DE CES DERNIERS COMPLÈTEMENT RAMOLLIES, AINSI QUE LE SEPTUM LUCIDUM ET LE MÉSOCÉPHALE, ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ANCIEN CIRCONSCRIT A DROITE EN VOIE DE GUÉRISON ; CICATRICE D'UNE EXCAVATION TUBERCULEUSE AU SOMMET DU POUMON ; INFILTRATION DE MÊME NATURE DE SON TISSU ; PNEUMONIE ET APOPLEXIE DANS LE GAUCHE ; ULCÉRATIONS DANS L'ILÉON ; RÉTRÉCISSEMENT DU COLON PAR UNE GLANDE TUBERCULEUSE ; VASTE ACCUMULATION DE MATIÈRES FÉCALES AU-DESSUS DE L'OBSTACLE ; MORT.

OBS. V. — Méoté, âgée de 47 ans, atteinte d'aliénation mentale, fut montée, le 29 décembre 1839, à l'infirmerie, pour un catarrhe très intense, qui fut combattu par les aspirations de chlore, les pédiluves sinapisés et la dissolution de chlorure d'oxide de sodium très étendue donnée en boisson.

Le surlendemain, on lui administra 15 centigrammes de tartre stibié, en deux fois, à un quart d'heure de distance. Après la première, elle eut plusieurs vomissemens.

3 janvier. La malade toussait toujours. Les crachats étaient visqueux, filans, la fièvre nulle, le visage pâle, la langue naturelle. Elle ne se plaignait d'aucune douleur à l'épigastre. Depuis deux jours, elle s'était butée à l'idée de ne rien manger. Elle était plus difficile à contenir, parlait, criait la nuit de manière à troubler le repos des autres malades.

4. En explorant le thorax, je rencontrai de la matité dans le côté droit, surtout inférieurement, où la respiration fut trouvée nulle. Je diagnostiquai une pleurésie chronique, les crachats n'ayant aucunement le caractère péripneumonique. Je prescrivis un large emplâtre épispastique sur ce côté. Mais Méoté se refusa obstinément à le laisser appliquer. (Infusion de capillaire.) Il y avait de la constipation.

6. Elle se livra à des vociférations, et son caractère difficile, qui lui était du reste habituel, me força à la faire reléguer dans un cabinet particulier. Elle s'obstinait toujours à ne vouloir prendre aucun aliment. La constipation persistait, ce qu'on attribua à l'abstinence prolongée à laquelle elle s'était condamnée. On n'observait point de fièvre, et aucun symptôme insolite du côté du cerveau, en sorte que je fus porté à attribuer l'exaltation un peu plus prononcée à l'influence de la saison sur sa folie.

8. Je combattis l'absence de selles par une potion purgative, qui occasionna cinq évacuations alvines abondantes. A force de gronder cette femme, j'obtins qu'elle essaierait de manger. (Demi-quart ; tisane d'orge.)

10. Comme elle troublait toujours le repos des malades, et que son état semblait peu grave et le même qu'à son entrée, je me vis obligé de la renvoyer. Mais le surlendemain on la remonta à l'infirmerie. Elle était beaucoup plus mal.

Le jour suivant, elle était affaissée, assoupie. Les traits étaient décomposés, tout indiquait une mort imminente qui eut lieu en effet dans la journée à six heures du soir.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 38 heures après le décès.

ÉTAT EXTÉRIEUR. La maigreur était squelettique, la pâleur générale, les pupilles peu dilatées.

CRANE. Les tégumens étaient minces, légèrement verdâtres ; les os peu épais mais durs et cassans ; les vaisseaux de la dure-mère injectés, de même que ceux de la surface du cerveau jusque dans les ramifications les plus capillaires qui recouvrent les circonvolutions de cet organe. L'arachnoïde était généralement rouge, surtout entre les deux hémisphères, entre lesquels elle établissait une sorte d'adhérence, de manière qu'on les écartait difficilement et que quelques portions entraînaient avec elle un peu de sa substance corticale. Cette dernière avait généralement une teinte plus rougeâtre et était plus molle que dans l'état naturel. Il en était de même de la blanche qui était fortement sablée.

Les ventricules latéraux contenaient bien 75 grammes d'une sérosité trouble. Le *septum lucidum* très diffluent s'affaissa. Toute la portion de substance blanche qui forme leurs parois était ramollie, surtout vers la partie postérieure du ventricule droit. Le mésocéphale offrait la même lésion ; la couleur blanche n'était nullement altérée. Les couches optiques étaient saines, quoique peu fermes. Il en était de même de la protubérance annulaire, des pédoncules du cerveau et du cervelet. La portion de l'arachnoïde qui revêtait la surface externe de ces parties était épaissie et d'un aspect opalin. Il s'écoula par le canal rachidien une assez grande quantité de sérosité.

THORAX. Il existait au-dessus de la clavicule droite une glande tuberculeuse volumineuse, ayant la consistance de fromage un peu mou. Derrière et au-dessous de son articulation gauche avec le sternum, le scalpel tomba sur un foyer purulent formé par un ganglion suppuré.

Le poumon droit était intimement adhérent par toute sa surface. Il fallut en déchirer le tissu pour le détacher. A sa partie inférieure et externe, on pénétra dans une cavité renfermant une certaine quantité de sérosité jaunâtre, dans laquelle flottaient des portions d'albumine jaunâtre, transparente, rappelant l'aspect de la gélatine. Ce liquide était circonscrit par une membrane cellulo-fibreuse superposée à la plèvre à laquelle elle adhérait intimement. Dans les points de circonscription, la matière cartilagineuse semblait avoir été accumulée pour offrir plus de résistance. L'aspect de cette membrane était blanchâtre. C'était un exemple de guérison presque complète d'un vaste épanchement pleurétique, que la nature avait circonscrit de plus en plus à la surface inférieure et externe du poumon. Le tissu de cet organe était inférieurement comme splénisé ; dans d'autres points, rouge et un peu plus perméable à l'air. Tandis qu'à son sommet, il était plus dense, bleuâtre ou noirâtre par l'accumulation de la matière noire. On y reconnaissait la cicatrice d'une ancienne excavation tuber-

---

mêle dans sa bouche à l'invective : tout ce qu'on débite des chevaliers errans n'est que fable et mensonge ; les livres qui racontent leurs exploits devraient être brûlés en place publique, mais par malheur il n'y a plus d'auto-da-fé ; il faudrait donc qu'on les clouât au pilori, et qu'on leur mît un écriteau qui les déclarât infâmes pour cause d'attentat aux bonnes mœurs !... Qu'on se figure l'impression que devait produire l'idée seule de cette flétrissure de galérien sur l'honneur si délicat du chevalier de la Manche.

A ces moyens d'influence morale qui étreignaient coup sur coup la maladie, Cervantes entremêle, suivant l'état du malade, les commotions physiques ; il pousse avec vigueur sa folie pour l'épuiser par ses excès et pour la désenchanter par les mécomptes. C'est ainsi que le malencontreux hidalgo perd Rossinante, et se réveille à califourchon sur un chevalet de bois ; c'est ainsi qu'il est suspendu par le poignet à la fenêtre de Maritorne ; qu'il est désarçonné par Samson Caascasco, qui vient lui jeter le gant, tantôt comme chevalier des miroirs, tantôt comme chevalier de la lune ; c'est ainsi enfin qu'au déclin de la folie, dans ce période d'élucidation où toutes les idées fléchissent et prennent une teinte pacifique, le bachelier voulant l'exciter à commencer la vie pastorale, lui dit qu'il a composé une églogue, et qu'il vient d'acheter à un berger du Quintanaz, deux superbes chiens portant les noms fameux de *Barcino* et de *Butron*.

Les phénomènes moraux qui signalent le retour de don Quichotte à la raison se succèdent dans une proportion si exacte et sont décrits avec tant de fidélité, qu'au dire de Moréjon, Cervantes semble avoir dérobé le pinceau du vieillard de Cappadoce. Il l'a même emporté sur Hippocrate de tout l'avantage d'une action sur une définition ; au lieu d'un froid sujet d'amphithéâtre, il fait mouvoir un personnage comique qui est toujours compris, et ne cesse jamais d'intéresser. »

J'ajouterai une dernière réflexion au fragment qu'on vient de lire. Maintenant que le docteur Moréjon a si bien décrit la folie de don Quichotte, pourquoi ne ferait-il pas une pareille étude sur la folie non moins célèbre et originale du fameux écuyer Sancho Pança. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ce sont deux genres d'aliénation tout à fait opposés dans le raisonnement, dans le but et les effets. L'une est, pour ainsi dire, l'exaltation, la fièvre de la vertu, folie très rare de nos jours ; l'autre est l'avarice, la sensualité, la cupidité absorbante, vorace, sans cesse irritées et jamais assouvies, folie très commune aujourd'hui. Cette nouvelle étude est assurément fort digne d'appeler l'attention et d'exciter le talent du docteur Moréjon.

R. P.

— CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE. — La deuxième conférence a été consacrée à l'exposition de la formule générale et historique de la méthode sous-cutanée. Dans la troisième, M. Guérin traitera des origines de cette méthode, depuis les premiers temps de la science jusqu'à la ténotomie sous-cutanée.

— M. le docteur Finizio nous écrit de Florence pour réclamer la priorité du mécanisme proposé par M. le docteur Parsilani, de Calabre (GAZETTE MÉDICALE du 20 avril, page 262), pour mieux serrer les branches du forceps. Ce moyen n'est autre, suivant M. Finizio, que le mécanisme ancien, déjà connu du temps de Smellie, Levret, etc., et qu'il a modifié et perfectionné dans son nouveau céphalotribe.

culeuse, caractérisée par une ligne fibro-cartilagineuse transversale, avec quelques embranchemens en rayons, renfermant encore à l'une de ses extrémités de la matière tuberculeuse friable, comme crétacée. Le tissu pulmonaire qui y aboutissait était dense, criant sous le scalpel et infiltré au-delà des tubercules miliaires. En outre, le sommet de l'organe était froncé sur lui-même dans les points correspondans.

Le poumon gauche, aussi étroitement adhérent par sa surface que le droit, était lourd, d'un tissu engorgé et infiltré de sang qui lui donnait par endroits un aspect noir. Il était grenu, facile à écraser, en un mot il offrait tous les caractères de la pneumonie au premier degré et de l'apoplexie pulmonaire dans certains points. Le lobe supérieur était dans le même état. Toutefois son parenchyme au sommet était plus dense et infiltré çà et là de tubercules miliaires. La surface interne des bronches était rouge et enduite de mucosité trouble, rougeâtre. La trachée-artère à sa bifurcation et au-dessus était enveloppée de glandes tuberculeuses, la plupart du volume d'un œuf, d'un aspect blanc jaunâtre, plus ou moins fermes ou ramollies, souillées par endroits de taches noires qui imitaient les marbrures de certains savons. L'ensemble de ces glandes formait une masse allongée plus grosse que le volume du poing.

Le péricarde renfermait 12 grammes de sérosité citrine, limpide. Le cœur était assez gros; son tissu flasque et facile à écraser à la pression. L'oreillette et le ventricule droit contenaient des concrétions polypiformes de formation récente; le gauche, de semblables, mais plus anciennes. L'une d'elles s'introduisait même dans l'aorte jusqu'à 16 centimètres au-dessous de sa courbure. La surface interne du ventricule était violacée et colorée en rouge par imbibition.

ABDOMEN. Les intestins étaient en général distendus par des gaz, surtout le colon qui décrivait une espèce d'S vertical énorme, tandis qu'au-delà de la portion transverse il était affaissé et réduit à un très petit diamètre. On verra plus bas la raison de ce phénomène.

L'estomac était d'une vaste capacité. On y trouvait une grande quantité d'un liquide trouble, sale (boissons ingérées). Son grand cul-de-sac présentait des espèces de marbrures bleuâtres. Sa muqueuse paraissait un peu ramollie et était recouverte d'une couche blanchâtre, pulpeuse. Elle formait, vers le pylore, des plis losangiques irréguliers; celle du duodénum était saine.

Le jéjunum contenait un fluide d'un jaune orangé, d'une odeur alliacée. Sa surface interne était injectée par endroits, piquetée d'un rouge plus ou moins intense; elle offrait même une ulcération à bords découpés, taillés à pic, noirâtres. Les veines de la portion du mésentère qu'il soutient étaient injectées de même que le réseau intestinal sous-péritonéal, ce qui donnait un aspect rouge noirâtre à cette partie.

L'iléon était presque partout sain, bien que distendu par des gaz dans sa portion supérieure, excepté à 15 ou 16 centimètres du cœcum, où l'on remarquait un ulcère assez étendu, dont le fond n'était plus formé que par le tissu cellulaire suspéritonéal. La valvule iléo-cœcale était tuméfiée, indurée, et criait sous l'instrument qui la coupait.

Le cœcum renfermait une assez grande quantité de matières fécales molles, de même que la portion ascendante du colon qui se portait de haut en bas vers l'excavation du bassin, de laquelle il remontait de nouveau jusqu'au-dessus de l'ombilic, après avoir décrit une vaste S. Parvenue ainsi à son niveau primitif dans l'hypocondre droit, il se reportait transversalement jusqu'à la partie supérieure du gauche, où il présentait brusquement dans ce point un rétrécissement occasioné par une glande tuberculeuse du volume d'un petit œuf de poule, développée dans l'épaisseur de ses parois, faisant saillie vers la face interne de l'intestin, y ayant occasionné une sorte de bride de la muqueuse qui, épaissie, faisait valvule, avait retenu les matières, n'ayant laissé pour leur passage qu'un orifice de la largeur du doigt. Ces dernières s'étaient accumulées avant l'obstacle et avaient formé une masse plus grosse que les deux poings les plus volumineux. Elles avaient distendu démesurément le colon dans ce point, où il se dessinait comme une vaste poche; la muqueuse y était plus rouge que partout ailleurs.

Au-dessous du rétrécissement, l'intestin jusqu'à l'anus était extrêmement revenu sur lui-même, tout à fait vide, si l'on en excepte deux à trois petites crottes sèches enveloppées d'une mucosité blanchâtre gélatiniforme qui tapissait également la surface interne de l'organe. Ce dernier décrivait dans sa portion descendante plusieurs circonvolutions étendues. Les glandes du mésentère étaient engorgées; quelques-unes tuberculeuses.

Le foie était volumineux; son parenchyme dans l'état normal; sa vésicule flasque, pyriforme, allongée.

La rate aplatie et mollasse, comme flétrie, avait un tissu rougeâtre très friable.

Les reins étaient sains, ainsi que la vessie qui contenait une certaine quantité d'urine.

Cette observation offre un puissant intérêt sous des rapports multiples. Ainsi d'abord sous celui de l'étendue des lésions cérébrales sans symptômes généraux ou particuliers propres à les déceler, puisque les seuls qu'on nota furent ceux d'une arachnitis. Encore, dans ce cas, durent-ils être regardés comme un résultat de la folie, et l'existence habituelle de cette dernière dut-elle masquer l'invasion de la céphalite compliquée d'arachnitis, détourner l'attention et faire négliger l'examen des altérations survenues dans les fonctions cérébrales. Cependant, d'après sa loquacité plus grande, les cris plus fréquens de la malade pendant la journée et surtout la nuit sa plus grande insubordination qui m'obligea à lui faire quitter l'infirmerie, on pourrait être autorisé à penser que ce fut seulement à cette époque, quatre à cinq jours avant la mort, que se déclarèrent la céphalite et la phlegmasie arachnoïdienne, bien qu'on ne remarqua pas de fièvre en corrélation avec des lésions aussi graves.

Quant à l'épanchement pleurétique du côté gauche que la nature avait circonscrit parfaitement et en majeure partie résorbé, tout porte à croire qu'il eût fini par disparaître; ou s'il fût resté latent, qu'il n'eût pu augmenter à cause des barrières si fortes qu'elle lui avait opposées.

Cette femme avait probablement contracté cette maladie durant l'hiver de 1832 qu'elle passa tout entier complètement nue dans son cabanon. Le poumon correspondant offrait également un exemple de cicatrisation d'une vaste excavation tuberculeuse. La phlegmasie de celui du côté opposé avait été la cause de l'entrée de Méoté à l'infirmerie. Elle s'était dessinée peu franchement. En effet, on n'avait point observé de crachats pneumoniques, mais visqueux, filans, incolores, comme dans le catarrhe chronique. L'auscultation ni la percussion n'avaient été pratiquées, à cause de l'état d'aliénation mentale de la patiente.

Si les lésions des intestins jéjunum et iléon furent complètement méconnues, c'est qu'aucun symptôme ne les indiqua. Effectivement, la malade éprouvait de la constipation; la langue n'annonçait aucun état phlegmasique de l'estomac; l'épigastre n'était nullement douloureux à la pression, et le refus de manger était plutôt le résultat d'une obstination erronée.

On voit encore que dans ce cas, comme dans tous les précédens, que bien que la cause de la rétention des matières fécales et secondairement celle de l'accumulation extrême des gaz ait été un obstacle mécanique, la nature de ce dernier fut très singulière et très rare. En effet, ce fut une masse tuberculeuse comprimant et rétrécissant considérablement un point de l'intestin colon, de manière à transformer tout l'arc transverse en une vaste poche plongeant dans l'excavation du petit bassin qui le constitua; en même temps qu'une seconde occupée par une masse de matières fécales descendait très bas au-devant de l'obstacle qui se trouvait un peu au-dessous de la courbure gauche de l'arc transverse. Ici encore aucuns symptômes ne firent reconnaître cette lésion; on aurait bien, il est vrai, si l'on eût exercé la percussion sur le ventre, probablement obtenu un son tympanique et mat dans la fosse iliaque gauche, et ainsi constaté l'existence d'un météorisme considérable. Mais on n'eût pas été plus avancé pour cela. Car on aurait d'autant moins soupçonné la rétention des fèces que la constipation était expliquée par l'abstinence prolongée et volontaire de la malade, et qu'une potion purgative avait immédiatement provoqué cinq évacuations alvines abondantes. Enfin, pour ce qui a rapport à l'épaississement de la membrane muqueuse qui formait comme une espèce de valvule étroite à l'endroit du rétrécissement du colon par la glande tuberculeuse, il est difficile de décider s'il fut le résultat d'une sorte d'hypertrophie occasionée par les efforts continuels de contractions péristaltiques du gros intestin pour faire franchir aux matières fécales le point rétréci, ou celui d'une tuméfaction due à son état habituel d'irritation par le contact de celles-ci, ou enfin de la distension extrême des parois intestinales par l'énorme accumulation de gaz qui était faite immédiatement au-dessus.

Si dans toutes les observations que j'ai citées, je n'ai retranché aucun des longs et minutieux détails d'anatomie pathologique qui s'y font remarquer, c'est que toutes les fois que le médecin pourra se représenter mentalement les désordres matériels qui se sont traduits par un ensemble particulier de troubles fonctionnels, il procédera avec plus de hardiesse et de sûreté.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE ANCIEN A GAUCHE EN VOIE DE RÉSORPTION ET SPLÉNIFICATION DU POUMON CORRESPONDANT; PNEUMONIE LOBULAIRE DE CELUI OPPOSÉ; HYDATIDE AU MILIEU DU LIQUIDE DE LA PLÈVRE GAUCHE; SINGULIÈRE ANOMALIE DES INTESTINS COMPRIMANT L'ARC TRANSVERSE DU COLON ET AYANT DONNÉ LIEU A L'ACCUMULATION DE GAZ SEULEMENT; MORT.

OBS. VI. — Cicquel, âgé de 39 ans, était entré, au mois de mars 1837, dans la salle de pathologie interne, pour une gastralgie dont il avait guéri. Il y fut remonté le 20 mai, se plaignant d'un point de côté à gauche, d'oppression et de tousser. Il avait de la fièvre et avait beaucoup maigri. (Application de 15 sangsues, infusion de capillaire oxymellée.)

Le lendemain, je fis placer sur la partie douloureuse un large emplâtre épispastique.

12. La poitrine percutée rendait un son mat à gauche. L'auscultation n'y laissait entendre aucun bruit respiratoire, mais un râle muqueux. Je crus à une pneumonie latente du lobe inférieur du poumon.

Le lendemain, un nouvel examen du thorax me fit reconnaître cette erreur. En effet, en faisant déshabiller le patient, je constatai que le côté gauche était plus dilaté que l'autre, qu'il rendait un son mat et que la respiration ne s'y entendait aucunement.

24. Cette dernière pouvait encore être perçue, seulement au-dessous de la clavicule. Partout ailleurs, elle manquait, l'asphyxie était imminente, le pouls filiforme. (Potion avec 8 grammes d'oxide d'antimoine, infusion de capillaire oxymellée.)

25. Gicquel était mourant; l'oppression et la pâleur étaient extrêmes. Je n'avais jamais rencontré d'égophonie; la fièvre persistait. Il expira le lendemain matin à huit heures, en conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Cet homme étant extrêmement usé, je n'avais pas osé recourir de nouveau à la saignée, un premier essai ayant été suivi d'une longue syncope, en sorte que je n'avais pu obtenir que 70 à 90 grammes de sang.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 23 heures après la mort.

ÉTAT EXTÉRIEUR. Le corps était peu amaigri; sa raideur prononcée.

Le crâne ne fut pas ouvert, aucun symptôme cérébral n'ayant eu lieu.

THORAX. Le côté gauche renfermait à peu près 620 grammes de sérosité trouble, en partie résorbée; car l'épaisseur des fausses membranes qui recouvraient le poumon et les parois thoraciques, leur consistance comme cartilagineuse, leur infiltration séreuse, leur organisation parfaite et leur laxité indiquaient que la collection de liquide était ancienne et avait dû être plus considérable, outre que toutes les concrétions d'albumine étaient transparentes, jaunâtres. Elles s'étaient réunies à la partie la plus déclive; elles étaient volumineuses à la face externe du lobe inférieur du poumon qu'elles faisaient adhérer aux points correspondans des parois du thorax; elles rappelaient là celles si épaisses et si inégales de la péricardite.

Le liquide était surtout concentré au-dessus du lobe inférieur, qui formait pour ainsi dire la paroi inférieure de la collection, tandis que le supérieur, repoussé vers le médiastin et adhérent dans toute la longueur de son bord antérieur, la bornait en dedans et que la paroi thoracique achevait de la compléter en dehors. Je trouvai, nageant dans sa sérosité, une hydatide ayant la grosseur d'un œuf, dont l'enveloppe était épaisse, d'une transparence un peu opaline. Au-dessous il en existait une seconde d'une finesse et d'une diaphanéité parfaites, qui permettait de distinguer le liquide transparent qu'elle contenait, et dans lequel étaient suspendus des filamens un peu plus opaques et une grande quantité de globules de même apparence. Elle contenait un ver acéphalocyste.

La pseudo-membrane tapissant le poumon était épaisse de 7 millimètres, admirablement injectée, la capillarité infiniment ténue des petits vaisseaux se détachant sur la diaphanéité occasionnée dans leur tissu par une infiltration séreuse. Le parenchyme des deux lobes pulmonaires était splénifié entièrement. Il n'y avait qu'une très petite partie du bord antérieur qui fût encore perméable à l'air.

Le poumon droit était si étroitement adhérent qu'on ne put l'enlever qu'en le déchirant. Son tissu était généralement crépitant, d'un rouge vif; on y remarquait de l'engorgement sanguin. Le lobe moyen présentait même quelques noyaux pneumoniques, caractérisés par un tissu grenu, facile à écraser. (Pneumonie lobulaire.)

Les tuyaux bronchiques de ces deux organes étaient peu rouges. Toute la trachée artère et le larynx étaient engorgés d'une grande quantité de mucosités très spumeuses, analogues à du blanc d'œuf battu et très adhérentes; leur muqueuse était saine.

L'intérieur du péricarde ne contenait pas de sérosité. Le cœur était volumineux, les cavités droites et surtout l'oreillette distendues, cette dernière par une énorme concrétion polypiforme, et le ventricule par des caillots de sang intriqués dans ses colonnes charnues. Il en était de même des gauches. Les parois du ventricule aortique étaient peu épaisses et d'un aspect assez pâle.

ABDOMEN. On ne remarquait pas de sérosité dans sa cavité. On rencontra une singulière disposition des intestins. L'arc transverse du colon était comme séparé en deux par le mésentère, qui passait au-devant ou en travers, et le comprimait de tout le poids des petits intestins, en sorte que sa lumière en était rétrécie et le parcours des matières fécales devenu difficile. La portion droite ou ascendante était distendue par des gaz et très large, tandis que la gauche, dans le même cas, décrivait brusquement une espèce d'S très courte, de la convexité de laquelle partaient deux brides celluleuses anciennes très fermes, l'une plus large se portant au-dessous du foie dans l'hypocondre droit où elle adhérait, l'autre, moins étendue, qui se dirigeait plus inférieurement sur les côtés du muscle carré, où elle s'unissait à la portion de péritoine qui passe au-devant. C'était entre elles que se dirigeait le duodénum, après avoir décrit sa courbure pour se continuer avec le jéjunum et le reste de l'intestin grêle, dont tout le paquet était flottant et en quelque manière suspendu au mésentère, en sorte qu'on pouvait le soulever en totalité, de même que le cœcum et la portion ascendante du colon qui n'avaient aucune adhérence avec la fosse iliaque et la région lombaire, comme cela a lieu ordinairement.

L'estomac était très contracté, allongé, ne renfermait qu'un liquide verdâtre, trouble. Sa muqueuse rouge et piquetée dans un ou deux points très limités, était partout ailleurs saine. Elle formait une multitude de saillies losangiques irrégulières; elle était tapissée de mucosités.

Le duodénum était dans l'état normal, même dans sa portion comprise entre les deux brides. Le jéjunum était occupé par un liquide jaunâtre adhérent à sa membrane interne, qui était, dans plusieurs endroits, d'un rouge assez intense, avec réseau capillaire finement injecté. Les matières fécales y étaient plus liquides et d'une teinte plus rougeâtre. L'iléon, de même que le précédent, était extrêmement contracté, généralement sain, excepté dans les trois derniers décimètres où il offrait de la rougeur.

Le cœcum flottant, de même que les intestins précédens, n'était point fixé comme de coutume par l'enveloppe péritonéale à la place qu'il doit occuper. Il était libre et avait été attiré en haut par le mésentère lui servant de lien commun avec le jéjunum et l'iléon. Sa cavité était remplie de matières fécales jaunes, plus épaisses, mais néanmoins encore liquides, et en partie par des gaz.

Le colon, après un court trajet de sa portion ascendante, qui semblait beaucoup plus courte qu'à l'ordinaire, se trouvant tout à coup à 5 centimètres 1/2 à gauche du point où il se recourbe pour devenir horizontal, comprimé par le mésentère passant verticalement au-devant de lui, de tout le poids du paquet intestinal qu'il suspendait. Il formait là une sorte de corde très tendue qui comprimait le colon et en effaçait la lumière; aussi les gaz s'étaient-ils accumulés dans chaque portion latérale de l'intestin qu'ils distendaient. Celle de gauche, après avoir décrit une courbure en S extrêmement courte, se portait au-devant de la bride mésentérique, et était maintenue fixée par les deux liens celluleux que j'ai décrits. Elle reprenait d'abord son diamètre ordinaire; mais ensuite elle était beaucoup plus étroite lorsqu'elle venait former la portion descendante et l'S iliaque du même intestin, dont la muqueuse était saine, et la cavité renfermait çà et là des fèces peu dures. Le rectum, très contracté, était dans l'état normal.

Toutes les glandes du mésentère étaient un peu engorgées et rougeâtres.

La rate était très petite, flétrie, ratatinée, son tissu pâle, mais très facile à écraser.

Le foie était sain, sa vésicule distendue par une bile jaune filante.

Le pancréas était dans l'état normal.

Le rein gauche, plus gros que le droit, était plus gorgé de sang. Les deux substances étaient peu distinctes, la corticale légèrement ramollie.

La vessie, totalement vide d'urine, était très contractée, réduite à presque rien; mais ses parois étaient épaissées.

Cette observation mérite de fixer l'attention sous plus d'un rapport, d'abord sous celui de la triple lésion thoracique dont l'une seulement pût être reconnue par la percussion et l'auscultation médiate, savoir l'épanchement pleurétique ancien à gauche; car la pneumonie lobulaire du lobe moyen du poumon gauche, qui n'était que commençante et très limitée, ne put être indiquée, aucun râle crépitant, ni expectoration ramollie n'ayant eu lieu, et cependant tout porte à croire que ce fut elle qui mit fin à l'existence en attaquant un sujet très usé et déjà atteint d'une autre lésion grave.

L'hydatide qui nageait dans le liquide épanché, dans la cavité pleurale gauche, ne pouvait également être décelée par aucun symptôme ou signe stéthoscopique; aussi sa présence fut-elle ignorée.

En second lieu, ce fait est surtout intéressant sous le rapport de la disposition singulière du mésentère, qui, au lieu de passer derrière l'arc transverse du colon, formait corde au-devant de lui, le comprimait de tout le poids des matières contenues dans les intestins grêles, qu'il suspendait, et dans le cœcum, devenu flottant comme eux; car sa partie supérieure seule, ou plutôt la portion ascendante du colon redevenait seule fixe, au moyen de l'enveloppe péritonéale, vers la partie supérieure de l'hypocondre droit. Cette disposition anormale ne pouvait avoir été accidentelle, car dans ce cas il eût fallu que le cœcum se fût trouvé porté à gauche, tandis qu'il se trouvait à droite, seulement plus haut que de coutume, et que l'arc du colon eût offert une disposition inverse de celle qui lui est naturelle, ce qui n'existait également pas: elle était donc coogéniale.

Les deux longues brides celluleuses de la partie moyenne de l'espèce d'S formé par l'intestin et de sa portion gauche la plus rapprochée du lien de sa compression seront seules survenues secondairement, à la suite d'une phlegmasie péritonéale locale, et se seront allongées peu à peu, de manière à acquérir l'étendue qu'elles avaient.

Quant à la compression exercée sur l'arc transverse, la nature s'y habitua probablement, car jamais le cours des matières fécales ne fut interrompu, ou bien elle ne fut pas suffisante pour produire ce dernier effet. Seulement on remarqua que les gaz stercoraux s'étaient accumulés de chaque côté du point comprimé.

J'aurais pu multiplier les exemples de rétention des matières fécales et des gaz dans certaines parties du gros intestin, par les causes assignées dans ce travail; mais c'eût été lui donner trop d'extension et le rendre fastidieux. Ceux cités suffiront, je l'espère, pour confirmer ce que j'ai avancé de la fréquence et des dangers de ce genre d'accidens, surtout lorsqu'il survient pendant la durée et principalement à la fin des maladies un peu longues ou organiques.

J'ajouterai que, d'après la composition des excrémens solides et secs de l'homme, qui est la suivante: carbone, 86,6; hydrogène, 5,6; oxigène, 36,8; azote, 4,0; principes fixes, phosphate de chaux, de magnésie, silice, 2/3, et des traces de sulfate de potasse, de soude, de chaux, de phosphate de soude, tout porte à croire que dans ceux encore humides contenus dans les intestins, et surtout dans ceux presque secs, ayant la forme de magdaléons, la composition chimique doive être à peu de chose près la même, et que dès lors les gaz abondans qui en accompagnent ordinairement l'accumulation et la rétention anormale doivent être de l'hydrogène carboné et de l'azote. C'est une vérification à faire, en recueillant les gaz intestinaux pour les soumettre à des analyses chimiques.

Dès lors il est difficile que leur séjour prolongé sur une surface muqueuse aussi étendue que celle du tube intestinal, et leur contact avec des matières stercorales altérées, ne soient pas suivis de résorption et d'altération consécutive des forces de l'organisme, malaise, quoique se

faisant avec bien plus de lenteur et par une voie différente, à celle observée dans certains cas d'absorption de ces mêmes gaz.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1843 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Mémoire sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfans*; par M. Thore. 2° *Recherches sur la rupture spontanée de la rate*; par M. Vigla 3° *Du traitement de la goutte par les eaux de Vichy*; par M. Billiet. 4° *Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfans*; par MM. Legendre et Bailly. 5° *Deuxième mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer*; par M. Négrier 6° *Quelques remarques sur les tumeurs gélatino-albumineuses, fibreuses de plusieurs auteurs*; par M. Lesauvage. (D'après le mode de développement et de nutrition de ces tumeurs, l'auteur propose de changer leur nom de fibreuses contre celui de gélatino-albumineuses.) 7° *Mémoire sur l'emploi de la teinture de bulbe de colchique, du nitrate de potasse et des saignées non formulées dans le traitement du rhumatisme articulaire*; par M. Monneret. 8° *De l'hypertrophie particulière de la vulve*; par M. Desruelles. (L'auteur cite deux cas de cette affection qu'il croit devoir assimiler à l'éléphantiasis. Les rédacteurs du journal ne partagent pas cette opinion ; ils pensent que M. Desruelles n'a observé qu'une affection syphilitique ancienne. Nous avons vu, quant à nous, en 1839, dans le service de M. Bonnet à Lyon, une dégénérescence toute semblable, que cet habile chirurgien rapporta à l'éléphantiasis.) 9° *Recherches anatomo-pathologiques sur l'inflammation de la membrane muqueuse de l'oreille moyenne*; par M. Toynbee. (Travail déjà analysé, v. GAZ. MÉD., 1844, p. 75.) 10° *Observation d'hydro-pneumo-péricarde, accompagné d'un bruit de fluctuation perceptible à l'oreille*; par M. Bricheteau.

MÉMOIRE SUR LA COURBURE ACCIDENTELLE ET LA FRACTURE INCOMPLÈTE DES OS LONGS CHEZ LES ENFANS; par M. THORE.

Quoique depuis quelque années elle ait été reprise avec beaucoup de zèle, l'histoire des fractures incomplètes et des courbures des os offre encore des obscurités et des lacunes nombreuses. M. Thore apporte ici pour la compléter des observations et des expériences sur les animaux, ainsi que sur le cadavre. Voici, en résumé, ce qu'il y a de plus instructif dans ces recherches.

L'auteur rapporte d'abord les faits de courbure et de fracture incomplète qu'on trouve épars dans les auteurs, Jurnie, MM. Thierry, Villaume, Gulliver, Mondière, Campaignac, etc.; viennent ensuite trois observations qui lui sont personnelles. Dans la première, un enfant de 8 ans se courbe, dans une chute, l'avant-bras en avant, accident qu'un appareil ordinaire maintenu après la réduction faite, guérit parfaitement. Un entre cas est aussi relatif à une courbure de l'avant-bras, mais en arrière ; courbure survenue chez un enfant de 3 ans, et que l'incurie des parens lors de l'accident laissa persister. Le troisième fait offre l'exemple simultané d'une courbure et d'une fracture incomplète ; en voici les principaux détails.

OBS. — Une enfant de 6 ans et demi, de tempérament lymphatique, fit une chute dans un escalier. Visitée quelque temps après, l'avant-bras était tuméfié, les tégumens fortement tendus, la douleur vive et exaspérée par la moindre pression. On crut d'abord avoir affaire à une fracture ; mais malgré les plus minutieuses recherches il ne fut possible de découvrir ni mobilité ni crépitation. L'avant-bras offrait une courbure à concavité antérieure, courbure prononcée surtout vers le tiers supérieur du membre ; saillie notable à sa face postérieure et à son côté interne. Des efforts exercés avec beaucoup de ménagement rendirent au membre une partie seulement de sa rectitude. La tuméfaction et la douleur déjà considérables firent qu'on se borna à l'application des émolliens, en recommandant de ramener l'enfant. Cette dernière prescription ne fut point exécutée.

Au bout de cinq mois, M. Thore, ayant à cœur de compléter l'observation, alla à la recherche de cette enfant. Les parens lui dirent alors qu'ayant vu leur fille se servir de son bras comme auparavant, ils n'avaient pas cru qu'elle eût besoin d'un traitement ultérieur. Il restait encore alors une légère courbure. De plus, M. Thore remarqua au-dessus du tiers moyen du cubitus et surtout vers la partie interne une saillie arrondie et évidemment produite par un cal peu volumineux qui s'étendait vers l'espace interosseux. Le radius, dans le même point, avait conservé sa forme et son volume ordinaires. On ne fit aucun essai pour remédier à cette légère difformité.

Les cas de courbure ou de fracture incomplète relatifs à l'avant-bras sont de beaucoup les plus communs. Il existe trois exemples d'une lésion semblable siégeant à la jambe. Quant au bras et à la cuisse, outre un fait cité par Jurine d'une courbure de l'humérus, M. Thore dit n'en pas connaître. (Nous avons rapporté récemment (v. GAZ. MÉD., 1844, p. 173) un cas de fracture incomplète du fémur, où la lésion a été constatée anatomiquement et par un observateur extrêmement distingué, M. Debrou. Il est vrai que ce fait, ayant pour sujet un homme de 62 ans, sort, sous ce point de vue, du cadre où M. Thore a renfermé ses observations.)

M. Thore a voulu confirmer par des expériences les conclusions que les faits précédens lui suggéraient sur la réalité si contestée de ces courbures osseuses. Ayant agi sur des chats âgés de 15 jours à 6 semaines, il a fréquemment obtenu des courbures sur les membres composés de deux os, tandis que l'humérus et le fémur se rompaient au contraire d'une manière assez nette.

Des expériences faites sur des cadavres d'enfant ont complété ces premiers essais. Leur résultat est significatif pour juger la question.

1° Sur 20 enfans âgés de un jour à un mois, il a été impossible d'obtenir une courbure ou une rupture incomplète. Toujours la solution de continuité se produisait brusque et nette.

2° Sur 11 enfans âgés d'un mois à un an, on a pu déterminer quelques fractures incomplètes ; mais surtout et principalement aux approches de la première année révolue, on a produit des courbures très prononcées à l'avant-bras et à la jambe. Le fémur et l'humérus se cassaient toujours au lieu de ployer.

3° Sur 15 enfans âgés d'un à trois ans, on a constaté la grande tendance des os à se courber sans le moindre indice de rupture de leurs fibres. Sur un cadavre d'enfant de 16 mois, l'auteur mit les os à nu, puis il ploya les avant-bras en avant, et put renverser ensuite la main sur la face dorsale du membre sans opérer la moindre fracture ; ce dont il se convainquit en examinant la surface des os après en avoir enlevé le périoste.

4° Sur 9 enfans de 3 à 12 ans, il a obtenu des fractures, tantôt incomplètes, tantôt complètes, ce dernier cas surtout à cause qu'il agissait sur des sujets plus âgés.

Il est bon de noter que, dans ces expériences, M. Thore a eu soin de ne jamais choisir que des sujets exempts de rachitisme. Son assertion à cet égard mérite d'autant plus de créance que, pour éclairer son choix, il déclare avoir toujours recherché avec beaucoup de soin si le squelette ne présentait point quelques-uns des caractères assignés par M. J. Guérin comme appartenant à cette maladie.

Il résulte clairement de cette série d'expériences que la tendance des os à se courber ou à se rompre incomplètement est surtout prononcée vers la seconde année de la vie. Après 12 ou 14 ans, ces deux lésions ne se présentent plus que d'une manière tout à fait exceptionnelle. Du reste, elles ne sont, comme le remarque fort bien l'auteur, que deux degrés de la même lésion, ou mieux que deux effets, indiquant chacun un degré différent d'une même prédisposition dans le tissu osseux.

En général, une extension modérée, une pression exercée sur la convexité suffisent pour faire disparaître ces courbures, dont le diagnostic n'offre guère de difficultés. D'autres fois, on éprouve une grande résistance ; il a fallu, dans quelques cas, employer beaucoup de force et même sans pouvoir remédier complètement à la déformation. Si la difformité qui persiste ainsi était assez prononcée pour nuire aux fonctions du membre, M. Campaignac pense que, plutôt de l'abandonner à elle-même, il vaudrait mieux effectuer une fracture complète que l'on traiterait ensuite d'une manière convenable. M. Thore ne paraît pas disposé à partager cet avis ; il incline pour l'emploi prolongé d'un appareil. Mais pourtant, si malgré ce moyen, une difformité choquante ou l'impotence du membre persévéraient, nul doute, selon nous, qu'il ne fût indiqué d'en venir à une action plus énergique. Du reste, ce ne serait presque jamais une fracture que l'opérateur serait obligé de faire dans ce cas ; car, agissant dans les mêmes conditions d'âge que celles où la courbure traumatique a pu être produite, il est bien probable que ses efforts, d'ailleurs prudemment conduits, ne feraient non plus que redresser l'os, sans risquer de le fracturer. L'art, en un mot, ne romprait pas, ne pourrait guère rompre là où quelques mois auparavant la nature n'avait permis qu'une simple flexion de l'os.

RECHERCHES SUR LA RUPTURE SPONTANÉE DE LA RATE; par le docteur VIGLA.

La rupture spontanée de la rate est un accident rare, malgré la fréquence des lésions dont cet organe est atteint dans le cours de différentes

affections. Un fait de ce genre, recueilli par M. Vigla chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, lui a donné l'idée de réunir ceux des faits analogues déjà connus, et d'examiner s'il n'y aurait pas entre ces divers faits des rapports qui pussent jeter quelque jour sur le mode de production ou sur quelque autre point de vue de cette lésion. Ecartant d'abord du nombre de ces faits ceux où la lésion fut le résultat de causes mécaniques, M. Vigla n'a pu réunir que 17 cas où la rupture eût été réellement spontanée, et partage ces 17 cas en deux groupes, dont le premier comprend ceux qui se rapportent à des sujets atteints de fièvres intermittentes, et le second ceux observés dans d'antres conditions. Le premier groupe se compose de huit observations, dont les plus importantes ont été publiées par Bailly, dans son TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES. Le second en renferme neuf, dont quelques-unes, empruntées à d'anciens auteurs, offrent trop peu de détails pour qu'on puisse connaître exactement la cause de l'accident, une seule a été observée chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, et qui n'a rien offert de très anormal, à l'exception de cette rupture, pendant le cours de sa maladie et à l'examen nécropsique. De la réunion de ces deux groupes et de la comparaison des diverses circonstances dans lesquelles les faits qui les composent ont été observés, il ne ressort, malgré tous les efforts de l'auteur, aucune donnée nouvelle de quelque importance. Nous reproduirons pourtant les conclusions que l'auteur a tirées lui-même de son travail, et qui en présentent un résumé exact.

1° La rupture spontanée de la rate est ordinairement précédée d'un travail morbide, congestionnel, inflammatoire ou hypertrophique de la rate, dont il est la conséquence et l'un des modes de terminaison.

2° Les symptômes que l'on observe le plus souvent sont une douleur splénique, le ballonnement du ventre, quelquefois des nausées ou même des vomissemens, la constipation, la fréquence et la petitesse croissante du pouls, des lipothimies, l'intégrité des fonctions intellectuelles jusqu'au dernier moment, malgré des souffrances et une anxiété des plus vives. Mais, à cet égard, il y a des différences et des variétés très nombreuses.

3° La mort a été jusqu'ici la terminaison commune et ordinairement prompte. Le terme varie de quelques heures à six jours.

4° La forme de la déchirure est linéaire, angulaire ou arrondie. La quantité de sang épanché est ordinairement abondante. Une partie est coagulée; l'autre reste liquide. Cet accident n'est pas suivi de péritonite.

5° La rupture de la rate est difficile à reconnaître. Il est facile de confondre ses symptômes avec ceux qui résultent de la perforation du tube digestif et de la déchirure d'un gros vaisseau de l'abdomen. Elle présente aussi des analogies nombreuses avec la péritonite circonscrite ou générale, ou même avec la pleurésie, la péricardite et la pleuropneumonie.

6° Le traitement de cet accident, si l'ensemble des symptômes énumérés autorisait à le soupçonner, devrait consister dans l'emploi raisonné des hémostatiques et de l'opium à haute dose.

DU TRAITEMENT DE LA GOUTTE PAR LES EAUX DE VICHY; par le docteur RILLIET.

Il n'est personne qui ignore les différends qui se sont élevés relativement aux effets des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte, et l'on sait que ce différend, après avoir retenti dans l'enceinte des thermes, n'a pas tardé à être porté, sans grand avantage, devant les corps savans, la presse, le ministre du commerce et même la tribune. C'est à la solution de cette question, tant de fois tentée, que l'auteur de ce mémoire a consacré des recherches suivies. « Témoin oculaire et tout à fait désintéressé, il nous sera permis d'exprimer une opinion qui, à défaut de nouveauté, aura au moins le mérite d'être indépendante et consciencieuse. » Il faut distinguer dans cette question deux parties, l'une théorique et l'autre pratique. Sans adopter comme démontrée la théorie avancée par M. Petit pour l'explication du mode d'action de ces eaux, M. Rilliet les regarde cependant, sinon comme un remède spécifique, au moins comme un moyen précieux à mettre en usage dans le traitement de la goutte, admettant qu'elles rendent les accès moins fréquens, moins douloureux, et qu'elles tendent à faire diminuer et disparaître les accidens locaux qui en sont la conséquence. Mais cette action bienfaisante, ce point n'est à leurs propriétés chimiques qu'elles la doivent; ces eaux mêmes ne sont pas les seules avec leurs analogues de composition qui agissent d'une manière favorable sur la goutte. Suivant l'auteur, la plupart des eaux thermales peuvent être utilement employées dans le traitement de la goutte, qu'elles contiennent ou non du carbonate de soude en solution, s'appuyant à cette occasion du témoignage de M. Prunelle et de ceux de plusieurs médecins des eaux thermales de diverses localités, telles que Néris, le Mont-d'Or, Wiesbad et autres, dont les eaux, bien que privées de sels alcalins, produisent cependant de bons effets sur les goutteux. Mais cette action bienfaisante des eaux thermales, et qui serait plus prononcée dans celle de Vichy, ne dépendrait, suivant M. Rilliet, que de l'influence favorable qu'elles exercent sur les fonctions digestives, qui sont souvent troublées chez les goutteux et de leur action sur la gravelle, complication fréquente de la goutte, et en dernier résultat de l'action de l'eau elle-même, prise à l'intérieur et employée à l'extérieur et aidée de quelques principes minéralisateurs. Cette conclusion ne nous paraît pas suffisamment démontrée, et nous pensons que, si M. Petit a peut-être donné trop d'importance à la théorie chimique, M. Rilliet s'est contenté d'une explication peu satisfaisante.

NOUVELLES RECHERCHES SUR QUELQUES MALADIES DES POUMONS CHEZ LES ENFANS; par MM. LEGENDRE et BAILLY, D. M.

Malgré les nombreux travaux publiés depuis quelques années sur les maladies des enfans, il reste encore beaucoup de points à éclaircir et même d'erreurs à déraciner, et parmi les causes de ces erreurs, l'une des plus fréquentes est le vague et l'extension presque illimitée que l'on a donnée dans ces derniers temps au mot inflammation. Déjà on a détaché de cette classe trop vaste quelques affections dont l'origine était différente, et MM. Legendre et Bailly viennent aujourd'hui en détacher encore une partie importante en signalant une altération morbide à laquelle ils donnent le nom d'état fœtal et qui domine tellement, suivant eux, toute la pathologie du poumon dans la première enfance, qu'elle constitue l'élément le plus général, la forme la plus constante et la plus remarquable des lésions variées qui s'observent à cet âge dans les affections pulmonaires. Cette altération dans la description de laquelle nous craignons que nos auteurs aient été précédés par les recherches de quelques médecins allemands n'offre jamais de traces de travail inflammatoire, bien qu'elle eût été jusqu'ici décrite sous le nom de pneumonie lobulaire. Ayant trouvé, disent les auteurs, une certaine analogie entre ces altérations et l'état du poumon chez un enfant qui n'a pas respiré, nous avons été conduits à nous demander si en effet le tissu pulmonaire, chez un enfant, placé dans des conditions particulières, pouvait reprendre l'état anatomique qu'il présentait avant l'établissement de la respiration et nous croyons être arrivés par des raisonnemens assez plausibles à la vérification de ce phénomène.

Nous ne pouvons reproduire ici les caractères anatomiques de cette lésion, et dirons seulement que les points du poumon sur lesquels elle se rencontre, non seulement sont privés d'air, ne crépitent pas, et offrent la plupart des caractères de l'hépatisation, mais encore reprennent, par l'insufflation de l'air dans les bronches qui s'y distribuent, tous leurs caractères physiologiques. Ce dernier résultat suffit seul pour distinguer l'*état fœtal* des poumons de la véritable hépatisation inflammatoire. En outre, ce tissu offre un aspect sec et coriace qui lui a valu le nom de carnification, et l'aspect de la coupe en est lisse et non grenu comme dans l'hépatisation.

L'état fœtal présente plusieurs variétés dont la première est l'*état fœtal simple* que l'on observe comme complication de la plupart des maladies et surtout de la bronchite et ressemble de tous points au poumon du fœtus, si ce n'était sa consistance qui devient d'autant plus grande qu'on l'observe à un âge plus éloigné de la naissance; cet état a été parfaitement décrit par la plupart des auteurs modernes qui ont décrit la pneumonie chez l'enfant, et surtout par MM. Berton, Delaberge, Rufz, Rilliet et Barthez; mais ils se seraient complètement mépris sur la nature de cette lésion qu'ils ont tous regardée comme produite par l'inflammation, tandis qu'elle est pour nos auteurs la négative de toute pneumonie.

La seconde variété, décrite sous le nom d'*état fœtal congestionnel*, est caractérisée par une congestion sanguine des réseaux vasculaires qui enveloppent les cellules, congestion qui a pour effet d'affaisser ces dernières. C'est la seule variété que l'on rencontre chez les enfans nouveau-nés.

La cause à laquelle MM. Legendre et Bailly attribuent la production de cet état semble devoir l'éloigner encore davantage des produits inflammatoires; car la faiblesse native des enfans et celle qui résulte des maladies plus ou moins longues et dans lesquelles on a employé les médications débilitantes, est la condition pathologique au milieu de laquelle on voit le plus fréquemment survenir l'état fœtal. Le catarrhe bronchique en s'opposant à la pénétration de l'air dans les vésicules contribuerait aussi puissamment à produire le même état.

Lorsque ces deux variétés sont isolées ou peu étendues, elles ne donnent lieu à aucun symptôme qui permette d'en assurer l'existence, cette altération ne peut même être que soupçonnée quand elle est lobulaire; quand au contraire elle occupe la plus grande partie d'un lobe, la diminution de la sonorité de la poitrine et l'affaiblissement du bruit respiratoire peuvent l'indiquer avec plus ou moins de probabilité.

Quant aux moyens de remédier à une lésion aussi grave, ils sont en petit nombre et nous semblent devoir rarement réussir ; l'exercice, l'agitation, l'emploi des frictions sèches et aromatiques sont les seuls moyens que l'on conseille.

Il résulte de ces recherches que l'état fœtal qui n'est que l'occlusion des vésicules aurait été, dans tous les cas, décrit sous le nom de pneumonie lobulaire ; que cette dernière même n'existerait pas, puisqu'on ne voit jamais, comme dans l'état fœtal, l'hépatisation se borner à un seul lobule, et qu'on doit substituer au nom de pneumonie lobulaire celui de pneumonie partielle au petit nombre de cas dans lesquels on rencontre des noyaux disséminés d'hépatisation. Il en résulterait encore que cette pneumonie disséminée et partielle, que l'on avait jusqu'ici appelée pneumonie lobulaire, serait beaucoup moins fréquente qu'on ne l'aurait cru, puisque sur 145 autopsies d'enfans de 2 à 5 ans nos auteurs n'ont constaté que 9 cas de pneumonie partielle ; malgré cette rareté de la pneumonie partielle, cette dernière n'en serait pas moins encore presque spéciale à l'âge de 2 à 5 ans, ainsi qu'il résulte des chiffre suivans recueillis par les auteurs :

Sur 145 autopsies d'enfans âgés de 2 à 5 ans, 9 cas de pneumonie partielle et 2 cas de pneumonie lobulaire.

Sur 103 autopsies d'enfans âgé de 5 à 15 ans, 1 seul cas de pneumonie partielle.

Ce n'est pas à ces modifications dans la pathologie de l'enfance que se bornent les recherches des auteurs. Dans une troisième partie, ils étudient comme une seule et même maladie, présentant seulement des formes distinctes, les affections qui ont été décrites comme autant de maladies séparées sous les noms de *pneumonie lobulaire disséminée et généralisée*, de *bronchite capillaire*, de *catarrhe suffocant*. Ces deux affections ne doivent être, d'après les recherches de MM. Legendre et Bailly, considérées que comme deux formes distinctes d'une même affection qu'ils proposent de nommer *pneumonie catarrhale*. Dans l'une il y aurait prédominance de l'élément catarrhal bronchique (forme bronchique) ; tandis que dans l'autre (ou forme pneumonique) l'inflammation catarrhale des vésicules unie à une congestion lobulaire étendue donne lieu à des symptômes et présente des caractères anatomiques qui, malgré quelques ressemblances, diffèrent cependant notablement de ceux qui appartiennent à l'hépatisation véritable.

De cette nouvelle doctrine que nous ne sommes point en mesure de juger en ce moment et que nous regrettons de ne pouvoir exposer avec plus de développement, il ressort quelques avantages qui ne sont point à dédaigner ; ainsi on comprendrait facilement comment les pneumonies dites lobulaires succèdent au catarrhe bronchique, comment elles sont toujours doubles et résistent avec une opiniâtreté désespérante aux émissions sanguines. Ainsi encore se trouverait expliquée par les différences nosologiques qui séparent les inflammations catarrhales des phlegmasies, la prééminence des contro-stimulans et des évacuans sur les antiphlogistiques, ainsi que les bons effets de la médication tonique dans le traitement de la pneumonie catarrhale.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER ; par le docteur NÉGRIER, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers.

Dans un premier mémoire publié en 1841 (GAZ. MÉD., année 1841, p. 505), M. Négrier avait donné les chiffres de quatre séries de malades atteints de divers accidens scrofuleux et soumis au traitement par les feuilles de noyer, avec indication de ceux de ces malades qui avaient guéri, de ceux chez lesquels il y avait eu une amélioration notable, et enfin, de ceux où la maladie avait résisté jusqu'alors à l'emploi de ce moyen. Au bout de trois ans, il reprend de nouveau les mêmes séries des mêmes malades, qu'il a continué d'observer ou de traiter par le même moyen, indiquant les nouveaux résultats survenus chez eux. Nous allons reproduire ces nouveaux résultats, qui complètent la démonstration tentée par M. Négrier en 1841, par une épreuve que nous désirerions voir employée dans des circonstances analogues, et où le défaut de renseignemens sur de prétendues guérisons annoncées au bout de quelques jours, laisse toujours dans le doute sur leur réalité. « Ce complément était nécessaire, dit M. Négrier, pour prouver ce que j'ai avancé sur la solidité des guérisons obtenues. »

La 1re SÉRIE, sous le titre d'*Engorgemens scrofuleux non ulcérés*, se composait de 10 faits, dont 4 seulement s'étaient terminés par la guérison. Dans aucun de ces 4 cas, la guérison ne s'est démentie, 4 autres sujets sont guéris depuis longtemps, et 2 qui ont paru guéris aussi ont quitté Angers et n'ont pu être suivis depuis longtemps.

2e SÉRIE. *Ophthalmies scrofuleuses*. Des quatre sujets de cette série, l'un d'eux était mort dès 1839, après la guérison de l'ophthalmie ; les trois autres sont restés guéris jusqu'à ce jour sans aucune rechute.

3e SÉRIE. *Engorgemens strumeux abcédés*. Composée de 17 sujets, dont 6 morts de 1837 à 1842 ont probablement tous succombé aux progrès de la maladie, à l'exception d'un seul. Le chiffre des guéris, qui était de 14 en 1841, a été diminué par trois décès, mais a depuis aussi été ramené au même nombre par trois nouvelles guérisons complètes.

4e SÉRIE. *Gonflemens et caries scrofuleuses des os*. 19 faits. Le chiffre des guérisons de cette série, qui était en 1841 de 8, s'est élevé depuis à 10, et, chez plusieurs autres malades qui ont obtenu une amélioration considérable, la maladie semble devoir se terminer de la même façon.

Après ce complément de l'histoire des malades dont le traitement avait été commencé avant 1841, M. Négrier donne quelques détails sur ceux qui ont été soumis depuis cette époque, à la même médication et en les classant également en quatre série dont nous reproduirons également ici les chiffres.

1° *Engorgemens scrofuleux*. 2 faits dont 1 cas de guérison et l'autre d'amélioration notable.

2° *Ophthalmies scrofuleuses*. 5 cas, tous terminés par la guérison et avec une notable rapidité.

3° *Engorgemens scrofuleux ulcérés*. 3 cas, dont 2 terminés par la guérison et 1 par la mort.

4° *Gonflement et caries scrofuleuses des os*. 4 faits, dont 1 terminé par la guérison.

D'après ces faits, que nous regrettons de ne pouvoir pas rapporter d'une manière plus complète, on doit penser que M. Négrier persiste dans l'emploi des préparations de noyer dans le traitement des affections scrofuleuses ; car, outre les cas de guérison que nous venons de citer, il y a eu, chez la plupart des autres sujets, une amélioration notable et très rapide dans les phénomènes généraux, sous l'influence de ces préparations. Quant aux symptômes locaux, ils ne ressentent cette influence qu'après un instant plus prolongé, et qui varie pourtant d'une manière assez remarquable depuis l'*ophthalmie scrofuleuse*, qui guérit en deux ou trois semaines, jusqu'aux *ganglions strumeux non ulcérés*, dans lesquels l'action locale de la médication ne se manifeste qu'à la longue.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE LA TEINTURE DE BULBE DE COLCHIQUE, DU NITRATE DE POTASSE ET DES SAIGNÉES NON FORMULÉES DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE ; par le docteur MONNERET.

Ce mémoire n'est qu'un résumé de 85 observations de diverses maladies traitées par les quatre médications indiquées dans le titre ci-dessus, et dont les conclusions presque toutes négatives n'apportent rien de neuf sur ces questions tant de fois agitées. Nous dirons même que les matériaux de ce travail sont loin d'avoir toute la valeur qu'on pourrait leur désirer. Aussi pour ne parler que des préparations de colchique, nous regrettons que l'auteur au lieu d'employer dans ses expériences la teinture de bulbe n'ait pas préféré la teinture de semence qui a bien plus d'activité, et est généralement préférée par les praticiens qui emploient les préparations du colchique. Peut-être trouverions-nous, même dans la préférence donnée par M. Monneret à l'emploi de cette préparation regardée généralement comme inférieure, l'explication du peu d'activité qu'à eue entre ses mains cette préparation qu'il n'a jamais donnée à une dose inférieure à 4 gramme, lorsqu'on sait que la teinture de semence de colchique à la dose d'un gramme produit souvent des effets catartiques prononcés.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Coup-d'œil sur l'histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'à nos jours* ; par M. Renouard. 2° *Observation sur une luxation spontanée ou consécutive du genou* ; par M. Ribes père. 3° *Sur les difficultés du diagnostic des calculs biliaires* ; par M. Fauconneau-Dufresne. 4° *Douves trouvées dans la veine-porte* ; par le même. (Fait déjà publié dans la GAZ. MÉD. V. 1842, p. 769.) 5° *De la pneumonie des vieillards, étudiée principalement sous le rapport des différences qui existent entre elle et celle des adultes* ; par M. Montard-Martin. 6° *De l'infection considérée comme principe de la contagion de plusieurs maladies* ; par M. Andouard. 7° *Polype fibreux de l'utérus ; ligature au moyen d'instrumens nouveaux* ; par M. Lucien Boyer. (Exemple de succès dû à l'emploi de l'instrument dont la GAZETTE MÉDICALE (V. 1844, p. 63) a déjà fait connaître avec détails la construction et le mode d'application.) 8° *Expériences sur les conjonctives, avec la solution concentrée de nitrate d'argent* ; par M. Delasiauve, (V.

GAZ. MÉD., 1842, p. 478.) 9° *Exposé de l'hydrothérapie, méthode rationnelle de traitement par la sueur, l'eau froide et l'exercice*; par M. Triflet. 10° *Mémoire sur cette question : Convient-il, dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face, de revenir au procédé de réduction conseillé par Baudelocque?* par M. Chailly (Honoré). 11° *Observation sur un cas de pupille artificielle, suivie de réflexions pratiques tirées de dix autres opérations pareilles*; par M. Szokalski. (Rien de bien neuf. L'auteur insiste sur la nécessité d'attendre que la phlegmasie oculaire soit entièrement éteinte avant d'en venir à l'opération, surtout quand celle-ci est faite pour une atrésie pupillaire qui a succédé à une ophthalmie.)

OBSERVATION SUR UNE TUMEUR BLANCHE TERMINÉE PAR LA LUXATION CONSÉCUTIVE DU GENOU; par M. RIBES père.

Après avoir raconté l'issue malheureuse d'une affection de ce genre, M. Ribes termine par les paroles suivantes qui résument en grande partie l'intérêt de cette communication. Nous les citons comme témoignage en faveur d'une pratique dont, en général, on méconnaît trop et les fréquentes indications, et les avantages et l'innocuité. M. Ribes est un de ces hommes dont le nom seul vaut un grand nombre d'autorités, dont la simple approbation peut tenir lieu des développemens les plus étendus.

« La médecine, dit l'auteur, est riche en moyens thérapeutiques contre la tumeur blanche du genou; mais presque toujours une seule cause les fait échouer, et cette cause est l'action forcée et permanente des muscles fléchisseurs de la jambe. Eh bien! pourquoi ne ferait-on pas, en temps opportun, la section sous-cutanée des tendons des muscles demi-membraneux, demi-tendineux et du muscle biceps. Je pense qu'on pourrait espérer par ce moyen d'obtenir un amendement à la douleur, un commencement d'ankylose, et par suite la guérison de cette maladie. »

« L'opération que je propose est aujourd'hui acquise à la science; elle est sans danger; elle peut être promptement et facilement exécutée, et doit être ici peu douloureuse. »

Nous sommes heureux d'ajouter que, dans un assez grand nombre de cas, la pratique avait justifié d'avance l'utilité du conseil donné par M. Ribes.

SUR LES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DES CALCULS BILIAIRES; par le docteur FAUCONNEAU DUFRESNE.

Cette communication est la suite et le complément d'une communication antérieure (GAZ. MÉD., an 1841, p. 332) de l'auteur sur les *calculs biliaires* et les accidens qu'ils déterminent, et renferme des recherches d'une utilité pratique réelle sur les trois questions suivantes :

1° *Les calculs ne manifestent pas toujours assez de symptômes pour qu'on puisse être assuré de leur existence.* Il est bien certain même que les cas où les symptômes suffisent pour caractériser la maladie sont extrêmement rares; car les symptômes spéciaux ne se montrent que dans les cas où les concrétions arrivent à un volume considérable, apportent un trouble notable dans la sécrétion ou l'excrétion du fluide biliaire; et encore est-il extrêmement rare que l'on puisse affirmer que la présence des calculs soit la cause réelle de ces accidens. Les seuls cas où on peut constater leur existence sont ceux où ces calculs sont rendus par les selles ou sont arrivés à un tel volume qu'on puisse, lorsqu'ils occupent la vésicule, les reconnaître par le toucher ou même par l'ouïe, ainsi que cela est arrivé dans un très petit nombre de cas.

2° *Les calculs peuvent simuler une autre maladie.* Les cas de ce genre sont relativement au chiffre général de ceux de concrétions biliaires, trop nombreux, pour qu'il soit utile d'en citer des exemples. Cependant il est bon de rappeler que c'est avec les affections chroniques de l'estomac, et surtout le cancer de cet organe que l'on a le plus souvent confondu les accidens déterminés par la présence des calculs biliaires.

3° *Une autre maladie peut simuler les calculs biliaires.* Une bile épaissie, dégénérée, de petites concrétions graisseuses, en parcourant les conduits biliaires, des vers en s'y introduisant, peuvent déterminer des symptômes analogues à ceux des calculs; des douleurs nerveuses et des coliques néphrétiques peuvent aussi donner lieu à la même erreur.

DE LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS, ÉTUDIÉE PRINCIPALEMENT SOUS LE RAPPORT DES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE ELLE ET CELLE DES ADULTES; par le docteur MOUTARD-MARTIN.

Ce mémoire, où sont exposés la plupart des points les plus importans de l'étude de la pneumonie chez les vieillards comparée à celle des adultes, est peu susceptible d'être analysé; d'ailleurs, il contient peu de considérations réellement nouvelles, et n'est pour ainsi dire que la confirmation des recherches de M. Prus sur le même sujet. Ainsi, nous y retrouvons de nouvelles preuves de la fréquence des abcès pulmonaires chez les vieillards, et de celle de l'emphysème dans les poumons enflammés, à laquelle M. Prus attache une si grande importance; nous y retrouvons aussi la même confiance dans l'emploi de la saignée chez les vieillards atteints de pneumonie, opinion formulée d'une manière si positive par M. Prus, et qui n'a pas été examinée encore avec toute l'attention que doit appeler l'opinion d'un aussi habile praticien.

De nouveaux faits sont rapportés par M. Moutard-Martin, à l'appui de ces diverses questions, et donnent à sa communication un caractère pratique que nous nous plaisons à signaler.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 MAI.

NOUVEAU VACCIN.

M. MAGENDIE annonce à l'Académie qu'il vient de rencontrer le cow-pox sur une vache qui lui appartient. La femme qui trait cette vache s'étant plainte à lui qu'elle avait contracté des boutons aux mains en la trayant, M. Magendie visita les trayons de la vache, et y reconnut plusieurs boutons et quelques croûtes qui lui parurent appartenir au cow-pox. Pour en avoir la certitude, il pria M. le docteur Fiard, qui s'occupe spécialement de vaccinations, de s'assurer si l'éruption était bien le cow-pox, et dans le cas de l'affirmative, de recueillir le fluide des boutons et de le transmettre à des enfans dans le bureau de charité où il pratique hebdomadairement les vaccinations. En effet, il vaccina plusieurs enfans, et il se développa un véritable bouton vaccinal qui a servi lui-même à de nouvelles vaccinations qui ont très bien réussi, et aujourd'hui un vaccin nouveau est en pleine activité dans le 3e arrondissement, où chacun pourra se le procurer. M. Magendie met aussi sa vache, qui offre encore plusieurs pustules semblables aux précédentes à la disposition des médecins. Les médecins qui regardent le renouvellement du vaccin comme indispensable à la vertu préservatrice, pourront se satisfaire et se procurer sans difficulté un vaccin dont l'origine ne peut laisser aucun doute.

M. FIARD lit le résultat des expériences d'inoculation qu'il a pratiquées avec ce virus.

Sur l'invitation de M. Magendie, M. Fiard se rendit le 1er mai à Cernay. Lors de sa visite, les trayons de la vache offrent encore les cicatrices des éruptions passées, et quelques croûtes recouvrent les anciennes pustules. Un bouton de forme vaccinale, acuminé, gros comme le bout du doigt, existe seul en arrière de la mamelle. M. Fiard ouvre ce bouton, et recueille dans trois tubes le liquide sanguinolent qui s'en écoule. Il avait de même recueilli la matière trouvée sous les croûtes.

Le lendemain, 2 mai, était le jour de la vaccination publique à la mairie du 3e arrondissement. Chargé de cette opération, M. Fiard appela cinq de ses confrères, membres comme lui du bureau de bienfaisance.

Il fut convenu que ces messieurs vaccineraient les bras droits des enfans avec le vaccin ordinaire, tandis que M. Fiard inoculerait aux bras gauches des mêmes enfans les diverses matières qu'il avait recueillies sur la vache. On opéra ainsi sur sept enfans, M. Fiard fit à chacun d'eux cinq piqûres. Le 8 mai, c'est-à-dire le sixième jour après la vaccination, les enfans furent examinés. Toutes les vaccinations pratiquées avec le vaccin ordinaire avaient réussi. Au bras gauche des six premiers, on ne rencontre rien; sur le dernier, on trouve au bras gauche une pustule ayant parfaitement la forme vaccinale, et semblable en tout aux pustules développées sur le bras droit.

Le 11 mai, deux autres enfans et une femme furent vaccinés avec le liquide pris sur cette pustule consécutive à l'inoculation du cow-pox et, le 13 mai, on constata la réussite de ces nouvelles vaccinations. Plusieurs autres enfans furent vaccinés avec le même succès, et aujourd'hui, les vaccinations à la mairie du 3e arrondissement se font exclusivement avec le nouveau vaccin.

DE L'INFLUENCE DES NERFS DE LA HUITIÈME PAIRE SUR LES PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA DIGESTION.

M. BERNARD (de Villefranche) lit un travail sur ce sujet. L'auteur s'est proposé, dans une série d'expériences, de rechercher d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent le rôle qu'on doit attribuer à l'influence nerveuse des nerfs pneumogastriques dans l'acte de la chymification. Tout le monde sait que les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle précis que jouent ces nerfs dans l'acte de la digestion, et que plusieurs points de cette question sont controversés. Les résultats différens et souvent contradictoires auxquels on est arrivé, dépendent de causes d'erreurs inhérentes aux difficultés mêmes de l'observation, M. Bernard a pensé que si les fonctions de l'estomac pouvaient s'accomplir sous nos yeux, l'étude de ces phénomènes en serait plus facile, et qu'il deviendrait alors possible d'apprécier directement la série des phénomènes chimiques qui s'opèrent dans cet organe avant et après l'ablation des nerfs de la huitième paire. Ce sont ces dernières conditions d'observation que M. Bernard a essayé de réaliser. Voici le genre d'expériences qu'il a institué à cet effet : il a pratiqué une ouverture fistuleuse à l'estomac d'un chien, de manière à observer ce qui se passait dans ce viscère pendant la digestion. L'animal fut soumis

alternativement à deux genres d'alimens : 1° à la viande crue; 2° à une sorte de soupe, composée avec du pain, du lait et du sucre de canne.

Au moment de l'ingestion des alimens, la membrane muqueuse devenait rouge, turgide, comme érectile, et il s'exhalait à sa surface un liquide transparent, et acide le suc gastrique qui venait humecter le bol alimentaire. La viande crue était, au bout de trois ou quatre heures, réduite en une pâte chymeuse à réaction très acide. Quand c'était la soupe au lait qui avait été donnée, le lait était d'abord coagulé; puis après une demi-heure ou trois quarts d'heure, le tout ne formait plus qu'une bouillie homogène, blanchâtre, très acide. Jamais on n'observait aucun signe de fermentation dans les matières ingérées. Le bol alimentaire sucré, examiné soit au commencement, soit à la fin de la digestion, contenait toujours le sucre à l'état de sucre de canne.

Après huit jours d'observation, M. Bernard résolut de couper les nerfs pneumo-gastriques. Le chien étant à jeun depuis vingt-quatre heures, l'expérimentateur enleva l'appareil qui bouchait habituellement la fistule; il nettoya l'intérieur de l'estomac avec une éponge douce. Le viscère accusait une sensibilité marquée et se contractait sur le corps étranger; la muqueuse laissait échapper en abondance du suc gastrique.

C'est en ce moment que fut faite la résection des deux nerfs pneumo-gastriques dans la région moyenne du cou. Aussitôt la muqueuse, qui était turgescente, s'affaissa, devint pâle, comme exsangue. La sensibilité et le mouvement cessèrent; la production du suc gastrique s'arrêta instantanément, et bientôt à sa place il survint une sécrétion abondante d'un mucus filant à réaction neutre.

Des morceaux de viande et de la soupe de lait sucré sont introduits dans l'estomac. Après une heure, on trouve le pain ramolli et imbibé de mucus filant; le lait n'est pas coagulé; la viande n'a subi aucune altération, et toute la masse alimentaire offre une réaction neutre. Au bout de deux heures, les choses sont dans le même état, la réaction toujours neutre.

Après huit heures, M. Bernard trouve dans l'estomac une espèce de bouillie blanchâtre à réaction extrêmement acide. Mais il ne fut pas difficile de constater que cette acidité provenait d'une transformation lactique qui s'était opérée au sein des matières de la soupe sucrée. La viande n'avait pas éprouvé la moindre altération. Il en était encore de même au bout de vingt-quatre heures.

D'après le résumé de cette première expérience, on voit, dit M. Bernard : 1° que la résection des nerfs pneumo-gastriques a éteint non seulement le sentiment et le mouvement de l'estomac, mais qu'elle a de plus arrêté instantanément la production du suc gastrique;

2° Qu'après cette résection la digestion ne s'est plus opérée, puisque vingt-quatre heures après les morceaux de viande introduits dans l'estomac ont été trouvés entiers et inaltérés;

3° On remarquera surtout qu'en l'absence du suc gastrique il a pu survenir des décompositions spontanées au sein des matières contenues dans l'estomac, comme le démontre la transformation lactique qui s'est développée aux dépens des élémens de la soupe au lait sucré.

Sur d'autres chiens auxquels il avait coupé les nerfs pneumo-gastriques, M Bernard a vu qu'après trois ou quatre heures d'ingestion, le sucre de canne était déjà changé en sucre de raisin, et au bout de dix ou douze heures la transformation lactique était complète. Quand les matières alimentaires, comme la viande, par exemple, n'étaient pas susceptibles de donner lieu à des décompositions acides, la réaction neutre de l'estomac persistait jusqu'à la fin.

Ainsi, ajoute M. Bernard, il peut se passer dans l'estomac deux séries de phénomènes chimiques de nature bien différente, suivant que cet organe reçoit son influence nerveuse normale ou suivant qu'il en est privé. Quand l'estomac reçoit l'influence des nerfs de la huitième paire, il se produit du suc gastrique qui opère la dissolution chymeuse des alimens. Par suite de cette action du fluide gastrique, les substances contenues dans l'estomac sont soumises à des décompositions spéciales qui leur font perdre la propriété de fermenter ou de réagir les unes sur les autres. Ainsi le suc gastrique prévient la putréfaction. Si, au contraire, l'estomac est privé de l'influx nerveux de la huitième paire, la digestion s'arrête, et les alimens non modifiés par le suc gastrique réagissent les uns sur les autres.

M. Bernard cite une dernière expérience qui rend encore plus évidens les faits précédens, en même temps qu'elle prouve que l'absorption peut s'opérer dans l'estomac, même après la résection des nerfs pneumo-gastriques. On sait que l'émulsine et l'amygdaline sont deux substances innocentes quand on les administre isolément, mais qu'elles développent de l'acide cyanhydrique et deviennent un poison violent lorsqu'on les met en contact.

Ayant pris deux chiens à jeun, M. Bernard coupa, sur l'un d'eux, les nerfs pneumo-gastriques. Dans l'estomac de chacun d'eux, il ingéra une dose d'émulsine; puis, après une demi-heure, une quantité égale d'amygdaline. Le chien sur lequel avaient été coupés les nerfs pneumogastriques mourut au bout d'un quart d'heure avec les symptômes de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, l'autre chien a survécu sans éprouver d'accidens. Chez le dernier de ces animaux, l'émulsine, modifiée par le suc gastrique, avait perdu la propriété de réagir sur l'amygdaline.

L'auteur conclut de cette dernière série d'expériences que dans la digestion stomacale les alimens sont exclusivement soumis à l'action puissante du fluide gastrique. Leurs affinités naturelles semblent alors en quelque sorte détruites, et il ne peut s'opérer entre leurs élémens aucune décomposition spontanée.

Quant, après la résection des nerfs de la huitième paire, ces réactions s'opèrent, cela tient à l'absence du suc gastrique dans l'estomac.

DURÉE DE LA GROSSESSE.

M. Berthold, professeur à l'université de Goettingue, fait connaître le résultat des recherches qu'il a faites sur la durée de la grossesse et les nouvelles lois qu'il croit avoir découvertes pour calculer plus sûrement, dans chaque cas particulier (pour les femmes à menstrues régulières); le jour de l'accouchement. On sait que les auteurs, soit qu'ils calculent la durée de la grossesse du jour de l'imprégnation ou du jour où les dernières menstrues ont commencé, ou bien du jour après celui où elles ont cessé, prennent toujours le nombre de 280 jours pour la durée normale de la grossesse. D'après M. Berthold, ce nombre de jours ne peut être admis, ni comme la durée normale, ni même comme la durée ordinaire de la grossesse; car sur 114 accouchemens notés par M. Merriman, 9 seulement sont tombés sur le 280e jour, en partant de celui qui a suivi les dernières menstrues. Le chiffre le plus élevé des accouchemens, d'après les autres jours de départ, n'est que de 8. M. Berthold pense donc que s'il résulte que d'après les systèmes de supputation connus jusqu'ici, il ne peut être question d'un jour normal pour la fin de la grossesse, cela devient encore plus évident par les observations déjà connues et par celles qu'il a lui-même recueillies sur les animaux domestiques dont le jour de l'imprégnation est assez connu, mais dont le jour où ils mettent bas n'est nullement constant.

Quant au principe de la durée générale de la grossesse, plusieurs auteurs ont considéré comme tel la dixième venue des menstrues après qu'elles ont disparu neuf fois. On a admis le type de 28 jours pour chaque menstruation, ce qui faisait pour dix périodes menstruelles 280 jours; mais comme M. Berthold l'a démontré dans son Traité de physiologie, ces périodes sont, même dans les cas réguliers, soumises à des oscillations considérables, et le type de 28 jours n'est vraiment pas le plus ordinaire. L'auteur rapporte une série d'observations destinées à fournir une autre base pour le calcul de la durée de la grossesse de la femme. Voici les propositions qu'il en déduit.

1° L'accouchement est en rapport avec le retour des menstrues après qu'elles ont manqué neuf fois.

2° L'accouchement n'a pas lieu quand les menstrues, qui ont disparu pendant la grossesse, devraient revenir et se montrer pour la dixième fois, mais au contraire.

3° L'accouchement a lieu quand l'ovaire se prépare à la dixième menstruation. Il a donc lieu avant le retour de la dixième période menstruelle.

4° De même que les périodes menstruelles dans les divers individus en général, mais même dans les mêmes individus aux divers âges de la vie, suivant les autres conditions générales de leur organisation, sont soumises à des variations sensibles, ainsi, la durée de la grossesse, répondant aux mêmes conditions, peut varier aussi, mais toujours en se réglant sur le cycle menstruel.

5° On peut donc, dans les cas particuliers, calculer la durée de la grossesse d'après celle du cycle menstruel.

6° Mais pour cette supputation, la connaissance d'une simple période menstruelle ne suffit pas; il faut encore connaître le cycle des dix menstruations qui ont précédé la grossesse, parce que, même chez les femmes le plus régulièrement menstruées, il y a d'un mois à l'autre de fréquentes variations d'un jour ou même de plusieurs.

TENDANCE DES RACINES A S'ENFONCER DANS LA TERRE.

M. Payer lit un mémoire sur la tendance des racines à s'enfoncer dans la terre et sur leur force de pénétration. Il a cherché à déterminer la profondeur à laquelle les plantes qui germent sur le mercure y enfoncent leurs racines, en maintenant, à l'aide d'un mécanisme particulier, une couche de mercure d'une épaisseur variable à la surface de l'eau. M. Payer a vu que les racines des diverses plantes ne traverseraient pas des couches d'épaisseur égale pour aller trouver l'eau; que les épaisseurs étaient d'autant plus grandes, que la lumière était plus intense et la température plus élevée.

Il a conclu de ses expériences que les racines s'enfoncent dans le mercure en vertu d'une tendance spéciale; car les différences que présentent les diverses racines ne peuvent pas s'expliquer par les différences de poids, de rigidité ou de grosseur. Il conclut, en outre, que les racines ont trois tendances spéciales : à fuir la lumière, à chercher la bonne terre et à descendre; qu'enfin, les racines n'absorbent pas seulement par leurs spongioles, puisque les extrémités plongées dans le mercure croissent, et que la plante s'allonge et que le mercure ne nuit en rien à la végétation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Après quelques rectifications de peu d'importance demandées par MM. Barthelemy, Gerdy et Castel, le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Feldmann, qui fait part à l'Académie de la création d'une société médicale allemande, séant à Paris, et fondée dans le but de former un intermédiaire entre le mouvement scientique de la France et celui de l'Allemagne.

2° Une lettre de M. Aubert-Roche, relative survenu cas de mort au lazaret de Malte, sur lequel il a été fait un rapport dans l'une des précédentes séances. Ce cas de mort, suivant M. Aubert-Roche, aurait été faussement attribué à la peste. Il s'agissait, d'après lui, d'une fièvre intermittente pernicieuse, avec tumeurs au pli de l'aîne et aux bras.

3° Une troisième lettre annonce à l'Académie que le sixième congrès scientifique tiendra sa séance à Nîmes, où il ouvrira sa session le 1er août de cette année.

M. Rochoux demande la parole à l'occasion de la correspondance. Les journaux, dit-il, ont rapporté dernièrement un fait qui me paraît devoir intéresser l'Académie. Il s'agit d'un vétérinaire qui serait mort de la rage, sans avoir été mordu par un animal enragé ; mais on se rappela que trois ans auparavant il avait disséqué un chien mort de la rage.

M. le Président : La commission chargée des questions relatives à la rage prendra ce fait en considération.

NOMINATION D'UNE COMMISSION POUR LE BUSTE DE DUPUYTREN.

L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin d'une commission chargée d'examiner la proposition relative à l'érection d'un buste de Dupuytren.

M. Gerdy demande si la commission qu'il s'agit de nommer ne devra avoir d'autre mission que d'examiner la convenance d'ériger un buste à tel membre en particulier. Pour lui, il semblerait beaucoup plus convenable que la commission eût à dresser une liste collective des divers membres décédés qu'elle jugera dignes de cet honneur. S'il ne s'agit que d'un seul membre en particulier, la commission peut se trouver dans une position délicate, particulièrement en cas de refus, tandis que cet inconvénient n'existerait point pour une liste collective.

M. le Président répond à l'observation de M. Gerdy en lisant l'article du réglement, qui est explicite à cet égard : il porte que les propositions de cette nature sont individuelles et non collectives.

M. Adelon : La proposition de M. Gerdy n'est pas admissible. Il n'est pas possible de séparer la désignation des personnes de celle des bustes dont on propose l'érection.

M. Gerdy : Mais il n'a pas été parlé d'une seule personne. On a fait la même proposition pour Laënnec, Corvisart, Boyer et quelques autres. Il est donc possible de faire la liste générale dont je parle. Je propose formellement qu'on nomme une commission qui ait à examiner quels sont ceux des membres de l'Académie, décédés depuis plus de 5 ans, auxquels il y aura lieu d'élever un buste dans les salles des séances.

M. Dubois (d'Amiens) : L'Académie a procédé en tout ceci avec la plus grande régularité possible. Le réglement dit qu'il y aura lieu d'examiner la convenance d'ériger un buste à l'un de ses membres après 5 ans au moins de décès. M. Cornac a fait une proposition relative à Dupuytren, mort depuis plus de cinq ans. Cette proposition a été faite régulièrement ; elle a été appuyée. Le réglement ajoute que, lorsqu'une proposition de cette nature sera faite à l'Académie, elle devra désigner une commission pour faire un rapport sur cet objet. C'est ce qu'il s'agit de faire. Il n'y a donc pas lieu de substituer une nouvelle proposition à celle-ci.

(Malgré les explications catégoriques données par MM. le président et le secrétaire annuel, la discussion continue sur la question de savoir si la commission que l'on va nommer n'aura à s'occuper du buste de Dupuytren, ou si elle devra comprendre dans une même liste les différens membres à l'égard desquels il a été fait une même proposition. Après une discussion bruyante et confuse, à laquelle prennent part MM. Gerdy, Nacquart, Adelon, Husson, Mérat, Delens, Guéneau de Mussy, et qui se prolonge jusqu'à 4 heures 1/4, les cris : aux voix ! la clôture ! l'ordre du jour ! se font entendre de toutes parts. M. le président met successivement aux voix la clôture de la discussion et l'ordre du jour sur la proposition de M. Gerdy, qui est adopté.)

On procède en conséquence au scrutin pour la nomination d'une commission chargée de faire un rapport sur la proposition de M. Cornac, relative au buste de Dupuytren.

Le dépouillement du scrutin donne pour résultat, dans l'ordre numérique des votes, les noms suivans : MM. Husson, Cruveilhier, Bégin, Breschet, Roux, Cloquet, Bérard, Orfila, Gerdy, Blandin, etc. MM. Husson, Cruveilhier et Bégin, ayant réuni la majorité des suffrages, composeront la commission.

RAPPORT.

SCORBUT D'ARABIE.

M. Pariset est appelé à la tribune pour lire un rapport sur un mémoire de de M. Lachèse, ayant pour titre : Scorbut d'Arabie.

Le 10 mars dernier, M. le docteur Lachèse, ex-médecin principal des armées égyptiennes, a soumis à votre examen un mémoire de sa composition, intitulé : Scorbut d'Arabie, dit improprement *plaie du Hedjat*. Vous avez remis à M. Roche et à moi le soin de vous faire un rapport sur ce travail. C'est un devoir que nous remplissons aujourd'hui.

Le scorbut est une maladie aussi ancienne que le genre humain. Les causes qui la font naître ont dû se rencontrer dans tous les lieux et dans tous les temps. Cependant elle avait été rarement observée et décrite. Vers la fin du quinzième siècle, et presque au moment où parurent la suette anglaise et la maladie vénérienne, la navigation ayant pris tout à coup en Europe un grand développement, le scorbut sembla se développer avec elle. Ses progrès dans les nations du nord furent si étendus et si rapides, qu'on le prit, comme les deux premières maladies, pour une maladie nouvelle, et même pour une maladie contagieuse ; double erreur qu'ont partagée Wierus, Citois, Friend lui-même, et quelques autres ; mais qu'ont solidement réfutée Sennert, Forestus, Van Swieten, Richter, Lind, Curay, etc. ; Richter surtout a démontré que sous les noms de grande rate et d'*ileus hematites*, Hippocrate a décrit le véritable scorbut, affection qu'il avait vue sinon dans la Grèce, du moins dans les parties froides et humides de la Thrace, ou même en Béotie, près des marais d'Ascra. Mais le scorbut était encore dans d'autres contrées ; et précisément dans la région humide et chaude où l'a observé M. Lachèse. Du temps d'Auguste, en effet, parmi les peuples qui occupaient l'Arabie, les habitans de Saba et de Ghérra, possesseurs des pierres les plus précieuses et des parfums les plus exquis, étaient les hommes les plus riches de la terre. Comme ils ne laissaient sortir de chez eux rien de ce que les échanges y faisaient entrer, ainsi que le faisait Palmyre, ainsi que l'ont fait longtemps les Indes-Orientales, ils avaient, avec le temps, amassé des trésors infinis. Ils s'étaient bâti des maisons magnifiques, toutes du plus beau marbre ; les portes, les murs, les toits étaient ornés d'ivoire, d'or, d'argent, incrustés de béryl et d'émeraudes ; le même éclat brillait dans l'intérieur. On y voyait une immense quantité d'ouvrages en or et en argent ; des lits, des trépieds, des cratères, des vases à boire. Ils faisaient de leur or importé ce que faisaient de leur or natif les habitans de la Bétique, ils s'en servaient pour les usages les plus communs. Ces détails étonnans, vous les trouvez dans Strabon, qui les avait trouvés dans Artémidore, dans Agatharchide et dans Erathostène. Or, vous savez ce qui arrive à un peuple opulent et paisible, lorsqu'il entre en communication avec un peuple avide et guerrier. Auguste voulut avoir les Arabes pour alliés ou pour sujets. Il fit passer Ælius Gallus d'Egypte en Arabie. Gallus assiégea des villes, gagna des batailles, et ne perdit par la guerre que sept soldats, presque tout le reste lui fut enlevé par les marches, le climat, la faim, la soif et surtout par les maladies. Or, entre ces maladies figure celle sur laquelle M. Lachèse a écrit son mémoire, et cette maladie est le scorbut : maladie qui nous est encore si familière. Ce sont, en effet, de part et d'autre, les mêmes causes, les mêmes symptômes, les mêmes progrès, les mêmes indications, le même traitement, le même succès. M. Lachèse en a obtenu d'inespérés et son mémoire offre sur tous ces points de vue des observations pleines d'intérêt et tout à fait décisives.

Les siècles ne font guère que se répéter. Les expéditions tentées de nos jours en Arabie par le vice-roi d'Egypte, ont été comme la contre-épreuve de l'expédition d'Ælius Gallus ; si elles n'ont pas eu le même motif, elles ont eu le même résultat. De plus de cent mille hommes jetés à plusieurs reprises en Arabie par le pacha, il n'en est revenu en Egypte qu'un très petit nombre. Employé dans une de ces guerres, et témoin de tant de désastres, M. Lachèze, autorisé par les heureuses guérisons qu'il avait opérées, transmit au gouvernement égyptien, pour la conservation de l'armée, des conseils qui eussent rendu le résultat moins funeste, et peut-être assuré le succès de l'entreprise. Mais dans l'entraînement des affaires, et lorsque les choses sont depuis longtemps sur un certain pied, la force de l'habitude prévaut, et il est très difficile, même aux gouvernemens les plus appliqués, d'adopter ou même de comprendre ce qu'auraient de favorable les innovations les plus simples et les mieux entendues. Celles que proposait M. Lachèze, seulement pour améliorer la nourriture des soldats, ne furent point écoutées. Il se démit de ses fonctions et rentra en Egypte, donnant ainsi un grand exemple de probité médicale, après en avoir donné de savoir et d'habileté.

Il donne également dans son mémoire un exemple de bonne logique. Les anciens désignaient la même maladie sous les noms de grande rate, d'iléus sanglant, de stomacace et de scélotyrbé, c'est-à-dire, sous des noms tirés arbitrairement de tel ou tel symptôme essentiel ou accessoire ; sorte de synonymie très propre à jeter de la confusion dans les idées. Le nom de scorbut nous vient du Nord ; si dans le Nord ce terme a quelque signification, il n'en a point parmi nous, et, par cela même, je le trouve préférable à tous les autres, dans ce sens, que ne désignant aucun symptôme en particulier, il les rappelle tous à l'esprit. En Orient, le nom est tiré du lieu où le mal se forme ; on l'appelle plaie de l'Hedjat ; appellation qui dit où le mal vient, sans dire ce qu'il est, sans en indiquer la nature et les causes. Faute de recherches plus approfondies, on considérait cette plaie comme un produit inévitable du sol, et conséquemment comme un mal incurable. M. Lachèze fait voir que ce mal n'est qu'une cachexie qu'il serait aisé de prévenir par de bons alimens, et que l'on guérit par des moyens connus. Or, telle est la liaison des idées et des termes, que pour ouvrir les yeux des médecins sur la plaie de l'Hedjat, et leur apprendre à la traiter désormais, il aura suffi de lui donner son véritable nom ; service que j'ose égaler par les conséquences à une importante découverte. Il fait voir en outre quel pernicieux caractère cette cachexie imprime à toute maladie accidentelle qui s'y joint, qui n'a que trop souvent une issue funeste, et qui par elle-même serait sans danger ; remarque qui autoriserait à croire qu'aucune maladie n'est absolument simple, et que soit en bien, soit en mal, elle emprunte toujours quelque chose de la diathèse actuelle, comme le dit Hippocrate.

Ce qui prouve ce que j'avance, c'est que la diathèse scorbutique une fois établie, une égratignure imperceptible faite à la jambe devient un ulcère affreux, et que d'anciennes cicatrices, jusque-là très solides, s'ouvrent spontanément. On a même vu le cal d'anciennes fractures se dissoudre, et les fractures reparaître. L'âme elle-même a ses plaies, pour ainsi dire, le scorbutique languissant, abattu, désespéré, brisé par la fatigue, brûlé par la soif, et n'ayant pour l'étancher qu'une eau saumâtre, tiède et croupie, soupire avec douleur au souvenir de l'Egypte qu'il ne verra plus, et de la délicieuse fraîcheur de l'eau du Nil dont il ne sera plus abreuvé ; sorte de supplice que ce contraste rend intolérable, et qui fut si cruel pour l'équipage de l'amiral Anson dans l'île de Juan Fernandez, comme il l'était en Arabie pour les jeunes soldats que M. Lachèze avait sous les yeux.

Nous avons l'honneur de vous proposer de renvoyer au comité de publication le mémoire de M. Lachèze, d'adresser des remercîmens à l'auteur, et d'inscrire son nom sur la liste des futurs correspondans.

M. Rochoux : Il est dit dans le rapport que le scorbut a été décrit par Hippocrate. J'ai eu l'occasion récemment de collationner les passages des œuvres d'Hippocrate, auxquelles on a fait allusion ; je déclare qu'il est impossible d'en conclure que le scorbut, tel que nous le connaissons aujourd'hui, ait été connu des anciens. Ce que l'on a pris pour le scorbut n'est évidemment pas la même maladie. Le scorbut est le produit des voyages de circumnavigation ; les anciens n'ont donc jamais été dans le cas de l'observer. Le scorbut est une maladie très grave et très meurtrière ; et si la maladie décrite par M. Lachèze était bien réellement le scorbut, il aurait eu à constater une mortalité bien plus considérable que celle qu'il signale. Enfin, j'ajouterai que la description paraît manquer des détails nécessaires pour pouvoir juger de la maladie à laquelle on a eu affaire.

M. Desportes partage l'avis de M. Rochoux. Il croit que la maladie décrite dans le mémoire de M. Lachèze n'est pas le scorbut.

M. Virey dit quelques mots, qui parviennent à peine jusqu'à nous, sur le mode de nourriture des Arabes, qui lui paraît devoir être une cause fréquente de l'affection dont il s'agit.

M. Pariset défend le mémoire de M. Lachèze, qui renferme, dit-il, sous tous les rapports, les détails les plus précis.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

ÉCOULEMENT SÉREUX PAR L'OREILLE, SUITE DE PERCUSSION SUR LE CRANE.

M. Laugier termine la lecture qu'il a commencée dans l'avant-dernière séance sur ce sujet.

Le bureau désigne pour l'examen de ce mémoire une commission composée de MM. Lecanu, Gimelle et Blandin.

INSTRUMENT POUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

M. Callyas présente un instrument de son invention pour l'excision de l'iris dans l'opération de la pupille artificielle.

(Commissaires : MM. Lagneau, Bérard et Velpeau.)

Il est 5 heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

HANDWOERTERBUCH DER PHYSIOLOGIE. — DICTIONNAIRE MANUEL DE PHYSIOLOGIE; publié par le docteur Rodolphe Wagner, professeur à Gœttingue, avec la collaboration de plusieurs savans; ouvrage accompagné de planches et de gravures sur bois, intercalées dans le texte. Livraisons 1 à 3; in-8°. — Brunswick, 1842.

Les travaux physiologiques sont de nos jours tellement nombreux, qu'il est bien difficile à un seul homme de les suivre dans tous leurs détails; d'où la nécessité de réunir dans des articles monographiques les faits épars dans les ouvrages ou dans les collections périodiques. Cette circonstance explique suffisamment le besoin du livre dont le célèbre professeur de Gœttingue a conçu la pensée. Le soin qu'il a mis dans le choix de ses collaborateurs est un sûr garant de la solidité de l'ouvrage, et les noms bien connus en France de Müller, Berzélius, Liebig, Valentin, Weber, Nasse, Purkinje, Berthold, Henle, Volkmann, Bischoff, de Siebold, Krause, etc., nous promettent des travaux complets, au courant des recherches les plus récentes.

Le nombre des articles sera de 80 à 100, disposés par ordre alphabétique; ils formeront 3 volumes in-8°, de 50 à 60 feuilles chacun, qui seront livrés au public dans le court espace de 2 ans. On négligera l'anatomie spéciale et quelques articles concernant l'anatomie comparée et l'histoire naturelle spéciale des corps organisés, parce que ces sujets sont traités en détail dans le CYCLOPEDIA OF ANATOMY, de Todd; l'histiologie et la chimie organique n'y seront envisagées que d'une manière générale.

Les trois premières livraisons ont paru; elles renferment les articles : SÉCRÉTION, par le professeur Valentin; ATROPHIE, par le docteur Canstatt; ABSORPTION, par le professeur Kürschner; SANG, par le professeur Nasse; CHYLE, par le même; ÉLECTRICITÉ DES ANIMAUX, par M. Valentin; INFLAMMATION, par le professeur J. Vogel; NUTRITION, par M. Valentin; FIÈVRE, par le professeur Stannius; MOUVEMENT CILIAIRE, par M. Valentin; BILE, par le professeur Berzélius.

La 4e livraison, qui est sous presse, contiendra un article sur le galvanisme, par M. Valentin; un article sur le CERVEAU et un sur la VUE, par le professeur Volkmann; et un article sur les SEXES, par le professeur Berthold.

Il serait trop long d'analyser en détail chacune de ces monographies; cependant nous pensons qu'il ne sera pas inutile de donner la substance de chacune d'elles, ou d'indiquer au moins la marche adoptée par l'auteur.

SÉCRÉTION, par le professeur Valentin, de Berne, (p. 1-27). — On ne peut pas encore établir de parallèle entre les sécrétions des plantes et celles des animaux : chez les plantes, la fonction paraît se réduire à une simple transsudation, et les matériaux sont très variés, tandis qu'ils sont les mêmes chez les animaux (le sang). Les conditions nécessaires à toute sécrétion sont un réseau sanguin, un tissu et une surface opposée au réseau sanguin; mais le sang ne rend pas seul compte de la nature de la sécrétion; il semble plutôt que celle-ci dépende de la nature même du tissu. Toutes choses égales d'ailleurs, la quantité et en partie la nature du produit sécrété dépendent de l'étendue de la surface sécrétante. L'auteur fait voir comment la nature a su allier cette dernière condition avec l'étroitesse de l'espace, par le refoulement de la membrane au-dedans d'elle-même, de manière à constituer des culs-de-sac plus ou moins nombreux et ramifiés; puis il s'occupe des rapports de la surface sécrétoire avec les produits sécrétés, et en déduit des conséquences relatives à la production des inflammations de séreuses, des hydropisies, etc.

Après ces considérations générales sur les surfaces sécrétoires, M. Valentin étudie la disposition et la structure des glandes composées, et cherche à évaluer d'une manière approximative l'étendue de la surface sécrétante de quelques-unes d'entre elles. Cette évaluation est, comme on peut le penser, très difficile, surtout pour les glandes ramifiées; elle a donné, pour le testicole, 2, 5 pieds carrés, ce qui fait 5 pieds carrés pour la surface de sécrétion des deux testicules. Celle des reins serait, d'après Krause, de 62, 5 pieds carrés. Le problème est moins difficile pour les formes simples : la surface sécrétante de l'estomac d'un lapin est évaluée à 2, 1 p. c. L'auteur admet trois formations dans la structure des tubes glanduleux : une formation interne qui appartient aux tissus cellulaires; une formation moyenne composée de fibres entrelacées plus ou moins contractiles; cette contractilité est très grande dans les canaux biliaires, les uretères, les conduits séminifères, peu développée dans les glandes de la peau; une formation externe qui enveloppe les vaisseaux et les nerfs. L'arrangement des vaisseaux est variable; leur cavité est toujours fermée et séparée de celle des tubes sécréteurs. M. V. explique très bien l'illusion de quelques auteurs (Berres, Kyrtl), qui ont cru voir les tubes remplis par moitié de deux couleurs différentes. On sait qu'il est impossible d'injecter simultanément, d'une manière complète, les vaisseaux et les tubes. Si l'un des tubes s'injecte à moitié, la moitié non injectée sera comprimée par la partie injectée du vaisseau voisin, et alors le tube et le vaisseau sembleront ne faire qu'un seul canal, mais on peut s'assurer que les deux tubes ne sont pas sur le même plan. Du reste, l'anastomose est impossible sous le double rapport de la structure et de la fonction. — La grande question de la préexistence, dans le sang, des matériaux des sécrétions, est examinée avec le soin qu'elle mérite. L'auteur admet que certains produits se trouvent dans le sang, mais augmentent en quantité par le travail des glandes, et que d'autres ne se forment que dans ces dernières. L'auteur cherche ensuite à déterminer le mécanisme des sécrétions; pour cela il étudie ce mécanisme dans les modifications qu'éprouvent les cellules. Puis, il cherche à apprécier l'influence des nerfs sur l'exercice de la fonction; il termine cet article plein d'intérêt par l'examen des modifications que les sécrétions éprouvent, soit d'une manière anormale, soit par des maladies, soit par l'action des médicamens.

ATROPHIE, par le docteur Canstatt, (p. 27-35). Toute cristallisation nutritive se fait hors des vaisseaux dans un liquide extrait du sang (plasma ou cytoblastème). L'élément de formation est la cellule; celle-ci possède une vie propre, individuelle, en vertu de laquelle elle se développe (force plastique); de plus, elle a la faculté de faire subir des changemens chimiques particuliers aux matériaux qu'elle emprunte au cytoblastème par ses surfaces internes ou externes (force métabolique). L'atrophie peut provenir : 1° de ce que le liquide nourricier général ne peut plus circuler dans les petits vaisseaux, d'où la dessiccation de l'organe; 2° ou bien de ce que le plasma est pauvre en matériaux de formation; 3° ou d'une affection de la cellule elle-même, qui n'est plus propre à remplir ses fonctions; 4° ou enfin de l'influence nerveuse. La cause de l'atrophie peut aussi résider dans le travail de décomposition qui consiste dans le retour à l'état liquide des matériaux qui sont chassés de la cellule et ramenés dans le torrent circulatoire; l'atrophie peut alors résulter d'une trop grande tendance de la matière organisée, à la liquéfaction (colliquation) et d'une prédominance morbide du travail excréteur qui cherche à attirer toute la matière organique. Ces principes posés, l'auteur examine les influences extérieures et intérieures, susceptibles de déterminer l'état d'atrophie. Vient ensuite l'examen des tissus atrophiés, sous le rapport du volume, du poids, de la sécheresse, du degré d'oblitération des vaisseaux, de la disparition du parenchyme, de la consistance et de la couleur; puis des considérations sur le dérangement des fonctions et sur la tendance variable des organes à s'atrophier; en dernier lieu, l'auteur cherche à déterminer comment l'atrophie se manifeste dans les divers tissus ou organes, en étudiant les changemens qu'ont éprouvés ces tissus, recherches intéressantes mais difficiles, et qui seules pourront nous faire connaître le mécanisme suivant lequel s'opère cette perversion de la nutrition.

ABSORPTION, par le professeur Kürschner (p. 35-75). Cet article est divisé en cinq parties.

I. *Phénomènes de l'absorption.* L'auteur commence par quelques considérations sur les substances absorbées, et fait voir que, dans les conditions normales, l'organisme peut recevoir des substances autres que celles qui sont absolument nécessaires à son entretien; il rappelle les qualités qu'acquiert la chair de certains animaux, d'après les substances dont ils se nourrissent, ou le changement de couleur des plumes et des poils; l'existence des médicamens retrouvés dans les organes; l'ac-

tion des substances vénéneuses. L'acide prussique appliqué sur un nerf mis à nu n'a produit aucun effet, tandis que la même quantité appliquée sur la conjonctive a causé la mort en quinze secondes; les mêmes résultats ont été obtenus avec la strychnine. Quels sont les organes par lesquels les matériaux parviennent dans les vaisseaux? Trois opinions sont en présence; l'absorption par les veines, l'absorption par les lymphatiques et l'absorption par ces deux ordres de vaisseaux. L'auteur examine et discute en détail les expériences et les observations relatives à l'absorption lymphatique et à l'absorption veineuse, et il démontre comme un fait acquis définitivement à la science, que les deux modes d'absorption ont lieu effectivement.

II. *Différence entre l'absorption veineuse et l'absorption lymphatique.* Elles ont cela de commun que l'une et l'autre ne reçoivent que des matériaux dissous dans l'eau ou solubles dans les liquides de l'organisme, propriété sur laquelle repose l'emploi de certains remèdes dans les empoisonnemens. L'absorption des matières dissoutes dans l'eau est plus lente que celle des matières gazeuses, volatiles, ou des substances dissoutes dans ces matières. L'existence des corpuscules qu'on rencontre dans le chyle et dans la lymphe ne contredit pas l'assertion précédente, car ces corpuscules ne se trouvent pas dans le chyle avant l'absorption. Il en est de même du pus qu'on rencontre dans les vaisseaux: le pus se forme dans les vaisseaux eux-mêmes, ou d'autres fois il pénètre dans leur intérieur après qu'ils ont été plus ou moins détruits. Dans les cas d'absorption purulente bien constatée, on n'a pas démontré, dans la matière absorbée, l'existence de corpuscules purulens.

L'absorption veineuse est plus prompte que l'absorption lymphatique. L'auteur a lié sur une grenouille l'artère et la veine crurale, et, après avoir coupé le nerf, il a plongé la cuisse dans une solution de strychnine; l'action du poison ne s'est manifestée qu'au bout de plusieurs heures. Les vaisseaux lymphatiques et chylifères ne paraissent susceptibles que d'absorber la lymphe et le chyle; ce sont les vaisseaux capillaires sanguins qui sont chargés d'absorber les substances étrangères à l'organisme.

III. *Appareil de l'absorption.* On n'a émis que des hypothèses sur l'origine des vaisseaux lymphatiques; il n'est nullement prouvé qu'ils se continuent directement avec les capillaires sanguins; il paraît au contraire que les vaisseaux lymphatiques forment des réseaux fermés de toute part, situés plus superficiellement que les capillaires sanguins, et d'un diamètre plus large que ces derniers.

IV. *Sur les lois de l'absorption.* L'auteur traite avec beaucoup de soin et de détails ce sujet important. Il fait voir que l'imbibition seule ne suffit pas pour expliquer les phénomènes de l'absorption. Il est ainsi amené à parler de l'endosmose et de l'exosmose dont il expose longuement les phénomènes variés, en y joignant les recherches qu'il a entreprises lui-même pour en déterminer les lois. L'endosmose et l'exosmose paraissent jouer un grand rôle dans l'économie animale, comme on peut s'en convaincre par l'étude des sécrétions. Ici la forme de la glande et la disposition de ses canaux sont indifférentes; et l'on est porté à admettre que ce sont les matériaux du sang qui diffèrent avec les produits sécrétés. D'un autre côté, comme les liquides passent d'autant plus facilement à travers une membrane, qu'ils sont plus étendus, une glande que le sang parcourt rapidement ne peut contenir qu'un produit riche en eau et en matières facilement solubles (ex. les reins), tandis qu'une glande dans laquelle le sang chemine lentement sécrétera des produits visqueux (le foie, les testicules).

L'absorption se fait avec une prodigieuse rapidité. Supposons que la surface de l'estomac et de l'intestin grêle soit égale à celle de la peau (soit 12 pieds carrés), plusieurs livres d'eau pourront s'étendre sur cette surface; le cercle circulatoire étant accompli en 2 minutes environ, on peut admettre que dans 3 minutes, 5 livres de sang passeront par le système capillaire de l'intestin. Si elles n'absorbent que la 20e partie de leur poids d'eau, 4 onces de ce liquide arriveront dans la circulation de 3 minutes en 3 minutes, 5 livres en une heure et 120 livres en 24 heures. Ceci nous explique le fait rapporté par Tiedemann, d'un jeune homme qui buvait par jour jusqu'à 48 litres d'eau sans se trouver incommodé. — L'auteur termine ce paragraphe par des considérations sur les propriétés des vaisseaux lymphatiques, et sur les causes qui déterminent l'absorption par ces vaisseaux.

V. *Modifications de l'absorption.* Ce chapitre est consacré à l'examen de la rapidité avec laquelle se fait l'absorption dans les diverses parties du corps.

SANG. Par le profess. Nasse (p. 75-221).

Les recherches nombreuses entreprises sur le sang, surtout dans ces dernières années, rendraient difficile la composition d'un article destiné à donner une idée exacte de l'état actuel de nos connaissances, sur ce liquide qui joue un rôle si important dans l'économie animale et dans les maladies. Le professeur Nasse, avantageusement connu par ses travaux étendus sur le sang, s'est acquitté de cette tâche avec succès; son travail renferme une foule de faits qu'il a su rapprocher avec discernement; aussi cet article peut-il, à la rigueur, dispenser de la lecture d'ouvrages plus détaillés. Nous suivrons l'auteur dans ses divisions en nous bornant toutefois à indiquer les faits qui nous paraîtront offrir le plus d'intérêt scientifique ou pratique.

A. *Propriétés extérieures du sang avant la coagulation: couleur* étudiée dans l'homme et dans les animaux, dans les sexes et les différens âges de la vie, d'après les constitutions et d'après les causes qui peuvent la faire varier; influence des agens chimiques sur la couleur du sang.

Chaleur; odeur: Quoique non admis par tous les chimistes, les faits découverts par Barruel sont reconnus exacts par l'auteur, seulement il conseille de ne pas prendre un acide trop concentré. La coction du sang dégage une odeur différente; cette odeur est fortement musquée dans le sang des bêtes à corne.

Consistance. L'auteur insiste beaucoup pour que les médecins ne négligent jamais de peser le sang dans les maladies; l'évaluation de la pesanteur spécifique est, dit-il, de la plus haute importance; elle est le seul moyen de s'assurer avec quelque certitude de la constitution du malade, et de nous éclairer par conséquent sur l'opportunité d'une nouvelle saignée.

Il estime la pesanteur spécifique normale entre 1050 et 1059; mais ce chiffre varie suivant les âges, les sexes, les constitutions. Plus léger dans l'enfance, dans la femme surtout pendant la gestation, le sang est d'autant plus pesant que l'individu est plus robuste. Dans les animaux, les différences sont encore plus marquées que dans l'homme.

Electricité; quantité; Les opinions des auteurs varient considérablement sous ce rapport; on admet généralement que le poids du sang est le 6e ou le 8e de celui du corps. Valentin admet le rapport de 1 : 4, 25; on s'accorde à regarder l'homme comme ayant proportionnellement plus de sang que les animaux.

B. *Analyse microscopique et mécanique.* — 1. *Avant la coagulation.* L'auteur commence par l'étude des *globules* sanguins; il admet leur forme biconcave primitive dans l'homme, et indique la forme qu'ils présentent dans les animaux, leurs dimensions, leur structure, la forme et les dimensions du noyau central. Ce noyau est susceptible de disparaître, c'est ce qui arrive pour les globules anciens, tandis que dans les jeunes globules il est très apparent.

On a nié l'existence primitive de ce noyau, l'auteur l'admet avec raison, car il suffit, pour s'en convaincre d'examiner le sang en circulation dans une grenouille ou dans une salamandre. La matière colorante déposée entre le noyau et l'enveloppe varie en intensité suivant les animaux, et suivant l'âge du globule. L'existence d'un fluide aériforme dans l'intérieur de ces corpuscules, sans être un fait démontré, est cependant possible. Une propriété singulière et sur laquelle l'auteur appelle de nouveau l'attention des physiologistes est celle qu'ils ont de se réunir pour former des colonnes.

Après avoir indiqué d'autres propriétés des corpuscules sanguins, et fait connaître les changemens qu'ils éprouvent sous l'influence des agens physiques ou chimiques, afin d'arriver à leur composition, l'auteur décrit les autres corpuscules microscopiques qu'on rencontre dans le sang. Il passe ensuite à l'examen du liquide sanguin (*plasma, liquor sanguinis*), dont il expose la nature et les propriétés.

2° *Coagulation du sang.* D'après M. Nasse, le temps nécessaire pour que le sang se coagule, varie entre 1 3/4 minute et 13 ou 16 minutes, depuis l'instant de la formation de la pellicule jusqu'à la coagulation parfaite. Celle-ci commence plus tôt chez les femmes, mais le cruor devient moins consistant, la coagulation est incomplète dans l'embryon. Il est très difficile d'indiquer l'époque à laquelle elle se fait chez les animaux; les résultats obtenus manquent de certitude, parce qu'il est impossible d'agir dans des circonstances tout-à-fait semblables. On a cherché à expliquer les différences que présente le sang relativement à l'époque de sa coagulation, par la pesanteur spécifique de ce liquide; mais il n'existe rien de positif à cet égard. En général, cependant, plus le sang est liquide, et par conséquent léger, plus il se coagule promptement. Dans l'exposé qu'il donne du phénomène de la coagulation, l'auteur combat l'erreur encore très répandue, surtout en France, des personnes qui regardent la fibrine comme formée par les noyaux des corpuscules sanguins qui auraient brisé leur enveloppe. A l'instant de la coagulation, le plasma se prend en une masse homogène et non pas fibreuse, comme on l'a dit; les granulations très fines qu'on y remarque sont formées par de la graisse. L'auteur a observé et décrit récemment une troisième forme que prend la fibrine: celle-ci est alors comme composée de petites écailles.

L'auteur expose quelques-unes des nombreuses opinions qu'on a émi-

ses pour expliquer les causes de la coagulation : le refroidissement n'y est pour rien; il en est de même du repos. L'air, et surtout son oxygène, jouent un grand rôle dans la production de ce phénomène, quoiqu'il ait aussi lieu dans le vide. Quant à l'opinion qui regarde la coagulation comme un phénomène vital, ou à celle qui la considère comme la mort du sang, l'auteur les combat l'une et l'autre par des réflexions judicieuses. Il examine ensuite l'influence de divers agens sur la coagulation, et termine ce long paragraphe par l'étude de la couenne dite inflammatoire. Il fait voir que la cause de la formation de cette croûte ne provient pas seulement du retard qu'éprouve la coagulation, mais encore, et surtout, de la faculté qu'ont les globules sanguins de se précipiter plus ou moins rapidement; ce phénomène reconnaît donc des causes très variées, de même que la plupart des phénomènes pathologiques.

3° *Le sang après la coagulation.* Il est difficile de déterminer les rapports quantitatifs du sérum et du placenta; ces rapports varient suivant l'âge, le sexe, la constitution, les climats; il faut avoir égard à la température extérieure, à la forme du vase, à la consistance du caillot, et se rappeler qu'un sang riche en eau empêchant la force de contraction de ce dernier, la quantité de sérum sera très petite en apparence, tandis qu'en réalité elle est considérable. La consistance du placenta ne dépend pas seulement du nombre des globules, mais aussi de la quantité et de la nature de la fibrine. Après avoir étudié le cruor, l'auteur fait connaître la composition physique du sérum, sa couleur, ses réactions, sa pesanteur spécifique, etc.

C. *Composition chimique du sang.* Ce chapitre important est divisé en trois parties, dans lesquelles l'auteur examine successivement l'eau, les parties suspendues et les parties dissoutes dans ce liquide. La globuline, l'hématine, la fibrine, la graisse et les fils dont la réunion constitue le cruor sont l'objet de paragraphes spéciaux; les parties dissoutes dans l'eau sont étudiées avec tout le soin et les détails nécessaires. Tout ce chapitre plein d'intérêt, mais qui échappe à l'analyse, sera consulté avec fruit par les personnes qui voudront avoir une idée exacte de l'état de la science sous le rapport de la composition du sang.

D. *Qualités des différentes espèces de sang.* — 1. *Différences entre le sang artériel et le sang veineux.* Ces différences sont examinées, sous le rapport de la couleur, de la température, de la pesanteur spécifique, du degré de coagulation, de l'analyse microscopique et de l'analyse chimique.

Suivent des recherches sur la présence de l'air dans les deux sortes de sang, présence admise d'abord par J. Davy, puis rejetée, puis admise de nouveau et sur laquelle il ne s'élève plus maintenant aucun doute. Tout le monde sait aujourd'hui que l'air retiré du sang est surtout composé de gaz acide-carbonique; on ne sait pas au juste quel sang en renferme le plus, mais il est probable qu'on retire plus d'acide carbonique du sang artériel; on prétend aussi en avoir retiré de l'oxigène, ce que l'auteur n'admet pas. Au rapport de deux observateurs, les deux espèces de sang séparent de l'azote, le sang artériel plus que le sang veineux. L'auteur expose les faits qui ont donné lieu à ces résultats. Vient ensuite l'examen des causes de la différence de couleur dans les deux espèces de sang : l'auteur recherche successivement quelles sont les influences qui déterminent ce changement et comment agissent ces influences. Le rôle secondaire qu'on a voulu (STEVENS), faire jouer à l'oxigène dans la coloration du sang en rouge, ne saurait être admis; les nombreuses expériences entreprises pour éclairer cette question ont donné lieu à plusieurs résultats dont voici les principaux : l'oxygène peut rougir le sang, sans la présence des sels; l'enlèvement de l'acide carbonique ne détermine pas cette coloration sous l'intervention de l'oxygène, quand bien même le sang renfermerait sa quantité normale de sels; cependant les sels alcalins donnent au sang une légère teinte rougeâtre, mais qui n'est nullement celle du sang artériel; l'augmentation dans la proportion de ces sels alcalins ajoute à l'intensité d'action de l'oxygène et rend conséquemment le sang plus vif; le même résultat est obtenu, malgré la présence de l'acide carbonique; l'oxygène rougit le sang chargé d'acide carbonique, même sans augmentation dans la proportion des sels, etc.

Quant à la nature même de ces changemens remarquables de couleurs sous l'influence de l'oxygène, des sels et de l'acide carbonique, elle ne nous est pas connue; les corpuscules sanguins deviennent plus foncés ou plus clairs, sous l'influence d'une combinaison chimique ou peut-être par suite du rapprochement ou de l'expansion des molécules dont le globule est composé.

2. *Propriétés du sang de la veine-porte.* Il renferme moins de fibrine, beaucoup de graisse liquide, beaucoup d'hématine et probablement aussi beaucoup de fer, et une quantité considérable d'alcalis libres ou de carbonates alcalins.

Le sang des veines hépatiques est plus riche en albumine, mais il contient moins de corpuscules sanguins.

E. *Formation du sang.* Après un coup d'œil général sur l'hématose, l'auteur s'occupe du développement morphologique du sang dans le fœtus et dans l'adulte, et recherche comment et où se forment les composés chimiques de ce liquide. Quelques-uns ont admis que les corpuscules du vitellus sont les premiers élémens des corpuscules sanguins; d'autres, et c'est le plus grand nombre, ont prétendu que le sang se forme dans un feuillet particulier de la membrane germinative. On diffère aussi d'opinion sous le rapport du mode de formation du globule sanguin; les uns, avec Schwann, admettent que le noyau se forme d'abord, et s'entoure ensuite d'une enveloppe; d'autres, et l'auteur est de ce nombre, affirment que la formation du noyau n'est que secondaire. L'opinion de Schultz que les globules sanguins dérivent des globules lymphatiques et chyleux est partagée par M. Nasse. Il a vu, du moins pour les animaux à globules elliptiques, tous les passages intermédiaires entre les globules lymphatiques incolores et les corpuscules sanguins entièrement développés. Dans le paragraphe suivant, l'auteur examine l'origine et le mode de formation des élémens chimiques du sang.

Le dernier article de cet important travail du professeur Nasse est consacré à l'étude du rôle que joue le sang dans les diverses fonctions de l'économie. On y trouve des faits pleins d'intérêt pour le physiologiste et pour le médecin. Nous en extrairons les résultats suivans sur l'action de la saignée : le sang devient plus froid et sa capacité pour le calorique diminue; il se coagule plus promptement, et sépare moins de sérum; les corpuscules sanguins ont plus de tendance à se réunir, ce qui hâte la formation de la couenne; le nombre des corpuscules lymphatiques augmentent, les corpuscules deviennent plus pâles, et souvent plus petits. On trouve aussi un plus grand nombre de corpuscules crénelés et globuleux.

Le sang est d'un rouge plus clair, le sérum souvent rougeâtre et trouble, quelquefois blanchâtre et recouvert d'une couche de graisse.

La quantité des globules est moins considérable : celle de la fibrine est augmentée, mais elle est plus molle et plus facilement décomposable. L'albumine et les fils augmentent aussi en proportion de l'eau; il en est de même de la graisse. Enfin, le sang se putréfie plus promptement.

Le travail du professeur Nasse est suivi d'un court exposé des dernières recherches de M. Liebig sur la composition du sang.

CHYLE, par le professeur Nasse (p. 221-251). Cet article, comme le précédent, exprime fidèlement l'état actuel de la science sur la composition du chyle, sur la formation de ce liquide et sur les changemens qu'il éprouve dans son trajet.

ELECTRICITÉ DES ANIMAUX, par le professeur Valentin (p. 251-311). Cet article est consacré à l'examen des phénomènes que présentent les poissons électriques, et à l'étude des autres phénomènes électriques des animaux en général. L'auteur donne une description plus précise de l'appareil électrique de la torpille que celles qu'on possédait jusqu'à présent. On sait que cet appareil se compose d'un certain nombre de petites colonnes ou prismes rapprochés les uns des autres, de manière que les deux surfaces, supérieure et inférieure, ont l'aspect d'un réseau à mailles polygonales. Chacune de ces colonnes est formée de petites lamelles aponévrotiques, horizontales, empilées les unes sur les autres et qui ne sont autre chose que des prolongemens de la membrane qui constitue les cloisons verticales. Un liquide est déposé entre ces lamelles, et toutes sont revêtues d'une couche d'épithélium. Le nombre de ces petites colonnes est considérable et augmente avec l'âge. J. Hunter en a compté jusqu'à 1182; l'auteur n'en a compté que 410 dans un individu mâle du *T. galvanii*; il a calculé approximativement le nombre des cloisons transversales. Ce nombre s'est élevé à 251,576. On sait que cet appareil reçoit des nerfs considérables, dont les dernières ramifications s'étalent sur les cloisons des colonnes.

Le cerveau est caractérisé par un développement considérable des lobes du quatrième ventricule auxquels on a donné le nom de lobes électriques. Ces derniers ont une structure particulière; ils sont formés de corpuscules nerveux assez volumineux pour être distingués à l'œil nu, et qui renferme des noyaux vésiculeux contenant eux-mêmes des nucléolules. L'auteur rapporte les nombreuses expériences qui ont été faites sur la torpille et expose les faits et les lois qui tendent à faire regarder les nerfs de l'appareil électrique comme des analogues des nerfs moteurs. La torpille du Brésil (*narcine Brasiliensis*, HENLE) a son organe électrique construit sur le même plan que les torpilles d'Europe. L'appareil du gymnote, quoique différent en apparence, se ramène encore à ce plan, qui représente si bien une réunion de piles galvaniques. Dans ce poisson, célèbre par sa puissance électrique, les colonnes, au lieu d'être verticales, sont horizontales; mais elles ont la même structure que dans la torpille, c'est-à-dire qu'elles présentent aussi une multitude de petites cloisons transversales. M. Valentin a calculé que le nombre de ces cloisons pouvait s'élever à près de 4 millions pour les appareils latéraux de

la queue, et à 160,000 environ pour l'appareil inférieur. Tous les nerfs qui se rendent dans ces appareils électriques dérivent de la moelle épinière; ils s'élèvent, de chaque côté, à 220 ou 230 dans les grands individus. L'organe central de l'appareil électrique ne réside pas dans la moelle épinière, mais bien dans l'encéphale. Il est représenté par un lobe extrêmement développé, divisé longitudinalement en deux parties par un sillon et recouvrant le mésocéphale, les lobes optiques et la partie postérieure des hémisphères. Ce lobe électrique ne renferme aucune trace des globules nerveux, si remarquables par leur grosseur, observés dans la torpille.

Après avoir donné une courte description de l'appareil électrique du silure, d'après Rudolphi, J. Müller et Valenciennes, l'auteur expose la théorie générale du mode d'action des appareils électriques, puis il passe à la seconde partie de son travail, qui comprend l'étude des courans électriques dans l'homme et dans les animaux. Cette partie, pleine de recherches savantes et traitée avec beaucoup de méthode, comprend l'étude des courans d'électricité par contact (électro-chimique), celle des courans thermo-électriques et celle des courans que l'auteur appelle électro-vitaux. Ces derniers, dans l'état actuel de la science, ne peuvent pas être démontrés par des expériences; mais des considérations théoriques qu'il est facile de comprendre, mettent leur existence hors de doute. Une indication des ouvrages les plus importans publiés sur ce sujet termine cet article, remarquable non seulement par la manière savante avec laquelle il est traité, mais aussi par un style correct et précis qui en rend la lecture facile.

Inflammation et ses terminaisons, par le docteur J. Vogel, (p. 311-367). Le travail inflammatoire se compose d'une série de phénomènes successifs; resserrement des vaisseaux capillaires et marche plus rapide du sang; puis dilatation de ces mêmes vaisseaux et ralentissement dans la marche du sang; plus tard cette marche est irrégulière, le sang coule par saccades et en oscillant; enfin il s'arrête tout-à-fait; les vaisseaux se déchirent, il se forme des extravasations, le sérum se répand dans les tissus environnans, le liquide sanguin tout entier traverse les parois des vaisseaux et imprègne les organes voisins. L'auteur étudie en détail ces divers temps de l'inflammation qui se trahissent au dehors par la rougeur, la chaleur, la douleur et la tuméfaction; puis il cherche à se rendre compte des causes du travail inflammatoire, de son essence et de l'ensemble de ses différentes périodes. Après avoir ainsi analysé les phénomènes inflammatoires, en indiquant, autant que possible, les changemens intimes qui se passent dans les tissus aux diverses époques de cet état pathologique, l'auteur décrit de la même manière les terminaisons de l'inflammation. Désirant ensuite démontrer que les explications qu'il propose ne sont pas seulement théoriques, mais sont aussi applicables en pratique, M. Vogel présente une esquisse rapide des principales inflammations qu'il distingue d'après leur siége et d'après leurs causes. Il termine par un coup-d'œil sur la thérapeutique de l'inflammation. En parlant de l'action des saignées, il arrive à ce résultat important proclamé déja par Marshall Hall et admis par plusieurs praticiens français et allemands, mais qui nous semble ne devoir pas être adopté d'une manière absolue, à savoir : que la saignée n'agit d'une manière vraiment antiphlogistique que lorsqu'elle est prolongée jusqu'à la syncope, mais qu'elle doit être faite par une large ouverture et le corps dans la position verticale; tandis que les petites saignées répétées à de longs intervalles, non-seulement n'arrêtent pas la marche de l'inflammation, mais deviennent même nuisibles, en diminuant la masse du sang. L'auteur examine ensuite l'action du froid, de la chaleur et de quelques médicamens regardés comme antiphlogistiques. L'article du docteur Vogel, dont nous n'avons fait que citer les points les plus saillans, est traité, comme on voit, sous le triple point de vue de physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Cette manière d'étudier la pathologie, en suivant pas à pas les modifications qu'éprouvent les organes dans leur structure élémentaire et dans leurs fonctions, est sans contredit la meilleure, pourvu qu'on sache toujours se renfermer dans les limites de l'observation.

Nutrition, par le professeur Valentin, (p. 367-471). Ce riche et beau travail de l'infatigable physiologiste de Berne renferme une foule de faits intéressans et de remarques judicieuses qu'il serait impossible de reproduire dans une analyse. Après avoir exposé les faits anatomiques qui se rattachent aux phénomènes de nutrition, l'auteur cherche dans un second chapitre à suivre arithmétiquement toutes les phases du travail nutritif; pour y arriver, il rapporte en détail les expériences qu'il a faites pendant trois jours sur un cheval, et donne dans de nombreux tableaux les analyses des substances ingérées et des matières rendues, en comparant ces résultats avec les matériaux qui entrent dans la composition du corps d'un cheval.

Dans une troisième partie, l'auteur expose la chimie de la nutrition, étude pleine d'intérêt et d'actualité. Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans quelques détails; mais il faudrait, pour donner une idée exacte du travail de M. Valentin, nous étendre beaucoup au-delà des bornes d'une simple revue.

L'article Fièvre, du professeur Stannius, de Rostock (p. 471-484), donne une esquisse des phénomènes qui caractérisent cet état morbide, considérés sous le rapport physiologique.

L'article Mouvement ciliaire ou vibratoire (p. 484-516) est encore du professeur Valentin. Observé déjà vers la fin du dix-septième siècle, ce mouvement remarquable, qui se continue longtemps après la mort, a surtout été étudié dans ces derniers temps par un grand nombre de physiologistes de toutes les nations. L'auteur indique, en parcourant successivement les classes du règne animal; les parties du corps sur lesquelles on a observé jusqu'à présent le mouvement vibratoire. Voici quels sont ces organes : 1. Parties centrales du système nerveux (homme, mammifères, oiseaux, reptiles, poissons). — 2. Plexus choroïdes (mammifères, reptiles, poissons). — 3. Cavité des nerfs olfactifs (homme, mammifères). — 4. Sac et conduits lacrymaux (homme, mammifères). — 5. Cavité auditive (cyclade, anodonte). — 6. Muqueuse des fosses nasales (homme et vertébrés). — 7. Surface interne de la membrane du tympan (batraciens). — 8. Muqueuse de la trompe d'Eustache (homme, mammifères, oiseaux, reptiles). — 9. Muqueuse des sinus maxillaires et frontaux (homme, mammifères). — 10. Muqueuse intestinale (bronchiostome, aphrodite, lombric, naïs, acéphales, échinodermes, actinées, quelques autres polypes et quelques infusoires). — 11. Cavité abdominale (aphrodite, polypes). — 12. Surface extérieure de l'intestin (aphrodite, polypes). — 13. Péritoine (batraciens urodèles, raies femelles, saumons femelles, échinodermes, acalèphes, polypes). — 14. Muqueuse buccale, pharyngienne et œsophagienne (reptiles). — 15. Muqueuse du cloaque (batraciens). — 16. Surface interne des conduits biliaires (aphrodite, arénicole, gastéropodes, et peut-être acéphales). — 17. Péricarde (batraciens). — 18. Vaisseaux (diplozoon, méduses? polypes?). — 19. Surface des branchies (pérennibranches, branchiostome, embryon des batraciens, serpules, amphitrite alvéolaire, sabelles, ascidées, biphores, échinodermes, gastéropodes et acéphales, polypes, infusoires). — 20. Muqueuse du larynx, de la trachée et des poumons (homme, mammifères, oiseaux, reptiles). — 21. Surface interne des réservoirs urinaires (gastéropodes). — 22. Surface interne des conduits spermatiques (gastéropodes). — 23. Surface interne des cellules et des conduits de l'ovaire (batraciens, poissons, mollusques). — 24. Surface interne des tubes ovariens (hommes, mammifères, oiseaux, reptiles, poissons, gastéropodes, etc.). — 25. Surface interne de la matrice (homme, mammifères et autres vertébrés pourvus d'un organe analogue). — 26. Peau externe (embryon des batraciens, gastéropodes, acéphales, échinodermes, quelques entozoaires, planaires, acalèphes, polypes, infusoires). — 27. Organes particuliers (vaisseaux pectiniformes de l'arénicole des pêcheurs, certains organes du ver de terre, tubes vibratiles des branchiobdelles, reins ou organes génitaux des acéphales, bord de l'ombrelle des méduses, etc.) — 28. Rotation des œufs et des embryons (mammifères, batraciens, poissons osseux, mollusques, échinodermes, entozoaires, méduses, polypes, infusoires.)

L'auteur fait connaître ensuite la forme des organes vibratiles et des cellules qui les portent, leur développement, les divers genres de mouvemens qu'ils exécutent, la durée et les conditions de ce phénomène, etc.

L'article Bile (p. 516-527), par le professeur Berzélius, termine le troisième cahier de cet intéressant recueil qui mérite bien, sous tous les rapports, les honneurs de la traduction, et qui figurera avantageusement à côté des physiologies de Burdach et de J. Müller.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 8 JUIN 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries: — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SUR LA DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE.

La commission nommée pour examiner le factum académique de M. Malgaigne est venue déclarer, dans la dernière séance, par l'organe de M. Roux, qu'il y avait dissidence entre ses membres. Les malades à examiner ne s'étant présentés qu'en très petit nombre, la majorité de la commission a été d'avis qu'on se transportât à leur domicile; la minorité a trouvé cette démarche inconvenante et a refusé de s'y associer. La majorité se compose de MM. Baudelocque, Roux et Velpeau; la minorité de MM. Amussat et Cloquet. Quoique, suivant la règle, la majorité pût passer outre, elle n'a pas cru devoir le faire sans en référer à l'Académie; et, en égard sans doute au genre de responsabilité qu'il s'agit de partager, elle est venue lui demander un renfort de deux nouveaux membres. Cet incident, le premier dans une affaire qui en promet beaucoup d'autres, a mis à découvert les sentimens, les intentions et les moyens qui doivent y intervenir.

On se rappellera d'abord que, par des motifs que tout le monde peut apprécier, M. J. Guérin avait cru devoir récuser M. Velpeau. Mais M. Velpeau a un sentiment tout particulier des convenances, et il s'est maintenu dans la commission malgré la protestation directe de son collègue; bien plus, et pour donner sans doute une plus haute idée de son impartialité, il s'est fait nommer rapporteur de la commission. Une telle cause laisse prévoir les effets qu'elle produira. On va juger par le commencement de ce qu'il faut attendre par la suite. Rappelons d'abord les faits.

M. Malgaigne s'est proposé de démontrer devant l'Académie que la myotomie rachidienne est une mauvaise méthode, et que les résultats annoncés dans la statistique de M. Guérin ne sont pas vrais. Il a espéré, à l'aide de cette équivoque, faire croire que tel avait été le motif des poursuites judiciaires dirigées contre lui. Mais il faut bien le répéter jusqu'à ce qu'on cesse de vouloir donner le change au public : ce n'est pas de cela qu'il s'agissait dans le procès. M. Malgaigne, voulant prouver que la statistique de M. Guérin était fausse, avait déclaré avoir visité *tous* les malades du service de ce médecin, sans trouver une *seule* guérison; il avait ajouté d'ailleurs que M. Guérin faisait on ne sait quel trafic d'appareils, et levait des contributions sur ses malades. Or, il est demeuré constant que M. Malgaigne n'avait pas visité les malades sur lesquels il avait déclaré n'avoir pas rencontré une seule guérison, et de plus que M. Guérin, loin de vendre des appareils à ses malades, leur en avait souvent fait délivrer à ses frais. Tel avait été le procès. Il ne s'agissait donc pas de *myotomie*

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE LA PHYSIOLOGIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHILOSOPHIE;

par J.-J. Virey.

Il est certain que la société actuelle se précipite, tête baissée, dans les intérêts matériels, et qu'elle entraîne avec elle, dans cette direction, les lettres, les sciences et les arts; les sources de l'inspiration semblent fermées, ou les esprits ne se souviennent plus du chemin qui y conduit. Quel est le but du littérateur qui dresse à la hâte l'échafaudage d'un drame, qui découpe jour par jour sur les dimensions du feuilleton la trame lâche et flasque d'un roman, qui fractionne, à l'usage des lecteurs blasés, les émotions d'un récit dont il ignore parfois le dénouement jusqu'à l'avant-dernier feuilleton? Il escompte sa veine, il débite au rabais les produits de sa muse, il lutte par l'effort d'une fiévreuse et banale fécondité contre la concurrence des officines littéraires. Quel démon tient l'artiste en haleine et lui crée, par la surexcitation du système nerveux, des forces proportionnées au labeur qu'il s'impose? La publicité commerciale des expositions du Louvre, l'espoir d'une commande de la liste civile, du ministre de l'intérieur, et subsidiairement l'espoir d'une distinction extérieure qui ne distingue plus depuis qu'elle est devenue un accessoire de toilette, la vision fantastique des palmes qui verdoient sur l'habit de son maître. Et les sciences physiques et chimiques! Sybilles de l'industrie, elles rendent des oracles pour les fabricans de sucre et de toile peinte, pour les maîtres de forges et les exploitateurs des mines. Et la médecine! Interrogez les murs de nos cités, lisez les affiches des carrefours et les annonces des journaux! Ainsi donc, le véritable artiste passe à l'état de mythe ou jette ses derniers rayons dans quelques ateliers d'élite que visite le génie des arts; ainsi le type primitif du savant s'obscurcit de plus en plus; ainsi le flot du matérialisme social monte, monte d'étage en étage et envahit jusqu'aux derniers refuges de l'intelligence et de l'idéalité : poésie, philosophie, science vraie, vous n'êtes plus que les vénérables souvenirs d'une autre époque, et la tombe a recouvert vos derniers représentans.

Notre lamentation est-elle complète? Jérémie de la Sion intellectuelle, avons-nous jeté assez de malédiction et de mépris contre les penchans de ce siècle? Si notre plume manque d'énergie pour les déplorer et pour les flétrir, les suppléans ne font point défaut : l'invasion des intérêts matériels est à présent un lieu commun, presque un sujet d'amplification de collége; les novices de la presse le triturent deux ou trois fois par semaine; il est dit en prose et en vers, il est entendu de toutes façons que les esprits fléchissent sous le joug de la matière, que leur activité s'absorbe dans la recherche des biens et des jouissances de ce monde, que la fureur du comfort et la manie du perfectionnement des plus menus détails de la moindre industrie remplacent les aspirations de l'âme et les

rachidienne ou d'un *certain nombre* de malades traités par M. Guérin, qni n'auraient pas *été* guéris, mais de *tous* les malades de son service, et de *toutes* les difformités, dont aucnne n'aurait été guérie. Il ne s'agissait donc pas non plns de critique scientifique, mais d'un homme qui avait calomnié hardiment un de ses confrères, et qui avait andacieusement outragé la science et la vérité. On ne fait que lui retourner ses propres expressious. Voilà qui est clair et positif. Le factum académique de M. Malgaigne n'est donc qu'un stratagème pour donner le change sur le procès. Voyons maintenant quelle est la base de ce factum.

La statistiqne de M. Gnérin porte que, sur 155 malades atteints de déviation de l'épine, il y a en 24 guérisons. Les 131 restans sont présentés par lui les uns comme simplement améliorés, les autres comme non améliorés, et les 131 comme *non guéris*. M. Malgaigne est parvenn à se procurer les adresses d'un certain nombre de malades, et il a ainsi réuni 24 observations qui ont servi de base à son attaque. On a déjà fait voir l'impossibilité radicale de conclure avec de telles prémisses. En effet, à supposer que M. Malgaigne eût examiné les malades qu'il a dit avoir examinés (1); à supposer que la société de chirurgie eût contrôlé ses assertions (2); à supposer que Célina Lefèvre et autres, que M. Malgaigne a dit avoir examinés, ne fussent pas mortes depuis longtemps; à supposer que la petite Dumont n'eût pas une luxation congénitale au lieu d'une claudication dont M. Malgaigne a fait honneur à la myotomie (3); que mademoiselle Lechner eût conservé sa mère et sa gibbosité (4); à supposer enfin que tout ce que M. Malgaigne a dit des 24 malades cités dans son factum fût vrai, exactement vrai, il ne serait permis d'en rien conclure ni contre la myotomie, ni contre la statistique de M. Guérin. Il fandrait prouver pour cela que les 24 snjets indiqués par M. Malgaigne ne fissent point partie des 131 non guéris, portés au relevé de M. Guérin. Or, le contraire a été suffisamment établi (5); il a été surabondamment démontré que bon nombre des 24 cas allégués par M. Malgaigne appartiennent à la catégorie des traitemens interrompus on non achevés. Voilà donc le seul résultat auquel puisse conduire, dans l'hypothèse la plus favorable, le factum de M. Malgaigne; c'est-à-dire, à prouver que 24 des 155 malades de M. Gnérin ne sont pas guéris, alors que du propre aven de ce dernier, il y en a 131 qui conservent tout on partie de leur difformité. Mais ce n'est pas cela qu'a vouln M. Malgaigne, et ce n'est pas cela que veulent ses adhérens; car, en présence d'un tel impasse, on ne saurait comprendre qu'ils fissent tant d'efforts pour marcher en avant. Si la majorité de la commission n'avait voulu voir que les possibilités logiques et scientifiques, elle se serait arrêtée tout d'abord; elle aurait tronvé fort inutile de demander l'assentiment de l'Académie pour faire le stérile assaut du domicile des malades qui ne se sont pas présentés. A propos de ces malades, c'est le lien de faire remarquer l'extrême impartialité avec laquelle M. Velpeau a interprété leur défant d'empressement à se rendre au vœu de la commission, malgré une lettre d'invitation pressante de la part dn président. En effet, qui est-ce qui a été chargé d'expédier cette lettre? A combien de malades l'a-t-on adressée? Quels sont ceux qui ont eu l'honneur de la préférence? Voilà ce que M. le rapporteur aurait pu savoir, et ce dont il aurait dû s'enqnérir avant de faire planer d'indignes sonpçons sur son collègue. Parmi les questions qu'il adressera aux malades lors de ses visites domiciliaires, il ne négligera pas sans donte de comprendre celles qui précèdent. Quoi qu'il en soit, on pent résumer cette première partie de la discussion comme il suit :

1° Le factum académique de M. Malgaigne n'a rien de commun avec le procès; mais est un stratagême pour donner le change à l'opinion;

2° Ce factum, à supposer que les assertions qu'il renferme fussent fondées, — à supposer que M. Malgaigne eût dit la vérité relativement aux 24 malades cités par lui, — ne repose sur aucune donnée sérieuse, susceptible de condnire à une conclusion logique et scientifique quelconque.

3° La commission, à supposer qu'elle pût voir les 24 malades (même ceux qui sont morts depuis longtemps), qu'elle ne trouvât aucune guérison, ne pourrait rien conclure, sinon qu'elle a vu 24 des 131 non guéris que M. Guérin a déclaré et reconnu exister.

Voilà pour la base de la discussion.

Que dire maintenant des moyens? de l'enquête? Pour toute discussion à cet égard, nous renverrons nos lecteurs au compte-rendu de la séance. Ils y trouveront en effet de quoi les édifier. Ils y verront, entre autres choses, qu'un système d'inquisition, que M. Cloquet a énergiquement comparé à un espionnage de police, a été proposé à la sanction de l'Académie, c'est-à-dire à une compagnie gardienne de l'honneur et des sentimens élevés de la profession. Mais il faut le dire à la louange même de ceux qui ont tenté cette hardiesse : ils ne l'ont pas fait ouvertement; ils n'ont pas osé dire à l'Académie : nous venons vous demander l'autorisation de pénétrer au domicile des malades d'un de nos collègues, d'un académicien comme nous, malgré lui, et dans l'unique but de donner une fausse apparence de justification à d'indignes attaques dirigées contre sa personne. Cette formule de la vérité matérielle eût révolté une compagnie composée de gens honnêtes; mais on s'est gardé de la braver à ce point. On s'y est pris autrement : on a eu recours à des semblans de science et d'intérêt général : on a invoqué de faux précédens, des analogies sans le moindre rapport. — « Nous avons bien été au domicile des vaccinés, à l'époque de l'introduction de la vaccine en France, a dit mielleusement M. Husson; nous avons été rendre visite à des somnambules, aux prisonniers de la Roquette, aux calculeux traités par les eaux de Vichy. » — Une telle argumentation n'a pas lieu d'étonner de la part de MM. Husson, Velpeau et Gerdy; mais ce qui est à peine croyable, c'est qu'il s'est tronvé un homme sérieux, grave, habitué à défendre ce qui est juste et digne, pour s'associer à de tels prétextes. Oui, cet homme, dont le caractère est aussi droit que l'esprit est sûr, a pu ne pas voir qu'il n'y a aucune parité à établir,

(1) Il n'en a examiné que le plus petit nombre.

(2) Malgré notre invitation réitérée, ni M. Malgaigne ni la Société de chirurgie n'ont encore répondu à cette question : *quand, par qui et sur qui* l'examen a-t-il été fait?

(3) On sait que M. Malgaigne voulant donner une idée des dangers de la myotomie a cité ce cas de claudication congénitale comme le résultat des opérations pratiquées par M. Guérin sur la malade.

(4) A propos de cette jeune fille, M. Malgaigne a prétendu que nous avions attribué à une malade ce qui se rapportait à une autre, et il a joint une grosse injure à cette rectification. L'erreur, si elle avait été commise, ne viendrait que du fait de M. Malgaigne; car, d'après le numéro d'ordre et de renvoi indiqué dans son manuscrit, c'est bien à la quatrième malade de la dernière série, à la fille Lechner, qu'il faut rapporter ce que nous lui avons rapporté. Mais c'est là un des expédiens commodes qui sont à l'usage de M. Malgaigne. C'est dommage qu'il ne puisse y avoir d'équivoque à tenter pour celles qui sont mortes, et qu'il déclare avoir vues et fait voir à la Société de chirurgie, ou celle qui porte une luxation congénitale.

(5) Voir le numéro du 6 avril 1844.

élévations nécessaires de l'intelligence vers un autre ordre de pensées et de sentimens.

Et cependant, regardez au-dessous de cette couche de sollicitudes matérielles; le spectacle est-il le même qu'à la surface? Le bruit des marteaux, des machines à vapeur, des voitures qui traînent ou lancent au galop les égoïsmes individuels, a-t-il arrêté ou couvre-t-il seulement les pulsations de la pensée philosophique et morale? Cette ferveur pour tout ce qui est aisance, plaisir et fortune, est-elle bien sincère? La génération actuelle dépense-t-elle toute sa force dans l'impulsion extraordinaire qu'elle imprime et continue aux grands intérêts de l'ordre matériel? Mais, s'il en est ainsi, expliquez-nous donc pourquoi les lieux consacrés à la prière publique sont trop étroits pour recevoir la foule des personnes que le besoin des émotions religieuses y attire? Expliquez-nous l'origine de la puissance qu'exerce encore aujourd'hui la chaire sacrée? les mobiles de l'attention universelle qui excitent les débats du sacerdoce et son intervention dans les questions intermédiaires entre la politique et la religion? La médecine elle-même, quoiqu'on l'accuse de renforcer par son influence particulière la propension des esprits au matérialisme, nous donne un spectacle qui vaut un démenti : soit qu'on la juge d'après les productions du jour, soit que l'on recherche les tendances théoriques qu'elle commence à manifester, elle se montre fort éloignée du culte exclusif des faits matériels, et jamais peut-être elle n'a eu des allures plus philosophiques que depuis qu'elle ne se pique plus d'absorber en son sein l'ensemble des sciences humaines, et qu'elle défend plus soigneusement son propre domaine contre les incursions des généralisateurs et des systématiques. Deux choses me frappent dans la marche actuelle de la médecine et me suggèrent quelque confiance en ses destinées; d'une part, le goût de la sévérité dans l'observation, la multiplicité du contrôle, l'amélioration et l'emploi simultané des méthodes d'investigation; d'autre part, une certaine sagesse de théorie qui ne permet point aux esprits de s'enfermer dans la signification littérale des faits, ni de la dépasser outre mesure par l'effort de l'interprétation. Le public médical est arrivé à ce degré de bon sens, à cette consistance d'idées et de jugement, à ce point d'expérience sans fatuité et d'élévation sans emphase, qu'il repousse également les partisans de l'observation brute et les fabricateurs de doctrines hasardées : nous voyons des hommes qui ont interrogé vingt ans la mort et émoussé leur scalpel dans le labeur des autopsies, se replier tristement sur le produit de tant de recherches, et oublier les découvertes de l'amphithéâtre en présence des phénomènes purement dynamiques que déroulent à leurs yeux la maladie et la santé; en revanche, nous voyons les conceptions *à priori*, les systèmes absolus, ne provoquer qu'une sorte de nausée intellectuelle dans la patrie même du vitalisme pur. Tandis que Paris ferme l'oreille aux dernières déclamations de l'organicisme, et, fatigué de gloire anatomique, hume le souffle des idées dynamiques dans les couches supérieures de l'enseignement, Montpellier manie le scalpel et le réactif, et raille les essais de colonisation que tente l'homéopathie sur le sol classique des spéculations médicales. Je dis qu'un pareil spectacle répond aux doutes et au désespoir de nos Byrons; je dis que le progrès s'opère ici et là, sous une face différente, et que ces mouvemens partiels, ces oscillations de la science, aboutiront au rétablissement d'une circulation vivifiante à travers tout le corps médical : c'est le commencement de la résolution d'une maladie qui a engorgé les intelligences et les a frappées de stérilité, c'est

entre une vérification provoquée dans un intérêt purement scientifique, par MM. Petit et Voisin, par exemple, sur leurs propres malades, et une enquête violente, inspirée par des passions haineuses, et faite pour ainsi dire d'assaut sur les malades d'un collègue contre son gré, en son absence, dans l'unique but de porter atteinte à sa considération.

Pour donner une idée du véritable caractère de la démarche qu'on tenterait vainement d'anoblir, il suffit de la considérer à un point de vue général, ou de l'appliquer simplement à d'autres membres de l'Académie. Que diraient MM. Roux, Velpeau et Gerdy, par exemple, si quelqu'un venait soumettre à une enquête académique les résultats de la pratique si proverbialement malheureuse du premier, les ablations de tumeurs cancéreuses si facilement répétées du second, et les essais si désastreux de cure radicale de la hernie du troisième? Qu'on demande à ces Messieurs communication de leurs documens, de leurs tableaux, sous peine d'être accusés, fort injustement sans doute, l'un d'impéritie, l'autre de témérité, et le troisième de tout ce qui pourrait ressortir de documens qu'il garde, dit-on, avec un soin tout paternel. Ne pourrait-on pas leur appliquer la peine du talion, et leur dire : C'est au profit de la science et de l'humanité. Que répondraient-ils, et que répondrait l'Académie? Nommerait-elle des commissaires, ordonnerait-elle de fouiller les catacombes de ses membres? Mais non, il ne se présentera personne pour une semblable mission : ces choses n'arrivent qu'une fois, et c'est pour cela qu'on ne craint pas d'épuiser dans une occasion unique toutes les impossibilités, toutes les inconséquences, toutes les infractions aux plus simples règles du bon sens et de la dignité scientifique. Qu'on cesse donc d'invoquer des précédens ou des analogies qui n'existent pas : les différences sont du tout au tout; elles sont dans les faits, dans les personnes et surtout dans les intentions. On pourrait supposer jusqu'à un certain point, comme l'a prétendu M. Velpeau, que l'intérêt de la science dût niveler ces différences; mais cela n'est pas possible quand on se trouve dans des conditions où l'esprit de parti prend la place de la science, et en présence de passions qui font si peu d'efforts pour se déguiser. Quant à la science, on a assez prouvé précédemment qu'elle n'est pour rien dans les attaques de M. Malgaigne : et M. Guérin a justement rappelé que la commission des hôpitaux, composée de membres éminens des académies des sciences et de médecine, s'occupe gravement de la question, et de manière à garantir les intérêts de la vérité. Si ce mobile seul animait les adversaires de la myotomie rachidienne, non seulement ils attendraient le résultat de cet examen, mais ils se souviendraient que M. Guérin lui-même avait demandé il y a huit ou dix mois à l'Académie, de nommer une commission à laquelle il voulait soumettre ses malades et les résultats de ses opérations. Mais on le répète, il ne s'agit pas de la science ou de la vérité, de l'art ou de la profession, mais d'inimitiés personnelles, de rivalités déloyales, qui préfèrent l'attaque contre la considération à la discussion des théories et des méthodes. Ce genre de critique est plus efficace et surtout plus facile. Or c'est à cette louable entreprise que l'on veut associer l'Académie; mais la gravité et les lumières de l'illustre compagnie doivent rassurer; encore quelques pas dans la voie déplorable où on l'a engagée, et elle saura s'arrêter en voyant le but vers lequel on n'a pas craint de l'entraîner. L'un de ses plus respectables membres, M. Castel, l'a déjà fait sentir avec sa parole noble et ferme; il n'y a que du scandale à attendre. Cet avertissement, il faut l'espérer, portera ses fruits. Les deux nouveaux commissaires que l'Académie doit nommer dans la prochaine séance connaîtront l'engagement qu'on leur impose; ils sauront, a dit M. Velpeau, qu'ils doivent se transporter au domicile des malades. Mais ils réfléchiront aussi sans doute avant d'accepter la responsabilité d'une mission qui a répugné au caractère de MM. Amussat et Cloquet, et que ces honorables membres ont loyalement déclarée contraire aux convenances, et à la dignité d'académicien.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU COEUR; par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. — Voir les numéros 14 et 15.)

CHAPITRE II.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES RAPPORTS DES ALTÉRATIONS VALVULAIRES AVEC L'AFFECTION CONNUE SOUS LE NOM D'ANÉVRISME DU COEUR.

Longtemps on a confondu sous le nom d'anévrisme des lésions très variées de l'organe central de la circulation. Lancisi et Sénac résument à cet égard les idées de l'école ancienne. Corvisart est le premier qui ait semé le germe des notions que nous possédons aujourd'hui sur cette affection; c'est lui qui fut le fondateur de l'école moderne, en ce qui concerne les maladies du cœur. Ce grand progrès fut dû à l'importance reconnue des altérations valvulaires dans la production de la dilatation et de l'hypertrophie. Mais c'est surtout l'immortelle découverte de Laënnec qui est venue jeter un jour immense sur le diagnostic des affections du cœur. Enfin, se basant sur les données fournies par ces deux grands observateurs, M. Bouillaud a construit le plus beau monument que nous possédions sur la matière.

Personne ne songeait à élever des doutes sur la théorie des anciens, sanctionnée par l'autorité de Bichat, théorie qui attribue les bruits du cœur à la percussion exercée par cet organe sur le sternum, lorsque, le premier, Laënnec soupçonna que ces bruits pourraient bien avoir une autre cause. Il y a quinze ans environ qu'une longue et vive polémique s'éleva sur le même sujet, et bientôt une dizaine de théories différentes furent émises par divers auteurs. Du conflit de ces opinions, il est résulté pour nous, comme pour M. Bouillaud et autres, que des diverses opinions émises sur les bruits du cœur, celle de M. Rouanet nous paraît de beaucoup préférable à toutes les autres, en tant que système fondamental, car nous ne professons pas à cet égard des idées exclusives, et nous pensons que beaucoup de circonstances peuvent entrer comme élémens accessoires dans la production des bruits du cœur. Comme praticien, et sans dédaigner les lumières fournies par les expériences variées qu'on allègue sur ce point, nous étayons surtout nos convictions sur les faits pathologiques et les expériences nous paraissent plaider en notre

---

à savoir, le doute; le doute, qui est à l'être pensant ce que la stase sanguine est au tissu vivant. Voilà l'aspect le plus général de la médecine actuelle; il n'a rien que de très philosophique. Passez aux productions : peu de livres où ne respire une idée théorique; les derviches de la religion des chiffres, les arithméticiens de la clinique et de l'amphithéâtre ont beau faire : l'esprit humain, à quelque objet qu'il s'applique, n'abdique aucune de ses facultés : l'observation, le calcul, l'induction, voire même l'imagination, ce sont autant d'instrumens qu'il quitte, laisse, reprend, et dont il se sert pour polir et perfectionner son œuvre; les chimistes même ne répugnent pas à cette variété de méthodes, et quand le char de leurs théories roule difficilement à travers les vapeurs de leur laboratoire, ils y attèlent l'induction, qui est le Pégase des savans. Nous ne parlons pas des travaux qui s'exécutent au-delà du Rhin, et qui, vastes et nombreux, se développent toujours dans le cadre d'une pensée théorique, d'une conception philosophique : témoin cette magnifique compilation de physiologie et d'histoire naturelle qui a popularisé chez nous le nom de Burdach, malgré l'auréole nébuleuse du panthéisme qui couronne son œuvre. Mais en France, dans ce pays qui a horreur du vide et des rêveries philosophiques, la science a aussi conservé des ailes, et elle sait les déployer au-dessus de l'atmosphère où s'agitent les passions de la matière. Il n'est point jusqu'à notre profession que l'on ne calomnie un peu, en lui imputant par solidarité le vice de quelques-uns de ses adeptes; ils sont vingt ou trente, ils sont deux cents, si vous insistez, qui halètent dans les carrefours après l'or et les plaisirs, qui traînent la science dans la sentine de leur cupidité; est-ce à dire que la population médicale est faite à leur image? Ils sont vingt ou trente qui, coiffés du bonnet de leur célébrité factice et munis de littérature vulgaire, écrivent de plats volumes que l'on achète, quoiqu'ils soient dépourvus de style et d'idées. Est-ce à dire que toute l'intelligence des médecins se borne à relier entre elles des observations sans fin, à énumérer des symptômes et des lésions cadavériques? — Non, la race des penseurs n'est pas éteinte au milieu de nous; non seulement nous possédons parmi nos générations contemporaines des médecins qui savent féconder avec une rare supériorité de vues les résultats de leur expérience, mais encore nous pouvons montrer avec quelque orgueil à la société, aux gouvernemens, aux académies, des hommes qui sauraient appliquer avec avantage les lumières de leur art à la direction de leurs semblables, au jeu des institutions, et qui, entraînés par leur goût aux études philosophiques, aux spéculations abstraites du cabinet, ne restent point au-dessous des philosophes de profession, ni par la sagacité de leurs analyses, ni par l'ingénieuse hardiesse de leurs aperçus.

De tout temps la médecine a contracté quelques alliances avec la philosophie, comme pour rappeler la communauté de leur origine et leur longue promiscuité dans les siècles antérieurs à Hippocrate; elle ne les a pas rompues, Dieu merci, et quoique l'Académie des sciences morales et politiques ne nous fasse point notre part légitime dans ses scrutins d'élection, moins que jamais elle songe à les rompre. Or, c'est là une des gloires sérieuses de notre profession que de tenir la philosophie en haleine par des problèmes et par des solutions qui sont nôtres; je reprocherais à beaucoup de nos confrères de ne point l'apprécier assez, bien plutôt que je ne m'aviserais de déclamer contre leur prétendu matérialisme. Il est advenu à d'autres encore qu'à nous de rencontrer en province des médecins parfaitement inconnus hors du cercle de leur clientèle, et qui non seulement vi-

faveur; il nous suffit, en effet, de faire observer qu'à bien peu d'exceptions près, dès que les valvules du cœur sont altérées, les bruits normaux sont remplacés par des bruits anormaux, et que les exceptions à cette règle trouvent elles-mêmes leur explication dans les conditions de vibratilité que peuvent subir ces mêmes valvules, d'une manière active ou passive; mais notre but n'est pas ici d'élucider ce point obscur de mécanique animale; il nous suffit d'avoir énoncé nos convictions à cet égard. Ceci posé, nous établirons quelques propositions préliminaires consenties par la généralité des observateurs.

Les altérations des orifices valvulaires, en égard à leur influence sur la circulation, se présentent sous deux états principaux, le rétrécissement et l'insuffisance.

Bien que ces états puissent exister séparément, dans la généralité des cas, c'est le rétrécissement qui occasionne l'insuffisance, en raison des déformations survenues dans les valvules et des dérangemens qui en résultent pour leur mécanisme.

Les altérations ordinaires des valvules sont : 1° l'épaississement; 2° la dégénérescence cartilagineuse; 3° l'ossification qui occasione le rétrécissement accidentel seul ou à la fois le rétrécissement et l'insuffisance.

De cette communauté d'origine, il résulte qu'il n'est guère possible, au point de vue pratique, de traiter séparément du rétrécissement et de l'insuffisance, et qu'il est plus logique, plus conforme à la nature, de prendre pour base les altérations valvulaires elles-mêmes, comme élémens fondamentaux des affections organiques du cœur.

Ces altérations, en effet, sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ, la cause directe de la dilatation et de l'hypertrophie; ces deux élémens constitutifs de ce qu'on nomme anévrisme du cœur. Voilà pour justifier le plan que nous avons adopté.

Sur 29 cas d'altérations valvulaires organiques, anciennes et graves, constatés à l'autopsie, nous avons rencontré :

Altérations	des valvules aortiques seules	9 cas.
—	de la valvule mitrale seule	10
—	simultanées des valvules aortiques et mitrale	10

Une seule fois nous avons rencontré l'altération de la valvule tricuspide; encore était-ce concurremment avec une altération des valvules du cœur gauche. Jamais nous n'avons trouvé d'altération des valvules de l'artère pulmonaire.

Il résulterait de ce tableau que la lésion isolée de l'orifice aortique, supposée la plus commune, est au moins balancée par la lésion isolée de l'orifice mitral, et qu'en outre la simultanéité d'altération de ces deux orifices est aussi très fréquente; car je dois ajouter qu'en dressant le tableau ci-dessus, j'ai négligé les cas où les deux orifices étant affectés, l'un d'eux l'était trop légèrement pour avoir exercé une influence marquée sur les symptômes observés pendant la vie.

De ceci découle une conséquence pratique de la plus haute importance, à savoir, que les lésions des orifices étant fréquemment multiples, et ces lésions donnant lieu, en définitive, à des symptômes très analogues, quel que soit l'orifice altéré, l'appréciation du siége précis de la lésion valvulaire est souvent fort difficile pendant la vie, et qu'en pratique la détermination de l'orifice affecté est réellement de peu d'importance.

Au point de vue clinique, en effet, le problème essentiel à résoudre est celui-ci : Y a-t-il ou non altération organique des orifices du cœur?

En cas d'affirmative, c'est dans le cœur gauche que siége presque immanquablement la lésion; mais ne croyez pas que ce soit toujours l'orifice aortique, et que ce soit cet orifice seul qui se trouve affecté.

Cet aperçu enlève beaucoup d'importance aux préceptes qu'on s'est efforcé d'établir pour apprendre à distinguer quel est le côté du cœur où siége l'altération, préceptes qui, pour le dire en passant, reposent sur des bases bien hasardées; car les deux côtés du cœur sont agencés de telle sorte qu'il est fort difficile de les isoler sur un plan parallèle; ils s'emboîtent et se recouvrent plutôt qu'ils ne sont accolés latéralement. Mêmes considérations pour les règles relatives à la distinction du siége des orifices : les valvules aortiques ne sont séparées de la mitrale que par un bourrelet de quelques lignes d'épaisseur, et les valvules du cœur droit chevanchent sur les autres par leur partie antérieure. Pourquoi, d'ailleurs, s'évertuer à chercher ces lésions du cœur droit qui n'existent presque jamais?

Néanmoins, les notions relatives aux signes et aux lésions qui accompagnent les altérations des divers orifices étant toujours bonnes à poursuivre, et pouvant d'ailleurs, dans certains cas, impliquer quelques modifications thérapeutiques accessoires, sinon fondamentales, nous dirons ce que notre expérience nous a fait connaître à ce sujet. Notre but, encore une fois, n'est pas de faire du nouveau, mais plutôt de consolider les vrais principes en les appuyant de nouvelles preuves. Nous suivrons l'ordre établi ci-dessus relativement au siége des altérations valvulaires.

Article I. — Altérations des valvules aortiques seules.

L'observation suivante offrira, en quelque sorte, le type des symptômes et des lésions caractéristiques des altérations les plus ordinaires de l'orifice aortique.

SIGNES D'HYPERTROPHIE AVEC DILATATION; DOUBLE BRUIT DE SOUFFLET; ANASARQUE; ORTHOPNÉE; MORT. RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE DE L'ORIFICE AORTIQUE; HYPERTROPHIE ET DILATATION GÉNÉRALES DU COEUR.

OBS. XI. — Un homme de 55 ans, de constitution athlétique, journalier, entre à la clinique le 24 septembre 1838. Il raconte qu'il y a neuf mois il éprouva, pour la première fois, des palpitations suivies d'infiltration des membres inférieurs, dont il fut guéri après un séjour de trois semaines à la clinique. Depuis lors, il eut encore une rechute dont il fut guéri, principalement par les purgatifs; mais il reste sujet à de la dyspnée. Au mois de juillet dernier, il fut pris, pendant la nuit, d'un accès d'étouffement des plus intenses, lequel céda à une saignée. Ces accès se répétèrent à intervalles assez rapprochés et furent toujours dissipés par le même moyen; mais leur répétition, de plus en plus fréquente, oblige le malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : poitrine large, bombée, sonore, râles disséminés dans les deux poumons. Peu de toux, quelques crachats séreux, dyspnée. Voussure sensible, matité de 8 centimètres à la région précordiale, impulsions du cœur modérées, bruit de soufflet aux deux temps; pouls à 80, assez régulier, ni large, ni fort, OEdème des membres inférieurs. Rien de particulier dans les autres appareils. (Saignée, chiendent nitré; poudre de digitale, 10 centig. avec sucre en poudre, 1 gramme, pour quatre paquets, à prendre dans la journée; 3 soupes.)

Les jours suivans, l'état du malade paraît s'amender; on trouve que le premier bruit du cœur est plus râpeux que le second; ces bruits s'étendent dans l'aorte ascendante; il y a reflux veineux dans les jugulaires; le pouls est sensiblement dicrote; chaque pulsation se compose de deux autres, une forte et une plus faible, suivies d'un repos. (Même traitement.)

Le 4 octobre, pouls faible et lent, à 45; rêves pénibles, vertiges légers. On

---

vaient en philosophes, mais qui en avaient l'élévation intellectuelle et les habitudes littéraires. Combien m'ont surpris, embarrassé par l'ampleur de leur savoir, la profondeur de leurs discussions, quelquefois par l'éclat et la chaleur de la parole ou du style! Des professeurs, des cliniciens, qui dépensent le matin leur verve et leur énergie à convaincre un auditoire, se recueillent le soir dans le doute mélancolique du philosophe, et après avoir tonné avec éloquence contre les adversaires d'une médication qui peut être remplacée avec un égal avantage par trois ou quatre autres et même par la simple expectation, ils se prennent à remuer ce monde d'idées qui se résument dans trois ou quatre mots : Dieu, âme, etc., et ils s'aperçoivent que, pleins de convictions pour ce qui importe le moins, ils en sont dénués à l'endroit des plus essentielles questions qui touchent à la destinée de l'homme. Et parmi les nobles esprits qui philosophent en secret, pour ne point déroger aux convenances stupides de leur situation, j'en sais qui épanchent dans une lettre plus de finesse et de grâces, plus d'idées et d'observation psychique qu'il n'en a fallu à des philosophes de profession pour s'asseoir sur les siéges élevés de leur hiérarchie. Quand vous errez dans les rues de Paris, si tumultueuses et si éblouissantes, vous viendrait-il en la pensée que dans ces maisons qui regorgent d'industrie, de passions, de richesse ou de misères, la philosophie s'est choisi quelques retraites et s'y est installée sous la figure de quelques médecins, oublieux du monde et oubliés de lui? On vous a conté dernièrement, dans ces colonnes, avec autant de sentiment que de charme littéraire, l'existence de Chervin, dont la vie fut une idée : quel vigoureux philosophe que cet homme, qui endurait si légèrement les privations et les sollicitudes; la philosophie qui a chaire en Sorbonne et fauteuil à l'Institut a-t-elle fourni un praticien de cette trempe? Et quant aux écrivains, l'énumération serait longue depuis Cabanis jusqu'à M. Depierris, qui vient d'enfanter, sous un modeste format, un nouveau système de psychologie et de cosmogonie dont nous aurons à entretenir nos lecteurs. Notre intention n'est pas d'établir un parallèle entre les productions philosophiques que revendique la médecine et celles qui ont illustré l'école française de ce siècle; mais nous voudrions mettre en un plus grand jour, d'abord en face des philosophes eux-mêmes, ensuite aux regards de nos confrères, les ouvrages de quelques-uns des nôtres qui ont abordé avec talent les questions relatives à l'homme psychique, sans négliger le soin de leur supériorité personnelle dans les sciences médicales; besogne souvent projetée, et qui, pour quelques-uns, serait un acte de justice historique; mais besogne toujours entravée par l'imprévu des circonstances, et qui, même aujourd'hui, quoique entreprise en faveur d'un seul de ces écrivains, restera bien incomplète et bien indigne du mérite de ses ouvrages.

M. Virey appartient à cette phalange choisie de médecins auxquels il n'est pas donné de s'enfoncer entièrement dans l'étude des phénomènes physiques, et qui, par une élasticité propre de leur esprit, se redressent toujours vers une sphère supérieure d'observation. Si l'on jette un coup-d'œil sur la série des écrits qui sont sortis de sa fertile plume, on le voit constamment suspendu entre les problèmes de la vie organique et ceux de la vie morale, entre deux ordres de faits et de recherches qui exigent, l'un les habiletés scrutatrices de l'observation et de l'expérience, l'autre une subtilité d'analyse et une force d'induction dont les exemples ne sont communs dans aucune profession, encore moins dans la nôtre. Peu de ses ouvrages émanent exclusivement de l'ordre matériel; si nous

supprime la digitale. Bientôt la circulation redevient à peu près normale, sauf les bruits du cœur.

Mais bientôt les accès d'asthme reparaissent, l'infiltration augmente et gagne l'abdomen. (Saignée, purgatifs, boissons nitrées.) Potion diurétique :

Prenez :	Infusion de genièvre	120 grammes.
	Teinture de digitale	24 gouttes.
	Oximel scillitique.	30 grammes.

Vers la fin du mois, l'anasarque est considérablement diminuée, la respiration est assez calme ou du moins supportable. On constate alors que le bruit râpeux du premier temps s'étend non seulement dans l'aorte, mais encore dans la carotide gauche.

Cependant l'anasarque s'accroît de nouveau; la dyspnée devient continue; elle augmente surtout le soir. La saignée la soulage toujours, mais incomplètement et pour peu de temps. (Laxatifs, diurétiques). Potion :

Prenez :	Décoction de racine de fraisier.	120 gram.
	Nitrate de potasse	4 gram.
	Teinture de digitale	20 gouttes.
	Oximel simple	30 gram.

Bientôt le malade, affecté d'une extrême orthopnée, est obligé de passer les nuits dans un fauteuil; enfin, il succombe en proie à l'anxiété la plus pénible, le 1er décembre, soixante-six jours après son entrée.

NÉCROSCOPIE, 24 heures après la mort.

Anasarque générale, bouffissure et cyanose de la face.

THORAX. Anciennes adhérences des plèvres, œdème et engonement hypostatique des deux poumons. Cœur très volumineux (1). Vidé du sang qu'il contient en abondance et séparé des gros vaisseaux, il pèse 740 grammes (près de 24 onces). Les valvules aortiques sont ossifiées, déformées (rétrécissement); de l'eau versée dans l'aorte sort librement par l'orifice valvulaire (insuffisance). La valvule mitrale est à l'état normal. Le ventricule gauche est très dilaté et considérablement hypertrophié, ses parois ont 3 cent. (1 pouce d'ép.). L'oreillette gauche et les cavités droites sont très dilatées et sensiblement augmentées d'épaisseur. La valvule tricuspide, vu son élargissement, devait être insuffisante.

Rien de particulier dans les autres organes, à part les épanchemens séreux.

Voici donc une observation modèle, au point de vue des symptômes observés pendant la vie et surtout des lésions rencontrées après la mort : ossification, déformation de l'orifice aortique occasionant le rétrécissement et l'insuffisance révélés par le double bruit de souffle râpeux observé pendant la vie. La dilatation et l'hypertrophie de l'organe tont entier sont portées au plus haut degré par suite de l'obstacle au cours du sang. Le cœur offre un poids presque triple de l'état normal. Aussi les désordres fonctionnels consécutifs aux obstacles à la circulation ont-ils atteint leurs limites extrêmes. Néanmoins la force d'impulsion du cœur pourra paraître n'avoir pas été en rapport avec le degré de l'hypertrophie; c'est qu'il faut tenir compte de l'extrême dilatation et du sang qui devait engorger incessamment les cavités de l'organe, circonstances qui, portées à un certain degré, doivent gêner singulièrement le ressort du cœur; aussi remarque-t-on que les époques où les impulsions du cœur hypertrophié sont le plus énergiques ne sont pas celles où les autres symptômes fonctionnels sont le plus prononcés. A la période ultime, les battemens du cœur sont confus, mous, onduleux; les bruits anormaux disparaissent; le pouls est fréquent, inégal, petit, dépressible, évidemment parce que l'organe a perdu l'énergie nécessaire pour se contracter complètement.

(1) Pour *criterium* des altérations signalées dans nos autopsies, nous rappelerons les proportions normales établies par les observations de MM. Bouillaud, Bizot, Lobstein et par les nôtres : hauteur du cœur, de la base à la pointe, 3 pouces et demi (10 centim.); largeur à la base, 3 p. et demi (10 centim.); épaisseur du ventricule gauche, 5 lignes (13 millim.); épaisseur du ventricule droit, 2 lignes (5 millim.); épaisseur de la cloison interventriculaire, 6 lignes (15 m.); poids total du cœur, de 8 à 9 onces (250 à 280 grammes).

L'observation suivante nous offrira des circonstances analogues, plus un accident anatomique assez singulier, déjà rencontré par d'autres observateurs, et qui milite, selon nous, en faveur de l'origine inflammatoire des ossifications valvulaires.

SIGNES DE DILATATION AVEC HYPERTROPHIE; SIGNES D'INSUFFISANCE DE L'ORIFICE AORTIQUE; MORT; INSUFFISANCE AORTIQUE PAR ADHÉRENCE D'UNE VALVULE ET DILATATION DE L'ORIFICE AORTIQUE; HYPERTROPHIE ET DILATATION GÉNÉRALES DU COEUR.

OBS. XII. — Un homme de 47 ans, originairement de bonne constitution, menuisier, entre à la clinique le 11 novembre 1836. Il rapporte qu'il y a un an il fut pris tout à coup, sans cause connue, pendant la nuit, de palpitations de cœur violentes, avec anxiété, dyspnée, céphalalgie, vertiges, etc. Depuis lors il resta sujet à des retours de palpitations; ses membres inférieurs s'infiltrèrent à trois reprises différentes. Les saignées l'ont généralement soulagé, mais les deux dernières qui datent de quinze jours n'ont pas procuré d'amélioration. Depuis huit jours, la dyspnée est plus forte; il est survenu de la toux, la faiblesse augmente. A son entrée, l'anxiété est extrême, la suffocation imminente; une saignée amène du soulagement.

Le 12, nous constatons l'état suivant : facies pâle, amaigri; intelligence nette. Orthopnée, fortes palpitations augmentant par le mouvement, élévation sensible, matité très étendue de la région précordiale, battemens du cœur sourds, profonds, mais vibrans (frémissement cataire), perçus dans toute la poitrine. Le second bruit est remplacé par un souffle rude, râpeux, qui s'étend dans l'aorte ascendante; les battemens des carotides sont forts, vibrans, non soufflés, reflux des jugulaires. Pouls dur et vibrant sans beaucoup de développement. Poitrine sonore, râles muqueux, sibilans, disséminés. Appareil digestif normal, infiltration des extrémités inférieures jusqu'aux genoux. (Saignée, tisane de fraisier nitrée, potion gommée avec teinture de digitale 20 gouttes, frictions de teinture de scille et de digitale sur les jambes.)

Les symptômes persistent; on renouvelle la saignée; on donne l'infusion de digitale (4 grammes pour un litre d'eau) qui cause des vomissemens; le pouls devient intermittent. (Chiendent nitré, vésicatoire au bras.)

Quelques alternatives de mieux et de plus mal, une épistaxis.

Le 13 décembre, un mois après l'entrée, anasarque générale, cyanose, oppression extrême, abattement, somnolence, soufle râpeux au second temps; pouls irrégulier très lent à 40.

Le 14, le malade n'étant pas plus mal que la veille se lève pour aller au bassin, se recouche, tombe dans l'affaissement, le râle s'établit et la mort arrive en peu d'instans.

NÉCROSCOPIE 36 heures après la mort.

Infiltration, lividité générale.

THORAX. Poumons infiltrés, engonement hypostatique.

Le cœur est très volumineux, gorgé de caillots sanguins qu'on évalue à 500 grammes; lui-même pèse 21 onces (630 grammes); son diamètre transversal est de 5 pouces (15 centim.). Le ventricule gauche hypertrophié et dilaté offre 8 lignes (2 centim.) d'épaisseur. Il pourrait contenir un œuf d'oie.

---

exceptions l'HISTOIRE NATURELLE DES ALIMENS, DES MÉDICAMENS ET DES POISONS et le TRAITÉ DE PHARMACIE qui a eu l'honneur d'éditions multiples, ses autres productions se rangent toutes dans cette catégorie mixte où les sciences naturelles fraternisent avec la philosophie et l'embrassent parfois pour l'étouffer. En 1817, il publie des recherches médico-philosophiques sur la nature et les facultés de l'homme; avant cette époque il avait fait, sous un titre général, une étude sur le caractère, les mœurs et la complexion des hommes illustres (l'ART DE PERFECTIONNER L'HOMME, etc., 1809); les singularités de l'organisation féminine, le croisement orageux des influences physiques et morales qui s'opère incessamment en elle devaient attirer l'attention d'un esprit qui paraissait dès lors s'être attaché à l'exploration parallèle de ces deux foyers de la vie; il écrivit donc un volume aussi érudit que curieux sur la femme envisagée sous le rapport physiologique, moral et littéraire. Cette publication suivait une autre non moins importante qui avait pour objet l'histoire naturelle du genre humain. Comment se borner à la simple détermination des relations qui existent entre l'organisme et la nature morale de l'homme? Comment résister à la velléité d'en régler les conditions, de formuler les lois de leur harmonie et les moyens de la rétablir ou de la conserver? c'est là une bonne partie de l'hygiène, la plus difficile, mais aussi la plus élevée; c'est une entreprise qui a mis en émoi les médecins philosophes de tous les temps, sans excepter ceux de l'école phrénologique. M. Virey a donc enrichi nos bibliothèques d'une hygiène philosophique, d'une hygiène appliquée au régime physique, moral et politique de la civilisation moderne; jusqu'alors il avait poursuivi dans l'individualité humaine la notion raisonnée de l'équilibre entre les forces d'origine différente qui s'y rencontrent et s'y combattent; dans le traité d'hygiène, la scène s'agrandit jusqu'aux proportions de la société tout entière qu'elle encadre avec ses mœurs, ses législations, ses vicissitudes politiques, etc., et l'auteur, mettant l'homme aux prises avec les grandes influences qui marquent d'un cachet spécial les générations et les siècles, s'efforce d'assigner une juste limite à l'action de la vie sociale et aux droits de l'organisme. C'est par cette gradation d'études et de synthèses que M. Virey est arrivé enfin à prendre des conclusions sur l'œuvre totale de ce monde et sur la destination des êtres; et si nous avons rappelé la carrière qu'il a parcourue, c'était pour montrer les liaisons qui existent entre son dernier ouvrage et ses précédentes publications. Le livre sur *la physiologie dans ses rapports avec la philosophie* qui vient de paraître n'est donc pas une manifestation isolée, accidentelle; l'auteur ne s'est pas avisé inopinément et comme par un caprice d'ambition encyclopédique, de toiser la création et le créateur, et d'ajouter une cosmogonie à toutes celles que l'imagination des hommes a soufflées, bulles de savon irisées, au bec d'une plume plus ou moins littéraire; mais il a usé d'un droit acquis par les longs travaux de sa vie, le droit de conclure. Voulez-vous juger la valeur des systèmes psychologiques ou cosmogoniques qui éclosent çà et là? voulez-vous savoir s'ils s'échappent de la cervelle d'un rêveur ou de la tête d'un penseur valide? fouillez les écrits antérieurs de leur auteur, remontez à l'origine des idées ou des hypothèses qu'il développe; cette recherche de paternité que la loi ne défend point, ne manquera point de vous édifier. Règle générale : il n'est point d'œuvre sérieuse dont les germes n'aient été déposés bien avant leur fécondation; l'art et la poésie sont les enfans de l'improvisation; mais la pensée philosophique s'élabore lente-

Le ventricule droit, moins dilaté que le gauche, offre 3 lignes et demie (8 mil.) d'épaisseur. La cloison interventriculaire offre 8 lignes (2 centim.) d'épaisseur. Les deux oreillettes sont très dilatées et sensiblement épaissies. L'orifice mitral est à l'état normal; les valvules aortiques contiennent des noyaux d'ossification; *une d'elles est relevée et appliquée aux parois de l'aorte* avec lesquelles elle adhère par une partie de son bord libre, de manière à ne pouvoir pas être abaissée. L'orifice aortique est évidemment plus large qu'à l'ordinaire; son diamètre est de 1 pouce 4 lignes (4 centim.), et son développement périphérique est de 3 pouces 8 lignes (16 centim.). Il est donc doublement insuffisant, et par l'élévation fixe d'une de ses valvules et par l'élargissement de la lumière. L'origine de l'aorte est tapissée d'incrustations calcaires.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est d'abord cette large insuffisance de l'orifice aortique, au point que le rétrécissement semblerait avoir fait entièrement défaut. Aussi, pendant la vie, n'observait-on qu'un bruit de souffle *au second temps*, signe affecté par Corrigan à l'insuffisance. Dès lors on pourrait être embarrassé pour expliquer la formation de cette dilatation avec hypertrophie si considérable dans le ventricule gauche; mais d'abord l'insuffisance seule étant un obstacle au cours du sang par le reflux qui en résulte, peut à la rigueur expliquer la dilatation et l'hypertrophie; en outre, on remarquera que cette dilatation de l'orifice aortique est évidemment secondaire. Une endocardite a précédé; l'ossification et surtout l'adhérence de la valvule en font foi. Dans le principe donc, il a dû y avoir rétrécissement, et c'est de cette époque sans doute que datent la dilatation et l'hypertrophie. L'élargissement du vaisseau s'étant opérée secondairement n'a fait qu'augmenter la gêne circulatoire et aggraver, par conséquent, les lésions initiales. C'est ainsi du moins que nous croyons pouvoir expliquer les choses. De sorte qu'en somme ce fait rentre dans la loi générale du rétrécissement coïncidant avec l'insuffisance; seulement celle-ci a, pour ainsi dire, survécu au rétrécissement.

Dans les observations précédentes, les signes indicateurs des altérations de l'orifice aortique se sont offerts dans toute leur clarté; mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent le praticien reste dans le doute sur la signification réelle des bruits dont il a la perception. Exemple :

LÉSION DE L'ORIFICE AORTIQUE SIMULANT LA PÉRICARDITE; PNEUMONIE SUPPURÉE; MORT; RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE AORTIQUES; HYPERTROPHIE ET DILATATION GÉNÉRALES DU COEUR.

OBS. XIII. — Un homme de 63 ans, d'assez forte constitution, cordonnier, entre à la Clinique le 20 janvier 1841. Il dit être sujet aux rhumatismes. Il souffrait de douleur rhumatismale au pied gauche lorsqu'il y a six jours son rhumatisme, dit-il, se porta du pied à la poitrine, douleur sous les fausses côtes gauches, toux, dyspnée, fievre. (Une saignée, 15 sangsues *loc. dol.*)

A son entrée l'on constate : voussure et matité précordiales, percussion douloureuse dans la région du cœur. Les battemens sont forts, tumultueux, mêlés d'un bruit intense, mais obscur et confus de frottement ou de souffle rude; pouls fréquent, résistant, médiocrement développé (on croit à l'existence d'une péricardite). Oppression, toux, anxiété, crachats rouillés, matité dans les trois quarts inférieurs et postérieurs du thorax, à gauche. Râle crépitant mêlé de souffle tubaire (pneumonie). (Saignée, émolliens, frict. mercur. sur la région précord., calomel 0,50 matin et soir.)

22. Même état. (Saignée, le reste *ut suprà.*)

23. Idem. (20 vent. scarif.)

24. Moins d'anxiété, pouls moins fréquent, bruits du cœur moins confus. On distingue alors assez clairement un double bruit de souffle râpeux qui permet de diagnostiquer une lésion valvulaire. La pneumonie persiste. (Potion stibiée : prenez tartre stibié, 0,30; eau, 150,0; sirop d'opium, 10,0.)

Les jours suivans, quelques alternatives de mieux et de plus mal. La potion stibiée est continuée. . . . .

Le 29, même état de la pneumonie. Nausées, vomissemens, diarrhée. (On suspend le tartre stibié, vésicatoire sur le thorax, émolliens.)

Les accidens gastriques dissipés, on reprend le tartre stibié; cependant la pneumonie persiste, le malade s'affaisse. (Ventouses scarif., calomel.)

Le 6 février, la maladie revêt l'aspect typhoïde. (Eau vineuse. Potion : prenez polygala, 10,0; eau, 120,0; sirop d'écorces d'oranges, 20,0.) Cependant le malade s'affaiblit et succombe le 8 février, dix-huit jours après l'entrée.

NÉCROSCOPIE, 24 heures après la mort.

THORAX. Poumon gauche envahi par l'hépatisation rouge et grise, mêlée de petits foyers purulens. Pleurésie suppurée circonscrite à la base du même poumon. Cœur volumineux. Dilatation avec hypertrophie du ventre gauche et des trois autres cavités. Valvule mitrale à l'état normal; valvules aortiques, cartilagineuses, ossifiées, déformées (rétrécissement et insuffisance). Rien de particulier dans les autres organes. . . . .

Ici le défaut de notions sur les antécédens, l'époque récente de l'invasion des accidens thoraciques, la percussion douloureuse et l'ambiguïté des bruits du cœur légitimaient, dans le principe, le diagnostic péricardite. Il a fallu que le trouble fût un peu calmé pour qu'on pût reconnaître la lésion réelle. Ces difficultés, du reste, se rencontrent dans le diagnostic des maladies réputées les plus simples, et les cas ne sont pas rares où le praticien instruit prend momentanément une pneumonie pour une pleurésie et réciproquement. Du reste, nous retrouvons encore ici la dilatation et l'hypertrophie générales résultant d'une lésion de l'orifice aortique.

Dans le cas suivant, le diagnostic n'était pas moins insidieux.

ENDOCARDITE ANCIENNE SIMULANT L'ANÉVRISME DE L'AORTE; MORT PAR PNEUMONIE ET PÉRICARDITE; RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE DE L'ORIFICE AORTIQUE, SANS LÉSION DE L'AORTE; ADHÉRENCES PARTIELLES ET ANCIENNES DU COEUR AVEC LE PÉRICARDE; DILATATION ET HYPERTROPHIE GÉNÉRALES DU COEUR.

OBS. XIV. — Un homme de 23 ans, de tempérament sanguin-lymphatique, jardinier, entre à la Clinique le 5 mars 1838. Il dit avoir fait, il y a deux ans, une maladie de poitrine pendant laquelle il a craché du sang. Il en était, dit-il, complètement guéri et ne conservait pas de dyspnée. Il n'a jamais eu de rhumatismes. Il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de douleur gravative vers la partie inférieure du sternum, avec oppression, sans toux ni crachats. Des douleurs se manifestèrent aussi aux articulations des poignets et des coudes, sans rougeur ni gonflement appréciables. Le mal augmentant, le malade entre à l'hôpital dans l'état suivant.

6. Décubitus dorsal, oppression sans toux ni crachats, face peu colorée, voussure sensible, matité de 4 pouces (12 centim.) de la région précordiale. Battemens du cœur forts, tumultueux, sensibles à la vue, du troisième au sixième espace intercostal. Bruit de souffle au second temps, fort et rude; frémissement vibratoire au premier temps, très marqué au toucher, au-dessus et en arrière du sternum et jusque dans la carotide primitive droite; pouls peu développé, dur et vibrant. Rien de bien remarquable dans les autres organes. (Saignée de 360 grammes. Le soir, 25 sangsues à la région précordiale. Poudre de Dower, 0,50; chiendent.)

Jusqu'au 15 l'état reste à peu près stationnaire. Deux épistaxis ont eu lieu. (On a répété la saignée, employé la digitale, le nitre, le vésicatoire au sternum, qu'on panse avec poudre de digitale 0,50.) Alors l'œdème se déclare, les

---

ment, entre les événemens du dehors et les orages du dedans, entre le monde et l'ame; delà l'unité de la vie intellectuelle des écrivains qui, comme M. Virey, attendent les cheveux gris pour émettre un système, une doctrine; et c'est aussi là ce qui garantit le sérieux et le mérite de leurs élucubrations finales. Comme les présidens des cours d'assises, ils résument alors les débats, les débats de leur for intérieur; l'enquête a été longue, l'interrogatoire aussi; tous les témoins du procès, c'est-à-dire tous les phénomènes du monde physique, toutes les révélations de la conscience ont été pesés, toutes les sources d'information épuisées, et en vérité je trouve que le verdict qui décide de l'honneur ou de la vie d'un homme n'est ni plus grave ni plus solennel que cette formule suprême de nos convictions morales, rédigée dans le silence du cabinet, en vue de la tombe et de la postérité, que cette dernière parole : *novissima verba*, que nous lançons sur l'œuvre de Dieu, avant de monter à lui, et dont l'écho se prolonge, sinistre ou consolateur, dans l'ame des générations suivantes!

Le point de départ pour M. Virey est dans la séparation des matières inorganiques et des corps organisés vivans; dès son premier pas, il tourne le dos aux physiologistes qui considèrent la matière comme étant capable de produire, par le seul artifice de ses combinaisons, la vie et les actes de l'intelligence. Pour M. Virey, les phénomènes de l'organisation, de l'instinct, de la pensée, sont dus à l'accession d'un pouvoir inconnu dans son essence; ce pouvoir se développe par des germes dans toutes les générations des êtres animés; la mort l'en sépare ou le fait rentrer dans le réservoir universel. L'élément de la vie est le *moi*, constitué dans l'appareil nerveux; à l'état moléculaire chez les infusoires, les zoophytes, il se développe et se perfectionne graduellement dans la série ascendante de l'animalité; l'encéphale de l'homme est le couronnement de cette échelle d'évolution du système nerveux. Un certain nombre d'agens exercent une influence prononcée sur le mode et l'intensité des manifestations de l'appareil nerveux; ce sont la lumière, la chaleur, l'oxygène respiratoire; plus l'organisation est coordonnée à l'action de ces modificateurs, plus elle s'élève sur l'échelle des phénomènes de la vie et par conséquent des facultés qui, d'après M. Virey, s'y rattachent : « L'animalité sortie des ondes s'élève à l'air atmosphérique, perfectionne ses appareils nerveux sous le soleil, irradie sa vitalité et déploie ses sens extérieurs, atteint les plus hauts rangs à l'aide de l'oxygène, du calorique, excitans de la sensibilité et de l'intelligence. » La première section de l'ouvrage est consacrée à l'exposition de tous les élémens de cette gradation, depuis les matières organisables de notre planète où l'auteur recherche la source et l'apparition première de la sensibilité et de la vie, jusqu'aux formes d'organisation les plus voisines de l'homme. En étudiant l'origine et la formation primordiale spermatique du principe nerveux ou sensitif, M. Virey est conduit à comparer l'élément penseur à l'élément générateur et à tracer un tableau de la polarisation du règne animal; ce journal a déjà publié quelques fragmens où l'auteur a indiqué ses idées ingénieuses et neuves sur la polarité de l'organisme nerveux ou sur le contraste entre le pôle cérébral et le pôle génital dans l'homme et la série des animaux : ce chapitre est l'un des plus intéressans de l'ouvrage. Dans la seconde section, M. Virey considère les développemens de l'organisme nerveux dans l'humanité, c'est-à-dire atteignant aux facultés intellectuelles et morales, il touche ici une foule de questions difficiles, telles que le rapport du volume cérébral avec l'énergie des facultés intellec-

épistaxis se répètent, l'oppression augmente, le bruit de souffle vibrant existe toujours an second temps. (Evacuations sanguines, révulsifs, pilules d'acétate de plomb et de poudre de digitale.)

20. Hémoptysie abondante; quelques bulles de râle fin dans le poumon gauche, en arrière. (Saignée, révulsifs; on porte la digitale jusqu'à 6 grains (30 centigr.)

5 avril. Pouls rare, irrégulier; peu de dyspnée; la vibration sussternale persiste; le souffle an second temps est moins fort. Depuis lors nous considérons le malade comme convalescent de la crise dernière, mais conservant son hypertrophie du cœur avec altération et insuffisance de l'orifice aortique et probablement altération de l'aorte. (Dilalation, rugosités.)

Le 5 mai, le malade profite d'une permission de sortir pour faire une orgie et rentre à l'hôpital complètement ivre.

A la visite du 6, abattement, dyspnée intense, battemens du cœur sourds, tumultueux, profonds; pouls vif, fréquent; peau brûlante. (Saignée, looch, diète.)

Le 7, l'oppression et la toux accompagnées de réaction fébrile appellent notre attention vers les poumons; nous découvrons à gauche et en arrière une pneumonie caractérisée par matité, souffle tubaire à la base, râle crépitant au sommet. (Saignée, 20 sangsues au thorax, looch; lavement laxatif, cataplasmes sinapisés aux jambes.) Mort le soir, quarante-huit heures après l'orgie qui l'a tué.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort.

THORAX. OEdème des poumons; le gauche affecté de pneumonie au deuxième degré. Le cœur est, dans plusieurs points, fixé au péricarde par d'anciennes adhérences peu étendues. Les surfaces libres sont vivement injectées et tapissées d'une exsudation gélatineuse, indice d'une péricardite récente. Le cœur est volumineux, dilaté et hypertrophié dans toutes ses parties; les parois du ventricule gauche ont plus d'un pouce (3 centim.) d'épaisseur. Les valvules de l'aorte sont épaissies, incrustées de cartilage et d'ossifications, déformées, rétractées (rétrécissement et insuffisance). Mais la crosse de l'aorte et les gros vaisseaux sont complètement intacts.

En somme, endocardite et péricardite anciennes, d'où résultaient, d'une part, les adhérences partielles du cœur et l'ossification, la déformation des valvules aortiques; puis dilatation et hypertrophie générales du cœur par rétrécissement et insuffisance aortiques. Soulagement par les saignées, la digitale, etc. Enfin, rechute par pneumonie et péricardite nouvelle; mort prompte. Pendant longtemps cette vibration intense de l'aorte nous a fait soupçonner un anévrisme de ce vaisseau; mais il est évident que ce phénomène dépendait de la simple transmission des vibrations de l'orifice aortique. Cependant l'obs. 12 nous a montré des vibrations analogues, mais moins intenses, coïncidant avec dilatation et incrustation de l'aorte à son origine, de sorte que ce signe : vibration transmise aux gros vaisseaux, est sans valeur quant aux lésions de l'aorte. Les symptômes ultimes viennent à l'appui des principes posés dans notre chapitre des adhérences du péricarde au cœur, dans ce sens que les battemens du cœur étaient sourds, tumultueux, l'oppression forte, etc.; cependant le cas est trop complexe pour qu'on puisse rien en conclure. La péricardite, qui devait passer inaperçue au milieu de tant de désordres, s'est produite malgré les adhérences; mais on remarquera que ces adhérences étaient partielles et que la nouvelle phlegmasie occupait les intervalles de celles-ci. Ce n'est que l'adhérence *générale* qui peut préserver les rechutes de péricardite. Au demeurant, les signes et les effets des altérations de l'orifice aortique se sont montrés ici dans toute leur perfection, à savoir : qu'il y a eu double bruit de souffle correspondant au rétrécissement et à l'insuffisance, et dilatation avec hypertrophie générale, répondant au siége de l'altération à l'orifice aortique.

Les opposans à l'organisme ont beaucoup insisté sur ce qu'il peut y avoir de mystérieux dans les cas où, de graves lésions valvulaires existant, les bruits caractéristiques de ces lésions viennent à manquer. Si les bruits de soufflet, disent-ils, sont un effet mécanique de la lésion valvulaire, la cause physique existant, l'effet physique devrait toujours se produire. Nous acceptons ce principe, et quant aux exceptions qu'on croit pouvoir lui opposer, nous répondons sans hésiter que si l'effet vient à manquer, c'est que d'autres circonstances physiques en sont cause. Ces circonstances, il faut les chercher dans les conditions physiques du fait lui-même. Eh bien! à part les cas, plus nombreux qu'on ne le suppose peut-être, où l'absence du bruit a tenu, sinon à l'inexpérience, du moins à l'inadvertance des observateurs, sauf les cas d'erreur ou d'omission; disons-nous, il est des particularités qui expliquent très bien cette absence des bruits caractéristiques; l'une de ces circonstances, signalée par tous les observateurs, c'est la prédominance des bruits pulmonaires, qui peuvent masquer ceux du cœur, de même que l'interposition du bord tranchant du poumon gauche prive la région précordiale de sa matité superficielle (obs. 15 ci-après). Mais une autre cause d'absence de ces bruits, cause frappante, selon nous, et pourtant restée inaperçue, c'est, sans contredit, le degré de force de contraction du cœur. Si cette force est en trop, il peut en résulter un tumulte, une confusion qui dénaturent les bruits caractéristiques, comme dans notre observation 13, et le calme venant à s'établir, les bruits finissent par se dessiner; si la force du cœur est en moins, les bruits n'existent pas, par la raison toute simple que les valvules cessent de vibrer, comme cessent de vibrer les cordes d'un instrument trop mollement touchées par l'archet. C'est précisément ce que l'on observe le plus souvent à la période ultime des maladies du cœur, ainsi que nous l'avons maintes fois constaté; c'est ce qui arrive dans tous les cas d'extrême débilité du cœur, ainsi que nous allons en produire un exemple (obs. 16).

Un autre argument des vitalistes, analogue au précédent, consiste à faire ressortir les cas où les bruits existans ne correspondent pas exactement à l'espèce des lésions existantes : il est vrai que souvent il est difficile de se rendre un compte rigoureux des circonstances qui font varier parfois d'un jour à l'autre les bruits concomitans des lésions valvulaires; cependant ces variations elles-mêmes peuvent trouver leur explication dans les circonstances exposées ci-dessus; de même que l'excès de force ou de faiblesse du cœur en totalité peut expliquer la non production des bruits spéciaux, ne peut-on pas se figurer que l'excès de force ou de faiblesse relatives des diverses parties constituantes du cœur peut faire varier le temps de la circulation où ces bruits pourront se produire? Supposez que dans un cas de rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique le ventricule gauche ne puisse se contracter qu'incomplètement et qu'il se dilate, au contraire, en toute liberté, le bruit du premier temps pourra manquer et celui du second temps devra seul se produire. Remarquez, en outre que, même dans ces cas prétendus exceptionnels, si l'on suit la maladie pendant assez longtemps, on finira presque toujours par saisir les signes caractéristiques de toutes les lésions; car tel bruit qui manque aujourd'hui a pu exister hier et pourra se produire demain (obs. 17). La disposition actuelle de l'orifice altéré lui-même, son degré de tension, sa conformation particulière ne peuvent-ils pas encore être

---

tuelles, l'hébétation ou l'incapacité cérébrale, les formes et les procédés de l'intellect, la force des esprits ou le génie, les réactions de l'organisme nerveux sur lui-même dans les rêves, les délires, les actes de l'imagination, etc., les causes physiologiques des songes; enfin il termine cette partie par l'appréciation de ce que Malebranche appelait *la folle du logis* et ce que M. Virey appelle *la reine du système nerveux*, l'imagination dont il célèbre l'empire tout en l'accusant à demi (p. 197) de produire les vésanies, l'hypochondrie, l'hystérie, etc. Il signale le parti que les magnétiseurs savent tirer de « cette admirable sensibilité concentrative » sans trop douter de la réalité de leurs miracles et rappelant seulement que les anciens psylles d'Afrique fascinaient les serpens :

Frigidus in prato cantando rumpitur anguis.

M. Virey développe plus que ne l'a fait Cabanis l'étendue, la spontanéité des sens internes, leur jeu dans les passions, les diverses réactions de l'imagination, etc. Il y recherche les sources de la surexcitation nerveuse qui semble l'apanage de notre civilisation; la distinction des facultés contractiles et sensitives (hommes d'action, hommes de pensée), l'harmonie des fonctions nerveuses, leur prédominance relative à leur antagonisme, les diversités de sympathies et d'antipathies qui en résultent, l'état de l'organisme sensitif dans les plaisirs et les douleurs, la nature de ces deux ordres de sensations, la dépravation ou la perversion des plaisirs; telles sont les questions traitées dans la troisième section. L'auteur assigne le siége des passions dans le système ganglionnaire, l'intelligence dans l'encéphale, et pour lien de communication, il leur donne le nerf de la huitième paire : cette localisation en vaut une autre. L'inégale répartition de la sensibilité en vertu des lois d'antagonisme est une idée que M. Virey caresse et dont il tire des applications parfois originales : ainsi, suivant lui, les régions antérieures et postérieures du corps sont en rapport inverse du développement : « Tout déploiement des muscles postérieurs ou de leurs actions, comme chez les danseurs, implique nécessairement l'infériorité de l'encéphale; ce qui le démontre est l'exemple des animaux sauteurs et coureurs; tous ont la tête comparativement petite et peu d'esprit. » La quatrième partie est l'une des meilleures; elle contient une théorie ingénieuse du mécanisme du sommeil, un article judicieux sur les habitudes, des considérations sur l'exaltation des fonctions sensitives (névropathies, enthousiasme, extase, catalepsie, etc.) Avant d'étudier ces modifications de la sensibilité, il en a recherché la source dans le premier paragraphe de cette quatrième partie; or, M. Virey arrive à considérer l'agent nerveux comme identique avec l'électricité : « Les fonctions de l'appareil nerveux, rattachées ainsi à la vie universelle, correspondent aux révolutions de l'astre planétaire sur lequel se développent les organismes. Il est vraisemblable que le règne végétal et le règne animal simultanément sont animés par un principe biotique, élément le plus actif de notre globe, comparé à un feu subtil qui paraît être le fluide électrique modifié en galvanique et voltaïque, selon les filières minérales ou végétales et animales qu'il parcourt. » Cette citation nous dispense presque d'analyser l'essai de psychologie générale qui termine l'ouvrage, et dans lequel M. Virey montre comment la pensée, jaillissant de l'organisme nerveux, s'élance de ses germes originaires du globe, dans toute la série coordonnée des animaux jusqu'à l'homme, pour rayonner de lui vers les cieux. Toute psychologie

pris en considération pour la solution du problème? Une corde lâche vibre-t-elle comme une corde tendue? Tous les orifices, quelles que soient leurs formes, produisent-ils du bruit ou le même bruit au passage des corps qui les traversent? Les humoristes n'invoquent-ils pas encore la crase du sang, et les vitalistes le mode de contractilité des vaisseaux, pour expliquer le souffle de la chlorose on celui des palpitations dites nerveuses? Eh bien! ne sont-ce pas encore là des circonstances physiques? Nous ne prétendons certes pas que l'épaississement valvulaire soit la seule cause des bruits anormaux du cœur; mais nous prétendons que c'en est une très positive, la plus commune peut-être, et certainement la plus puissante de toutes; et que, quelles que soient les difficultés qu'on rencontre à expliquer ces prétendues anomalies, mieux vaut accuser l'insuffisance de nos moyens d'élucidation que d'accuser la nature d'inconséquence : *physica physicè explicanda*. Offrons un exemple de chacune des anomalies que nous venons de signaler.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'humorisme actuel*; par M. H.-E. C.... 2° *Cure radicale de l'hydrocèle; rétention d'urine guérie par les incisions urétrales; prostatite*; par M. Guillon. (V. GAZ. MÉD., 1843, p. 778.) 3° *Considérations pratiques sur quelques lésions pathologiques ayant pour siége les parois thoraco-abdominales*; par M. Malherbe. (L'auteur attribue au tiraillement des ligamens costo-vertébraux les douleurs qui persistent quelquefois très longtemps dans cette région à la suite d'une contusion. Il recommande, comme le meilleur moyen, l'application d'un bandage qui immobilise, pendant la respiration, les articulations compromises.) 4° *Quelques considérations générales sur la thérapeutique de la fièvre puerpérale*; par M. Smith. 5° *Injection, préparation et conservation des vaisseaux lymphatiques*; par M. Sappey. 6° *Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle*; par M. Cruveilhier. (V. GAZ. MÉD., 1844, p. 30.) 7° *Traitement de la fièvre typhoïde*; par M. Waton. 8° *Observations pour servir à l'histoire de l'hydrocèle du cou*; par M. Fleury. (On sait que, contre ces tumeurs qu'il a si bien décrites, M. Maunoir préconise surtout l'emploi du séton. Dans deux cas, M. Fleury s'est bien trouvé de pratiquer l'excision du kyste. Mais l'excision, bien entendu, n'est que partielle, et ce chirurgien recommande avec raison de laisser intacte et de ne pas chercher à extraire la paroi profonde de la poche, celle qui est adhérente à des organes importans à ménager. Pour prévenir la récidive, il suffit de la faire snpparer quelque temps.)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur SMYTH.

Après avoir mentionné, en les critiquant, quelques-unes des médications qui ont été employées avec des succès si incertains contre la fièvre puerpérale, l'auteur de cette communication insiste sur la méthode qu'il dit appartenir au docteur Most, qui prescrivait dès la première ou la deuxième journée de la fièvre, le moyen suivant :

Prenez :	Elixir acidi Halleri. . .	4,00
	Landani Sydenham. . .	2,00

à prendre toutes les trois heures 15 à 20 gouttes dans un verre d'eau d'orge. Ces gouttes doivent être continuées pendant vingt-quatre heures; alors on s'arrête et on observe l'effet.

Plusieurs observations, dont deux appartenant à M. Most et deux à l'auteur lui-même, sont rapportées à l'appui de cette médication, que M. Smyth affirme lui avoir réussi constamment dans tous les cas où il a pu l'employer dès le commencement de la maladie, tandis qu'elle a échoué dans ceux où il n'avait été appelé que du cinquième au septième jour.

INJECTION, PRÉPARATION ET CONSERVATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES; par M. SAPPEY.

Le mémoire dont le titre précède a servi de thèse inaugurale à M. Sappey. Les règles qu'il contient sur le mode le plus avantageux de dissection des vaisseaux lymphatiques, seront très utilement consultées par les anatomistes. Nous extrayons ici les plus importans de ces préceptes, renvoyant à la thèse elle-même ceux qui voudraient connaître la manière à la fois élégante et concise, dont l'auteur a su traiter un sujet aussi aride.

Deux méthodes existent pour injecter les vaisseaux lymphatiques. Dans l'ancienne, celle de Mascagni, on introduit le mercure directement dans les troncs, comme pour l'injection des veines. Dans la seconde, méthode moderne, on pique au hasard avec un tube effilé l'une des radicules lymphatiques, d'où le métal liquide remonte ensuite vers les troncs. Ce second mode est en général préférable au premier; lui seul peut donner une connaissance exacte de la distribution des réseaux terminaux. Cependant il arrive souvent qu'il laisse les troncs vides. Dans ce cas, l'auteur s'est bien trouvé de remplir ceux-ci, en injectant ensuite et secondairement le mercure dans leur cavité, selon le procédé de Mascagni.

Les modifications les plus importantes que signale M. Sappey, portent sur la construction de l'appareil à injection. On sait que l'instrument ordinaire se compose : 1° d'un tube en verre; 2° d'un tube flexible fixé par par une de ses extrémités au tube précédent, et munie à l'extrémité opposée d'un robinet; 3° d'un petit tube supplémentaire, ou ajutage, de la longueur de 10 on 12 millimètres, vissé sur le robinet; 4° d'un tube en verre dont la longueur peut varier de 3 à 6 ou 8 centimètres, introduit par sa grosse extrémité dans l'ajutage, et offrant à l'autre extrémité une pointe capillaire. Ceci posé, voici les corrections qui ont été proposées, réalisées et appliquées avec avantage par l'auteur.

1° LONGUEUR TOTALE DU TUBE. Les tubes anciens présentent une longueur de 1 mètre environ. La hauteur des colonnes mercurielles qu'on a employées jusqu'ici étaient le plus sonvent de 30 à 40 centimètres, ra-

---

est une classification hiérarchique des puissances inhérentes à l'être : aux végétaux, M. Virey accorde, avec Lamark et Decandolle, des impulsions instinctives, des actes de spontanéité, mais qui, en l'absence d'un système nerveux, n'atteignent pas jusqu'à la perception; avec le système ganglionnaire apparaît l'instinct pur (animaux invertébrés), plus haut l'intellect avec l'axe cérébro-spinal; le rapport des structures aux facultes est indiqué par les formes rayonnantes des végétaux et des zoophytes, par les formes symétriques des animaux proprement dits. L'encéphale est le laboratoire de la pensée ayant pour objet le bean et le vrai; l'appareil ganglionnaire est le siége des affections et des sentimens, des désirs, et son but est l'utile : voilà les deux sources distinctes et antagonistes des facultés. Les idées innées sont de simples aptitudes originelles, procédant de l'instinct qui est le mobile prédominant, préexistant des animaux : « Soit qu'on admette une individualité infinie d'instinct en chaque structure et variant avec elle, soit plutôt qu'on reconnaisse un grand cadre d'actions prévues, associées, dont chaque espèce n'est qu'un rouage enchevêtré ou coïncidant pour s'entr'aider on se combattre dans un but local, il existe évidemment un dessein primitif par lequel chaque créature se meut dans un orbite tracé comme l'astre dans les cieux. » — L'auteur termine par une protestation contre le panthéisme... Qu'en pensez-vous? Et suffit-il, après avoir placé dans la matière organisée les origines de l'instinct et de l'intellect, d'ajouter ensuite que l'on admet des forces pures, indépendantes de la matière, pour échapper à l'accusation du panthéisme? Cela ne vous rappelle-t-il pas les médecins et les philosophes de l'Italie actuelle, obligés d'imprimer en tête de leurs livres un acte de foi catholique, et le désaveu de toutes les interprétations hétérodoxes que l'on pourrait déduire de leurs opinions?

Quoi qu'il en soit, M. Virey a parcouru, non sans quelque puissance, un vaste cycle d'idées; il a fouillé la nature morte et la nature organique en l'honneur et à l'intention de sa doctrine; il l'a étayée sur les trésors de son érudition et colorée du vernis parfois trop brillant de son style; il y règne une sorte d'animation et de mouvement que l'on ne retrouve pas dans les élucubrations abstraites et placides des philosophes qui ont adopté pour méthode l'intuition et l'expérience intime; c'est que M. Virey s'est placé au contact de la vie, il s'est fait le poète de l'histoire naturelle, et son ouvrage est moins une analyse des élémens de l'être psychique qu'une cosmogonie splendide à laquelle les sciences modernes ont fourni complaisamment des matériaux et des argumens. Et c'est ainsi que se révèle encore en cela l'unité de toute une existence de savant : l'auteur d'ouvrages d'histoire naturelle, de pharmacie, d'hygiène, l'esprit nourri du suc des sciences naturelles et physiques, pouvait-il élaborer autre chose qu'une cosmogonie où il applique largement aux faits de l'ordre moral les explications et les hypothèses dont ces sciences se contentent? Les anatomistes aboutissent à la phrénologie, les cliniciens au vitalisme, les naturalistes à l'électricité-Dieu. *Trahit sua quemque... nuga.*

Quant à nons, lecteur, dussiez-vous sourire, nous aimons mieux la Bible et l'Évangile.

M. L.

rement de 50, 60 ou 70. Cette pression en général est suffisante : mais lorsqu'on veut employer des tubes très fins, elle cesse de l'être, et il devient alors nécessaire d'élever d'autant plus la colonne que la ténuité du tube augmente davantage. La pression étant égale à la base de la colonne multipliée par sa hauteur, le problème à résoudre, pour donner à cet appareil la plus grande valeur possible, consiste à pouvoir à volonté diminuer sa base en augmentant sa hauteur, c'est-à-dire à porter la ténuité du tube capillaire aux dernières limites compatibles avec la résistance qui lui est nécessaire. En diminuant ainsi graduellement la base, pendant qu'on augmente proportionnellement la hauteur de la colonne, la ténuité extrême a pour mesure une colonne de la hauteur de trois atmosphères environ.

2° Tube flexible. Dans les appareils ordinaires, ce tube est constitué par une sonde de gomme élastique, qui, sous une pression un peu forte, et surtout par l'effet des acouvemens obligés de flexion et de redressement, se laisse facilement traverser par le mercure. Cet inconvénient force souvent l'opérateur de n'employer que de petites pressions. Pour y remédier, M. Sappey a remplacé la sonde ordinaire par un tube en caoutchouc pur, à parois épaisses, et d'un calibre intérieur très-petit. Pour augmenter encore sa résistance, M. Charrière l'a doublé à l'extérieur d'un tissu de soie. Le tube, ainsi construit, présente à la fois une flexibilité et une résistance plus grande que tous les tubes anciens, même sous une pression de deux atmosphères.

3° Ajutage. Les ajutages ordinaires sont creusés d'un canal cylindrique et à parois unies. Le tube en verre, après avoir été garni, à sa grosse extrémité, d'un fil de soie régulièrement enroulé, est introduit dans cet ajutage, où il n'est fixé que par la simple pression qu'il exerce contre ses parois. Ce tube, quand il n'est pas introduit avec beaucoup de soin, est facilement ébranlé, lorsque son extrémité capillaire est plongée dans l'épaisseur des tissus, et on le voit quelquefois s'échapper au moment le plus délicat d'une opération. Cet accident est fréquent, surtout lorsqu'on emploie de hautes colonnes. Sous une pression de deux atmosphères, (force que le perfectionnement opéré par M. Sappey lui permettrait de mettre en jeu), il eût été bien autrement à craindre; aussi dut-il chercher à le prévenir. Pour cela, il a fait creuser à l'intérieur de l'ajutage un pas de vis, et il introduit l'extrémité supérieure du tube en verre dans ce canal, par un mouvement de rotation qui permet à la vis intérieure de mordre en quelque sorte sur la soie tassée à l'extrémité du tube; et cette seule précaution a eu un résultat si heureux, que le tube ainsi fixé, non seulement ne s'échappe pas, mais ne peut être retiré que par un mouvement de rotation en sens inverse de celui qu'il a fait pénétrer.

Après la description de ces ingénieuses additions, M Sappey indique les conditions qui font le mieux réussir les injections. Les chaleurs modérées sont la saison la plus favorable. Un commencement de putréfaction ou la macération prolongée dans l'eau, facilite l'injection des réseaux de radicules, mais on est alors exposé à voir les troncs vasculaires se rompre sous l'effort de la colonne métallique. — En soumettant l'artère d'une région à un courant d'eau continu, d'après le procédé de M. Lacauchie, l'auteur a vu les vaisseaux lymphatiques recevoir ensuite l'injection beaucoup plus facilement.

Pour injecter sûrement les réseaux d'une région, il n'est pas indifférent de piquer avec le tube effilé sur tel ou tel point. Il est, sous ce rapport, des lieux d'élection qu'une grande habitude de ces sortes de préparations finit par enseigner. Ainsi, sur le crâne, l'espace favorable s'étend depuis la suture lambdoïde, jusqu'à la suture fronto-pariétale. Sur la face, la ligne médiane est encore le siége du système capillaire. A la racine, le lobe, les ailes du nez, et la commissure des lèvres sont les points où il importe surtout de piquer. Sur les membres supérieurs on injectera tous les vaisseaux lymphatiques superficiels, en piquant les doigts sur leurs deux parties latérales, et la paume de la main sur les divers points de sa surface.

Presque toujours, après cette injection, le mercure s'arrête à une certaine distance de l'origine périphérique des radicules. Pour remplir les troncs, il faut les piquer ensuite directement, selon le procédé de Mascagni. Cette opération est parfois difficile. Voici comment M. Sappey la pratique : Il dénude d'abord, aussi complètement que possible, la partie du vaisseau qu'il se propose de ponctionner; puis, avec un fil passé sous le vaisseau, il forme une anse dans laquelle il étrangle celui-ci au-dessous du point où le tube sera introduit, afin de prévenir l'effusion du mercure. Il prend ensuite dans la main droite le robinet, qui doit être muni d'un tube à pointe très-déliée, et avec la main gauche, il fixe le vaisseau à l'aide d'une pince fine, et le saisissant au niveau de son étranglement. Il dirige le tube capillaire parallèlement à ce vaisseau, et après avoir déprimé légèrement sa surface, de manière à produire une sorte de ride au devant de la pointe du tube, il enfonce celle-ci par un petit mouvement brusque et précis dans l'épaisseur de la ride, et il pénètre dans la cavité vasculaire. Si le mercure ne pénètre pas après cela, il est inutile d'insister, l'opération est manquée, et il faut la renouveler.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'orchite blennorrhagique, de sa nature et de son traitement; par M. Reynaud.

Une expérience de longues années donne beaucoup de poids à l'opinion de M. Reynaud sur la question dont il s'agit. Ses remarques portent, comme l'indique le titre de ce travail, sur la nature et le traitement de l'affection. Voici les plus originales.

La maladie est tantôt une épididymite, tantôt une orchite, tantôt une inflammation de la tunique vaginale; parfois les trois lésions se trouvent réunies; presque toujours l'épididymite existe. — Soit que la maladie résulte d'une métastase, soit qu'elle se développe par continuité de tissu, elle exerce dans tous les cas une influence notable sur l'écoulement blennorrhagique. Quelquefois (22 fois sur 100) cet écoulement se supprime entièrement au moment de la manifestation de l'affection testiculaire. Souvent (42 fois sur 100) il diminue seulement. Quelquefois (35 sur 100) il n'éprouve aucun changement bien sensible. Rarement (5 fois sur 100) l'écoulement supprimé ne reparaît pas. Dans quelques cas, soit qu'il se fût montré de nouveau après quelques jours de suppression, soit qu'il existât encore après la suppression de l'orchite, il cesse tout à fait pendant la durée de celle-ci, et cela 17 fois sur 100. Le plus souvent (77 fois sur 100) l'écoulement existe encore à des degrés variables lors de la guérison de l'orchite, et exige l'emploi des moyens habituellement employés contre les écoulemens urétraux. — Disons que notre expérience personnelle confirme entièrement les résultats accusés par M. Reynaud, soit pour leur formule générale, soit même dans leurs proportions numériques.

Quant au traitement, après quelques applications de sangsues, qu'il préfère à la saignée générale, l'auteur épie le moment où l'inflammation aiguë tombe pour passer à l'emploi des résolutifs. Il reproche aux pommades iodurées d'irriter trop fortement la peau, et aime mieux s'en tenir à l'onguent mercuriel. Il repousse, avec raison, l'usage des sondes dans le canal ou l'inoculation d'une nouvelle blennorrhagie. Il recommande enfin de ne pas hasarder de médication capable d'arrêter l'écoulement, tant que la maladie du testicule dure.

— La plupart de ces préceptes sont fort sages, comme du reste il était aisé de le prévoir d'après leur origine puisée dans une longue et scrupuleuse observation. Toutefois, c'est précisément aussi en nous fondant sur notre expérience que nous contesterons l'une des règles posées par M. Reynaud. Loin de proscrire comme lui l'emploi des pommades irritantes, nous y trouvons journellement un auxiliaire puissant et sans danger aucun, si l'on a soin de n'y recourir que *lorsqu'il n'existe plus de sensibilité en soulevant les bourses*. C'est à ce signe que nous reconnaissons le moment venu de procéder à la révulsion sur la peau des bourses. Nous ordonnons alors, dans ce but, des frictions répétées deux fois par jour avec une pommade composée de : onguent mercuriel double, 15 grammes; iodure de potassium, 15 décigrammes. Pendant le mélange, il se forme un deuto-iodure de mercure dont l'action détermine sur le scrotum l'analogue d'une vésication un peu douloureuse, mais très passagère. Rarement les frictions ont besoin d'être prolongées au-delà de trois jours pour produire cet effet : et, lorsque les croûtes tombent, on trouve toujours un amendement notable, soit dans le volume de l'épididyme, soit dans la quantité du liquide qui était exhalé.

Note sur l'ophthalmie catarrhale et sur son traitement; par M. Reveillé-Parise.

Cette note appelle l'attention des praticiens sur un point fort important de l'histoire de cette affection, sur son extrême ténacité. Liée, comme le remarque l'auteur, aux influences hygrométriques et calorifiques si changeantes dans nos climats, et auxquelles il est si difficile de se soustraire constamment, l'ophthalmie catarrhale chronique participe, pour sa durée et pour la fréquence de ses récidives, du caractère de la cause tout extérieure qui, toujours présente, tend sans cesse à l'aggraver ou à la reproduire. Rien de plus facile que de soulager momentanément le malade; mais, qu'il s'expose à l'humidité, à un courant d'air frais, qu'il applique un peu trop longtemps ses yeux, soudain les incommodes symptômes de l'ophthalmie vont reparaître comme auparavant.

Après la soustraction de ces influences extérieures, première indication à remplir, M. Reveillé-Parise conseille comme moyen utile de traitement les lotions avec la décoction ou une forte infusion de ratanhia. Outre l'ac-

tion qu'elle doit au tannin, dont elle contient une forte proportion, cette plante a sans doute quelque autre principe actif, car les décoctions d'écorce de chêne et de noix de galle, qui renferment aussi beaucoup de tannin n'ont pas procuré à l'auteur les mêmes succès. Il faudra avoir soin de faire cette lotion, qu'on pourra additionner de quelques gouttes d'extrait de saturne, à une température tiède.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPLOI DU NITRE A HAUTE DOSE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE MALADIES; par le docteur DESPORTES.

Cette communication a pour but de réclamer en faveur de l'auteur, nous ne dirons pas la priorité, mais au moins l'antériorité de l'emploi du nitre à haute dose dans le traitement de certaines affections, et en même temps de jeter quelque jour sur l'emploi de cette médication. Nous ne parlerons pas de la question d'antériorité, qui ne paraît inspirer qu'un médiocre intérêt à M. Desportes, et nous nous bornerons à dire que le CONSPECTUS DES PHARMACOPÉES, publié par M. Constancio et lui en 1820, contient une note sur le nitrate de potasse à dose élevée. Cette note, il est vrai, n'occupait qu'une demi-page d'un ouvrage in-18, et on y prescrivait le nitre à la dose de 1 gros à une demi-once dans le cours d'un jour à plusieurs reprises. Trouvera-t-on, dans cette courte indication, la découverte de la médication à haute dose, avec ses explications, ses théories et ses effets surprenans? C'est ce qui ne nous occupera pas plus que cela n'a occupé M. Desportes lui-même. Nous le suivrons donc dans le développement de cette note, qui, dès 1820, contenait la méthode tout entière, et à laquelle il assure n'avoir apporté aucune modification, sinon que, au lieu de commencer par la dose de 1 gros, c'est par celle de 2 ou 3 qu'il débute le plus souvent; cette quantité de nitre était dissoute dans environ 2 livres d'eau.

Voici quelques remarques qui, sans nous éclairer beaucoup sur le mode d'action des médications à haute dose, ne doivent cependant pas être négligées.

Avec l'usage du nitre à dose élevée, il ne faut employer aucune boisson, aucun aliment acide, ce sel paraissant agir d'autant plus avantageusement sur l'économie humaine qu'il y est introduit isolé de toute matière qui pourrait par elle-même avoir une action quelconque.

Dans le phlegmon, la pneumonie et le catarrhe, M. Desportes dit avoir obtenu, de l'emploi des doses élevées de nitre, et dès le deuxième ou le troisième jour, une rémission marquée de tous les symptômes. Dans les phlegmasies pectorales, le nitre se comporte à la manière du tartre stibié; mais ses effets furent lents et moins évidens que dans le rhumatisme et la goutte, dans les hémoptysies et le molimen hémorragique. L'auteur assure même avoir étendu l'application du nitre aux hémorragies cérébrales, chez les vieillards replets et qui se refusaient à la saignée.

Le nombre des malades auxquels M. Desportes a administré en vingt-huit ans le nitre à haute dose s'élève à 61, et chez tous il a observé les effets des agens contro-stimulans, c'est-à-dire la diminution de la chaleur du corps, puis de la fréquence et de la force du pouls; chez quelques sujets, il observa des troubles des fonctions digestives; chez d'autres, une épigastralgie plus ou moins forte.

On doit regarder comme certain que l'administration du nitre à des doses élevées rencontre, dans certaines constitutions atmosphériques non déterminées encore, un obstacle plus ou moins fort à ses effets sur l'économie vivante. Cet insuccès du nitre pendant une suite de plusieurs saisons ou même de plusieurs années, insuccès que l'auteur croit avoir observé pendant les quatre ou cinq années qui ont précédé 1832, et même en 1835, 1836 et 1837, le porte à demander, en terminant, si le nitre n'est pas doué de quelque propriété chimique intime, de même que les préparations antimoniales et certaines préparations salines qui contiendraient une substance élémentaire à laquelle serait due l'action spéciale de ces médicamens, et si on peut espérer que la chimie organique arrive jamais à isoler cet agent élémentaire de la médication contro-stimulante.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BONS EFFETS QU'ON RETIRE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉCORCE FRAÎCHE DE LA RACINE DE GRENADIER INDIGÈNE DANS LE TRAITEMENT DU TOENIA; par M. LAFARGUE.

Deux questions qui intéressent les praticiens sont posées dans cette communication, et résolues affirmativement. Nous les reproduirons brièvement: 1° Est-il indispensable, pour le traitement du tœnia par l'écorce de grenadier, que cette écorce provienne du grenadier sauvage qui croît spontanément en Afrique et surtout en Portugal, ou peut-on employer avec autant d'avantage l'écorce du grenadier indigène? L'auteur répond à cette question par deux ordres de faits, les uns recueillis par lui-même dans le département de la Gironde, les autres par le docteur Putegnat, à Lunéville, et où l'écorce fraîche de racine de grenadier indigène, et recueillie sur ces deux points opposés, a eu un succès complet. Si ces faits se reproduisent constamment, il n'est pas douteux qu'il n'en résulte un grand avantage pour le praticien, qui ne sera plus obligé d'avoir recours à un médicament exotique et conséquemment exposé à être altéré, tandis qu'il aurait le plus souvent sous la main ce médicament doué de toute l'énergie désirable.

A la seconde question: Est-il indifférent de donner cette écorce sèche ou fraîche, et, dans le second cas, est-elle, à toutes les époques de l'année, douée de propriétés égales? M. Lafargue répond qu'on doit toujours préférer l'écorce fraîche quand on peut s'en procurer, bien que l'écorce sèche puisse suffire dans la plupart des cas. Quant à la saison où il convient de recueillir cette écorce, il fait remarquer que, de deux sujets qu'il a traités avec succès, du tœnia, par l'écorce indigène et fraîche, l'un le fut dans le mois de juin et l'autre en mars; d'où il conclut que cette écorce ne reçoit des saisons, au moins du point de vue dont il est question, aucune influence spéciale.

V. L'EXPÉRIENCE.

DE L'INFLUENCE DES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES CATARACTES SECONDAIRES ET DU PROCÉDÉ LE PLUS PROPRE A PRÉVENIR CET ACCIDENT; par M. TAVIGNOT.

Si l'on n'est généralement que très peu fixé sur la question de savoir laquelle des deux méthodes, l'extraction ou l'abaissement, favorise le plus la formation d'une cataracte secondaire, c'est, comme le dit avec beaucoup de tact M. Tavignot, parce que les partisans de chaque méthode se soucient fort peu de publier les faits de ce genre, lesquels ne pourraient que leur être défavorables. Il est cependant un moyen de savoir la vérité; car, autant on met de soin à dissimuler ses insuccès, autant en général on s'empresse de divulguer les échecs subis par ses adversaires. En cherchant donc par cette voie à trouver le mot de l'énigme, l'auteur est arrivé à conclure que l'abaissement surtout s'accompagne de l'opacité secondaire de la capsule. Cela, du reste, s'explique fort aisément. Dans l'abaissement, on est obligé de déchirer la cristalloïde postérieure, que l'extraction laisse intacte; et, quant à l'antérieure, l'aiguille manque de prise pour enlever de cette membrane si ténue et si molle un lambeau aussi large qu'il le faudrait pour prévenir l'agglutination des débris qu'on est forcé d'abandonner. Quelque multipliées donc qu'aient été les solutions de continuité faites pendant l'abaissement sur la capsule, à l'aide de l'aiguille ordinaire, l'effusion plastique qui suit l'opération ne tarde pas à réunir ces lambeaux taillés, mais laissés en place, et le travail phlégmasique qui s'en empare ensuite les opacifie inévitablement. Dans l'extraction, au contraire, le cristallin fait, en passant, une trouée assez large à la capsule pour que ses bords ne puissent se réunir ensuite que difficilement.

Pour parer à cet inconvénient très réel et très fréquent de l'abaissement, il fallait trouver le moyen de circonscrire et d'*enlever ou de déplacer* un large lambeau de la capsule antérieure, sans toucher à la postérieure dont la piqûre amènerait une opacité difficile à combattre à cause des adhérences de cette membrane, qui ne permettraient pas de la détacher de sa place, comme on peut le faire pour l'antérieure. Voici l'instrument que M. Tavignot propose dans ce but:

Prenez une aiguille ordinaire pour la tige, avant sa terminaison lancéolée, arrêtez-la brusquement, donnez-lui alors un pédicule d'un millimètre de longueur, se joignant à angle droit avec la tige elle-même; faites supporter à ce pédicule une sorte de plaque ou palette très mince, à bords mousses, ayant à peu près la forme et l'étendue de la pupille à l'état normal. L'application de cet instrument consiste en plusieurs temps. 1° Faites au côté externe de la cornée une ponction de la largeur de la plaque mentionnée; 2° cela fait, vous introduisez la plaque de l'abaisseur, la portion libre de la plaque étant dirigée en haut; 3° étant arrivé au niveau de la pupille (préalablement dilatée), la partie de la plaque opposée à son pédicule est dirigée en haut, immédiatement devant la capsule cristalline, de manière à pouvoir atteindre sa face antérieure le plus près possible de son insertion en haut à la zone ciliaire; cela fait, par un mouvement de rotation en quart de cercle, on obtient que la plaque, qui tout à l'heure était verticale, devienne horizontale. La capsule antérieure est ainsi détachée en très grande partie, et le cristallin a été déplacé, de sorte que son bord supérieur est devenu postérieur, sa face antérieure supérieure, etc.; 4° jusqu'ici, continue M. Tavignot, c'est de la réclinai-

son; mais on fait exécuter au membre un mouvement d'élévation qui porte la tige de l'abaisseur à l'angle supérieur de la plaie cornéale, en même temps que la plaque déprime la capsule antérieure et le cristallin dans la partie moyenne, inférieure et externe du corps vitré. Il reste ensuite à retirer l'instrument.

— Nous avons décrit ce procédé avec quelque détail; mais c'est plutôt à cause de la justesse de l'indication qui en a suggéré l'idée que pour l'exactitude et la sûreté avec laquelle il y satisfait. En effet, quoique l'auteur donne son opération comme fort différente de la réclinaison, nous la trouvons très ressemblante au second temps de la *réclination capsulo-lenticulaire*, décrite et appliquée en 1833 par M. Bergeon. A la vérité l'instrument de M. Tavignot a un diamètre plus large que celui de l'aiguille proposée par M. Bergeon; mais cette différence qui expose à la lésion accidentelle de l'iris est peu propre à plaider en faveur du nouvel abaisseur à plaque.

Nonobstant ces imperfections du manuel opératoire, l'indication subsiste, aussi importante à remplir qu'elle l'est incomplètement par les procédés usuels. Heureusement la science possède un moyen aussi sûr que simple d'y satisfaire. C'est le procédé signalé dès 1838 par M. Pétrequin (v. GAZ. MÉD., p. 472) et qui consiste à appliquer l'aiguille par un de ses bords sur la face antérieure de la capsule, puis à lui faire exécuter *sur son axe* un mouvement en demi-arc de cercle. Avec cette pratique, l'aiguille fixe la cristalloïde en même temps qu'elle la déchire. On pourrait même, mais avec beaucoup de précautions, faire décrire à l'instrument deux ou trois mouvemens complets de rotation. Il enroulerait alors, pour ainsi dire, la membrane sur lui et la détacherait facilement et dans une grande étendue. Seulement la lame devrait être extrêmement étroite.

VI. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Nouvelle méthode pour l'opération du bec-de-lièvre*; par M. Malgaigne. 2° *Mémoire sur deux cas de tumeurs volumineuses à la face fœtale du placenta*; par M. Ant. Danyau. 3° *Mémoire pratique sur le cysticerque observé dans l'œil humain*; par M. Sichel. 4° *Sur deux luxations successives de la même rotule, produites par l'action musculaire*; par M. Castara. 5° *Sur l'abus et le danger des sections tendineuses et musculaires dans le traitement de certaines difformités*; par M. Malgaigne. (V. GAZ. MÉD., 1844, p. 159.) 6° *Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle*; par M. Cruveilhier. (V. l'analyse de ce mémoire dans la GAZ. MÉD., 1844, p. 30.) 7° *De la cautérisation à l'aide du fer rouge dans le traitement des ulcérations et des engorgemens du col utérin*; par M. Laurès. 8° *Nouvelles observations pour servir à l'histoire des luxations de l'extrémité supérieure du radius chez les enfans*; par M. Perrin. (Faits analogues à celui déjà publié dans une précédente communication du même auteur.) 9° *Mémoire sur les obstacles au cours de l'urine connus sous les noms de rétrécissemens spasmodiques et de spasmes des rétrécissemens*; par M. Mercier. (M. Mercier n'admet pas qu'il existe de rétrécissemens véritablement constitués par la contraction des fibres musculaires qui entourent l'urètre. Les obstacles qu'on a pris pour tels résultent, ou de l'élasticité du canal, ou de la mauvaise direction donnée à l'instrument qu'on veut faire pénétrer dans sa cavité. Les autres idées que contient cette note ont déjà été exposées dans les travaux suffisamment connus de nos lecteurs du même auteur.

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE; par M. MALGAIGNE.

C'est une remarque assez récente, mais qui n'en est pas moins juste, que les opérations du bec-de-lièvre les plus heureuses laissent constamment à leur suite une échancrure très disgracieuse sur le bord libre de la lèvre. Aussi depuis quelques années la GAZETTE MÉDICALE a-t-elle enregistré plusieurs procédés proposés pour corriger cette défectuosité (v. 1841, p. 135, et 1842, p. 218 et 412 les travaux de MM. Pétrequin, Berg et Faure sur ce sujet.) M. Malgaigne vient aujourd'hui signaler une méthode qui lui semble propre à remplacer avantageusement sous ce rapport toutes les autres. Elle s'exécute de la manière suivante.

On commence l'avivement par la partie supérieure, et on le continue de haut en bas. Il se fait avec les ciseaux et de la même manière que dans l'opération ordinaire; seulement, lorsque l'on est arrivé assez bas pour que la languette soit sur le point d'être complètement détachée, on s'arrête. On pratique ensuite la même chose sur l'autre côté de la fissure labiale.

On a donc ainsi deux petits lambeaux qui sont adhérens à la lèvre par un pédicule. Après avoir réuni, à l'aide d'épingles, les deux bords de la fente labiale, dans toute leur hauteur, excepté vers le bord libre, on renverse ces lambeaux de haut en bas, et on les affronte face à face. Maître alors de juger de la longueur qu'il convient de leur laisser pour prévenir l'échancrure si fort à craindre ultérieurement dans ce point, l'opérateur les taille et les façonne à son gré, en en conservant une plus ou moins grande partie, selon l'étendue du vide qu'il a à combler. Après quoi, il achève la réunion en les rapprochant soit avec un ou deux points de suture entrecoupée, soit avec une fine épingle à insectes. Si l'on a soin de placer ces agens d'union très près de la face ou du bord libre de la lèvre, les cicatrices paraissent ensuite à peine visibles.

Tout le monde comprendra aisément le but de cette méthode. Elle a été déjà mise deux fois, heureusement, en pratique : une fois par l'auteur, l'autre par M. Guersant fils. Des modifications secondaires, portant sur la substitution du bistouri aux ciseaux, sur la direction à donner à l'incision de bas en haut, au lieu de haut en bas, ont été proposées par MM. Huguier et Monod. Chacun pourra sur ce point adopter la pratique qui lui paraîtrait d'une exécution plus commode. Le point important est dans l'idée de faire servir la base des lambeaux à faire disparaître l'échancrure que l'ancien procédé laissait autrefois subsister sur le bord libre de la lèvre.

— La lacune que ce procédé prétend combler est réelle. Mais la remplit-il convenablement? La remplit-il aussi bien que d'autres méthodes actuellement existantes? voilà ce dont il est permis de douter et pour plusieurs raisons.

En premier lieu, les bords du bec-de-lièvre congénital étant ordinairement fort minces et presque uniquement formés par deux muqueuses adossées, il est évident que les lambeaux empruntés à ces bords ne pourront pas reproduire l'épaisseur normale de la lèvre. En supposant donc qu'après cette opération le bord libre de la lèvre reprenne un aspect régulier, on aura toujours à craindre qu'il n'en soit pas de même de sa face antérieure et qu'une dépression n'y persiste, plus ou moins longue, selon le plus ou moins d'étendue verticale que les lambeaux auront dû fournir.

En second lieu, il est une disposition naturelle de l'organe à restaurer que l'auteur du procédé en question semble n'avoir pas suffisamment considérée. En examinant la lèvre supérieure à l'état normal, on voit que son bord libre forme une saillie médiane : à partir du milieu, ce bord fuit donc de chaque côté en haut, puis redescend ensuite en se dirigeant vers la commissure. Ainsi il existe, à la rencontre de ces deux lignes, un angle rentrant, une sorte de légère *encochure* naturelle. Or c'est justement dans ce point que la lèvre présente toujours la fente qui constitue le bec-de-lièvre congénital. Ceci nous apprend que, lorsqu'on cherche à réunir cette fissure, il faut, pour éviter toute difformité, rendre à cette partie de la lèvre toute sa hauteur verticale, mais qu'on doit avec non moins de soin s'abstenir de lui en donner un excès. Le procédé de M. Malgaigne incline vers ce dernier inconvénient. Nous en trouvons l'explication dans son mécanisme même; et la preuve, dans le narré des deux observations annexées. En effet, celle de M. Guersant porte, à l'article du résultat, ces mots : « Le lobule médian est un peu trop gros; il fait une petite saillie en avant. » A la vérité, dans l'observation qui lui est propre, M. Malgaigne n'a pas fait un pareil aveu; il dit même formellement le contraire. Mais on reconnaît sans peine, et d'après son texte même, que, en sa qualité d'inventeur, il a, comme c'est assez l'ordinaire, vu mieux ou vu autrement que ce qui existait. Voici comment il accuse le résultat définitif : « Le petit tubercule ne fait aucune saillie désagréable, et je l'avais réservé pour le cas où la cicatrice se rétracterait à la longue; ce qui, d'après l'aspect inopiné de la réunion, ne me paraît aujourd'hui nullement probable. » Il règne dans ces lignes le ton d'un optimisme plus rassurant que facile à comprendre. Qui pourra expliquer les propriétés merveilleuses de ce tubercule? La rétraction ne s'est pas faite; il ne se trouve point trop long! se fût-elle faite, il n'eût point pour cela été trop court! *E sempre bene!*... Mais parlons sérieusement. M. Malgaigne doit sentir qu'il faut opter; et si nous sommes prêts à lui accorder que les dimensions de son lambeau avaient été assez bien calculées pour remplir le vide qu'eût amené la rétraction, il voudra bien à son tour nous concéder que, cette rétraction ayant manqué, le lambeau s'est trouvé trop long de quelques millimètres.

On ne manquera pas de nous dire que craindre un excès de hauteur de la lèvre après ce procédé, c'est avouer qu'il est capable d'atteindre ce but; que notre critique se trouve justement ainsi être sa meilleure apologie! A cela nous répondrons seulement que, vu la configuration nor-

male de la lèvre dans ce point, un excès de hauteur, comme nous l'avons dit ci-dessus, serait tout aussi difforme que l'excès contraire; qu'enfin il est un procédé, déjà appliqué avec succès, qui paraît mettre plus sûrement en garde contre ce double écueil, c'est celui de l'avivement au moyen de deux incisions courbes, se regardant par leur concavité.

MÉMOIRE SUR DEUX CAS DE TUMEURS VOLUMINEUSES DE LA FACE FOETALE DU PLACENTA; par M. DANYAU.

Sur deux femmes heureusement accouchées et délivrées sans difficulté, M. Danyau a vu le placenta offrir une lésion bien remarquable. A sa face fœtale et sous les membranes chorion et amnios existait une tumeur de 20 centimètres, dans un cas, et dans l'autre de 13, de longueur. Chez les deux femmes, elle était appuyée sur une partie du placenta voisine de sa circonférence, de manière à ce qu'une portion de sa circonférence fût en contact avec l'utérus; chez toutes les deux, les adhérences de la tumeur, autres que les adhérences vasculaires, étaient très faibles, si faibles même qu'elle s'était détachée d'elle-même et sans efforts. Dans ces deux cas aussi, la tumeur était alimentée par des vaisseaux émanés du cordon ombilical lui-même, ou du réseau vasculaire de la face fœtale du placenta. Ces tumeurs étaient d'un tissu homogène très serré, semblable à du tissu squirrheux, criant sous le scalpel.

M. Danyau, sans affirmer catégoriquement qu'il en soit ainsi, incline à penser que ces productions résultent de caillots sanguins organisés.

De pareilles observations sont surtout intéressantes par l'extrême rareté dans la science de faits analogues.

DE LA CAUTÉRISATION A L'AIDE DU FER ROUGE DANS LE TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS ET DES ENGORGEMENS DU COL UTÉRIN; par M. LAURÈS.

C'est sous l'inspiration de M. Jobert que ce travail a été rédigé. Depuis quelques années, le chirurgien de l'hôpital St-Louis a parfois substitué, avec un succès remarquable, le fer rouge aux divers caustiques usités dans la thérapeutique des affections utérines. M. Laurès rend aujourd'hui un service aux praticiens en leur indiquant les règles à suivre pour obtenir par la même voie des résultats semblables.

La cautérisation se fait avec une tige de fer, introduite à travers un spéculum en ivoire, corps mauvais conducteur du calorique. Il faut que le fer soit rougi à blanc pour éviter qu'il adhère aux parties, ce qui exposerait à arracher, en le retirant, l'escarre qu'il a produite sur elles.

Si l'on n'a pas touché le vagin, cette cautérisation du col ne cause ni douleur sur le moment ni symptômes de réaction; la menstruation n'en est pas troublée, quelque rapprochée que l'application du fen ait été de l'époque des règles.

Quant aux indications de cette médication, elle est particulièrement applicable:

1° Aux ulcérations profondes, exubérantes, fongueuses, compliquées en même temps d'hémorragie, d'hypertrophie simple, d'engorgement avec ramollissement ou induration;

2° A l'hypertrophie, avec catarrhe utérin, mais sans ulcération;

3° Aux ulcérations qu'accompagne un ramollissement du tissu du col qui saigne sous l'influence de la moindre pression;

4° Aux affections névralgiques rebelles du col;

5° Aux ulcérations de mauvaise nature, pour lesquelles on conseille l'amputation du col. M. Jobert a triomphé avec le fer rouge d'une affection pour laquelle la malade avait subi deux amputations.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE.

DE L'ÉRYSIPÈLE CHEZ LES ENFANS A LA MAMELLE; par le professeur TROUSSEAU.

L'érysipèle chez l'enfant à la mamelle est une affection très grave et le plus souvent mortelle, comme le sont, au reste, la plupart des affections aiguës des personnes âgées. Cette maladie, suivant l'auteur, aurait été jusqu'ici mal décrite et ne comporterait pas la distinction qui a été admise, au moins pour l'érysipèle chez l'adulte, entre celui de cause externe et l'érysipèle de cause interne: il n'en existerait que des causes externes chez l'enfant; car, en examinant avec soin tous les cas, on y découvre constamment une cause de ce genre. Tantôt les plis de la peau, qui s'irritent et s'enflamment au cou, à l'aine, à l'aisselle, au poignet, au pénis, sont le point de départ de l'érysipèle. Tantôt l'irritation produite par l'urine sur les fesses, sur les bourses ou sur les grandes lèvres s'exalte tout à coup, et l'érysipèle se développe avec une violence que rien ne peut réprimer. Souvent, il est vrai, l'érysipèle apparaît d'abord à quelque distance du siége de la lésion qui y donne lieu; mais même dans ces cas, la filiation entre les deux ordres de phénomènes est évidente. Nous admettons ces assertions comme exactes dans la plupart des cas, sans pouvoir assurer qu'elles le soient dans tous; car les faits sur lesquels M. Trousseau s'appuie ne sont point assez nombreux ou plutôt assez complètement détaillés pour que nous admettions avec lui que, dans tous les cas, l'érysipèle est le produit d'une irritation purement locale. De même aussi, tout en reconnaissant comme lui que l'érysipèle erratique est très fréquemment funeste chez les enfans, nous ne pensons pas cependant que cette même forme soit très souvent funeste chez les adultes. L'érysipèle erratique de l'adulte, qui est si pénible par sa longue prolongation, nous a paru, dans la plupart des cas, se terminer d'une manière heureuse.

Nous signalerons encore en passant un autre caractère de l'érysipèle, dont il a été fréquemment question déjà dans ce journal à l'occasion de l'érysipèle des adultes, c'est la condition épidémique dans laquelle il se développe le plus habituellement, et sous l'influence de laquelle on voit apparaître simultanément et en grand nombre, dans quelques cas, des phlébites, des fièvres puerpérales. L'auteur de cette communication paraît avoir constaté la coïncidence simultanée de ces diverses affections, dont les médecins anglais ont recueilli tant d'observations remarquables.

Le traitement ne semble avoir que bien peu d'influence sur l'issue de la maladie; les émolliens, les astringens, les vésicatoires, les préparations mercurielles, la cautérisation même n'ont pas produit de résultats plus heureux entre les mains de M. Trousseau que dans celles de tous ses confrères. Le passage suivant indique la seule modification qu'il propose aux divers traitemens suivis jusqu'ici, mais qu'il ne paraît point encore avoir appliquée lui-même. « S'il m'était permis de faire connaître ici mes impressions, je dirais que les bains généraux, dans lesquels on mettrait de 3 à 500 grammes d'alcool et de 50 centigrammes à 1 gramme de sublimé, puis de larges cataplasmes de mie de pain, auxquels on mêlerait un peu d'alcool, me sembleraient les meilleurs topiques. »

DE L'INFECTION PALUSTE EN ALGÉRIE; par J.-N. PERRIER.

Sous ce titre, nous trouvons une foule de considérations toutes plus ou moins importantes et généralement prises d'un point de vue élevé sur la fièvre intermittente et ses variétés, et sur les principales causes auxquelles on rattache ces affections. Mais ces considérations toutes générales, et qui nous prouvent que M. Perrier est à la hauteur des opinions les plus récentes émises depuis quelques années sur ces questions si longtemps laissées dans l'oubli, sont peu susceptibles d'être analysées, d'abord à cause de leur nature, et aussi parce qu'elles ne sont appuyées d'aucune preuve ni d'aucune démonstration réellement nouvelle. Ainsi, bien qu'il se soit étendu assez longuement sur l'influence du sol dans la production des fièvres intermittentes, question si négligée par nos classiques modernes, et sur laquelle la science ne possède encore aucun document positif, il se contente de répéter ce qui a été dit jusqu'ici, sans apporter aucun fait nouveau qui puisse jeter quelque jour sur les effets différens des divers sols. Nous regrettons encore que l'auteur ait cru devoir introduire dans la science de nouvelles expressions dont le besoin ne se faisait point sentir, et qui ne peuvent que diminuer l'utilité de sa communication.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE; par le docteur MAIGNE.

Cette note ne contient qu'une seule observation, qui peut faire honneur au praticien qui a ordonné le traitement, mais ne peut réellement être d'une grande utilité pour la science. Il y est, en effet, question d'une dame qui, à la suite d'un accouchement pénible, présenta tous les symptômes d'une péritonite puerpérale grave, et guérit sous l'influence d'un traitement où l'on employa successivement les sangsues, le calomel, les frictions mercurielles, des lavemens laudanisés, des injections laudanisées dans le vagin, et une potion dans laquelle il entrait 1 décigramme d'extrait d'opium sur 125 grammes de véhicule, la succion des seins, puis un vésicatoire. Il est bien difficile de distinguer, au milieu de cette médication variée et que nous sommes loin de blâmer, les moyens auxquels on doit attribuer l'amélioration. L'auteur, il est vrai, assure avoir employé le même traitement et avec le même succès dans deux autres cas, ce qui ne nous apprend rien de plus sur le point scientifique en question.

Il y a un point pourtant où nous ne pouvons sans réserve admettre l'opinion de l'auteur, c'est relativement à l'explication qu'il donne de l'absence du narcotisme chez le sujet de cette observation, malgré les doses d'opium qui lui ont été administrées par les diverses voies, et qu'il attribue à ce que l'absorption diminue notablement chez les sujets dont les fonctions vitales sont profondément troublées. Rien ne démontre que l'absorption cesse dans les cas graves dont il est question ici, et on sait que la même tolérance s'observe dans les mêmes cas pour toutes les médications les plus actives. Cette tolérance est un phénomène pathologique important, signalé seulement depuis quelques années, et pour l'explication duquel nous pensons que le ralentissement de l'absorption ne fournit qu'une explication insuffisante.

RECHERCHES SUR LA CAUSE DU TINTEMENT MÉTALLIQUE; par M. ROUTIER.

L'explication qui ressort du récit d'une seule observation de pneumothorax se réduit à la conclusion suivante qui paraît bien probable, et que l'auteur appuie de quelques raisonnements et de plusieurs expériences. Le tintement métallique est produit par des bulles gazeuses enveloppées de mucus, formées dans les bronches et venant crever sur les bords de l'ouverture pleurale et très près d'elle; le phénomène est d'autant plus prononcé que le liquide est plus visqueux.

VIII. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur l'essence, les signes et le traitement de l'iritis en général*; par F.-A. Ammon. (Mémoire judicieux, fruit d'une observation prudente et éclairée, mais ne renfermant aucun précepte nouveau.) 2° *Eventration ombilicale congénitale énorme, qui a laissé vivre l'enfant pendant deux mois et demi*; par G. Goyrand (d'Aix). 3° *De la section sous-cutanée, du muscle orbiculaire des paupières et de la canthoplastique pour la guérison du blépharophimosis, avec des remarques sur la section sous-cutanée des sphincters en général*; par le docteur Robert. (La première idée de la méthode appartient au docteur Ammon; mais l'honneur de l'exécution revient à M. Robert. Le malade qui fait le sujet de la première observation a été parfaitement guéri. Le succès fut moins complet dans le second cas; l'opération ne remédia pas à la direction anormale des cils. Il fallut, au bout de quinze jours, extirper un pli de la peau à l'angle externe de la paupière supérieure de chaque œil.) 4° *Remarques chirurgicales sur la glande parotide*; par B. Pannizza. 5° *De la formation du cal*; par le docteur Lebert. (Étude consciencieuse des phases successives de la formation du cal; ce travail est divisé en deux parties: la première est consacrée à l'exposition des nombreuses expériences faites par l'auteur sur les animaux; la seconde n'en est que la conclusion rigoureuse, qui, du reste, ne diffère pas essentiellement des derniers travaux entrepris sur le même sujet.) 6° *Sur le céphalématome*; par le docteur Dœpp. 7° *De l'iritis traumatique et de ses différentes espèces*; par le docteur Ammon. 8° *Nouveau procédé pour blanchir les os dans les préparations anatomiques*; par J. Parise. (On pratique, avec un foret, plusieurs trous à la table externe de l'os que l'on veut blanchir; on y introduit l'extrémité d'un petit tube à injection, et on pousse de l'eau simple, alcaline ou alcoolisée, jusqu'à ce que le liquide en sorte aussi limpide qu'avant l'injection.) 9° *Lois générales des déplacemens des os dans les fractures*; par E. Lacroix. (L'auteur attribue, avec d'autres auteurs, le déplacement à la contraction musculaire, et il cherche à établir, ce que M. Guérin professe depuis longtemps, que les courbures naturelles des os ne sont qu'une conséquence de ce phénomène, et que les développemens dans les fractures sont soumis aux mêmes lois.) 10° *Des appareils inamovibles*; par Ch. Tardieu. (Histoire bien faite de l'appareil inamovible, à laquelle il ne manque qu'un peu d'impartialité.)

ÉVENTRATION OMBILICALE CONGÉNITALE ÉNORME QUI A LAISSÉ VIVRE L'ENFANT PENDANT DEUX MOIS ET DEMI; par M. G. GOYRAND (d'Aix).

OBS. — Le 3 janvier 1842, à trois heures du matin, mad. Gl. accoucha avec facilité d'un enfant mâle assez gros, dont les viscères abdominaux étaient presque entièrement contenus dans une hernie exomphale. L'éventration formait à la base des cordes ombilicales une tumeur globuleuse et lisse. Ses enveloppes n'étaient pas transparentes; elles avaient la couleur blanche des enveloppes du cordon. Les vaisseaux ombilicaux passaient au-dessous de la tumeur, formant un faisceau saillant qu'on pouvait suivre jusqu'à l'ouverture ombilicale. Cette tumeur était élastique, susceptible d'une légère diminution de volume par la pression; les cris de l'enfant en augmentaient la tension. La cavité abdominale avait beaucoup moins de largeur et de profondeur que dans l'état normal; ses parois étaient déprimées sous les hypocondres. La tumeur présentait les dimensions suivantes: circonférence dans le point le plus renflé, 23 cent. 8 mill.; circonférence à la base de la tumeur, 21 cent. 5 mill. Diamètres transverse et vertical, mesurés d'un point de la circonférence de la base au point opposé, en passant sur le milieu de la tumeur, 17 cent. 8 mill. La peau du ventre se prolongeait sur la base de la tumeur, comme elle se prolonge ordinairement sur la racine du cordon, et formait là un rebord circulaire de 5 ou 6 mill. de largeur, qui se continuait avec les enveloppes du cordon ou de la hernie.

Bientôt après sa naissance, l'enfant urina et rendit du méconium; les pressions exercées sur la tumeur faisaient couler le méconium et les urines. Les premiers jours l'enfant téta bien, toutes ses fonctions s'exécutèrent régulièrement. Le cinquième jour, une ligne de suppuration séparait les enveloppes du cordon de la peau péri-omphalique. Les jours suivans, du pus se forme entre le sac et les membranes du cordon qui constituaient l'enveloppe externe de la hernie; il se fit, à ces membranes, quelques déchirures qui laissaient couler du pus. Le douzième jour, on détacha avec les ciseaux d'assez grands lambeaux de membranes, et on trouva au-dessous des bourgeons charnus de bonne nature. Deux jours après de nouveaux lambeaux et le cordon se détachèrent; il restait encore une partie de l'enveloppe extérieure de la hernie, séparée du sac par un pus demi-concret. Le vingt-deuxième jour, les membranes extérieures se séparèrent entièrement. Le sac était couvert de bourgeons charnus. Sous l'influence de la cicatrisation, la hernie devint moins saillante, s'élargit à la base et prit une forme conique.

Au commencement de février, l'enfant fut confié à une nourrice de la campagne. Peu à peu la peau se rapprocha de plus en plus du point le plus saillant du sac, et la tumeur devint tout à fait conique. Dans les premiers jours de mars il ne restait plus sur le sac qu'une surface de la largeur d'une pièce de 2 francs qui ne fût pas recouverte par la peau. Jusqu'alors la santé avait été bonne; mais au milieu de mars il survint tout à coup des vomissemens continuels; les selles se supprimèrent, et le petit malade succomba au bout de quatre jours.

SUR LE CÉPHALÉMATOME; par le docteur DŒPP, médecin de l'hôpital des Enfans-Trouvés à St-Pétersbourg.

Durant le cours de vingt-six années, l'auteur n'a rencontré le céphalématome que trois fois dans sa pratique particulière quoique très étendue, tandis qu'en onze années l'hôpital lui en a fourni 262 cas. L'étude de ces cas et l'ouverture de 11 enfans dont 3 seulement moururent de l'accident, donnèrent les résultats suivans:

1° Chez aucun de ces 11 enfans il n'y avait trace d'ecchymose à la surface du crâne, ni de perforation des os. 2° Tous les malades furent amenés avec la tumeur déjà formée, quoique beaucoup d'entre eux ne fussent âgés que de quelques heures et souvent on ne remarqua l'accroissement consécutif du céphalématome. 3° Dans les 9 cas où on eut occasion de connaître les circonstances de l'accouchement, il y avait eu délivrance prompte et présentation du sommet. 4° Le céphalématome même lorsqu'il était petit se montra toujours dès le commencement sous la forme d'une tumeur distincte des tégumens, indolente, tendue et offrant une fluctuation manifeste; jamais on ne remarqua les pulsations notées par le professeur Nægelé. 5° Toujours il y avait un anneau dur, quelquefois, il est vrai, moins prononcé sur certains points que sur d'autres. Suivant l'auteur, sa présence est un moyen de diagnostic infaillible, et lorsqu'il n'existe pas la tumeur ne doit être considérée que comme une simple ecchymose sous-aponévrotique. Peu après la naissance, l'anneau est ordinairement plus mou et moins sensible au toucher; mais il ne tarde pas à durcir et tellement qu'il en résulte l'apparence parfaite d'un trou à l'os. Il se faisait remarquer surtout quand la tumeur avait été ouverte, mais il diminuait peu à peu, et au bout de quatre ou cinq jours il n'en restait plus de vestige. Cette disparition prompte et complète prouve, dit M. Dœpp, que le rebord en question n'est ni la limite de la table externe de l'os détruite par la carie ou manquant par vice de conformation (Michaelis, Paletta), ni celle d'une dépression de l'os produite par le sang épanché (Zeller, Pigné), ni le périoste induré ou malade (Dubois), ni le bord renversé de ce même périoste (Carus), ni un véritable anneau osseux (Krause), ni une tumeur osseuse (Valleix); il est bien moins possible de révoquer son existence en doute et de la regarder comme une pure hallucination du toucher (Busch, Wokurka). M. Dœpp cite cependant des cas d'où il résulte que là seulement où la tumeur a été abandonnée trop longtemps à elle-même, et où, probablement par l'effet de la pression qu'exerce sur elle le sang contenu par le périoste, la table supérieure de l'os disparaît par absorption ou est détruite par la carie, le bord peut être en réalité ce qu'il semble toujours être, quand on juge d'après le toucher la limite de l'os absorbé et de l'os demeuré sain.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 JUIN.

HOMME FOSSILE.

M. Félix Robert annonce que dans un voyage qu'il vient de faire dans quelques départemens du midi de la France dans le but d'en étudier la constitution géologique, il a trouvé près de la ville d'Alais (Gard), en cassant un bloc de calcaire marneux, des ossemens fossiles. Ces fossiles sont d'un homme. Il y a une portion assez considérable du crâne où s'aperçoit une apophyse et des dents bien caractérisées telles que molaires, incisives et canines. Le terrain qui renfermait ce fossile humain est une couche sédimentaire de nature calcaire d'environ 1 mètre d'épaisseur et d'une couleur jaunâtre. Il repose sur d'autres couches calcaires de différentes apparences. Au-dessous de l'ensemble de cette formation se trouve un banc considérable de cailloux roulés qui appartiennent au terrain de transport diluvien, ce qui ne laisse aucun doute sur l'époque reculée où a été enveloppé ce fossile.

M. Moreau de Jonnès rappelle à cette occasion qu'à la demande de M. Cuvier il rédigea, il y a une vingtaine d'années, un exposé des circonstances locales qui éclaircissaient l'origine de l'homme fossile trouvé dans une roche calcaire gisant au vent de la Grande-Terre de la Guadeloupe. Ces circonstances ne furent pas favorables à l'opinion qu'on voulait faire prévaloir que c'était un anthropolite antédiluvien. M. de Jonnès n'en tire aucune induction à l'égard des gisemens d'os fossiles qu'on vient de découvrir, et il se borne à remarquer que les vestiges humains trouvés à la Guadeloupe avaient également pour gisement un banc de sédiment calcaire, appelé par les nègres : *Maçonne bon Dieu.*

LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE.

M. Malgaigne communique à l'Académie le résultat d'une opération de ligature de l'artère iliaque externe, qu'il dit avoir pratiquée récemment pour un cas d'anévrisme volumineux siégeant à l'aine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend plusieurs lettres relatives à la question des ophthalmies scrofuleuses. Ces lettres seront lues lors de la reprise de la discussion sur ce sujet.

COW-POX.

L'Académie reçoit, sous le couvert de M. le ministre du commerce, un mémoire de M. Fiard sur le cow-pox récemment découvert par M. Magendie. (V. le compte-rendu de la séance précédente de l'Académie des sciences.) Cet envoi est accompagné d'une lettre de M. Fiard qui offre à l'Académie de lui donner tous les renseignemens qu'elle désirera sur ce nouveau cow-pox.

Le bureau renvoie la communication du ministre, ainsi que la lettre de M. Fiard, à la commission de vaccine et propose d'y adjoindre MM. Hamel et Barthélemy : le premier en qualité de médecin du bureau de bienfaisance du troisième arrondissement et comme ayant déjà assisté aux premières expériences; le second comme médecin vétérinaire.

M. Bousquet demande la parole à l'occasion de cette communication. La commission de vaccine, dit-il, a prévenu les vœux de l'Academie : elle s'est déjà adressée de son propre mouvement à M. Magendie, à M. Fiard et au ministre lui-même, tant pour assister aux expériences que pour être mise en mesure de les répéter elle-même. Elle a obtenu à cet effet de M. le ministre deux petits tubes contenant du nouveau cow-pox avec lequel elle a pratiqué des inoculations. Ces inoculations faites depuis quatre jours sont trop récentes encore pour avoir pu donner un résultat ; mais l'expérience est en train, la commission s'empressera d'informer l'Académie des résultats.

M. Cornac a appris avec peine, dit-il, qu'il était question de ne plus placer désormais dans la salle des séances les bustes des membres illustres de cette Académie. Il déplore cette nouvelle mesure que le bureau paraît avoir adoptée, et insiste pour que l'Académie n'y souscrive pas. Il sollicite vivement le conseil pour qu'il rétablisse les bustes qui ornaient l'ancienne salle des séances et particulièrement celui de Portal.

M. le Président se hâte d'assurer M. Cornac qu'il a été mal informé et qu'il n'a jamais été question de la mesure dont il parle.

INCIDENT RELATIF A LA COMMISSION ORTHOPÉDIQUE.

M. Roux monte à la tribune et s'exprime ainsi : Je viens, au nom de la commission chargée d'examiner le travail de M. Malgaigne sur la myotomie rachidienne, faire part à l'Académie des difficultés qui ont surgi dans l'exécution de sa mission. La première chose que la commission crut devoir faire, c'était d'examiner les sujets opérés qui font le sujet du mémoire. A cet effet, M. Malgaigne fut prié de présenter ces malades à la commission. Il n'en amena qu'une seule. La commission fit alors une démarche directe auprès des parens, en les invitant à présenter leurs enfans à jour déterminé. Deux dimanches furent successivement indiqués pour cet examen : une seule jeune fille fut amenée par sa mère. La commission n'a donc pu voir jusqu'à présent que deux sujets. Cela étant, nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas que les membres de la commission se rendissent chacun individuellement au domicile des malades pour constater leur état. Sur les cinq membres qui composent la commission, trois ont adhéré à cette proposition, deux ont exprimé la répugnance que leur inspirait cette démarche, et ont déclaré ne vouloir point s'y prêter. En cet état de choses, la commission a jugé à propos de soumettre ces difficultés à l'Académie, afin de savoir si elle doit résigner sa mission ou si les membres qui composent la majorité doivent se considérer comme autorisés à passer outre.

M. Adelon : Quelque respectables que puissent paraître les scrupules qu'éprouvent quelques membres, je ne pense pas qu'ils doivent arrêter la marche de la commission. La commission vient consulter l'Académie pour savoir ce qu'elle doit faire dans cette circonstance ; je crois qu'il ne doit y avoir qu'une voix à cet égard ; puisqu'il y a une majorité, que la majorité poursuive son œuvre. C'est ainsi qu'ont toujours agi les commissions.

M. Gerdy : Dans toutes les commissions possibles, il y a une majorité et une minorité ; la minorité doit toujours céder. Si elle ne veut point agir, qu'elle ferme les yeux et qu'elle laisse agir la majorité. Je ne comprends pas, je l'avoue, les répugnances que l'on exprime ici ; je ne comprends pas qu'on croie manquer à sa dignité en se rendant au domicile des malades, ce serait vraiment comme si l'on disait que nous dérogeons, que nous manquons à notre dignité, tous tant que nous sommes, en allant voir des malades. La minorité mérite d'être blâmée.... (Réclamations.) Eh bien ! que des membres qui ne veulent pas remplir leur mission ne s'en chargent pas.

M. Cloquet : C'est au nom de cette minorité blâmée par M. Gerdy que je prends la parole. Chacun de nous a sa conscience et sa manière de voir et de sentir en fait de convenances. Dans une affaire aussi grave, aussi délicate, qui a eu déjà un trop grand retentissement, j'ai pensé qu'il n'était pas convenable que les membres de la commission allassent ainsi individuellement et comme d'une manière furtive au domicile des malades. Que l'auteur du mémoire nous mette à même de juger, ou que tous les membres de la commission agissent ensemble, à la bonne heure ; mais que chacun de nous aille en particulier se présenter chez les malades comme une sorte d'espion ou d'agent de police, s'exposer à se faire fermer la porte au nez, je crois que ce serait manquer à toutes les convenances, à ce que chacun de nous se doit et doit à l'Académie à laquelle il appartient. Telle est ma conscience à moi, ma manière de voir. Si l'Académie n'en juge pas ainsi, je demande à me retirer de la commission. (Assentiment.)

M. Velpeau : M. Cloquet vient de dire en partie ce que je voulais dire moi-même. Ce n'est point par refus de concours, mais par excès de scrupule, que deux membres de la commission se sont séparés sur cette question de la majorité. Quant à nous, nous avons vu tout autrement ; nous avons pensé que l'intérêt de la question scientifique était au-dessus de toute autre considération, quelle qu'elle soit. Je crois pouvoir dire d'ailleurs qu'une semblable manière de procéder n'est pas sans antécédens dans l'Académie. M. Husson pourrait nous dire que, dans une autre circonstance, des membres de l'Académie se sont présentés chez des malades au nom d'une commission, pour constater leur état. (M. Husson fait un signe affirmatif.)

M. Nacquart : Du moment où la lecture du mémoire a été faite, je me suis demandé si l'on avait le droit d'aller visiter des malades traités ou opérés par un confrère, lorsque l'histoire de ces malades n'avait pas encore été rendue publique et introduite dans la science. D'ailleurs, il me paraît y avoir ici bien plutôt une sorte de duel entre deux personnes, qu'une véritable question scientifique, et je crois que l'Académie ferait mieux de ne pas s'immiscer dans cette affaire.

M. Gerdy : Je suis forcé de répéter que je ne comprends pas le refus des deux membres de la minorité et le motif qu'ils lui donnent. Il ne me paraît pas possible qu'un médecin dise qu'il n'est pas de sa dignité d'aller au domicile des malades, qu'il dérogerait à sa qualité d'académicien, en s'exposant à se faire fermer la porte au nez. S'il s'agissait d'un cas très simple, de peu d'importance, je comprendrais qu'on ne voulût pas faire de pareilles démarches ; mais le jour où il y a un fait extraordinaire à vérifier, une question scientifique d'une haute importance à résoudre, il importe de lever toute difficulté ; car, du moment où la commission aura éclairci cette question, elle aura bien mérité de la science et de l'humanité ; et ce résultat, si jamais on l'obtient, sera dû à ces démarches individuelles que l'on répugne de faire. Pour moi, je déclare que si je faisais partie de la commission, je considérerais comme de mon devoir de m'éclairer par tous les moyens possibles.

M. Castel : Si j'eusse été présent à la séance dans laquelle M. Malgaigne a lu son mémoire et demandé l'intervention de l'Académie pour constater des faits avancés par un de nos collègues, je m'y serais opposé de toutes mes forces. (Allons donc ! — Oui, M. Castel a raison.) J'aurais invoqué la dignité de l'Académie. J'aurais dit que l'Académie a mission de veiller aux progrès et aux intérêts de la science, et non de servir les passions. (C'est cela.) Elle n'est pas chargée surtout de faire des enquêtes sur tel ou tel traitement dirigé par tel ou tel médecin. Où en serions-nous s'il fallait, toutes les fois qu'une communication de cette nature

serait faite par un membre de cette Académie, nommer une commission pour constater la réalité des résultats qu'il aurait annoncés? Il est mal séant, à mon avis, de mettre ainsi en suspicion les lumières et la bonne foi de nos collègues. Je dis qu'il y a ici un oubli de toutes les convenances, et, de plus, une impossibilité d'arriver au résultat que l'on désire; car, en procédant comme on le propose, on ne parviendra jamais à découvrir la vérité. S'il est temps encore de revenir sur une pareille détermination, je voudrais qu'il en fût fait la proposition... Je suis embarrassé pour conclure, tant la démarche dans laquelle on veut engager l'Académie me paraît inconvenante et inconsidérée. Il serait encore temps pour elle de revenir sur sa détermination : j'espère qu'un autre aura plus de courage que moi, et qu'il osera proposer l'annulation de tout ce qui a été fait jusqu'ici. (Agitation.)

M. Cloquet : M. Gerdy s'est mépris sur le sens de mes paroles. Mon sentiment, je le répète, est que, dans une question aussi délicate, aussi extraordinaire, que celle qui est maintenant soulevée, et qui est loin d'être toute simple et ordinaire, comme le dit M. Gerdy, lorsqu'il s'agit de procéder à une investigation de la pratique de l'un des membres de cette Académie, c'est manquer à tous les égards, c'est déroger aux convenances que d'aller ainsi individuellement violer en quelque sorte le domicile des malades. Tant qu'il s'est agi de procéder ensemble; la commission réunie, je n'y ai vu aucun obstacle; mais du moment où l'on a proposé d'agir individuellement, je m'y suis opposé, et j'ai déclaré que si l'on devait procéder ainsi je n'avais qu'à me retirer.

M. Husson : Je ne peux pas m'expliquer le scrupule de M. Cloquet. Ce que l'on propose de faire en ce moment n'est pas sans antécédant. Si nous nous reportons à une époque déjà ancienne, nous verrons qu'il y a maintenant quarante-quatre ans une circonstance à peu près semblable se présenta pour la solution de la question de la vaccine. On en était alors aux premiers essais en France; la vaccine avait des adversaires nombreux. On publiait des cas d'insuccès ou d'accidens graves qui étaient de nature à compromettre le sort de la vaccine. Pour s'éclairer sur la vérité de tous ces rapports les membres du comité de vaccine durent faire beaucoup de démarches, nous dûmes tous aller au domicile des malades, et il nous est arrivé plus d'une fois d'être mis à la porte; mais cela n'empêcha personne de faire son devoir. Thouret, Leroux, Guillotin, Sédillot, Pinel ne craignirent pas d'aller eux-mêmes chez les malades. Nous voulions tous savoir la vérité, nous l'avons connue. Je le répète, nous n'avons pas cru déroger en agissant ainsi. (Contestation sur plusieurs bancs : Mais cela n'a aucun rapport; cela n'a rien de commun avec la circonstance actuelle.)

M. Adelon : Il y a ici évidemment une question scientifique et une question de personnes. Mais il faut le reconnaître, il est bien difficile de les séparer l'une de l'autre. Toute question scientifique implique plus ou moins une question personnelle. Aussi est-il difficile d'admettre qu'on doive s'abstenir du moment où des intérêts personnels sont en cause, car on serait très souvent condamné à l'inaction. De quoi s'agit-il ici ? de vérifier les faits sur lesquels on a appelé l'attention de l'Académie. C'était à l'auteur du mémoire à mettre la commission à même de voir les malades. Les malades ont été convoqués, ils ne se sont pas rendus. Que doit faire maintenant la commission? elle doit se transporter au domicile des malades; mais elle ne doit le faire qu'après en avoir préalablement prévenu les parens et leur en avoir demandé l'autorisation. Quant à y aller de force ou par surprise, cela n'est point possible; ce serait une violation de domicile que la commission n'a ni le droit ni le pouvoir d'exécuter. Si les malades se refusent à être visités, la commission n'aura point à insister; on ne lui demande pas l'impossible; mais du moins elle aura fait son devoir et elle dira à l'Académie ce qu'elle a vu comme ce qu'elle n'a pas pu voir. On ne peut donc que répondre à la majorité de la commission de passer outre et d'agir. (Cris : l'ordre du jour ! la clôture ! — Plusieurs membres demandent la parole au milieu du bruit.)

M. le Président : L'ordre du jour est-il appuyé ? (Oui, oui; non, non.)

M. Roux : Je demande une solution. La commission ne peut rester ainsi en suspens; elle a agi jusqu'ici avec conscience et avec un grand désir de connaître la vérité. Elle ne s'était pas dissimulé les difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Elle a pensé que, malgré ces difficultés, la question n'était pas de nature à être abandonnée, et qu'il était de son devoir de faire un rapport. Il y a donc nécessité de prendre une décision sérieuse, qui aide la commission à sortir de l'embarras où elle se trouve. (L'ordre du jour.)

M. le Président : L'ordre du jour étant demandé, je vais le mettre aux voix.

M. Roux : Je m'oppose à l'ordre du jour. La commission ne peut pas rester dans la situation où elle est. La majorité doit-elle ou non se séparer de la minorité? Il faut que l'Académie prenne une décision.

M. J. Guérin : Je demande la parole.

M. Gerdy : J'ai réclamé la parole avant M. Guérin ; si la discussion continue, je demande à parler avant lui. (Aux voix ! la clôture !)

M. Desportes : M. Guérin demande la parole; vous ne pouvez pas la lui refuser. Il se trouve dans une position particulière qui nous fait un devoir de l'entendre. Je demande que la parole lui soit exclusivement réservée.

M. Gerdy, interrompant brusquement M. Desportes : Je demande la parole ou la clôture.

M. Guérin réclame de nouveau la parole.

M. Desportes insiste pour qu'il soit entendu.

M. le Président consulte l'Académie pour savoir si M. Guérin sera entendu : presque tous les membres lèvent la main.

M. J. Guérin : Je n'abuserai pas des momens de l'Académie; je n'ai que peu de mots à dire, et je ne parlerai que sur le côté scientifique de la discussion. Je rappellerai d'abord qu'il y a huit ou neuf mois, à la suite d'un débat sur la myotomie rachidienne, je demandai spontanément à l'Académie qu'elle voulût bien nommer une commission à laquelle je soumettrais mes malades, et qui ferait un rapport sur les résultats de ma pratique. Cette proposition ne fut pas agréée, parce qu'on la trouvait contraire aux usages académiques. Cependant, des personnes qui n'avaient aucune mission pour cela se sont avisées de procéder elles-mêmes à une enquête sur mes malades sans mon autorisation et ma participation, et elles ont publié des résultats qui ne sont pas conformes à la vérité. De là des débats que tout le monde connaît. Dans cette situation, j'ai cru devoir m'adresser au conseil général des hôpitaux, et provoquer la nomination d'une commission qui fut chargée d'examiner mes malades et ma pratique de l'hôpital. Cette commission me fut accordée; mais, malgré mes instances réitérées, elle n'a pas cru devoir s'occuper des faits passés, parce que ces faits se rattachaient à un débat judiciaire, et elle n'a voulu porter son examen que sur de nouveaux malades. Elle a donc accepté la seconde partie de sa mission. Je suis heureux d'ajouter qu'elle s'en occupe avec le plus grand zèle, avec un rare dévoûment pour la science et la vérité. Que ceux donc qui, dans les circonstances actuelles, invoquent le besoin de l'une et les intérêts de l'autre, pour demander une enquête, veuillent bien attendre. La commission des hôpitaux, composée de membres éminens des Académies des sciences et de médecine, doit, par son autorité et ses lumières, les rassurer complètement : elle répondra largement à tous les besoins. Quant à la commission académique, je déclare que je n'ai apporté aucune entrave à son examen; mais je n'ai pas cru devoir m'y prêter, parce que cet examen me paraît avoir plutôt le caractère d'une inquisition vexatoire que d'une investigation scientifique (murmures et récriminations de quelques membres); et j'ajouterai, parce qu'elle me paraît porter atteinte à mon indépendance et à ma dignité d'homme, de savant et d'académicien.

M. Velpeau : Je demande la parole contre la clôture. Ce que j'avais prévu au début de cette discussion vient d'arriver : la question, au lieu de s'éclaircir, s'embrouille davantage. Nous devons donc chercher à la ramener à ses véritables termes. La commission nommée par l'Académie n'a pas le même objet que celle dont on vient de parler. Il s'agit pour nous uniquement de savoir si les malades dont il est question dans le mémoire de M. Malgaigne sont bien réellement dans l'état qu'il a signalé. Il ne s'agit pas ici de telle ou telle personne en particulier; il s'agit d'une question scientifique; il y a bien une question secondaire dans la grande question, mais c'est une affaire à part, dont nous n'avons pas à nous occuper. Des faits ont été annoncés; il importe, si l'Académie veut savoir la vérité sur ces faits, que la commission accomplisse sa mission jusqu'au bout.

(De toutes parts, on demande la clôture de la discussion.) La clôture est mise aux voix et prononcée.

M. le Président : Reste la proposition de renvoi à la commission, avec invitation à la majorité de passer outre. L'académie consultée adopte la proposition.

M. Cloquet : Je demande en ce cas qu'on nomme un autre membre à ma place.

M. Roux demande l'adjonction de deux nouveaux membres à la commission, et il exprime en même temps le désir que les deux membres qui composent la minorité continuent à en faire partie.

M. Adelon : Je m'oppose à ce que la démission de M. Cloquet soit acceptée. Si une minorité avait le droit de se retirer toutes les fois qu'il survient une dissidence dans une commission, il en résulterait de graves inconvéniens. Il y a une majorité qui veut continuer ses fonctions; elle croit avoir trouvé un moyen de s'éclairer, une voie nouvelle dans laquelle elle ne s'était pas encore engagée, il faut la laisser agir. Peut-être la minorité, lorsqu'elle verra que la chose est facile, qu'elle est utile et possible, prendra-t-elle le parti de se réunir à la majorité.

M. Amussat : Je dois dire que je partage entièrement l'avis de M. Cloquet. L'Académie ne peut pas nous contraindre à faire une chose qui nous répugne. S'il en devait être ainsi, je donnerais aussi ma démission.

M. le Président : Une proposition a été formulée par M. Roux; elle consiste à demander l'adjonction de deux nouveaux membres à la commission. Est-elle appuyée? (Oui.)

M. Roux : Il est bien entendu que ce n'est point pour remplacer les membres de la minorité que je demande la nomination de deux nouveaux membres, mais pour les adjoindre à la commission actuelle qui serait ainsi composée de sept personnes.

M. le Président : L'Académie l'entend ainsi.

La proposition de M. Roux est mise aux voix et adoptée.

M. Gerdy : Je demande que la nomination de ces deux membres soit faite au scrutin.

M. Velpeau : Il doit être bien entendu que les deux nouveaux membres auront à se conformer au vœu de la majorité.

Sur la demande de M. Gerdy, la nomination de ces deux membres sera faite au scrutin; elle aura lieu dans la séance prochaine.

MÉNINGITE RACHIDIENNE.

M. Bricheteau fait un rapport sur une relation d'épidémie de méningite rachidienne qui a eu lieu à Poitiers, par MM. Pariset et Brossard.

Le rapporteur propose pour conclusion l'insertion du mémoire dans le Bulletin.

M. Nacquart fait sur le rapport de M. Bricheteau quelques observations qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. Rochoux : Lors de la discussion sur la méningite qui s'est élevée ici il y a quatre ou cinq mois, je faisais remarquer que les cas de méningite que l'on di-

sait avoir été guéris par l'opium et par le sulfate de quinine n'étaient point réellement des cas de méningite. J'ai dit que ces prétendues guérisons étaient des erreurs de diagnostic. Je crois qu'il en est de même ici et que l'on a guéri des méningites qui n'en étaient pas. M. Guersant, dont personne ne contestera l'autorité en pareille matière, a écrit, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, que les cas de guérison de méningitesont extrêmement rares. Je serai plus explicite encore, je ne crois pas qu'il existe un seul cas authentique de guérison de cette affection.

M. MARTIN-SOLON croit parfaitement à la possibilité de la guérison des méningites par l'opium. Tout le monde sait, dit-il, qu'un des caractères des épidémies est de céder à certains traitemens différens de ceux que l'on adresse ordinairement à la même maladie sporadique. Aussi ne doute-t-il pas que la maladie dont il est question dans le mémoire ne soit réellement une méningite, bien que l'opium ait produit des guérisons. Il appuie en conséquence les conclusions proposées par M. Bricheteau.

M. BRICHETEAU : La nature de la maladie en question ne peut pas être contestée ici. M. Rochoux ne contesterait pas lui-même qu'il s'est bien agi d'une méningite dans les cas de mort où l'autopsie a révélé tous les désordres propres à cette affection. Eh bien ! les symptômes étaient identiquement les mêmes dans les cas de guérison et dans les cas de mort.

Après cette courte discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

CALCUL ET FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

M. SÉGALAS présente une femme qui était affectée d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et qui est parfaitement guérie de l'une et de l'autre de ces maladies.

Tout le monde sait, dit M. Ségalas, que les fistules vésico-vaginales sont très difficiles à guérir, et l'Académie se rappelle qu'il y a peu de temps, un de ses membres les plus distingués, le chef d'un grand service chirurgical, est venu annoncer dans cette enceinte que la guérison des fistules vésico-vaginales avec perte de substance est presque toujours impossible. Cette thèse, M. Blandin l'a soutenue, une pièce d'anatomie pathologique à la main, pièce prise sur une femme chez laquelle il avait opéré la suture dans le but de remédier à un désordre de cette nature. Notre honorable collègue se défendait sur la position des uretères, qui sont presque nécessairement intéressés dans la fistule dont il s'agit.

D'un autre côté, personne n'ignore que les calculs vésicaux sont assez rares chez les femmes. J'ai donc lieu d'espérer que l'Académie verra avec quelque intérêt une femme qui était affectée tout à la fois d'un calcul vésical et d'une fistule vésico-vaginale, et que j'ai eu le bonheur de rendre à un état parfait de santé.

Cette femme est venue me trouver, il y a quatre ans, après avoir reçu les soins de plusieurs chirurgiens de Paris, notamment ceux de deux de nos collègues.

L'exploration me fit reconnaître une fistule vésico-vaginale, qui était la conséquence d'un accouchement laborieux, et une pierre vésicale, qui me parut être l'effet de cette première maladie, ou plutôt du catarrhe vésical dont elle était accompagnée.

Je détruisis la pierre sans peine; ce fut l'affaire de deux séances de lithotritie; puis je m'occupai de la fistule. J'avais remarqué, en l'étudiant au spéculum, que pendant l'application de cet instrument, l'urine, qui d'ordinaire coulait sans cesse, ne sortait plus par l'ouverture accidentelle, et je résolus de tirer parti de cette observation pour le traitement. Je plaçai une petite sonde de gomme élastique dans la voie naturelle des urines, puis je posai le spéculum dont je m'étais servi pour l'exploration, et qui n'était autre que mon spéculum conique à quatre valves et à développement, lequel est disposé de manière à rester en place quand une fois il a été ouvert dans le vagin ; ensuite, je procédai à la cautérisation des bords de la fistule avec le nitrate d'argent. Le spéculum fut conservé pendant deux jours; au bout de ce temps, son séjour devint douloureux, et je le retirai, tout en laissant dans l'urètre la sonde que j'y avais établie, et qui formait siphon.

Cette première opération fut suivie d'un résultat avantageux; la fistule perdit plusieurs lignes de son diamètre. Je répétai à plusieurs reprises la cautérisation avec les précautions indiquées, et toujours avec une amélioration notable. Plus tard, je me bornai à de simples cautérisations, avec le soin de faire vider la vessie par la malade à des intervalles rapprochés. Après trois mois de ces pratiques successives, la fistule était fermée, et depuis elle ne s'est pas rouverte. Je crois être en droit d'affirmer que la guérison est consolidée.

M. AMUSSAT demande s'il s'agissait bien réellement d'une fistule vésico-vaginale, ou bien d'une fistule urétro-vaginale. On a souvent confondu l'une avec l'autre, dit-il, ce qui explique certaines guérisons de fistules vésico-vaginales que l'on a prétendu obtenir. La différence est effectivement très grande sous le rapport de la curabilité. Tout le monde sait qu'il est facile d'obtenir la guérison d'une fistule urétro-vaginale; j'en ai guéri moi-même un assez grand nombre; tandis que je ne connais pas un seul cas de guérison réelle de fistule vésico-vaginale.

M. SÉGALAS : C'était une fistule vésico-vaginale et non urétro-vaginale, comme paraît le croire M. Amussat. La preuve, c'est que l'urine s'échappait incessamment par la plaie, ce qui n'aurait point lieu avec une fistule urétro-vaginale. D'ailleurs, rien n'était plus facile que de s'en assurer avec le spéculum.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Le mémoire sur l'ophthalmie scrofuleuse que j'ai adressé à l'Académie de médecine, et sur lequel un rapport vient d'être fait, a pour titre :

MÉMOIRE SUR LA COÏNCIDENCE DES INFLAMMATIONS DE LA PITUITAIRE ET DE LA CONJONCTIVE DANS L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE ET NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT DE LA PREMIÈRE DE CES INFLAMMATIONS POUR ARRIVER A LA GUÉRISON DE LA SECONDE.

Ce titre est bien différent de celui qui lui a été donné dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie.

Comment se fait-il, cependant, qu'on m'ait fait qualifier d'épidémique l'ophthalmie scrofuleuse que j'ai eu à traiter, quand il n'est nullement question d'épidémie, ni dans le titre, ni dans le corps de mon manuscrit? tandis que l'on a passé sous silence ce que j'ai dit relativement à l'utilité du traitement interne, pour modifier la constitution et prévenir le retour de la maladie, lorsque, par la cautérisation de la pituitaire, l'on a obtenu la cessation des accidens inflammatoires et la guérison de l'ophthalmie scrofuleuse?

Si j'avais dit que cette inflammation de la pituitaire se rencontrait dans un grand nombre d'ophthalmies, sans distinction d'espèces, j'aurais avancé une erreur; mais en la restreignant à l'ophthalmie qu'on était convenu jusqu'à présent d'appeler scrofuleuse ou lymphatique, et en affirmant que la phlegmasie nasale l'accompagnait presque toujours, et que le plus souvent elle la précédait, je crois avoir dit la vérité. Les nombreuses observations que j'ai recueillies depuis 1841, époque où j'ai fait ce mémoire, et celles que quelques-uns de mes confrères, à qui j'en avais fait part, ont bien voulu me communiquer m'autorisent à persévérer dans mon opinion.

Ainsi donc, jamais, dans aucune autre espèce d'ophthalmie, je n'ai employé la cautérisation des fosses nasales, la raison en est simple; car je n'ai rencontré l'engorgement de la pituitaire que dans l'ophthalmie scrofuleuse.

Cette lettre ayant pour but de rétablir les faits dans toute leur exactitude, vous m'obligeriez de vouloir bien la publier dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc.

MORAND, D. M. P.

Tours, le 30 mai 1844.

— M. le docteur Auguste Nonat, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Furnari vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Ce chirurgien s'était créé des titres à cette distinction par ses travaux ophthalmologiques et par la mission qu'il a remplie en allant étudier les maladies des yeux, si fréquentes dans nos possessions d'Afrique. Désirant répandre parmi les indigènes les principaux moyens hygiéniques et curatifs contenus dans le rapport de M. Furnari, M. le ministre de la guerre a ordonné qu'un résumé de ce travail fût traduit en arabe, pour recevoir en Algérie la plus grande publicité.

— En réponse à la réclamation de M. le docteur Finizio insérée dans le dernier numéro, M. Tarsitani nous répond que les modifications qu'il a apportées aux forceps ordinaires sont tout-à-fait nouvelles, et qu'elles n'ont absolument aucun rapport avec le mécanisme dont il s'agit dans la lettre de M. Finizio, ni avec l'articulation et le serrement des branches d'aucun céphalotribe connu. Son forceps est destiné surtout, dit-il, à faire éviter, par un nouveau système de construction et sans aucune complication mécanique, le décroisement des branches dans tous les cas d'accouchemens où cette manœuvre a été jusqu'à présent inévitable. (GAZ. MÉD., p. 262, avril 1844.)

— VOYAGE SCIENTIFIQUE A NAPLES AVEC M. MAGENDIE, EN 1843; par le docteur CONSTANTIN JAMES. — In-8°. Prix : 3 fr.

A Paris, chez B. Dussillon, éditeur, rue du Coq-St-Honoré, 13.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE TRANSCENDANTALE, OU LEÇONS SUR LA VIE UNIVERSELLE ET LES LOIS NÉCESSAIRES QUI LA RÉGISSENT; par ALCIDE DÉPIERRIS, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just-Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 15 JUIN 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, tonchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SUR LA DERNIÈRE SÉANCE DE L'ACADÉMIE.

Nous n'avions pas trop présumé de la prudence et des sentimens élevés de l'Académie. Elle a montré, dans sa dernière séance, que si parfois on parvient à surprendre sa religion et à l'associer à son insu à des actes indignes d'elle, il suffit, pour la ramener dans la bonne voie, d'en appeler à sa justice mieux éclairée. Avertie à temps, elle s'est arrêtée devant ce qui n'était ni la science, ni la vérité. Que cette expérience profite à ceux qui ont tenté d'en faire l'instrument de leurs passions et de leurs ressentimens personnels.

Le premier fait à enregistrer, c'est que, sur la proposition de M. Barthélemy, il a été décidé qu'on ne donnerait pas suite au projet arrêté dans la dernière séance, d'adjoindre deux nouveaux membres à ceux qui voulaient faire le siége du domicile des malades. En conséquence, il a été décidé, d'après la motion expresse et explicite de M. Barthélemy, que la commission resterait ce qu'elle était, mais se renfermerait purement et simplement dans son mandat scientifique; qu'elle rendrait compte, s'il y avait lieu, des points de doctrine traités par M. Malgaigne, mais qu'elle n'irait pas compromettre la dignité de l'Académie dans une enquête domiciliaire (1). Ce résultat, qui concilie tout à la fois les intérêts de la

(1) La proposition de M. Barthélemy et le vote de l'Académie n'ont pas, dans le compte-rendu et les commentaires de certain journal du droit de *libre altération*, le sens et la portée que nous leur donnons ici. Ce journal a ses raisons pour cela, et ses moyens sont dignes de ses raisons. Il a supprimé les deux improvisations si chaleureuses et si explicites de M. Barthélemy; il a ôté ainsi à la motion de l'honorable membre sa véritable signification, pour lui en substituer une plus conforme à ses goûts. Il a appliqué le même système à tous ceux qui ont parlé dans un sens contraire à ses sympathies. En revanche, il a amplifié, complété, interprété et corrigé fort à son aise ce qu'ont dit ou ce qu'ont voulu dire MM. Roux, Gerdy et Velpeau. A l'aide de ce système, où il excelle particu-

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ DANS LA MARINE ANGLAISE; DES CAUSES QUI ONT CONTRIBUÉ A L'ABAISSER, ET DE CELLES QUI DOIVENT A L'AVENIR PRODUIRE LE MÊME EFFET.

Nous avons reproduit, il y a trois ans, les principaux résultats statistiques de l'enquête prescrite par les lords de l'amirauté sur la mortalité et les maladies du personnel de la marine royale d'Angleterre. A cette époque, le docteur Wilson, chargé de recueillir les élémens de cette enquête, dans les nombreux rapports de tous les médecins de la marine, déposés à l'amirauté pendant le temps indiqué (de 1830 à 1837), n'avait encore publié que les résultats concernant trois commandemens maritimes, c'est-à-dire environ la moitié de la marine de la Grande-Bretagne; mais déjà ces premiers résultats avaient causé une telle surprise, par les faits inattendus et surtout par la diminution survenue depuis quelques années dans la mortalité de cette partie importante du service public, et par la différence prodigieuse qui existait encore, malgré cette diminution entre la mortalité de chacun de ces trois commandemens, que l'on attendait avec empressement la seconde et dernière partie de cette enquête, qui devait comprendre, parmi les autres commandemens maritimes, celui des îles britanniques et des mers environnantes; car il était bien intéressant de savoir si les résultats presque merveilleux fournis par la première partie de l'enquête sur les mers lointaines qui baignent les rives de l'Amérique du sud se reproduiraient aussi sur celles qui entourent l'Angleterre. L'amour de la patrie, l'orgueil britannique permettaient à peine de douter que les mers qui environnent la mère patrie, et qui sont plus qu'un second sol pour une grande partie de sa population fussent moins favorables à la santé de ses enfans que celles de l'Amérique du sud, dont les rives incultes et inhabitées, situées presques toutes entre les tropiques, sont, dans toutes les conditions regardées comme les plus insalubres, et n'offrent pas, sur une étendue de plus de 1,200 lieues, un seul point où le marin, atteint d'une affection grave, puisse trouver un hôpital sur le sol anglais.

Aujourd'hui, l'enquête ordonnée sur l'état sanitaire de la marine pendant les sept années, de 1830 à 1837, est complète; la seconde partie, qui comprend trois nouveaux commandemens maritimes, ayant été publiée récemment. Nous retrouvons, dans cette partie de l'enquête, le même plan et la même marche que dans la précédente, et malgré les nombreuses discussions sans cesse agitées sur la meilleure manière de classer les faits, on ne pouvait adopter un plan plus avantageux et qui se rapprochât plus du but primitif de l'enquête. Dans ces recherches, de même que dans les premières, M. Wilson n'a pas hésité à indiquer les principaux moyens d'amélioration qui ont été introduits dans cette partie du service de la marine, et les heureux résultats qui en ont été obtenus. Les chiffres que nous allons offrir ne sont pas aussi favorables que ceux des commandemens dont il a été question dans notre premier travail; car la moyenne de la mortalité qui résume presque tous les élémens de ces recherches s'y est trouvée notablement plus élevée, malgré l'influence exercée sur le chiffre général par les

science et ceux de l'illustre compagnie, ne répond nullement à l'attente des promoteurs du débat. L'arme du scandale est brisée dans leurs mains : qu'ils cherchent maintenant, et qu'ils montrent ce qu'il y a de scientifique dans le factum soumis à leur examen. C'est alors qu'on verra parfaitement ce qu'ils voulaient. Dépouillée de ses prétextes et de ses semblans scientifiques, leur cause se montrera ce qu'elle est ; l'attaque réduite à elle-même cessera d'être autre chose qu'une insinuation injurieuse et une suspicion diffamatoire. Mais sans les auxiliaires sous lesquels on l'avait déguisée, on se gardera bien de la reproduire.

Par la résolution qu'elle a su prendre, l'Académie a trouvé le moyen de tout concilier. Il faut l'en féliciter ; elle aurait pu (et il ne s'en est fallu que de deux voix), mettre tout au néant. Mais la leçon eût été trop directe et trop dure. En annulant ce qu'avait fait la commission, ainsi que M. Pariset et quelques autres membres l'avaient proposé, elle eût paru se désavouer elle-même ; et pour mettre sa conscience d'accord avec sa considération, elle a préféré un *mezzo termine* qui, en frappant la commission d'impuissance et d'interdit, n'a pas eu l'inconvénient de la faire se déjuger. Pour achever de montrer la haute moralité de ce résultat, il suffira de citer les noms des honorables membres qui y ont concouru.

M. Louis a ouvert la brèche avec une franchise et une fermeté qui n'ont étonné personne, pas même ceux qui s'attendaient le moins à cette manifestation. Le rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE n'avait personnellement aucun droit à cet acte de dévoûment (car il en fallait dans cette affaire), de la part de l'auteur de la méthode numérique. Mais M. Louis est un de ces hommes qui défendent la vérité pour elle-même, et son suffrage n'en est que plus capable de faire oublier les efforts de ceux qui ne puisent pas leurs inspirations à la même source. M. Louis a particulièrement insisté sur l'absence de toute base à la discussion ; les vingt-quatre sujets cités par M. Malgaigne, ne fussent-ils pas guéris, ce qui n'est pas démontré, qu'on n'en pourrait rien conclure contre la myotomie rachidienne, ni contre les assertions de M. Guérin : car il y a, de l'aveu de ce dernier, 131 malades dont la déviation n'est pas redressée. Cet argument, que nous avons plusieurs fois reproduit, a acquis une nouvelle force dans la bouche de M. Louis. Mais ce qui a surtout frappé, c'est la manière noble et digne dont il a flétri le système de l'enquête. Sa parole a tellement porté coup, que les adversaires eux-mêmes ont accordé le principe, sauf à se contredire ouvertement pour l'application. Enfin, M. Louis a jugé comme elle devait l'être la présence, dans la commission, d'un homme dont les ressentimens expliquent jusqu'à un certain point le zèle, mais ne le justifient pas. Cette censure sévère est le complément de la récusation que M. Velpeau a cru pouvoir braver : elle n'a pas été de son goût, et il a essayé de s'y soustraire en niant une animosité que trahissait chacune de ses paroles. Efforts stériles ! le souvenir en restera. On a beaucoup parlé après M. Louis, mais personne ne lui a répondu.

M. Royer-Collard a dit quelques mots du système déplorable dans lequel on avait engagé l'Académie, et sa parole vibrante a éveillé de nombreuses adhésions parmi les membres, et les personnes qui assistaient à la séance. Il est à regretter peut être qu'un homme qui, comme M. Royer-Collard, porte au plus haut degré le sentiment de l'indépendance et de la vérité, se croie obligé de sacrifier ses convictions sur un point pour en faire triompher un autre. Les véritables appréciateurs de son caractère et de son talent, ne peuvent lui savoir gré de cette condescendance en faveur de ceux dont il paraît priser assez peu le suffrage. — MM. Orfila et Blandin ont donné des explications aussi claires que complètes sur ce que fait la commission orthopédique des hôpitaux. Cette commission n'a pas simplement pour but, ainsi que M. Velpeau a cherché à le faire croire, de décider s'il y a lieu ou non de maintenir le service de l'hôpital des Enfans. Elle s'occupe surtout de constater la réalité des résultats annoncés par M. Guérin dans sa statistique, et la myotomie rachidienne est examinée, a dit M. Blandin, avec tout le soin et toute l'attention qu'elle mérite. C'est une tactique assez mauvaise que de chercher à annihiler d'avance l'effet d'un résultat que l'on craint. La commission, a dit M. Velpeau, viendra nous apprendre que M. Guérin guérit des strabismes, des torticolis, des pieds-bots, coupe des tendons d'Achille, fait ce que tout le monde fait. Dans la prévision que la myotomie rachidienne n'est peut-être pas tout à fait aussi mauvaise qu'il l'avait dit, il a pris soin d'ajouter que M. Guérin n'est point l'inventeur de cette méthode. La commission et M. Guérin ont là un avant-goût de ce qui les attend. L'une aura sacrifié son temps, aura suivi avec une patience et un zèle incomparables les efforts infatigables de l'autre ; celui-ci aura dépensé sa considération, sa fortune, son repos, à faire triompher quelques idées, à convaincre des incrédules ; et quand il sera arrivé à ne leur plus laisser de prétexte, il n'aura fait que ce que tout le monde fait ; il n'aura rien trouvé, rien imaginé, rien perfectionné que dis-je, tous ces *miracles* que personne ne pouvait croire ni comprendre, deviendront des banalités de la science et la pâture de M. Velpeau. Un spirituel et facétieux coadjuteur de ces messieurs, n'a-t-il pas ajouté d'ailleurs que la commission était frappée d'avance de discrédit. Une telle injure a été une bonne fortune pour M. Blandin. L'honorable membre a répondu avec une noblesse, une chaleur et une dignité qui ont dû bien faire repentir l'auteur d'une aussi indécente provocation. Jamais M. Blandin n'a parlé mieux devant l'Académie. N'oublions pas non plus M. Pariset qu'un besoin invincible de rappeler l'Académie à sa véritable destination, a fait sortir de sa réserve et de son silence habituels ; ni M. Adelon que sa droiture a converti à la cause de la science et de la vérité ; il l'a déclaré avec une franchise que l'honore ; ni enfin M. Barthélemy qui a clos le débat aussi dignement que M. Louis l'avait ouvert. « La considération des compagnies savantes, a dit M. Barthélemy, se compose de la considération de ses membres. » Et, avec sa parole puissante et grave, il a montré comment une académie qui favoriserait un système de dénigrement individuel, aurait bientôt perdu elle-même ce qu'elle aurait fait perdre à ceux qui lui appartiennent. La nomination de la commission, l'examen forcé des malades, l'enquête domiciliaire, les promesses et les présomptions de l'auteur du factum, ont été jugés une dernière fois comme ils devaient l'être, et c'est sur l'impression profonde produite par l'improvisation de M. Barthélemy, que l'Académie a clos les débats et a adopté la motion que l'on connaît.

MM. Roux, Velpeau et Gerdy ont continué leur rôle d'adversaires avec une persistance digne d'un meilleur succès. Tous trois se sont plaints des injures de la GAZETTE MÉDICALE : ils paraissaient avoir beaucoup compté sur l'exhibition de leurs blessures. L'Académie, qui savait à quoi s'en tenir, a paru peu touchée de leurs doléances : elle n'y a vu que des argumens très faibles contre la myotomie rachidienne et en faveur de l'enquête do-

lièrement, ledit journal est parvenu à convertir un échec assez peu douteux en une éclatante victoire à l'usage de ses lecteurs. C'est toujours du droit de libre discussion.

conditions, qu'on supposait si favorables, du commandement des îles britanniques, et qui réellement ont été inférieures à ce que l'on en attendait. Bien que ces résultats ne se trouvent pas sur tous les points en opposition directe avec les idées généralement reçues sur la salubrité de ces différentes contrées, cependant, il n'a pas fallu moins que l'évidence des faits pour prouver à nos voisins que les mers de l'Amérique du sud étaient plus favorables à la santé des marins anglais que le détroit de St-George et les ports de l'Angleterre.

COMMANDEMENT DU CAP DE BONNE-ESPÉRANCE ET DE LA CÔTE OCCIDENTALE D'AFRIQUE. Les tableaux que nous allons présenter embrassent une partie considérable du service de la marine, bien que reposant sur des chiffres en apparence peu élevés. Ils comprennent non seulement tous les vaisseaux attachés à la station du cap, mais encore tous ceux qui se trouvent sur presque toutes les mers dont l'Afrique est entourée, le commandement renfermant toutes les côtes orientales et méridionales du continent, qui, avec les côtes occidentales, constituent presque tout le circuit de la Péninsule africaine, à l'exception de la partie que baigne la Méditerranée et comprenant en outre un grand nombre d'îles, dont l'île Maurice est la plus importante, et surtout une immense étendue de croisières. Telle est au moins l'étendue qui fut donnée, en 1820, à ce commandement, et qui depuis n'a éprouvé que des variations bien peu importantes. La plupart de ces vastes côtes dont les vaisseaux s'éloignent rarement présentent, sur presque tous les points, le même climat, pour ce qui concerne la température ; elles sont toutes sous les tropiques, à l'exception d'une très petite portion au nord du cap de Bonne-Espérance, et, lorsque des causes locales ne s'y opposent pas, la moyenne de la température de toutes ces contrées placées sous les tropiques n'offre que des différences peu importantes, sur des points correspondans. Mais, à part cette analogie, il y a une grande différence sous les autres rapports dans l'action du climat de ces vastes espaces sur la santé de l'homme. On comprend toute l'importance qu'il y aurait à suivre et à constater ces différences, à connaître, par exemple, pourquoi les parties intertropicales de la côte africaine, soit à l'est, soit à l'ouest, sont généralement si malsaines, tandis que l'île Maurice est au contraire très favorable à la santé, et cela, indépendamment de l'action du soleil, qui surplombe presque également sur ces différentes contrées.

Les marins de ce commandement sont pourtant beaucoup moins exposés aux influences délétères qui règnent sur presque toutes les côtes de l'Afrique occidentale que les troupes de terre qui perdent, par exemple, à Sierra-Léone, près de la moitié de leur effectif chaque année (483 morts sur 1000 annuellement). Cependant on doit penser qu'ils n'y échappent pas complètement. En effet, un grand nombre de navires de ce commandement employés à empêcher la traite et l'embarquement des esclaves et à poursuivre les navires qu'ils supposent en être chargés sont obligés, par la nature de ce service, de se tenir toujours très près du littoral, à l'embouchure des rivières, dans les criques et autres lieux isolés et où les causes auxquelles on attribue ces influences délétères ont une si grande énergie. Les croisières sont toujours longues et pénibles dans les latitudes basses où les marins subissent l'influence d'une température très élevée et de lourdes pluies périodiques ; réduits la plupart du temps et presque exclusivement au régime des viandes salées, obligés de faire une partie de leur service dans des barques et forcés d'en venir souvent aux mains avec les navires né-

miciliaire. Cependant MM. Roux, Velpeau et Gerdy ont droit à une satisfaction qu'ils n'ont pu recevoir devant l'Académie : nous nous empressons de la leur donner.

La GAZETTE MÉDICALE n'a point adressé d'injures à ces messieurs : si elle avait pu, même exceptionnellement pour eux, se départir de ses habitudes de modération et de courtoisie, elle en aurait un sincère regret. Mais de quoi s'agit-il? La GAZETTE MÉDICALE, pour mieux faire ressortir le système d'inquisition imposé à M. Guérin, en a généralisé l'application. Elle a supposé, elle a simplement supposé qu'on pût l'appliquer ailleurs, et avec un peu plus de fruit, peut-être, dans l'intérêt de la science et de l'humanité; et vite ces Messieurs de crier à l'injure, au scandale! Qu'ils se rassurent pourtant. Ce n'est point là une menace. La GAZETTE MÉDICALE sait ce qu'elle se doit. Si pendant quinze ans elle a refusé de grossir ses colonnes de tous les méfaits chirurgicaux qu'on a publiés avec empressement ailleurs, si elle a passé sous silence les opérations de taille sans calcul, d'anévrismes pris pour des abcès, d'applications de forceps abandonnées au gré de la nature, si elle a résisté cent fois à dire tous les exploits de piraterie chirurgicale dont on l'étourdissait, si elle a laissé dans l'ombre ce que des puritains de récente fabrique ont étalé au grand jour avant leur édifiante conversion, ce n'est pas pour commencer si tard à user d'un système qui lui a répugné de tout temps. Depuis qu'elle existe, la GAZETTE MÉDICALE n'a jamais cessé d'être digne avec ses adversaires; elle continuera à l'être. Peut-être a-t-on à lui reprocher de ne s'être pas assez tenue sur le pied de guerre; elle y pourvoira désormais; *si vis pacem, para bellum* : elle a vérifié un peu à ses dépens la justesse de ce vieil adage. Mais il n'est jamais trop tard pour s'amender.

M. Roux est de nouveau revenu sur les entraves que M. Guérin aurait apportées à l'examen de la commission. Pour toute réponse, on lui a demandé les preuves d'une telle imputation, et il s'est tû. Mais il a insisté pour savoir comment M. Guérin, qui avait demandé une commission il y a dix mois, ne profitait pas avec plus d'empressement de celle qui existe aujourd'hui. C'est que, indépendamment des raisons assez plausibles que M. Guérin a données devant l'Académie, il en est une autre que M. Roux sait bien et qu'on peut surtout exprimer ici. M. Guérin n'a pas confiance dans la majorité de cette commission; il a le travers de croire qu'on ne peut être convenablement jugé par des adversaires, et par des adversaires surtout qui cachent ou nient leurs hostilités. Les deux collègues de M. Roux ne lui cèdent en rien à cet égard; il est superflu de le faire remarquer.

Nous pourrions être accusé de partialité si nous omettions de dire en terminant que M. Gerdy a provoqué, par une sortie contre les convenances, de nombreux applaudissemens. L'honorable membre n'est point partisan des convenances : elle n'existent, a-t-il dit, que chez les peuples corrompus. Si la théorie de M. Gerdy est aussi sûre que sa pratique, ce doit être un homme d'une pureté irréprochable.

PHYSIOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS PHILOSOPHIQUES SUR LA MALADIE COMPARÉE A LA VIEILLESSE; par M. le docteur BOURGERY (1).

Du premier coup d'œil que l'on jette sur le corps vivant, on reconnaît que la circulation générale est, pour l'ensemble des produits matériels, ce qu'est le système nerveux central pour les forces, c'est-à-dire la somme en même temps que la source de toutes les élaborations partielles, et le moyen commun de subordination et de liaison de toutes les parties entre elles et avec l'organisme. Sous le nom de *grande circulation*, on comprend l'ensemble des vaisseaux qui, à partir du cœur gauche et de l'aorte, distribuent dans tous les organes le sang rouge par les artères, et en rapportent au cœur droit le sang noir et la lymphe, par les veines et les vaisseaux lymphatiques. La communication des artères avec les veines aux extrémités périphériques, c'est-à-dire dans l'intimité de tous les tissus, se fait par l'intermédiaire de très petits vaisseaux microscopiques que l'on a nommés *capillaires*, en raison de leur volume. Voici donc, avec la *petite circulation pulmonaire*, du cœur droit au cœur gauche, le cercle circulatoire complet, tel qu'on le comprend depuis Harvey; mais il n'a rapport qu'à la circulation d'ensemble. Aux extrémités, chaque organe ou tissu distinct, unique ou multiple, nerf, viscère, membrane, muscle, ligament, os, etc., peut être considéré comme un petit organisme distinct, fonctionnant à part, et comme tel, ayant son organisation spéciale, composée de ses nerfs et de ses vaisseaux, reliés à l'ensemble, et d'un tissu qui lui est propre; le tout composant une petite circulation partielle. Or, depuis longtemps les travaux de la science en étaient restés à la *circulation générale* : c'est donc en reprenant la suite des recherches de Malpighi, Lenwenhoëck et Ruysch, de reconnaître les *circulations partielles*, sources de toutes les élaborations organiques, qui est l'objet de la science toute moderne de l'histologie.

En premier fait, dans tout organe il y a une masse considérable de vaisseaux d'apport et de retour, qu'il faut en retrancher comme n'appartenant pas au tissu proprement fonctionnel : tels sont les artères, les veines et les lymphatiques, appartenant à la circulation générale, jusqu'à un certain degré les nerfs de liaison avec les appareils ganglionaire et cérébro-spinal, et, suivant les organes, diverses sortes de cellules et de canaux excréteurs, aériens, élaborateurs de tout genre, etc. L'espace envahi par ces élémens étrangers au tissu véritablement fonctionnel est très considérable, en raison des nombrenses subdivisions nécessitées pour atteindre partout à la capillarité microscopique, condition première de toutes les réactions, qui ne peuvent se faire qu'à l'état moléculaire; aussi, d'après mes recherches, partout cet espace ne réclame-t-il pas moins du tiers à la moitié du volume des organes eux-mêmes.

(1) Cet article est extrait d'un discours philosophique qui doit se trouver en tête de l'histoire du système nerveux du TRAITÉ D'ANATOMIE publié par MM. Bourgery et Jacob. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ce morceau capital en entier. Ce que nous en publions suffira pour donner un vif désir de lire le reste. Nous saisissons avec empressement cette occasion de rappeler que le magnifique et consciencieux ouvrage de MM. Bourgery et Jacob continue à être publié avec la plus grande régularité. (NOTE DU RÉD.)

griers. Ce service doit évidemment être contraire à la santé et souvent très meurtrier; et cependant il y a des années où ces différentes causes restent sans action. Ces espèces d'exceptions ou de rémissions qui persistent quelquefois pendant un temps très long, dans ces localités malsaines, sont une des causes qui embarrassent le plus et souvent découragent l'observateur de bonne foi; car, dans ces cas, les conditions auxquelles on attribue ces influences meurtrières semblent aussi prononcées qu'aux autres époques, et cependant leur action ne se manifeste pas. Cette absence de correspondance ou de liaison entre ce qu'on regarde comme cause et effet, est bien propre à porter l'homme qui se livre à la recherche des causes réelles des maladies à désespérer de l'objet de ses investigations et à les abandonner. Espérons cependant que l'époque n'est pas éloignée où, à l'aide d'une méthode réellement rationnelle et suivie avec l'activité et l'intelligence qu'exigent ces sortes de travaux, ce problème si important approchera de sa solution.

Le chiffre des marins qui montent les vaisseaux du commandement dont nous nous occupons s'est élevé pour les sept années à 10,591, ce qui donne une moyenne de 1,513 pour chaque année. Le nombre de navires qui la plupart étaient de petite dimension, et quelques-uns même des moindres grandeurs, a varié pendant les sept années de 16 à 25. Une frégate d'une force considérable, accompagnée quelquefois de deux ou trois vaisseaux du même rang porte ordinairement le pavillon amiral. Voici le relevé des différentes maladies dont ont été atteints ces marins pendant les sept années indiquées.

Maladies.		Chiffre total.	Malades sur 1000 annuellement.	Réformes sur 1000 annuellement.	Morts sur 1000 annuellement.
Fièvres	continues.... 1065 rémittentes... 312 intermittentes. 210	1587	149,8	5,4	12,6
Maladies organiques du cerveau.		31	2,9	0,6	0,8
Inflammations des poumons....		212	20,0	0,8	0,6
Catarrhe pulmonaire.........		1914	180,7	0,9	0,2
Phthisie..................		36	3,4	0,9	1,5
Hémoptysie................		21	2,0	0,3	0,2
Inflammation du tube digestif..		35	3,3	0,2	0,5
Diarrhée..................		888	83,8	0,1	0,2
Dysenterie................		527	49,8	1,4	3,4
Inflammation du foie		179	16,9	2,3	0,4
Delirium tremens............		10	0,9	0,2	0,2
Rhumatisme................		832	78,0	4,2	0,4
Syphilis		408	38,5	0,8	0,2
Gonorrhée.................		207	19,5	—	—
Inflammation superficielle des extrémités..................		1811	171,0	0,1	0,8
Ulcères..................		881	83,5	2,0	—
Plaies et accidens..........		2302	217,0	7,2	2,5
Maladies légères et fréquentes..		2977	244,4	22,8	0,5
Totaux............		14858	1,403	45,6	25,2

Quant aux tissus fonctionnels, rationnellement c'est le système capillaire, intermédiaire des artères aux veines, et, dans tous les tissus, complément au même titre du grand aqueduc de la circulation générale, qui semble devoir être le point de départ et l'aboutissant de toutes les circulations partielles, et leur nœud de jonction avec la circulation générale. C'est effectivement ce qui résulte aussi de l'observation microscopique. D'après les travaux anciens de Malpighi et de Ruysch, corroborés par ceux des savans micrographes de nos jours, en tête desquels il faut citer MM. J. Berres, Hyrtl, Doëllinger, Müller, Wagner, E. Burdach, Valentin, Gruby, etc., comme aussi d'après les miens propres, le système capillaire se modifie dans tous les tissus pour prendre dans chacun d'eux un caractère spécial, en formant d'innombrables réseaux, tous variables de forme, de volume, d'intrications et d'anastomoses. Mais, en outre, suivant mes observations personnelles, de ces capillaires, encore sanguins puisqu'ils sont assez volumineux pour admettre les globules du sang que l'on y reconnaît, partent, dans beaucoup de tissus, d'autres capillaires beaucoup plus déliés, très inférieurs en diamètre au globule du sang, et ne pouvant charrier que le fluide sanguin ou d'autres liquides inconnus produits des diverses élaborations organiques qui sont emportés par les myriades de capillaires microscopiques veineux et lymphatiques, et par les radicules des canaux excréteurs. Tels que je viens de les indiquer, ces appareils capillaires spéciaux, de formes distinctes, véritables filtres variables de volume, de solidité, d'agencement, d'organisation, de perméabilité, de sensibilité, etc., et mêlés à un tissu cellulaire propre, forment, par leurs associations, les corpuscules, aréoles, papilles, villosités, canalicules, granulations, glandules, fibrilles, etc.; en un mot, tous ces *organules* microscopiques si nombreux et si différens les uns des autres, dont l'agglomération sur une plus grande échelle constitue les lobes, lobules, faisceaux, et finalement les organes eux-mêmes, et fait que ceci est un cerveau, cela un foie, cet autre un muscle, un os, etc., car les différences entre les organes ne sont que la résultante de celles des organules qui les composent.

Or, ce sont ces appareils microscopiques, réseaux capillaires et organules, qui sont les véritables organes fonctionnels. Composant et charriant des liquides inconnus, préparatoires aux liquides généraux, ils sont le siége de ces circulations partielles périphériques greffées sur la circulation générale, dont elles montrent partout les sources en même temps que les terminaisons. C'est l'ensemble de ces organules qui compose ce monde étrange et merveilleux des infiniment petits, où s'élaborent et s'accomplissent, par les actions moléculaires et sous l'incitation des nerfs spéciaux, toutes les transformations matérielles dont, en physiologie et en anatomie pathologique, on ne saisit que les résultats accomplis. En effet, au double point de vue physique et chimique, ces organules se présentent comme les instrumens formateurs des divers principes immédiats, et, à ce qu'il me semble, donnent l'idée d'autant d'appareils microscopiques, moitié filtres, moitié piles galvaniques, qui ne laissent passer les liquides, ou leurs élémens atomiques, oxygène, hydrogène, carbone et azote, que suivant certaines proportions déterminées : le tout sous l'influence et avec l'addition de la force nerveuse. De ce travail organique résulte, suivant le tissu, ici un liquide, soit préparatoire à une autre élaboration, soit nutritif ou dépurateur; là, un acte d'assimilation d'un produit nouveau et de séparation d'un élément ancien. Sans pouvoir encore rien spécifier dans les détails, on comprend du moins dans l'ensemble que tous les organes recevant un même sang artériel homogène doivent rendre, après leurs élaborations diverses, des résidus veineux et lymphatiques tous différens et par conséquent hétérogènes; mais ces détritus sont destinés à trouver leur emploi. Dans cette chimie vivante les organes, pour la nutrition commune, me paraissent jouer, les uns par rapport aux autres, le rôle de préparateurs des élémens nutritifs, par une sorte d'antagonisme de composition chimique, si bien que, sauf la portion excrémentitielle, ou les anciens élémens non utilisables et qui doivent être rejetés, pour tout le reste, rien n'est perdu, rien n'est isolé, le résidu de l'un devenant la matière nutritive de l'autre, et réciproquement; de sorte que le produit d'une première élaboration va servir à une seconde, puis à une troisième, et ainsi de suite dans tout l'organisme, par une chaîne sans fin d'actes nécessaires à chacun et à tous, à la molécule et à l'ensemble. Au-dessus de tous est le système nerveux, et son chef, le cerveau, qui consomment beaucoup, parce que c'est par et pour eux que tous consomment, mais aussi qui donnent à tous le mouvement et la vie.

Les *organules* microscopiques quels qu'ils soient étant la partie fonctionnelle, et par conséquent l'élément essentiel de la texture propre à chaque organe, c'est à les amener à l'état viril, qui représente la plénitude de puissance de l'organisme, que s'épuise la prédominance de l'action vitale. Et comme ils augmentent en nombre et deviennent plus complexes dans leur structure à mesure que l'on s'élève dans la série des organismes, de même que les organes ils passent pour leur formation par des états antérieurs transitoires. Parvenu à l'âge adulte, c'est par la détérioration lente des organules microscopiques dans les divers appareils et peu à peu par leur destruction que s'effectuent ces modifications organiques qui se traduisent par l'affaiblissement des fonctions et les ravages que déterminent les progrès de l'âge dans tout l'organisme. Au point où j'en suis arrivé par mes observations microscopiques à ce sujet, je crois pouvoir établir que, dans tous les tissus, les organules fonctionnels, à partir de trente-cinq ans, commencent à diminuer de nombre et deviennent de moins en moins vasculaires à mesure que l'homme s'avance vers la vieillesse, suivant une marche d'autant plus rapide que l'âge est déjà plus avancé ou, ce qui revient au même, que le sujet est plus affaibli. Et comme en général aussi, d'après des observations que j'ai déjà consignées ailleurs, l'homme est celui de tous les êtres où les divers appareils sont le plus travaillés dans leur structure, la détérioration des organules peut être considérée comme une simplification de la texture qui redescend de l'organisme le plus élevé vers ceux qui lui sont inférieurs. Tous les faits de la science tendent maintenant à confirmer cette proposition.

Or cette détérioration des tissus que l'âge amène, et qui constitue l'usure sénile, se reproduit avec quelques variantes encore plus graves dans les maladies. Au point de vue général, la vieillesse et la maladie ont les mêmes résultats, si bien que la vieillesse peut être considérée comme une longue maladie générale, ou la maladie comme une vieillesse locale plus ou moins brusquement précipitée, qui détruit l'équilibre de l'organisme par l'état sénile accidentel de l'une de ses parties.

J'ai déjà dit que c'était par l'examen microscopique du poumon, à divers âges, qu'avait commencé pour moi la série de ces observations. J'avais constaté que les parois des canaux aériens microscopiques, que j'ai nommés *labyrinthiques*, d'abord très vasculaires dans l'enfant, l'étaient déjà moins dans l'adulte. En poursuivant, je reconnus que, à

Il résulte de ce tableau que les marins appartenant à ce commandement fournissaient annuellement 1403 malades sur 1000 hommes, que chaque marin a dû être porté une fois sur la liste des malades en 8 mois, et que le chiffre des morts, ayant été de 25,2 et celui des réformés de 45,6 pour 1000 annuelllement, le nombre des hommes enlevés chaque année pour toujours au service est monté à 70,8 pour 1000 annuellement. Voici le chiffre de ces pertes pour chacune des années comprises dans le rapport.

	Morts sur 1000.	Réformés sur 1000.
1830	36,1	65,9
1831	20,5	48,1
1832	25,2	49,9
1833	25,1	40,5
1834	27,6	41,9
1835	16,0	38,1
1836	14,8	29,5
Moyenne	25,2	45,6

Cette perte, extrêmement considérable, surtout si on la compare à celles qu'ont éprouvées pendant les mêmes années, les commandemens de l'Amérique du sud, et de la Méditerranée, ne paraîtra cependant pas très forte si l'on tient compte de la position de la plupart des ports et des côtes que comprend ce commandement dans les positions intertropicales, et surtout si on la compare à celle des Européens et des troupes de terre qui résident dans ces localités; nous dirons plus encore : ce chiffre sera regardé comme très favorable si on le rapproche de celui des années antérieures. Nous allons trouver dans l'examen des maladies qui règnent sur ces mers l'explication de cette diminution.

Les fièvres sont la cause principale de la mortalité qui pèse sur les marins de ces commandemens, car elle s'élève et s'abaisse constamment en rapport avec l'intensité différente avec laquelle règnent les fièvres. Or, ces dernières n'offrirent que très peu d'intensité pendant toute la période qu'embrasse le rapport, comparativement avec celle qui l'avait précédée, et quelques-uns même des années qui l'ont suivie. Cependant, malgré cet abaissement temporaire de l'intensité des fièvres, ces maladies ont encore frappé 149 individus, par an, sur 1000, et dont 12,7 sur 1000 ont succombé, tandis que 5,4 étaient réformés, ce qui porte à 18 sur 1000 le chiffre des individus enlevés annuellement au service par les fièvres.

Pour apprécier exactement la valeur de ces chiffres, et les comparer avec ce qu'on observe dans d'autres contrées, il ne sera pas sans utilité de jeter un coup-d'œil sur leur nature. Bien que le chiffre attribué dans le tableau précédent aux fièvres continues, soit plus considérable que celui des deux autres ordres (intermittentes et remittentes) réunis, cependant, il est probable que la plupart de ces fièvres continues sont de la même nature que les fièvres à périodicité appréciable. Telle est au moins l'opinion du docteur Wilson, et à l'appui de laquelle viennent des observations analogues faites depuis quelques années par les médecins français en Grèce et en Algérie. Les motifs sur lesquels il base cette opinion, sont même de nature sinon à la rendre évidente, au moins à laisser peu de doute sur son exactitude. Ainsi, lorsqu'il voit un navire placé dans les

partir de l'âge adulte, à mesure que les petits vaisseaux diminuent de nombre, les canaux labyrinthiques se dilatent, puis leurs parois d'adossement se rompent, et plusieurs se convertissent en un seul il en résulte une petite chambre ou loge aérienne où l'air séjourne et dont les parois sont presque dépourvues de *capillaires sanguins respiratoires*. Le résultat est que le sang qui traverse ces parois, par les fragmens conservés de *capillaires circulatoires*, passe veineux ou très imparfaitement oxygéné du cœur droit au cœur gauche. Le même phénomène, que j'ai démontré n'être autre que ce que l'on a si mal nommé l'*emphysème* du poumon, envahissant peu à peu toute l'étendue de l'organe, le transforme, chez le vieillard décrépi, en un assemblage de cellules aériennes qui rappelle le poumon du reptile. Or la fonction respiratoire s'altérant dans la même proportion que la texture, il est évident que, comme chez le reptile aussi, une portion considérable de sang noir passe dans les artères, et contribue à augmenter chaque jour de plus en plus les vices de nutrition des organes et la langueur des fonctions.

Passant de l'examen microscopique du poumon normal à celui du poumon malade, voici très sommairement ce que j'ai reconnu. Dans toute portion de poumon à l'état de congestion prolongée ou de phlegmasie, les canaux aériens se remplissent de liquides, et les membranes venant à se déchirer, il en résulte de petites cavités pleines de liquides dans lesquelles pendent leurs débris. Dans cet état le tissu pulmonaire ne cesse point encore d'être un organe respiratoire; seulement les conditions ne sont plus celles du poumon sain des mammifères. Dans le milieu atmosphérique, une couche liquide, plus ou moins imprégnée d'air, sépare les gaz des surfaces sanguines d'absorption; c'est donc ici une sorte de respiration branchiale qui s'établit encore accidentellement. A l'observation d'une surface de poumon un peu étendue, les hasards des déchirures, qui transforment plus ou moins l'appareil labyrinthique d'un lobule en petites cavernes aqueuses, la forme des fragmens et leurs développemens fongueux partiels, donnent toutes les formes connues des branchies. Dans cet état, si le désordre est assez limité, c'est-à-dire si ce mode de respiration presque branchial, insuffisant pour le mammifère, n'occupe pas une trop grande étendue, l'absorption des liquides s'opère, et la congestion étant disparue les cavernes séro-sanguines ou aqueuses deviennent des cavernes aériennes sèches. La guérison qui s'effectue est précisément le retour à la respiration aérienne, mais à une respiration aérienne descendue d'un degré plus bas. Le tissu pulmonaire sain du mammifère, dont la maladie a fait accidentellement un tissu branchial, remonte par la guérison au poumon de reptile et s'y arrête à jamais. C'est une portion d'organe vieillie ou d'une durée moindre, au milieu d'un organisme plus jeune, qui laisse passer du sang noir dans les artères, et par conséquent rompt l'harmonie de l'ensemble et diminue sa durée possible en proportion de l'étendue qu'elle occupe.

Je viens de montrer en quoi consistent les effets de la pneumonie, l'état le plus simple des altérations pathologiques du poumon; déjà nous voyous, comme conséquence de son passage, la destruction ou la détérioration partielle des organules; la maladie a précisément les mêmes effets que la vieillesse, car la guérison ne peut plus s'obtenir que par la descente dans un organisme inférieur, qui représente du même coup l'état physiologique de l'organe chez le vieillard.

S'il s'agissait de pousser plus loin ces investigations, pour peu qu'une maladie quelconque du poumon se prolongeât sur un point, nous la verrions bientôt en appeler une seconde, puis les deux une troisième, et ainsi de suite. Toutes se sollicitent, se produisent et s'engendrent l'une l'autre, disséminées sur des espaces plus grands ou plus petits, depuis le lobe entier jusqu'au point microscopique. Ce que l'on appelle une telle maladie du poumon ne serait donc que l'altération principale d'un plus grand volume, fait primitif de la désorganisation et point de départ des altérations secondaires, qui s'offrent en volume moindre que la première, et dans une intensité différente entre elles suivant leurs filiations de cause à effet, et leur rapports avec la cause première. Quant aux résultats des altérations organiques, le premier fait étant la détérioration, puis la destruction des organules fonctionnels, qui descend la portion altérée de l'organe vers un organisme inférieur : dans les affections chroniques, à mesure que la destruction opère des vides, pour remplir imparfaitement les cavernes qui en résultent, le tissu pulmonaire offrirait, comme phases de dégradation intermédiaire, d'abord des houppes fongueuses, c'est-à-dire vasculaires et par conséquent branchiales ou encore un peu fonctionnelles; au-dessous la conversion en tissu fibreux de liaison et non fonctionnel; puis les dépôts de produits du sang avariés; plus bas encore des dépôts de matière organisée anormale, et enfin de liquides et de matière inorganique. Tous ces effets qui s'engendrent, se pressent et s'accumulent avec plus ou moins de rapidité, dans les maladies, se produisent également plus ou moins sur les divers points, quoique avec lenteur, par les progrès de l'âge avancé. Telle est, par un seul organe, l'histoire générale du mode de destruction qui est commun à tous, d'après une succession de phénomènes analogues, sauf, bien entendu, les modifications nécessitées par les différences de texture fonctionnelle propre à chacun d'eux.

Dans cette chute graduelle de la plus haute organisation vers la matière inorganique, qui caractérise la maladie et la vieillesse, il est impossible de ne pas voir la lutte de la loi physique et de la loi vitale, et le triomphe continu de la première sur la seconde. Dès que la force vitale ou l'incitation des nerfs faiblit, le désordre cause le désordre, la maladie d'un organe appelle une autre maladie, et l'altération de la fonction va porter au loin, dans tout l'organisme, un trouble qui s'augmente rapidement de lui-même, par la complication des altérations secondaires qui s'engendrent partout les unes des autres.

J'ai pris le poumon pour exemple de la série de ces phénomènes, parce qu'il en a été pour moi le point de départ, et que sa texture, accessible au microscope sur tous les points, y rend la vérification de ces faits plus facile. Mais je me suis assuré que la loi de destruction est la même pour tous les tissus. Déjà, il y a quelques années, M. J. Berres a montré que la villosité intestinale devient de moins en moins vasculaire de l'enfant au vieillard; mais j'ai observé qu'elle diminue aussi beaucoup de nombre. M. N. Guillot a été plus loin. Il a prouvé que, dans la fièvre typhoïde, sur les portions d'intestins le plus affectées, les villosités et les aréoles se détruisent, et la surface de la muqueuse lisse, glabre et parcheminée, ressemble, dit-il, au gros intestin du vieillard. Ici les résultats sont identiques avec ceux que j'ai consignés plus haut. Un poumon caverneux, où passe l'air sans absorption d'oxygène, et un intestin mat, où passe l'aliment, sans absorption de chyle, n'est-ce pas une même chose? des deux côtés absence d'alimentation, de nutrition aérienne et alimentaire, en un mot, deux manières différentes de mourir de faim. Comme pour le poumon, la rate du malade ou du vieillard m'a montré la destruction de ses

---

conditions où l'on sait que l'influence des miasmes marécageux a une grande puissance, et qu'il trouve que, sur le livre du chirurgien du bord, un certain nombre de cas développés en même temps et avec des symptômes analogues, sont cependant indiqués, les uns sous le nom de fièvres intermittentes, les autres sous ceux de fièvre typhoïde, de fièvre jaune, de fièvre continue, il présume, et avec raison, que tous les cas doivent être rapportés à la même cause, et conséquemment sont des affections intermittentes. Or, les points où existent les circonstances favorables au développement de miasmes marécageux, sont extrêmement communs sur les rives de l'Afrique. Plusieurs localités même, ont dû être quittées par les Européens que ces fièvres y enlevaient tous en peu de temps. C'est pour ce motif qu'on a été forcé d'abandonner l'île de Fernando (Pô) qui était plus meurtrière peut-être qu'aucune des autres parties de ces côtes si malfaisantes. Si encore il existait quelque moyen de reconnaître et les conditions, et les lieux où se développent avec tant d'activité ces miasmes délétères, on aurait fait déjà quelques pas vers la connaissance de la cause mystérieuse de cette funeste influence. Mais il n'en est pas ainsi, et en Afrique comme en Europe, mais avec des résultats d'une bien plus effrayante activité, les lieux où les conditions marécageuses sont le plus prononcées, ne sont point les plus funestes. Partout, sur ces vastes côtes, la manière de vivre, le régime, les boissons, les vêtemens, les heures de sommeil, de travail et de repos sont les mêmes chez les marins; la nature des lieux, l'élévation de la température, et les points où le service appelle les marins, sont les mêmes toutes les années. D'où viennent donc d'aussi grandes différences? Pourquoi la cause indigène de la fièvre offre-t-elle des degrés si variés d'intensité dans les différentes années, quand toutes les conditions paraissent être les mêmes? L'agent qui détermine ces états morbides graves, de quelque nature qu'il soit, n'offre-t-il pas dans son action, un période d'augment, de maximum et de décroissement? Ce qui lui serait commun avec la cause des autres fièvres endémiques, du moins de celles qui règnent dans les contrées où la chaleur est très élevée. Celui qui aura déterminé son origine, et aura tracé les lois qu'il suit dans son évolution et son activité, aura rendu un éminent service à la science et à l'humanité; mais pour pouvoir arriver à cette connaissance, il est besoin de méthodes plus larges, et à la fois de faits plus circonscrits et plus complets.

Comme cette question de l'origine et de la nature des fièvres est l'une des plus importantes qui puissent être agitées à l'occasion de l'influence des localités, nous allons citer quelques-uns des faits que M. Wilson a rapportés à l'appui de son opinion. L'*Atholl*, dit-il, se trouvant dans la baie de Benin et ayant de fréquentes communications avec le rivage qui offrait la réunion de toutes les causes des fièvres intermittentes sous l'influence d'une chaleur atmosphérique rarement inférieure a 21° R., comptait à la fin de 1834, 31 cas de fièvre continue qui persistèrent assez longtemps avec les symptômes continus, bien que d'une médiocre intensité, et ce ne fut qu'au bout de quelque temps que les phénomènes morbides prirent une périodicité tranchée. Il arriva alors ce qu'on observe toujours dans les fièvres rémittentes, où la rémission, qui a toujours lieu, n'est cependant pas constamment caractérisée, et beaucoup de fièvres de ces contrées, indiquées sur le rapport comme des fièvres continues, doivent être regardées comme autant de fièvres rémittentes ou intermittentes. Ainsi encore le *Talbot*, qui se trouvait dans la baie de Benin en même temps et dans les mêmes conditions que l'*Atholl*, et

organules, et la conversion, par rupture des cloisons, de plusieurs vésicules en une seule. Pareille détérioration est offerte par les organules du foie, du rein et de toutes les glandes. Dans le cerveau, la substance grise pâlit, et les corpuscules microscopiques disparaissent. Les deux substances cérébrales, que l'on sait qui se résorbent dans les maladies, d'après M. Magendie, s'atrophient aussi chez le vieillard, et, dans les deux cas, sont remplacées par du liquide cérébro-spinal. Dans les nerfs, après leurs phlegmasies, et chez les vieillards, la pulpe diminue; elle s'absorbe même dans les paralysies. Dans les muscles, le cœur compris, par l'effet des mêmes maladies, comme aussi par la vieillesse, deux résultats se manifestent : la disparition du tissu musculaire, et suivant le cas, son remplacement par des tissus de remplissage, de la graisse ou du tissu fibreux. Également la peau, les membranes muqueuses, séreuses, le tissu cellulaire lui-même, témoignent dans leurs maladies, et chez les vieillards, de la destruction de leurs organules et de leurs capillaires circulatoires. Enfin, le dernier résultat de la vieillesse décrépite la plus saine et robuste, qui se représente à la longue dans les maladies chroniques les plus inoffensives, est la densité croissante des organes par fixation d'élémens plus solides et moins organisés, en remplacement des tissus plus mous et plus vivans, circonstance qui les rapproche des organes de même nature situés plus bas dans la série animale.

De l'ensemble des faits qui précèdent, on peut déduire les propositions suivantes, complétives des études de l'organisme.

La maladie et la vieillesse, dans des périodes de temps très différentes, ont pour effet commun la destruction ou la détérioration des organes par celle de leurs organules et de leurs capillaires fonctionnels microscopiques. En sens contraire de la formation embryonaire, où le développement des organes se fait, en général, par une série ascendante de phases intermédiaires, en passant par les organismes inférieurs pour arriver au mammifère et à l'homme : dans la vieillesse, et la maladie, le déclin et la destruction se font aussi, en général, par une série de phases intermédiaires, mais alors descendantes de l'homme vers les organismes inférieurs. Et de même que l'embryon renferme des organes qui simulent, dans un corps humain, des fractions dépareillées d'organismes inférieurs, le malade et le vieillard renferment non plus tels organes en entier, mais seulement telles fractions d'organes analogues de ceux des animaux, toutefois neutralisés sous l'influence des appareils en majorité qui lui sont propres, et surtout du système nerveux particulier à la race. Ainsi, dans la comparaison fœtale, comme il n'y a, avec les organismes inférieurs, que des analogies partielles et non une conformité générale : de même la comparaison sénile ne donne lieu aussi qu'à des analogies et avec les organismes inférieurs et avec l'organisme embryonaire. Il y a, qui repousse toute conformité aux deux extrêmes de la vie, la différence essentielle entre l'être en voie de formation ou de rapprochement vers le type commun, et l'être en voie de destruction ou d'éloignement du même type.

Pour le faire observer incidemment, la conséquence bien nette de ces observations, c'est que, dans toute maladie quelconque, il n'y a pas de guérison absolue comme on l'entend, car où la maladie a passé, la guérison n'est plus qu'un retour à la viabilité par un organisme permanent inférieur. Si ces effets ne sont pas appréciables dans les degrés inférieurs, ils n'en sont pas moins certains. De même que, en physiologie, dans le cours régulier de la vie, un jour, une semaine, un mois écoulés, ne laissent pas d'effets assez sensibles pour que l'on en remarque les différences, tandis que la succession des années, composées de jours et de semaines, nous montre pourtant que tous les instans de la vie comptent par leurs effets partiels sur le cours de l'ensemble : de même aussi en pathologie, c'est-à-dire dans le cours irrégulier de la vie, toute maladie, même la plus légère, laisse des traces plus ou moins percevables, et la durée de l'ensemble ou le fond de viabilité en est diminué d'autant. La congestion la plus éphémère amène pour le moins une tendance à la dilatation des plus petits capillaires, comme il s'en montre partout sous le microscope. Si elle se répète fréquemment, elle ne tarde pas à produire un état variqueux visible par sa teinte violacée, quand il se prononce à l'extérieur, par exemple sur la peau du visage, et qui, pour les viscères, s'annonce lentement par des langueurs dans les fonctions, signes avant-coureurs des altérations organiques. Augmentez ces effets, et vous voyez peu à peu se dérouler tout le tableau de la séméiologie et de l'anatomie pathologique. Après une maladie, ne fût-elle que de quelques jours, la somme de viabilité est diminuée en proportion de ce qu'a été le degré de la maladie. L'homme qui a été gravement malade pendant un mois, sauf de bien rares exceptions, se trouve, par l'organe qui a été affecté, comme s'il avait vécu un certain nombre d'années. Somme toute, il ne faudrait pas être malade, c'est-à-dire que, autant que possible, il faut prévenir la maladie, car c'est plus que de la guérir; et quand elle est survenue, il faut encore la guérir au plus vite.

Mais, dira-t-on, s'il n'y a point de guérison absolue, il n'y a donc point de médecine possible? Si fait, vraiment; car il y a guérison relative. Le rôle de la médecine est d'empêcher, à un moment donné, un effet d'usure de s'accroître. C'est tout ce qu'elle peut; mais elle le peut presque toujours en plus ou en moins, hors les cas où c'est le système nerveux lui-même, qui est frappé de sidération. L'effet accompli, qui déjà diminue la vie probable, soit par exemple d'un an, qui, si vous le laissez envahir, la diminuera de dix, de vingt, de trente ans, ou qui déterminera immédiatement la mort; cet effet, arrêtez-le, et la guérison relative fera bénéficier le malade de tout ce temps qu'il lui reste à vivre pour la moyenne d'organisme dans laquelle l'a mis l'altération partielle de l'organe qui a été malade. Sans doute on ne peut attendre cette précision sévère de tout médecin quelconque, ou même du plus habile en toute circonstance. Mais que la médecine, par ses progrès, arrive à peu près, ne fût-ce qu'en théorie, à ces résultats mathématiques, et elle sera encore ce que l'homme, dans la sphère des applications matérielles de son esprit, aura fait de plus beau, de plus noble et de plus utile. Lui demander davantage, ce que l'on fait si souvent, c'est montrer une ignorance entière, mais à la vérité bien excusable du problème à résoudre. Le médecin n'agit sur la force vitale qu'en opposant quelques-uns de ses effets aux autres, des diminutions ou des surexcitations de sensibilité à d'autres, en un mot, des maladies artificielles à des maladies naturelles. Pour modifier les perturbations de la vie sur un point, il n'a d'autres moyens que de puiser lui-même dans la source commune de la vie, et de la diminuer d'autant. Dans ces conditions, lui demander de rétablir l'organisme dans son premier état, c'est vouloir revenir sur ce qui est accompli; c'est croire qu'il peut dominer la résultante moyenne, physique et vitale, sur laquelle il n'a d'action que par elle-même; c'est attendre de lui de pouvoir refaire l'organisme, qui n'appartient qu'à son auteur; c'est enfin exiger l'impossible et par conséquent l'absurde.

---

pourvu d'excellentes provisions, eut pendant ce temps 26 cas de maladie qui sont portés sous le titre de fièvres typhoïdes (*typhous fever.*) Cette fièvre, qui était très légère, et qui guérit facilement à l'aide d'un traitement peu compliqué, ne pouvait être rapportée au typhus qu'on observe si rarement dans ces circonstances. Dans quelques cas, ces fièvres ont présenté un bien autre intérêt. Ainsi, le *Plumper*, qui portait 50 hommes d'équipage, en perdit devant Sierra-Leone 24, en moins de six semaines, sur 35 qui furent dirigés vers l'hôpital, et fut obligé de cesser pendant quelque temps tout service actif dans la station. Des 35 cas de fièvres intermittentes qui sont indiqués pour 1830, 11 furent réformés, et de semblables mesures sont devenues souvent nécessaires dans des cas analogues. Aussi lorsque ces fièvres sont très répandues, elles portent un préjudice réel au service. Beaucoup d'hommes congédiés à la suite de ces fièvres, guérissent rapidement en rentrant en Angleterre, mais tous ne retirent pas autant de bien de leur retour dans la mère-patrie; des causes souvent légères déterminent la reprise des accidens fébriles, et, bien que leur existence se prolonge quelquefois longtemps, il s'est, dans beaucoup de cas, développé des altérations organiques si graves, que le retour complet à la santé est tout à fait impossible.

Sous le titre *Affections organiques du cerveau*, le tableau comprend surtout les cas d'apoplexie et de paralysie, ce qui explique le chiffre des pertes attribuées à cette cause, et qui a été, sur 31 cas, de 9 morts et 6 réformés. De tous les commandemens maritimes dont nous avons jusqu'ici étudié la mortalité, c'est celui où le nombre de ces maladies a été le moins élevé.

Le chiffre des pertes déterminées par l'*inflammation du poumon* est aussi le plus bas que nous ayons encore trouvé (1,4 sur 1,000 annuellement). Dans le commandement de l'Amérique du sud, le chiffre des pertes causées par la même maladie était le même, avec cette différence que les morts y étaient en moindre proportion et les réformés plus nombreux. Mais, en même temps que le chiffre des morts était plus considérable dans le commandement du Cap, celui des malades était inférieur de près d'un tiers et dans le rapport de 20 à 28 par 1,000 chaque année.

La faible mortalité des affections du foie est assez remarquable : sur 179 cas, 4 seulement se sont terminés par la mort et 24 par la réforme, ce qui s'éloigne peu des résultats obtenus dans l'Amérique du sud. Dans tous les pays, une aussi faible mortalité pour une maladie habituellement aussi grave aurait déjà quelque chose d'étonnant, mais pour une contrée intertropicale, le fait paraîtra plus surprenant encore. Et cependant, quelque faible que soit ce chiffre, il est encore double de celui qu'ont présenté les commandemens de la Méditerranée et des Indes occidentales, dans chacun desquels la mortalité ne s'est élevée qu'à 0,2 par 1,000 annuellement.

Les cas d'inflammation du tube digestif sont si peu nombreux qu'il est inutile de s'y arrêter; et cependant quelque faible que soit ce chiffre, il est encore une fois plus considérable que le chiffre correspondant de la Méditerranée et des Indes occidentales. Au reste, tout en tenant compte de la différence entre les théories médicales qui guidaient les médecins de la marine anglaise dans le recueil des faits statistiques que nous examinons en ce moment, et tout en pensant qu'ils n'ont probablement pas exagéré dans cette étude le nombre et l'influence des cas d'inflammation simple, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître combien les cas en sont peu nombreux et peu graves dans ces contrées. En parcou-

Pour terminer ce qui concerne le débat des forces dans l'organisme, en résultat les choses se montrent ce qu'elles doivent être. La nature est une dans toutes ses œuvres, dans la destruction de l'être vivant comme dans sa formation. Toujours, partout et à tout âge, se retrouve l'accord, dans l'antagonisme, des deux lois physique et vitale, avec prédominance de l'une ou de l'autre à différens âges, et à travers les accidens variés de la santé ou de la maladie.

Du point de vue de sa plus haute généralité, la lutte de la vie contre la loi physique peut se figurer par une ligne ascendante pour le premier tiers de sa longueur, lentement descendante pour les deux autres tiers, dans l'état de santé non interrompu, mais qui tombe à tous les points de son parcours, plus ou moins par saccades, ou même brusquement, par les maladies. La ligne ascendante représente le point de départ de la matière brute et organisée qui, sous une impulsion vitale très puissante, s'élève d'abord rapidement par les fractions des organismes inférieurs jusqu'à l'organisme de chaque espèce; puis, par un mouvement de plus en plus ralenti, jusqu'à son développement dans l'adulte, c'est-à-dire à la plus haute manifestation possible de la vie pour chaque organisme. La ligne descendante reprend, en sens contraire, le chemin parcouru par la première, c'est-à-dire qu'elle redescend, par des fragmens d'organismes et de tissus inférieurs, puis par l'accumulation, dans les organes, de matière simplement organisée ou de matière brute. De sorte que, dans l'ensemble, et sauf les différences apparentes de la forme, qui résultent des phases parcourues, l'organisme vieilli rétablit, pour le rendre à la loi physique, la matière brute et organisée dans les conditions où il l'avait prise au point de départ. En somme, c'est la matière aux deux termes, entre lesquels se développe la courbe de la vie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX MENSUELS ANGLAIS.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'avril à décembre 1843 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur les caractères physiques et pathologiques des dépôts de l'urine*; par M. Golding Bird. 2° *De l'homologie de la circulation fœtale*; par M. Williams. 3° *Sur la dégénération et l'ulcération cancéreuse primitives du poumon*; par M. Maclachlan. 4° *Cas de diabète sueré*; par M. John Percy. 5° *De la peau et de ses maladies chez l'homme*; par M. Wucherer. 6° *De l'inspiration de gaz ammoniac, comme agent thérapeutique*; par M. Smee. 7° *Sur les hémorroïdes*; par M. Stafford. (Leçon clinique qui ne contient rien de nouveau. L'auteur ne pratique pas l'excision, de peur de l'hémorragie. Il préfère la ligature faite avec un fil simple, on en traversant la tumeur avec une aiguille enfilée d'un fil doublé, dont chacun sert ensuite à étreindre une moitié du pédicule.) 8° *Recherches tendant à montrer la non vascularité et le mode particulier et uniforme d'organisation et de nutrition de certains tissus animaux, tels que les cartilages des diverses classes, la cornée, le cristallin, l'humeur vitrée et les appendices épidermiques*; par M. Toynbee. 9° *Cas de mort subite, avec autopsie*; par M. Hands. 10° *Du sulfate de quinine*; par M. Ranking. 11° *Perforation de l'estomac, et péritonite consécutive*; par M. Holland. 12° *Du ptérygium*; par M. Hall. (L'auteur conseille de pratiquer l'excision, sans perdre de temps à essayer les astringens ou les escarrotiques. Dans l'opération, il recommande de n'enlever que la portion du ptérygium qui est en rapport avec la sclérotique. En poursuivre la dissection jusque sur la cornée serait s'exposer à voir survenir ensuite une opacité, pire que la maladie primitive.) 13° *Nouvelle espèce de pessaire*; par M. Snow. (Une éponge étant privée d'air par la pression s'introduira facilement jusqu'auprès de l'utérus; une fois en place, elle y acquerra assez de volume pour bien maintenir les parties relâchées ; voilà l'idée fondamentale du mécanisme de ce pessaire.) 14° *Essai sur les maladies du cœur, des gros vaisseaux et du fluide qui y circule*; par M. Willis. 15° *De l'efficacité de l'acide carbonique dans la goutte*; par M. Parkin. 16° *Douleurs aiguës après l'accouchement*; par M. Nixon. (Ces douleurs, qui occupaient l'hypogastre, avaient résisté à l'emploi de l'opium sous forme variée; elles cédèrent à l'application, sur la région malade, d'un emplâtre fait avec l'extrait de belladone.) 17° *Tumeur intra-thoracique*; par M. Clark. (Sarcôme médullaire volumineux qui causa la mort.) 18° *Sur le quinquina jaune*; par M. Battley. 19° *Cas d'iléus*; par MM. David et M'Nab. 20° *Sur les causes de l'étranglement et de la mort dans les hernies*; par M. Wilkinson King. (La Gaz. Méd. a déjà donné, il y a quatre ans, une analyse des idées contenues dans ce travail.) 21° *Quelques remarques pratiques sur l'emploi de l'arsenic dans le traitement des maladies de la peau*; par M. Erichsen. 22° *Symptômes semblables à ceux du croup survenant après la scarlatine; trachéotomie*; par M. Watts. 23° *Observation d'accouchement laborieux*; par M. Whitsed. 24° *Des différences entre la bile hépatique et la bile cystique*; par M. Kemps. 25° *Hernie fémorale opérée avec succès*; par M. Toynbee. (Le sac contenait un fluide sanguin coagulé ayant la consistance de la thériaque.) 26° *Du chanvre indien*; par M. Farre. 27° *Observation de scarlatine angineuse*; par M. Vines. 28° *Nouvel instrument pour servir à la percussion, dans le diagnostic des maladies de poitrine*; par M. Aldis. 29° *Mélanges de pathologie et de thérapeutique*; par M. Richard Smyth. 30° *Tumeur polypeuse de la trachée*; par M. Stallard. 31° *Considérations élémentaires sur la nature de l'irritation*; par M. Wilkinson King. 32° *Cas d'emphysème des organes internes*; par M. Duncan M'Nab. 33° *Observations de pertes séminales involontaires et autres écoulemens par l'urètre*; par M. Phillips. 34° *Réduction d'une hernie crurale étranglée*; par M. Collambell. (Après avoir introduit dans le rectum un tube, à 12 pouces de profondeur, le chirurgien y injecta de l'eau tiède. La tumeur devint plus tendue, et on y entendit du gargouillement. Il fit alors le vide avec une seringue fixée au tube. A ce moment, la hernie diminua de volume et une légère pression suffit pour la faire rentrer. Elle avait auparavant résisté aux efforts de taxis continués pendant une demi-heure.) 35° *Sur le mécanisme de l'absorption*; par M. Robinson. 36° *Plaie de poitrine, suivie de mort*; par M. M'Pherson. (Ce fait a cela de remarquable qu'après un coup de fourche qui avait largement déchiré le poumon gauche, il n'y eut, durant un jour que vécut le malade, ni expectoration de sang, ni issue d'air par la plaie, ni emphysème de son pourtour. L'autopsie montra un épanchement abondant d'air et de sang dans la cavité pleurale.) 37° *Sur la nature, le diagnostic et le traitement de la phthisie commençante*; par M. Durrant. 38° *Remarques sur les pernicieux ef-*

rant le tableau dans lequel le chiffre de ces maladies est indiqué pour chacune des sept années, nous voyons des années entières s'écouler sans qu'aucun individu en ait été victime ; et cependant les hommes sur lesquels ces observations ont été recueillies sont tous dans la force de l'âge, adonnés à de rudes travaux, exposés à toutes les intempéries des saisons, et disposés, aussitôt qu'ils touchent à terre, à compenser par des excès de tout genre la longue et sévère discipline à laquelle ils sont soumis à bord. Il n'en est pas de même de la *dysenterie*, qui a fait plus de victimes que les phlegmasies dont nous venons de parler, et qui a enlevé chaque année, tant par la mort que par les réformes qu'elle a nécessitées, 4,8 hommes sur 1,000. Cette maladie, que M. Wilson a raison de ne pas confondre avec les phlegmasies intestinales, a été étudiée, sous quelques points de vue, d'une manière fructueuse dans ces vastes contrées. Ainsi, il a été facile de constater qu'elle ne se développe pas également sur tous les points du littoral, mais sur quelques-uns seulement, et surtout à l'île de France, où elle a quelquefois fait des ravages considérables. Tant que la dysenterie n'existe que par cas isolés et peu nombreux, on est en droit de l'attribuer aux conditions atmosphériques et diététiques seulement; mais lorsqu'elle prend une grande activité, on est forcé d'avoir recours à un autre agent morbifique, et qu'il serait difficile de trouver ailleurs que dans le sol même. A l'île de France, la chaleur atmosphérique est très élevée pendant toute l'année, et, bien qu'elle ne soit pas toujours uniforme, elle n'éprouve que très rarement de grandes et subites variations. Sous ce point de vue, l'île se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'un grand nombre de points de la côte occidentale de l'Afrique, où l'on observe quelquefois la dysenterie, mais où elle est toujours sporadique et sans gravité. Les causes qui agissent sur le tube digestif du marin sont les mêmes sur tous les points, et cependant, malgré cette ressemblance sous tant de rapports, il y a une grande différence sous le point de vue de quelques autres circonstances physiques, en même temps que sous celui de la gravité de la dysenterie. L'île de France est complètement découverte et cultivée, au moins à une distance considérable de la principale ville et du mouillage, tandis que la côte africaine reste presque entièrement à l'état où elle est sortie des mains de la nature. Quoiqu'il soit très difficile aujourd'hui de comparer l'organisation et l'origine du sol de ces deux localités, les médecins qui ont pratiqué sur les lieux paraissent cependant disposés à croire qu'elles sont très différentes et que c'est de cette différence dans la nature du sol et de ses produits organiques que dépend surtout celle qui existe entre ces contrées sous le point de vue pathologique et hygiénique. Sans adopter cette opinion comme démontrée, ni même comme très probable, nous reconnaîtrons pourtant, avec le docteur Wilson, que la recherche des différentes influences morbifiques du sol, ou, si cela est impossible, la détermination des caractères du sol, des couches souterraines et des productions organiques, auxquels nous sommes forcés, dans l'absence de toute autre cause appréciable, d'attribuer cette action morbifique, est une étude digne d'occuper l'attention d'un médecin investigateur, mais dont les premiers élémens, nous devons le dire aussi, ne sont même pas encore posés.

Le chiffre des cas de *phthisie* a été peu élevé, tandis que celui des guérisons de cette maladie (plus de la moitié) est fort remarquable; au reste, l'un et l'autre de ces chiffres s'éloignent très peu de ceux obtenus des autres commandemens maritimes et viennent à l'appui de la remarque qui a déjà été faite bien des fois,

fets du mesmérisme; par M. Southam. 39° *Observation d'anus artificiel;* par M. Malcolm. (L'anus artificiel avait succédé à une hernie étranglée. Après avoir rafraîchi ses bords, on les rapprocha par la suture. Chose très rare en pareil cas, la réunion eut lieu par première intention, et la guérison complète fut ainsi obtenue d'emblée.) 40° *Extraction d'une aiguille à la jambe;* par M. C. (La malade dit ne pas se rappeler avoir précédemment avalé une aiguille. Elle perfora spontanément la peau sans avoir presque déterminé d'inflammation). 41° *Nouveau procédé pour découvrir la présence du sublimé corrosif;* par M. Frampton. 41° *Sur la production de l'urée et de l'acide urique;* par M. Ancell. 42° *Sur la fausse éructation;* par M. Child. 43° *Considérations sur certaines causes d'erreur en thérapeutique;* par M. Venable. 44° *Exemples de méprises de l'auscultation;* par M. Hughes. 45° *Observation de méningite;* par M. Wines. 46° *Réflexions au sujet de l'influence du froid sur l'organisation vivante;* par M. Wilkinson King. 47° *Sur les tissus dans lesquels s'exerce en dernier lieu l'action des poisons;* par M. Wates. 48° *Tribut à l'anatomie et à la physiologie;* par M. Robert Knox. 49° *Sur les molécules et le mouvement moléculaire;* par M. Griffith. 50° *Cas de diabète sucré;* par M. Hodges. 51° *Remarques sur la chirurgie ophthalmique;* par M. France. (Observations sur une statistique précédemment publiée.) 52° *Sur la doctrine de la métamorphose;* par M. Hoffmann. 53° *De la sensibilité de la glotte après la trachéotomie, et description d'un nouvel instrument;* par M. Erichsen. 54° *Remarques sur quelques opinions physiologiques du professeur Liébig;* par M. Bostock. 55° *Réflexions au sujet de l'influence de la chaleur sur l'organisation vivante;* par M. Wilkinson King. 56° *Inconvéniens de l'application trop hâtive du bandage amidonné dans un cas de fracture simple de l'avant-bras;* par M. Cash. 57° *Sur les fonctions des vaisseaux lactés;* par M. Fenwich. 58° *Hémiplégie, suite de syphilis;* par M. Inman. (L'hémiplégie, par sa marche, a paru dépendre d'une lésion cérébrale; et c'est de cette lésion elle-même, que l'auteur assigne, un peu arbitrairement, ce nous semble, la cause aux effets de la syphilis). 59° *Traitement de la gonorrhée par la cautérisation superficielle de l'urètre;* par M. Childs. (L'auteur cautérise avec le nitrate d'argent solide. Il emploie un instrument analogue à celui de M. Lallemand. Il n'est pas besoin, dit-il, de le porter dans l'urètre à plus de 3 ou 4 pouces de profondeur. Il administre simultanément le copahu combiné avec le cubèbe). 60° *Cas de présentation du ventre;* par M. Holmes. 61° *Traitement des calculs dans la vessie;* par M. Sherwin. (Taille périnéale faite avec succès). 62° *De l'irrigation et des pansemens avec l'eau après l'amputation;* par M. Leach. (Six exemples de succès obtenus par cette pratique; cinq des amputés n'eurent que très peu de fièvre. Il y eut deux amputations de plusieurs doigts, une de jambe, une de cuisse, une de bras et une d'avant-bras). 63° *Quelques observations sur la statistique du vibrion* (trichina spinalis) *chez l'homme;* par M. R. Knox. 64° *Sur le citrate de fer;* par M. Morvbray. 65° *Abcès dans le canal inguinal;* par M. Ewen. (Les douleurs et la tuméfaction de la région avaient fait prendre la maladie pour une hernie étranglée; mais il n'y avait cependant pas de vomissemens. Après l'emploi des sangsues et des émollieus, la tumeur s'abcéda d'elle-même, et le malade guérit). 66° *Rupture du vagin;* par M. Sankey. (Rupture de 4 à 5 pouces d'étendue, produite chez une femme très épuisée. La partie du vagin adjacente à la perforation était gangrenée. Le travail n'avait pas duré plus de 7 heures. La rupture était donc antérieure au commencement de l'accouchement.) 67° *Des vivisections;* par M. Hull et M. Macilwain. (Les auteurs s'élèvent contre l'usage de s'exercer, par la mutilation des animaux vivans, à la pratique des opérations de chirurgie.) 68° *Sur la teigne;* par M. Th. Willis. 69° *De la blennorrhée bronchique ou bronchorrée considérée dans ses rapports avec le rhumatisme;* par M. Cheyne. 70° *Tumeur du pharynx;* par M. Deazeley. (La tumeur, du volume d'une fraise, naissait de la paroi postérieure du pharynx, au niveau de la troisième cervicale. Elle gênait notablement la respiration et la déglutition. Après son excision, qui fut très facile, on vit qu'elle était de structure fibro-cartilagineuse avec quelques points d'ossification dans son intérieur.) 71° *Du traitement des convulsions puerpérales qui arrivent avant le terme de la gestation;* par M. Harris. 74° *Efficacité des injections chaudes dans les rétrécissemens de l'urètre;* par M. Hudson. (L'auteur emploie une sonde percée à son extrémité, et à laquelle peut s'adapter une seringue munie d'une soupape. Quand il sent que la sonde est arrivée en face du rétrécissement qu'elle ne peut franchir, il pousse brusquement un jet du liquide chaud (huile ou eau d'orge.) Le bec de l'instrument parvient alors à s'engager dans la stricture. 73° *Recherches sur les propriétés thérapeutiques de quelques médicamens (du Mattico);* par le docteur Hunter Lane. 74° *Observation d'un cas d'urine graisseuse;* par M. Golding Bird. 75° *Emploi de la digitale dans le traitement de l'épilepsie et l'aliénation mentale;* par le docteur Sharkey.

DE LA NON VASCULARITÉ DES CARTILAGES ET DE QUELQUES AUTRES TISSUS ANIMAUX; par M. TOYNBEE.

Cet article n'est que l'extrait bien sommaire d'une publication plus étendue de l'auteur sur le même sujet. Les recherches sur lesquelles il appuie sa doctrine étant de celles qui ont besoin, pour obtenir créance, d'être reproduites dans toute leur étendue, il serait inutile d'analyser ici l'abrégé de ce travail. Nous nous bornerons donc à citer les quelques considérations générales qui lui servent d'introduction.

Le mémoire de M. Toynbee comprend des recherches sur les cartilages articulaires, les diverses classes de cartilages et de fibro-cartilages, la cornée, l'humeur vitrée, le cristallin, enfin les appendices épidermiques. L'auteur commence par rappeler ce fait d'anatomie que, même dans les tissus vasculaires, il y a toujours une certaine portion de leur substance où la nutrition s'opère, bien que les vaisseaux sanguins ne soient pas en contact avec elle.

Il a aussi montré, dit-il, par ses dissections, que les artères qui se dirigent vers ces tissus se terminent, avant d'y pénétrer, dans les veines adjacentes. En général, autour des tissus non vasculaires, il existe de larges circonvolutions, des dilatations ou des plexus de vaisseaux sanguins. Cette disposition, d'après lui, aurait pour but de mettre obstacle au retour du sang, de le faire circuler plus lentement, afin qu'il soit pour ainsi dire forcé de séjourner et de pénétrer dans les cartilages, fibro-cartilages, etc.

Les corpuscules dont tous les tissus sont identiquement composés semblent avoir quelque influence pour faire circuler ou peut-être même pour modifier le fluide nutritif qui les parcourt.

L'auteur pense qu'une seule différence sépare les tissus vasculaires et les non vasculaires : c'est que, dans les premiers, le liquide nourricier provient du sang que contiennent les vaisseaux capillaires qui cheminent

---

que le nombre des guérisons de cette grave affection est plus considérable dans la marine que dans les autres services et dans d'autres conditions. Il est vrai qu'il restera toujours à décider quelle part doivent avoir dans ces prétendues guérisons d'une maladie si rarement curable, les erreurs de diagnostic qui ne doivent pas être plus rares dans la marine qu'ailleurs.

Le rhumatisme, bien qu'un peu plus fréquent que dans les autres commandemens, présente cependant à peu près les mêmes chiffres, ce qui prouve que la manière de vivre et la nature du service à bord contribuent plus à la production de cette maladie que l'influence des climats.

Avant de terminer les réflexions que nous avions à présenter sur le tableau des maladies du commandement du cap de Bonne-Espérance et de l'Afrique occidentale, faisons remarquer que malgré la grande fréquence, dans cette station, des fièvres intermittentes qui déterminent si fréquemment des engorgemens de la rate, du foie et des autres viscères, et consécutivement des épanchemens séreux, on n'a vu dans tout le service, et pendant les sept années, qu'un seul cas d'hydropisie; ce fait, déjà fort remarquable par lui-même, le devint bien plus encore quand on le rapproche des résultats obtenus dans le commandement de la Méditerranée, et où, avec une proportion beaucoup moins forte de fièvres périodiques, le chiffre des morts par l'hydropisie a été beaucoup plus considérable. Il nous offre un de ces cas nombreux dans lesquels nous voyons que la nature ne suit pas la marche et l'ordre dans lesquels nous avions cru devoir la renfermer, et qu'elle s'engage souvent dans des directions que nous appelons exceptionnelles parce que nous n'avions pas su les prévoir.

CONFÉRENCES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE.

La quatrième conférence a été consacrée à l'historique de la méthode dans ses rapports avec la ténotomie sous-cutanée. On a montré ensuite, par des applications sur le cadavre et les animaux vivans, que la méthode sous-cutanée, considérée dans son action sur les tissus, comprend deux modes généraux d'exécution : la méthode par *ponction* et la méthode par *dissection*. La méthode par dissection qui n'avait pas été indiquée jusque-là dans ses caractères généraux, consiste à faire sous un lambeau cutané plus ou moins considérable, qu'on réunit ensuite par première intention, au moyen de la suture, la plupart des opérations qui ne peuvent être faites à l'aide d'une simple ponction sous-cutanée. Telles sont : le trépan, certaines résections, le débridement de certaines hernies, l'ablation de certaines tumeurs osseuses, l'oblation de glandes tuméfiées, la section des nerfs, la ligature de certains vaisseaux, l'opération césarienne, etc. Ce mode opératoire qu'on pourrait encore appeler *méthode sous-cutanée autoplastique*, réalise néanmoins les caractères essentiels de la méthode par ponction. Dans la prochaine conférence, on établira par des faits et des expériences, que les plaies sous-cutanées de tous les tissus, de tous les systèmes, de toutes les cavités de l'économie, sont exemptes d'inflammation suppurative, et ont la propriété de s'organiser immédiatement.

dans leur substance, tandis que, pour les derniers, ce même liquide exsude dans leur intérieur des vaisseaux volumineux et dilatés qui les entourent.

TUMEUR POLYPEUSE DE LA TRACHÉE; par M. STALLARD.

OBS. — Une femme de 40 ans entra à l'hôpital dans un état d'épuisement extrême. Elle accusait les symptômes d'une bronchite, avec toux et dyspnée très intenses. Pendant trois ou quatre jours, elle sembla aller mieux; mais un paroxisme de toux se déclara subitement, et elle mourut sans avoir pu recevoir de secours.

AUTOPSIE. Poumons très emphysémateux. Les ramifications bronchiques sont saines, mais les grosses divisions sont très congestionnées. Dans la trachée, on trouva un corps polypeux, détaché. Il était de la grosseur d'une amande, et avait un pédicule de près de trois quarts de pouce de longueur. On pensa d'abord que ce corps provenait de quelque point du larynx, région où les productions de cette sorte prennent le plus fréquemment leur origine; mais, en examinant la trachée, on découvrit sur sa paroi antérieure, et à un demi-pouce au-dessous du cartilage cricoïde, une plaie rouge et épaissie, au-dessous de laquelle la muqueuse reprenait immédiatement son aspect naturel.

Les cas de ce genre sont peu communs. Il est évident, d'après les détails de l'autopsie, que le corps polypeux, détaché spontanément, a amené la mort par suffocation. Peut-être, encore, est-ce la toux elle-même qui a causé la séparation du polype!

DE QUELQUES DISPOSITIONS RARES DU SYSTÈME OSSEUX; par M. ROBERT KNOX.

Les premières recherches de l'auteur ont trait à la configuration du crâne. Les parois de cette cavité présentent parfois à leur surface extérieure des enfoncemens; et s'il ne tient pas compte de cette disposition naturelle, le chirurgien est souvent exposé à la prendre pour une dépression traumatique, quand il s'agit d'un malade ayant fait une chute. On en a observé plusieurs exemples. Quelques-uns de ces enfoncemens sont irréguliers quant à leur siége, leur étendue et leur profondeur. Certains autres, au contraire, bien que rares, se rencontrent généralement dans les mêmes régions. C'est ainsi que le long de la suture lambdoïde, il est des crânes où l'occipital dépasse le niveau des pariétaux; il en est d'autres où, vers la suture fronto-pariétale, le pariétal est, à son tour, le plus élevé des deux os. Cette inégalité est bien capable de donner lieu aux méprises dont nous parlions à l'instant.

Il est aussi, sur certains crânes, des saillies anormales. On voit parfois des crêtes perpendiculaires ou parallèles à la suture pariétale. Ce sont des indices, rarement développés chez l'homme, des crêtes pariétales supérieures qui existent dans quelques mammifères. Ces crêtes sont bien distinctes des sutures, dont elles ne suivent pas le trajet et dont elles coupent souvent la direction tout à fait transversalement.

M. Knox rapporte ensuite l'histoire d'os pré-sternaux qu'il a rencontrés en examinant le cadavre d'un homme de 25 ans, de haute stature. La description que je pourrais en faire, dit-il, étant semblable à celle que Béclard et M. Breschet ont si bien tracée de cas de ce genre, je ne la reproduirai pas en détail. Situés derrière l'insertion du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, et en rapport avec la surface articulaire où appuient les clavicules, ces os pré-sternaux étaient attachés par leur base au bord le plus profond de l'échancrure du *manubrium*. Ils étaient de forme pyramidale et convergeaient un peu l'un vers l'autre par leurs sommets. Leur base parut être encroûtée de cartilage. Il y avait là une articulation mobile quoique serrée, avec un appareil synovial et une forte bande ligamenteuse de couleur rougeâtre étendue entre ces os et le sternum. Cette bande allait aussi de l'un à l'autre. Un petit trousseau de fibres musculaires les unissait au sternum. L'un des deux os était sensiblement plus mobile que l'autre.

DE LA SENSIBILITÉ DE LA GLOTTE APRÈS LA TRACHÉOTOMIE, ET DESCRIPTION D'UN NOUVEL INSTRUMENT; par M. ERICHSEN.

Plusieurs chirurgiens, voyant que les symptômes produits par un corps étranger dans la trachée s'apaisent dès qu'une ouverture est faite à ce canal, pensaient que l'irritabilité de la glotte est diminuée par le fait seul de cette ouverture. Pour déterminer à quelle circonstance est dû cet amendement des symptômes qui est un fait incontestable, M. Erichsen a pratiqué les expériences suivantes :

EXP. I. — La trachée est mise à découvert sur un chien. On fait à sa paroi antérieure une très petite ponction, seulement assez large pour permettre l'introduction d'une sonde mousse, ténue. Avec cet instrument dirigé en haut, on titille la glotte. Au même instant se déclare une toux violente, un spasme des muscles respiratoires et de ceux du cou. L'animal écume et s'agite. L'asphyxie est imminente. Il y a moins d'irritation quand on plonge l'instrument en bas dans la trachée. Ces phénomènes cessent dès qu'on retire la sonde. En usant d'un peu de force, on parvient à pousser son extrémité à travers la fente glottique. Mais les accidens prennent un caractère tellement menaçant, qu'on est contraint de s'arrêter.

EXP. II. — On fait, sur un second chien, à la trachée artère, une incision d'un pouce de longueur, dont les bords sont maintenus écartés. La respiration s'effectue par cette ouverture comme à travers la glotte. La sonde étant poussée, comme précédemment, du côté de la glotte, la même contraction musculaire, les mêmes efforts pour tousser s'observent; mais, comme on devait s'y attendre, ces efforts restent sans résultat. Quoique les signes d'irritation soient aussi marqués que dans la première expérience, il n'y a pas menace d'asphyxie, parce que l'inspiration peut s'accomplir librement par l'ouverture artificielle.

EXP. III. — La trachée étant ouverte sur un autre chien, on introduit dans son bout inférieur une canule large, qui est solidement assujétie avec une ligature; puis on coupe complètement en travers la trachée un demi-pouce au-dessus. En dirigeant alors la sonde de manière à lui faire tomber la glotte, l'irritation se manifeste par les mêmes symptômes que précédemment : preuve certaine que l'ouverture artificielle ne sert qu'à la respiration, et qu'elle n'a en rien le pouvoir de diminuer l'irritabilité de la glotte.

Ces expériences parlent d'elles-mêmes. Elles sont aussi concluantes que possible à l'appui de la proposition qu'exprime la phrase qui précède. L'irritabilité de la glotte reste, après la trachéotomie, ce qu'elle était auparavant. L'utilité et le but de cette opération est par là expliqué. Si les corps étrangers introduits dans la trachée ne peuvent que rarement être expulsés d'une manière spontanée, c'est que dès qu'ils sont lancés par la toux contre l'orifice glottique, ils y produisent une irritation, et, en vertu de cet effet, une contraction musculaire qui le ferme. — Le corps étranger, pourrait-on nous alléguer, s'est cependant introduit!... Oui, mais ce n'a été qu'en surprenant brusquement le pouvoir excito-moteur qui veille à l'orifice laryngien. Il arrive de même parfois qu'ils trouvent cette sentinelle en défaut lorsque, déjà introduits, ils cherchent à forcer le passage en sens inverse, de bas en haut. Mais ce n'est jamais, dans l'un et l'autre cas, qu'une exception; et l'on peut affirmer d'une manière générale qu'il serait tout aussi difficile à une personne de s'introduire *volontairement* dans les voies aériennes un objet quelconque, qu'il l'est de le faire sortir une fois qu'il y est entré. Le véritable but, le seul office de la trachéotomie, dans cette occurrence, est donc d'offrir au corps étranger, pour son expulsion, une ouverture qui, douée d'une irritabilité moindre, ne se fermera pas devant lui, comme l'orifice naturel, et se prêtera aux efforts d'expulsion de la nature.

Comme conséquence de ces principes, M. Erichsen pense que, lorsqu'on met le malade en position inclinée pour aider à l'issue d'un corps étranger, il importe de veiller à ce que ce corps, en remontant la trachée, n'aille pas frapper contre la glotte; son contact avec cette ouverture si irritable étant susceptible de provoquer les symptômes pénibles pour le malade et embarrassans pour l'opérateur. Il propose, en conséquence, un instrument qu'on devrait tenir ouvert pendant les tentatives d'expulsion par la situation penchée, afin de défendre la glotte contre le choc du corps étranger. C'est une pince à branches ténues, courbées à leur extrémité. Entre ces extrémités est un morceau de filet ou réseau en toile, lequel se déploie quand on ouvre la pince. Le malade étant placé dans l'attitude convenable, on introduit par la plaie trachéale, la pince, qui, ouverte, sert en même temps à en écarter les bords. On peut alors, en toute sécurité, chercher à faire remonter le corps étranger des bronches vers la glotte. S'il dépasse l'ouverture de la trachée, le filet qui s'interpose entre la glotte et lui sert à le repousser et même à l'extraire, si on a le soin d'user, dans ce but, de la pince, en quelque sorte comme d'une écope.

— Si nous partageons sans réserve les vues très rationnelles de M. Erichsen sur le mécanisme de l'expulsion spontanée des corps étrangers, nous ne saurions dissimuler que son procédé semble fondé sur la crainte d'un inconvénient plus imaginaire que réel. Il vaut beaucoup mieux, selon nous, laisser l'ouverture de la plaie trachéale tout à fait libre ou en écarter simplement les bords, que d'y introduire profondément une pince qui diminuera d'autant la largeur de la voie d'élimination. Que redouterait-on d'ailleurs? Si le corps étranger par son contact irrite effectivement la glotte, cette irritation n'est pas ici sans avantage; les efforts instinctifs qu'elle amène tendent tous à diriger vers l'extérieur la cause matérielle des accidens, et l'expulsion du corps est ainsi rendue plus facile. Car ces mêmes efforts, qui resserrent la glotte naturelle, n'ont pas cette fâcheuse influence sur l'ouverture artificielle qu'a créée l'opération.

CAS DE PRÉSENTATION DU VENTRE; par M. HOLMES.

La présentation du ventre a été regardée comme impossible par M. Rigby et par quelques autres accoucheurs. Le cas suivant en offre un exemple où la nature de la partie qui se présentait a été reconnue non

seulement avant, mais après la parturition, par les traces laissées sur le corps de l'enfant.

Obs. M. Holmes fut appelé auprès d'une femme chez laquelle le travail était commencé depuis près de vingt-quatre heures. L'enfant n'avançait pas, et la sage-femme ne pouvait indiquer la présentation dont il s'agissait.

En portant un doigt à travers l'orifice, M. Holmes sentit un corps mou dont il ne put d'abord déterminer la nature, jusqu'à ce qu'il rencontrât le cordon ombilical et son insertion. Il suivit alors avec le doigt tout le contour des fausses côtes, et constata ainsi une présentation du ventre, l'enfant venant en double.

Le cordon ne battait plus; il n'y avait donc à songer qu'à la sûreté de la mère. Avant de faire la version, il fut nécessaire de diminuer la rigidité de l'utérus au moyen de l'opium et de la saignée. Le chirurgien porta alors la main gauche pour aller à la recherche des pieds. Après quelques essais infructueux, il reconnut que, non seulement le fœtus était en double, mais qu'il était tordu sur lui-même, de manière que, le côté droit de l'abdomen se présentant à l'orifice, la région pubienne regardait en sens inverse. Il dut alors changer de main, et termina l'opération non sans difficulté.

L'enfant étant extrait, on vit que la partie engagée (le côté droit de l'abdomen) était marquée par une coloration rouge qui tranchait sur la teinte de la surface ambiante.

Il faut observer qu'il n'y avait pas eu ici de prolapsus du cordon; car on ne pouvait sentir dans l'utérus que 2 ou 3 pouces de sa longueur.

La mère mourut 36 heures après l'accouchement.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques de quelques médicamens; par le docteur Hunter Lane.

Du mattico. Les feuilles de l'arbre qu'on désigne sous ce nom et sous celui de *matteca* ou *mateco*, qui croît dans l'intérieur du Pérou, et qui a été décrit dans la Flora peruviana comme un *piper augustifolium*, ont joui longtemps d'une grande célébrité parmi les Indiens, pour leurs propriétés styptiques, appliquées sur des surfaces saignantes, et pour leur action aphrodisiaque administrées à l'intérieur. Un seul médecin anglais, le docteur Munro, paraît avoir constaté leur efficacité à l'extérieur; mais il n'y a aucun médecin qui les ait encore administrées à l'intérieur. L'auteur de cette communication a cru devoir se livrer à quelques essais dont nous allons reproduire les principaux résultats.

Les feuilles, les seules parties de la plante qui soient employées, sont terminées en pointe, lancéolées, légèrement crénelées et à rainures profondes, d'un vert foncé sur leur face supérieure et d'un vert pâle sur l'inférieure. Leur longueur varie de 7 à 15 centimètres sur une largeur de 1 à 3 centimètres. Elles sont transportées en petits paquets de forme sphérique; elles paraissent avoir été soumises à une forte pression à l'état humide, et séchées ensuite, mais non grillées comme le recommandent les Péruviens pour l'emploi extérieur.

M. Hunter Lane a employé cette plante sous deux formes différentes, en infusion et en teinture, qui toutes deux offrent une couleur d'un vert pâle, une odeur légèrement aromatique, et un goût légèrement astringent. Ces deux préparations, traitées par le chlorure d'étain, fournissent, à l'aide de l'acide hydro-sulfurique, une quantité considérable de tannin et une substance non soluble dans l'éther (*matticine?*). Employées d'abord dans plusieurs cas de diarrhée chronique, ces deux préparations ont produit des effets tellement variables que l'on ne peut espérer de retirer de grands avantages de leur emploi dans ces sortes de cas. Il en a été tout autrement dans les cas de leucorrhée, lorsque la période d'excitation, que présente ordinairement cette affection à son début était passée; où l'employant dans ces cas, l'auteur assure avoir retiré du mattico des effets très avantageux, et sans le moindre inconvénient. La ménorrhagie, l'hématémèse, l'hémoptysie, la dysenterie et quelques variétés de l'hématurie paraissent aussi avoir cédé à l'action du même moyen. Seize observations sont rapportées à l'appui de ces différentes assertions, et ne laissent pas de doutes sur l'activité des propriétés astringentes du mattico. Quant à son action aphrodisiaque et emménagogue, l'auteur assure n'avoir pu la constater d'une manière évidente.

Observation d'un cas d'urine graisseuse; par M. Golding Bird.

Les cas d'urine graisseuse sont si rares, et celui que rapporte l'auteur de cette communication diffère si notablement de ceux qui ont été observés jusqu'ici, que nous croyons devoir le reproduire avec tous les détails indispensables.

Obs. — Mme T., âgée de 35 ans, mère de plusieurs enfans, extrêmement grasse et molle, dit jouir d'une bonne santé et ne se plaint que de ce qu'elle rend de temps en temps de l'urine laiteuse, ce qui lui fait craindre l'invasion de quelque affection grave. Celle anomalie remonte à plusieurs années et offrait surtout de l'activité pendant les grossesses. Plusieurs fois, l'urine, bien qu'elle ne fût pas laiteuse, se convertissait par le refroidissement en gélatine, et prenait, comme une masse de gelée ordinaire, la forme du vase dans lequel elle était. L'apparition de l'urine laiteuse était fort irrégulière, continuait quelquefois pendant plusieurs semaines, puis cessait pour quelque temps. Mme T. ne pouvait rattacher la première apparition de cet accident à aucune circonstance appréciable, et son existence n'avait aucun rapport ni avec la qualité ou la quantité ou les heures des repas, ni avec les époques de la menstruation. La seule remarque de quelque valeur qu'elle eût faite sur ce point, c'est que le caractère graisseux était ordinairement bien plus prononcé dans la première urine qu'elle rendait en se levant le matin, ce qu'elle croyait devoir attribuer à ce qu'elle restait couchée toute la nuit sur le dos. Ce caractère s'était montré plus fréquemment depuis qu'elle avait commencé à prendre de l'embonpoint.

Trois échantillons d'urine se trouvaient auprès de la malade ayant été mis de côté à des heures différentes, mais l'auteur, ne voulant point s'exposer à être trompé, introduisit le cathéter dans la vessie et en retira une pinte d'urine ayant la couleur, l'odeur et l'aspect du lait chaud mêlé d'eau, et n'ayant aucun des caractères de l'urine. Ce liquide pesait 1010, était légèrement acide, et se couvrit, par le repos, d'une couche crémeuse, laissant la portion inférieure presque transparente. Il était deux heures après midi, et Mme T. n'avait rien pris depuis son déjeuner.

Voici les principaux caractères chimiques qu'offrit ce liquide.

1° Soumis à la chaleur, il fournit un caillot d'albumine qui devient plus dense et plus solide, lorsqu'on élève la température jusqu'à celle de l'ébullition.

2° 24 grammes de cette urine mêlée et agitée avec 15 grammes d'éther dans une fiole de verre ont perdu le lendemain toute leur opacité et présentent trois couches bien distinctes: la plus inférieure représentait la masse de l'urine transparente et privée des matières qui l'avaient rendue opaque; au-dessus était un caillot de fibrine très transparent, assez ferme, d'un quart de pouce d'épaisseur et d'un jaune pâle; la couche supérieure était formée par une solution éthérée de matière grasse, d'une belle couleur jaune, et qui, soumise à l'évaporation, laissa une certaine quantité de matière graisseuse ressemblant exactement, pour la couleur et pour l'odeur, à du beurre, mais différant de la matière grasse obtenue du sang par le même procédé en ce qu'elle n'offrait aucune tendance à la cristallisation.

3° Une portion du liquide laiteux traitée par l'acide nitrique après avoir été évaporée jusqu'à siccité, puis traitée par l'eau chaude, filtrée et concentrée, fournit, mais lentement, des cristaux de nitrate d'urée.

Cette urine examinée au microscope et avec beaucoup de soin n'a pas offert la plus petite apparence de globules graisseux, de globules sanguins ni de granulations purulentes; en sorte que l'opacité paraissait dépendre de la présence de particules si petites qu'elles n'avaient aucune forme définie et n'offrait, à un grossissement de huit cents fois et d'une extrême netteté, que des points irréguliers. Le résultat de cet examen est tout à fait opposé au petit nombre des faits qu'ont rapportés les auteurs du continent en indiquant les caractères optiques de l'urine graisseuse, MM. L'Héritier de Paris et Franz Simon de Berlin.

Il paraît démontré que la graisse dans l'urine de Mad. T. était unie à la fibrine sous forme d'émulsion et à un tel état de division, peut-être même de combinaison, qu'elle ne conservait pas ses caractères microscopiques. Demandant à quelle classe cette urine appartenait, M. Golding Bird est disposé à la rapprocher de celle que Prout et les autres ont appelée chyleuse, et dont elle diffère cependant par l'absence des globules graisseux.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 juin.

Climat de la France.

M. de Gasparin fait, au nom d'une commission composée de MM. Gandichaud, Payen et de Gasparin, rapporteur, un rapport sur le mémoire de M. Fuster, intitulé: Recherches sur le Climat de la France. (Voir le n°

Dans ce rapport très étendu et très savamment écrit, M. de Gasparin, qui ne partage pas les vues émises par M. Fuster sur les changemens successifs survenus dans le climat de la France, examine et discute de point en point la valeur des documens historiques et des faits sur lesquels l'auteur s'est appuyé pour établir l'existence et la durée de ces différentes phases. Le rapporteur, rendant toutefois entière justice à l'érudition et au talent de recherches dont l'auteur a fait preuve dans son mémoire, et rappelant les titres que notre confrère s'est déjà acquis auprès de l'Académie par ses précédens travaux sur la météorologie médicale, propose, au nom de la commission, de remercier M. Fuster de sa communication, et de l'engager à poursuivre ses recherches et l'exécution de la tâche qu'il s'était imposée.

Fluide nerveux.

MM. Thilorier et Lafontaine écrivent pour annoncer qu'ils viennent de se livrer à une suite d'expériences dont le résultat est de démontrer l'existence d'un

nouveau fluide impondérable, qui prend sa place entre l'électricité et le magnétisme. Ce fluide, qui comme le fluide magnétique n'est point arrêté par l'interposition d'une lame de verre, et qui comme le fluide galvanique jouit de la propriété d'être conduit à toute distance par un fil de cuivre ou de tout autre métal, serait le *fluide nerveux*. Il nous a paru intéressant, disent les auteurs, de vérifier si l'effluve d'un fluide dans lequel quelques physiciens et physiologistes ont cru reconnaître quelque analogie avec l'électricité, était imaginaire ou réel, et s'il était de nature à produire un effet apparent sur l'aiguille du galvanomètre; en un mot, si cette aiguille pouvait ou non obéir à l'action du magnétisme:

Cette question leur paraît avoir été résolue d'une manière affirmative par un grand nombre d'expériences, dont il citent les suivantes:

Exp. I. — Si l'aiguille du galvanomètre étant sur le zéro on touche avec les deux mains les deux extrémités du fil multiplicateur, l'aiguille restera stationnaire, ou marchera de quelques degrés selon l'état d'orgasme magnétique, ou selon l'état de repos ou de passivité de l'expérimentateur. Si l'aiguille est mise en mouvement, sa direction sera constamment de gauche à droite.

Exp. II. — L'aiguille du galvanomètre étant sur le zéro, si l'on approche magnétiquement les deux mains de la cage de verre qui recouvre le galvanomètre, et sans toucher le multiplicateur, à l'instant l'aiguille est d'abord déviée de droite à gauche, d'un certain nombre de degrés; mais si l'on retire les mains, elle se porte rapidement de gauche à droite, et se fixe au-delà du zéro et à une distance beaucoup plus grande, c'est-à-dire, au lieu même où elle s'est arrêtée dans l'expérience, on l'action se fait en enlevant les deux extrémités du multiplicateur.

FOETUS MONSTRUEUX.

M. Pierquin (d'Issoudun) communique un cas de monstruosité humaine dont aucun auteur n'a parlé jusqu'ici. Il s'agit d'un foetus femelle, à terme, quoique de petite taille (5 pouces) et de médiocre développement. La mère, d'une bonne santé habituelle, accoucha sans aucun accident; mais, comme le placenta était carcinomateux, son fruit était peu développé et comme flétri. Du bord supérieur des pariétaux part un double repli cutané, qui va s'élargissant d'abord considérablement, comme la moitié d'un cerf-volant, pour aller, en diminuant, ensuite se terminer à la région lombaire. Les oreilles et les bras sont placés en avant de ces ailes cutanées, que l'on peut distendre comme un ballon par l'insufflation. Ces ailes donnent à ce foetus humain l'apparence d'un cheeroptère. Les villosités de la peau du crâne ne sont perceptibles qu'à la loupe, ainsi que celles qui garnissent les doubles replis de la peau formant ces ailes. M. Pierquin croit pouvoir donner à cette structure anormale la dénomination de lumbocéphalopière. Le même sujet présentait le vice de conformation que M. Isid. Geoffroy-St-Hilaire nomme polyopte humain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

M. J. Guérin demande la parole sur la rédaction du procès-verbal. Il y a, dit-il, dans le procès-verbal, une confusion que je désire ne pas laisser subsister. Le procès-verbal dit que j'ai demandé une commission au conseil des hôpitaux, et qu'elle m'a été accordée. J'ai demandé d'abord une commission à l'Académie, qui me l'a refusée, et ce n'est que plus tard que j'ai demandé une commission au conseil des hospices.

La rectification demandée par M. Guérin sera faite au procès-verbal.

M. Roux commence à dire quelques mots sur le même sujet, mais il est bientôt interrompu par le président qui lui fait observer que ce qu'il dit n'a point trait à la rédaction du procès-verbal. La parole lui est réservée pour la suite de la correspondance.

Le procès-verbal mis aux voix avec la rectification demandée est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend: 1° plusieurs états de vaccination des départemens;

2° Une lettre de M. Mouffle, relative à un remède secret sur la rage.

M. le Secrétaire perpétuel fait observer qu'il a déjà été fait un rapport par la commission des remèdes secrets, sur une première communication de M. Mouffle, sur le même objet; il propose de répondre par l'envoi d'un extrait de ce rapport.

3° M. Mialle envoie un travail sur le diabète sucré; il propose un moyen de reconnaître les proportions de matière sucrée que contiennent les urines des diabétiques. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen de la lettre de M. Biot, sur le même sujet.)

4° M. Andral écrit que, devant s'absenter, il ne pourrait pas continuer à faire partie de la commission dont il vient d'être question. Le bureau propose de le remplacer par M. Jourdan.

5° M. C. Broussais fait part à l'Académie que la translation des restes mortels de son père, doit avoir lieu au Val-de-Grâce jeudi prochain à une heure. Il manifeste le désir que l'Académie soit représentée à cette cérémonie par une députation. Le bureau invite MM. Nacquart, Cornac, Husson, Bouillaud, Roche, Devilliers et Gaultier de Claubry, à se rendre à cette cérémonie au nom de l'Académie; le président se joindra à la députation.

6° M. Schokalski adresse une lettre sur la question des ophthalmies; il demande un tour de faveur pour la lecture de cette lettre. Le bureau propose d'attendre le commencement de la discussion sur ce sujet pour donner communication de cette lettre à son tour d'envoi.

MM. Gueneau de Mussy, Gaultier de Claubry et Rochoux, parlent successivement pour ou contre le tour de faveur demandé. L'Académie consultée décide que la lettre de M. Schokalski ne sera entendue qu'à son tour d'inscription.

M. Villermé rappelle au bureau que l'Académie de médecine de Bruxelles, qui, depuis le moment de sa fondation, envoie à l'Académie la collection de ses bulletins et de ses mémoires, a demandé l'échange. La proposition d'échange a été adoptée par le conseil, et cependant aucun envoi n'a encore été fait. Il demande pourquoi cette décision n'a point encore été exécutée.

M. Mérat répond qu'on n'a pas pu jusqu'à présent faire cet envoi, en raison des embarras occasionnés dans les bureaux de l'Académie par les changemens qui viennent d'y être opérés. D'ailleurs, ajoute-t-il, l'Académie ne possède qu'un très petit nombre d'exemplaires de ses mémoires en sus de ceux qui sont distribués à chacun de ses membres, et il serait difficile de satisfaire à toutes les demandes d'échange qui lui seraient adressées.

SUITE DE L'INCIDENT RELATIF A LA COMMISSION ORTHOPÉDIQUE.

M. Roux: J'ai demandé la parole; c'est pour prier en mon propre nom M. Guérin de vouloir bien s'expliquer sur son refus de se prêter aux recherches de la commission. Je ne comprends pas pourquoi, après avoir demandé lui-même dans le temps une commission pour le même objet, maintenant qu'une commission existe, non seulement il se refuse à la mettre à même de s'éclairer, mais encore il apporte des entraves à son exercice. Je ne puis m'expliquer une pareille manière d'agir. Si M. Guérin persiste, je le déclare, il sera impossible que la commission accomplisse sa mission. Enfin, M. Guérin ne se borne pas à refuser son concours à la commission, à lui susciter des entraves, mais en dehors de l'Académie il se livre encore à des attaques injurieuses contre les membres de la commission qui témoignent le désir de connaître la vérité. Dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*, j'ai lu un article dans lequel j'ai été gravement insulté en compagnie de MM. Velpeau et Gerdy. (Interruptions: mais c'est étranger aux débats.)

M. Barthélemy: Tout ceci est étranger à l'Académie. M. le président devrait rappeler M. Roux à la question.

M. Roux: Je crois n'avoir rien dit qui soit de nature à blesser l'Académie. Je termine, du reste, en invitant de nouveau M. Guérin à s'expliquer.

M. Louis: Avant d'aller au scrutin, je prie l'Académie de me permettre quelques courtes réflexions sur un sujet si grave, et sur lequel il ne m'a pas été possible jusqu'ici d'exprimer mon opinion.

En nommant une commission pour lui rendre compte du mémoire que M. Malgaigne lui a présenté sur la myotomie rachidienne, l'Académie veut, sans aucun doute, savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de cette méthode; et, pour atteindre ce but, la commission nommée par l'Académie n'a qu'une chose à faire, étudier les faits puisés dans la *pratique* de M. Guérin. Mais M. Guérin n'a pas guéri tous les malades sur lesquels il a pratiqué la myotomie rachidienne; et pour juger la valeur de sa méthode, il faudrait au moins connaître les individus qu'il a traités, et qu'il considère, lui, comme guéris, et qu'on ignore absolument; en sorte que, quand aucun des malades dont parle M. Malgaigne dans son mémoire, ne serait guéri, on ne pourrait en rien conclure contre les assertions de M. Guérin, qui pourra et devra toujours dire: les malades que vous examinez ne sont pas ceux que je considère comme guéris. Evidemment, tant que la commission ne connaîtra pas *tous* les malades traités par M. Guérin, elle n'aura pas les données du problème, elle sera dans une espèce d'impasse; et M. Guérin serait-il aussi peu véridique que je le crois sincère, la commission ne connaissant qu'une petite partie des faits tirés de sa pratique, ne pourrait le prouver.

Maintenant, Messieurs, et cela doit être évident pour tous ceux d'entre nous qui veulent bien y réfléchir, et qui n'ont d'autre intérêt, dans cette circonstance, que celui de la vérité, en nommant une commission pour examiner des faits tirés de la *pratique* de M. J. Guérin, sans son assentiment et même contre sa volonté, l'Académie fait une chose inouie, probablement sans exemple, et qui doit en définitive répugner à chacun de ses membres. Que dirions-nous, en effet, Messieurs, si, après avoir annoncé un résultat thérapeutique quelconque, l'Académie décidait, *sans notre assentiment*, qu'une commission sera nommée pour savoir si les faits que nous annonçons sont tels que nous les indiquons? Vous vous révolteriez sans doute à la pensée d'une pareille prétention; et ce qui vous révolterait pour vous, vous voulez l'imposer à un autre. Messieurs, ce n'est pas de la justice.

Bien plus, Messieurs, et voyez où une première erreur peut conduire: non seulement vous nommez une commission pour scruter des faits qu'il ne vous est pas permis, dans ma manière de voir, de scruter, mais vous nommez, pour faire partie de cette commission, pour examiner le mémoire de M. Malgaigne, ce mémoire qui est, comme l'a dit énergiquement un des membres de cette assemblée, un recours en cassation, vous nommez un des adversaires les plus décidés de M. J. Guérin! Vous voulez être impartial, et vous nommez pour juger ce débat un homme d'une grande habileté, sans doute, d'une grande érudition, un homme très honorable assurément, mais enfin un homme qui a un intérêt puissant à voir succomber, permettez-moi l'expression, celui qu'il s'agit de juger. Messieurs, vous ne sauriez persister dans cette voie; votre conscience ne tarderait pas à vous le reprocher, et le public parlerait comme votre conscience, parce que, en définitive, et voilà ce qui doit consoler M. Guérin, le public est juste.

Mais la science! la science, Messieurs, n'est pas la principale intéressée dans cette affaire; personne ici n'imaginera, j'en ai l'assurance, que mon dessein est d'engager l'Académie à ne pas s'occuper d'une question aussi grave, aussi importante que la myotomie rachidienne. Mais nous n'ignorons pas aussi qu'une commission de médecins et de chirurgiens, tous membres de l'Académie,

a été nommée par l'administration des hôpitaux pour examiner la valeur du procédé de M. Guérin; cette commission étudie les sujets qui lui sont présentés avant le traitement, elle les étudie pendant le traitement, elle les suivra jusqu'à guérison complète, ou jusqu'à ce qu'il lui soit démontré que tel ou tel sujet ne peut pas guérir ou ne peut qu'être soulagé. Cette commission publiera son travail, et c'est alors, sur des faits recueillis avec détails, étudiés sous des points de vue multipliés, suffisamment nombreux, que chacun pourra avoir un avis éclairé. Mais comment avoir un avis sur des faits qu'on ne connaît pas?

Je me résume :

1° Le travail commencé de la commission ne peut la conduire à rien.

2° L'Académie ne peut pas faire examiner la pratique d'un médecin quelconque, et à plus forte raison celle d'un de ses membres, sans son assentiment.

M. Guérin : M. Roux me demande pourquoi j'apporte des entraves à l'exercice de la commission. Je suis très surpris qu'après avoir formellement déclaré que je n'avais apporté aucune entrave, on vienne aujourd'hui insinuer le contraire. Je demanderai à M. Roux s'il a des preuves de ce qu'il avance. Je le déclare de nouveau en ce moment; je n'ai apporté aucune entrave à l'examen de mes malades, mais je n'ai pas cru devoir m'y prêter. Du moment où ce débat s'est engagé sur ma pratique, j'ai cru devoir garder la neutralité; on ne peut pas exiger davantage de mon impartialité, dans une question qui touche de si près à ma personne.

Il y a dix mois, j'ai demandé à l'Académie de vouloir bien nommer une commission pour examiner mes méthodes, et suivre ma pratique; il n'y avait alors qu'une question purement scientifique en cause; l'Académie ne crut pas devoir accéder à ma demande. Elle n'ignore pas que depuis d'autres questions se sont substituées à la question scientifique. Un médecin avec des intentions et un but que je livre à l'appréciation de l'Académie, est venu lire un mémoire sur les résultats du traitement de mes malades; et alors qu'on m'avait refusé une commission, on en a nommé une pour l'examen de ce mémoire que l'on voudrait maintenant m'*imposer*. Or, je n'ai pas voulu et ne veux pas me prêter à un débat dont l'Académie n'a à attendre que du scandale.

On a insinué que j'avais suscité les obstacles qu'a rencontrés la commission. Je ne puis trop repousser une pareille insinuation. Ces obstacles ont plusieurs causes qu'il m'importe de signaler à l'Académie : la première, c'est que plusieurs des malades dont il s'agit ne sont pas à Paris; la seconde, c'est que tous n'ont point reçu de lettres de convocation. Je crois savoir que la distribution de ces lettres a été confiée à d'autres personnes qu'aux employés des bureaux de l'Académie; il m'en est revenu une dont la suscription était d'une écriture qui m'est parfaitement connue; troisièmement, c'est que la plupart de ces malades sont mus, sans doute, par des instincts tout différens de ceux qui font agir les personnes qui ont cherché à les amener ici.

Je me résume, et je persiste à dire que je ne me prêterai en aucune manière à une investigation qui porte atteinte à ma dignité d'homme, de savant et d'académicien.

M. Gerdy : J'entre tout à fait dans la pensée de M. Louis. Oui, assurément, il ne serait ni convenable, ni digne dans les circonstances ordinaires, d'examiner les malades d'un de nos collègues, ce serait non seulement inconvenant, mais ce serait même une action coupable. S'il en était ainsi, je me rendrais volontiers aux observations qu'on vient de nous faire. Mais s'il arrive qu'un médecin dise un jour, j'ai fait des cures merveilleuses, j'ai guéri ce que les autres chirurgiens ne savent guérir, et qu'en disant cela il n'en donne pas la preuve, oh! je dis alors que de pareilles assertions ne peuvent pas passer sans contrôle, lorsqu'elles sont émises surtout par un homme de valeur; il devient indispensable, dans ce cas, de chercher à connaître la vérité. C'est un droit pour tout le monde, c'est un devoir pour la presse médicale de s'enquérir de la réalité des faits. Et si, dans de pareilles circonstances, la presse médicale a acquis des convictions opposées, c'est son devoir de le dire.

Or, dans l'état actuel des choses, lorsque les uns disent oui, les autres non, il faut donc examiner. Et comme les choses se sont passées comme je viens de le supposer, les hommes de la presse qui ont cherché à voir les faits ont rempli leur devoir. Je ne comprends pas qu'on vienne nous dire : on n'a pas le droit de voir les malades d'un confrère. Ne semble-t-il pas que le malade est la chose du médecin, que c'est une sorte de bête de somme dont il fera tout ce qu'il voudra. Je ne crois pas que ce soit ainsi qu'on doive envisager les questions qui intéressent la science et l'humanité. Il peut se faire qu'il y ait ici des animosités, des haines en jeu (rires), mais cela nous importe peu (oh! oh!), puisque M. Guérin a fait des guérisons merveilleuses, je le suppose, du moins, je le supplie de nous les faire voir. Je dis que du moment où il a avancé de pareilles assertions, il est obligé d'en faire la preuve; et s'il s'y refuse, chacun de nous a le droit de chercher à savoir ce qu'il en est. Puisque la commission a reçu de l'Académie cette mission, elle doit se considérer comme d'autant plus obligée de la remplir, qu'elle a été publiquement injuriée... (Rumeur... c'est étranger à l'Académie). Il est du devoir de la commission d'aller jusqu'au bout sans se préoccuper des obstacles qu'on lui opposera. On parle de je ne sais quelles convenances; les convenances me touchent peu lorsque des devoirs sont en jeu. Des convenances sont des puérilités qui n'existent que dans les sociétés corrompues. (Oh! oh! rires et applaudissemens).

M. Guérin : Deux membres viennent de faire allusion à des choses qui se sont passées en dehors de l'Académie. Je déclare que je suis tout prêt à donner toutes les explications désirables en dehors de l'Académie, comme devant l'Académie elle-même, si elle le juge convenable. (Non, non.)

M. Royer Collard : Je ne dissimulerai pas l'embarras que j'éprouve en prenant la parole dans cette discussion; je ne sais vraiment pas encore où l'on prétend en venir; tout ce que j'entends ici me blesse et m'indigne (murmures); oui, tel est mon sentiment, et je ne suis pas le seul dans cette enceinte qui pense ainsi. (Voix nombreuses; oui, oui, c'est vrai). Savez-vous ce que l'on dit au dehors de l'Académie? Qu'elle passe son temps à vider des querelles personnelles, au lieu de s'occuper de questions scientifiques, qu'elle est une sorte d'arène où viennent lutter les rivalités et les amours-propres. Il est indigne de l'Académie, humiliant pour elle de la voir s'occuper ainsi des débats entre personnes plus ou moins ennemies qui discutent évidemment dans des intérêts qui ne sont pas ceux de la science. (Réclamations.—Oui, oui, c'est juste.) Je sais qu'on peut alléguer l'intérêt de la science; mais c'est un prétexte spécieux qui ne manque jamais, et qu'il est toujours facile d'invoquer devant une Académie. Pour le cas dont il s'agit, sans prendre parti pour qui que ce soit, je maintiens qu'on ne peut arriver à aucune solution scientifique. Je propose donc qu'on cesse toute discussion et qu'on passe à l'ordre du jour. (Appuyé, appuyé.)

M. Pariset (pour une motion d'ordre) : Messieurs, je n'ai pas l'habitude de prendre part aux discussions de l'Académie, mais je ne puis m'empêcher d'élever la voix lorsqu'il s'agit de sa dignité, et que cette dignité est compromise. Non, Messieurs, on aura beau faire, jamais on ne me persuadera qu'il ne s'agit pas ici d'une discussion personnelle. Je déclare que je ne suis ni pour M. Guérin, ni contre M. Malgaigne; je ne me préoccupe que de l'Académie et de sa dignité; et c'est pour ce motif que je demande l'ordre du jour sur toute cette discussion. (Agitation.)

M. Londe : Je demande également la parole pour une motion d'ordre. M. Guérin n'a rien lu à l'Académie sur la question dont il s'agit. M. Malgaigne, il est vrai, est venu lire un mémoire sur cette question; mais ce mémoire portant exclusivement sur la pratique d'un de nos collègues, et contenant des attaques contre sa personne, l'Académie ne peut pas se constituer juge en ce qui concerne un de ses membres; il n'y avait donc pas lieu de nommer une commission. (Une voix : Mais c'est fait, on ne peut pas revenir là-dessus.) J'appuie l'annulation demandée par M. Pariset. (De toutes parts : l'ordre du jour. La clôture!)

M. Velpeau : Je demande la parole.

M. Barthélemy : Je demande à dire un mot sur la position de la question. Qu'il soit bien entendu que si l'on passe à l'ordre de jour, il n'y a point à donner suite à la nomination des commissaires.

M. Pariset insiste de nouveau pour l'ordre du jour absolu, c'est-à-dire pour l'annulation de la commission et de tout ce qui a été fait à l'occasion de ce débat. (Appuyé, appuyé, aux voix.)

M. Gerdy s'élève avec force contre l'ordre du jour. Il serait sans exemple, dit-il, qu'après avoir nommé une commission, cette commission ne pût point remplir son mandat, parce qu'une minorité se serait mise en opposition avec la majorité; il serait inoui que dans une pareille circonstance l'Académie pour se tirer d'embarras considérât la nomination d'une commission comme non avenue. On dit qu'il y a des haines personnelles en jeu; je veux bien l'admettre. Est-ce que lorsqu'une affaire est portée devant les tribunaux il suffit de dire qu'il existe des haines personnelles entre les parties pour qu'on se dispense de juger. (Rires; de toutes parts : Qu'est-ce que cela a de commun?) C'est cependant là ce que l'on propose de faire. Je dis que ce serait une grande faiblesse, et si l'Académie s'en rendait coupable je ne saurais comment l'en justifier. (L'ordre du jour.)

M. le président : L'ordre du jour a été proposé; est-il appuyé? (Oui, oui.) Je vais le mettre aux voix.

M. Velpeau : J'ai demandé la parole contre l'ordre du jour. (Aux voix, la clôture.)

M. Cornac : Je demande la parole. (Aux voix, aux voix, la clôture.)

M. le président : La clôture de la discussion étant généralement demandée, je vais la mettre aux voix. (Oui.)

M. Velpeau : Je demande à parler contre la clôture. L'Académie a entendu dire que la conduite de la commission avait quelque chose d'indigne, de scandaleux même. Messieurs, s'il y a du scandale ici, il serait facile de voir d'où il vient. Mais on ne s'est pas borné à dire que la commission faisait une chose indigne, on a été encore jusqu'à dire qu'elle n'avait rien à faire d'utile. M. Louis a allégué qu'on ne connaissait qu'un petit nombre des malades de M. Guérin; mais ceux que l'on connaît peuvent toujours être enregistrés. Il a allégué, en outre, l'existence d'une autre commission qui aurait, dit-il, le même objet à remplir. Mais ceci n'est point exact, car il y a ici une autre question que l'on paraît ne pas apercevoir. Il ne s'agit pas, comme on le dit, d'aller voir les malades d'un médecin (rires et dénégations); il est possible que quelques personnes aient vu la chose ainsi; mais l'Académie n'a pas pu se méprendre à ce point (exclamation); il s'agit ici de juger une méthode. On a dit voilà une méthode avec laquelle on guérit les déviations de l'épine; une autre personne est venue vous dire ce n'est pas. L'Académie doit chercher à savoir à quoi s'en tenir à cet égard. C'est évidemment là une question de science.

M. Louis a ajouté une chose qui exige une réponse de ma part. Il a dit qu'il y avait dans la commission des membres hostiles à M. Guérin. Je sais bien à qui cela s'adresse (rires); mais je voudrais savoir comment M. Louis sait cela. Si c'est par les injures qui me sont prodiguées qu'il en juge ainsi, soit; mais si c'est par mes actes ou par mes écrits, j'aurais lieu d'en être surpris, car je défie que l'on trouve, dans les uns comme dans les autres, rien qui prouve que je sois l'adversaire ou l'ennemi de M. Guérin (oh! oh!). Quoi qu'il en puisse dire, rien de sa part ne peut m'atteindre et m'empêcher de faire ce que je crois être mon devoir.

Il y a, je le répète, une confusion sur l'objet que se proposent ces deux commissions. La commission des hôpitaux a été instituée pour décider la question de savoir si le service orthopédique de l'hôpital des Enfans devrait ou non être conservé (M. Orfila : Je demande la parole) et subsidiairement pour examiner les méthodes et la pratique de M. Guérin. Cette commission, quand elle aura terminé sa mission, viendra nous dire qu'elle a vu traiter des pieds-bots, des strabismes, des déviations du genou, etc.; mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Qui ne sait qu'on guérit les pieds-bots, le strabisme? Il s'agit ici uniquement de la

myotomie rachidienne; elle seule en est cause, et c'est sur cet objet seul que la commission de l'Académie est appelée à faire un rapport.

M. Guérin se révolte à l'idée de l'examen de ses malades, comme s'il se trouvait seul et directement intéressé dans cette affaire. D'autres que lui pratiquent la myotomie rachidienne à l'étranger. Il n'est d'ailleurs pas l'inventeur de cette méthode.

Quant à la question de visiter les sujets à domicile, ce n'en est pas une, car ce sont des sujets qui ont été opérés dans un service d'hôpital, les faits et les résultats ont été publiés (M. Guérin : Mais cela n'est pas), ils sont par conséquent dans le domaine public. Mais il y a d'autres difficultés que l'Académie a déjà senties et que M. Guérin n'a point dites : les sujets opérés pour des déviations de l'épine sont généralement de jeunes filles; elles ont toutes le plus grand désir de guérir, ou si elles ne sont pas guéries, de faire croire qu'elles le sont; aussi emploient-elles, dans ce but, tous les artifices possibles. Il en résulte qu'il n'y a pas de faits qui prêtent plus que ceux-là à l'illusion.

Je conclus : il y a ici une question de science très importante, il faut qu'elle soit à tout prix éclaircie.

M. Castel : Il n'y a pas de tyrannie plus difficile à supporter que la tyrannie de l'amour-propre. J'ai fait jusqu'ici tous mes efforts et je continuerai à en faire pour la gloire de l'Académie. A mesure que j'avance dans la carrière et qu'il me devient de plus en plus difficile d'acquérir de la gloire par mes propres travaux, il faut que je prenne soin de celle de l'Academie; c'est pour cela que je veux l'empêcher de passer sous les fourches caudines de l'amour-propre. Voyez, depuis que cette question a été soulevée, combien de tribulations elle a subies. Je l'ai dit dans la dernière séance, ce que la commission se propose de faire est une chose impossible et inutile. Et en effet, Messieurs, la question est insoluble, vous le voyez, car depuis que l'on discute elle n'a pas fait un seul pas; elle est inutile, car les faits dont il s'agit sont des faits publics qui se sont passés devant témoins dans un service d'hôpital. Quelle que soit la valeur de la méthode, c'est l'opinion publique qui la jugera; il n'était pas nécessaire de nommer une commission pour cela. Soyez-en certains, Messieurs, si la méthode est mauvaise, si elle est sans fondement, elle tombera d'elle-même; si au contraire elle est bonne, elle subsistera, quoi qu'on fasse. Enfin, j'ai dit de plus que la démarche dans laquelle l'Académie s'engageait était inconvenante, et je le maintiens. Il n'y a pas longtems qu un membre de cette Académie sollicitait l'assemblée de désigner une commission pour suivre sa pratique et la comparer à celle de ses collègues. L'Académie ne crut pas devoir accéder à sa demande; et ici vous allez intervenir, non pas sur la demande d'un membre, mais sur celle d'un médecin étranger à l'Académie, et contre le gré d'un de nos collègues; et rappelez-vous dans quelles circonstances on vous demande cette intervention, et après quels événemens!

M. Gerdy a invoqué la morale. En quoi consiste-t-elle cette morale? est-ce qu'elle ne prescrit pas de s'aimer les unes, les autres? (On rit) de nous soutenir les uns les autres? Et que signifie cette phrase pompeuse : les convenances sont le propre des société corrompues? Les sauvages, (rires, interruptions qui nous empêchent d'entendre la suite)... Je dis que sans faire acte de partialité, sans manquer à la justice, nous ne pouvons pas permettre que l'on donne suite à ces recherches. Il faut que l'Académie ait le courage de reconnaître qu'elle s'est trompée lorsqu'elle a nommé une commission pour cet objet. Je demande l'ordre du jour motivé sur ce qu'il est du devoir de l'Académie de ne donner aucune suite à cette affaire.

M. Cornac. Je demande l'ordre du jour, mais motivé d'une manière toute différente. L'ordre du jour que je propose consiste à procéder à l'élection de deux membres nouveaux pour la commission, ainsi que l'Académie l'a résolu dans la dernière séance. (M. Bouvier : appuyé). Maintenant si l'Académie est assez instruite pour savoir ce qu'elle doit faire, elle nommera deux membres soit dans le sein de la majorité, soit dans le sein de la minorité. Dans ce dernier cas la majorité deviendra minorité; dans le premier cas au contraire les nouveaux choix que vous aurez faits fortifieront la majorité, et la commission pourra alors vous faire un rapport.

M. Orfila (attention) : Je voulais rester étranger à ces debats, mais je ne puis m'empêcher de relever une assertion de M. Velpeau, qui n'est point exacte. Il a dit que la commission des hôpitaux avait pour mission de savoir si l'on devrait conserver ou non le service orthopédique de l'Hôpital des Enfans, et il a ajouté qu'elle s'occupait de tout autre chose que de myotomie rachidienne. Ce n'est pas ainsi que l'a entendu le conseil des hospices lorsqu'il a eu à délibérer sur la demande de M. Guérin. La mission dont il a chargé la commission est de constater sur tous les points si les faits de la pratique de M. Guérin sont tels qu'il les a annoncés, s'ils sont ou ne sont pas exacts. Rien n'a été omis dans le programme de la commission. Cette commission est bien par conséquent telle que M. Guérin l'avait demandée, pour constater la réalité des résultats indiqués dans sa statistique, et cette commission s'occupe en effet de l'examen de la question de la myotomie rachidienne, comme de toutes les applications de la ténotomie.

M. Rochoux : Je demande l'ordre du jour comme l'a formulé M. Cornac. Si les débats doivent continuer, je demande qu'on y consacre des séances extraordinaires. (Non, non.)

M. Desportes : Il est aisé de voir qu'on cherche à attirer du dehors de l'Académie les débats qui ont lieu dans ce moment.

L'Academie a été saisie régulièrement d'une question scientifique. Un médecin est venu lire devant elle un mémoire qui contient des faits de théorie et de pratique; ce mémoire a été renvoyé à l'examen d'une commission, il faut que celle-ci fasse son rapport. Quant à la commission des hôpitaux, sous l'empire des circonstances où elle a été nommée, elle est à mes yeux frappée de discrédit. (Oh! Oh!) Oui, je le répète, la commission est placée sous des influences telles, que sa décision est d'avance frappée de nullité. (Vives réclamations.)

M. Blandin (vivement) : Je demande la parole.

M. Velpeau, M. Roux et quelques autres membres se lèvent à la fois et demandent la parole.

M. Velpeau : Je réclame la parole pour répondre à un fait articulé par M. Orfila. J'ai dit que la commission des hôpitaux avait été nommée pour examiner la pratique de M. Guérin, pour savoir si le service orthopédique devait ou non être conservé, et de plus, qu'elle avait mission de suivre le service de M. Guérin pendant une période d'un an au plus. J'ai ajouté que cette commission n'avait pas seulement pour objet l'étude de la myotomie rachidienne, mais qu'elle devait examiner généralement tout ce qui se rattache aux traitemens orthopédiques. Or, je le répète, ce n'est pas de cela qu'il s'agit maintenant; il n'est pas question pour nous de savoir ce que fait maintenant M. Guérin, ni de ce qu'il fera par la suite; il s'agit de faits accomplis antérieurement à la nomination de cette commission; c'est sur ces faits que nous avons à nous prononcer, et non sur la pratique actuelle de M. Guérin.

M. Guérin : Je demande la parole pour un fait personnel.

M. Blandin : C'est pour un fait personnel aussi que j'ai demandé la parole.

M. Roux se lève et dit quelques mots que nous ne pouvons pas entendre.

La parole est à M. Blandin.

M. Blandin, avec émotion : Je n'avais point l'intention de prendre la parole dans cette discussion; je pensais que, faisant partie de la commission des hôpitaux, je devais m'abstenir. Mais M. Desportes a prononcé des paroles qui ne me permettent pas de garder plus longtemps le silence. La commission des hôpitaux est bien réellement chargée d'examiner tout ce qui a trait à la pratique de M. Guérin, y compris la myotomie rachidienne, et vous pouvez être bien certains qu'elle ne manque pas d'examiner cette méthode avec toute l'attention qu'elle mérite, et de chercher à savoir si cette opération doit ou non rester dans la science. Quant à moi, je ne me départirai pas de ma mission que je n'aie été complètement édifié sur ce point, et dès lors j'en prends l'engagement, la discussion sera provoquée ici sur cette question.

La commission, dites-vous, est frappée de discrédit. Que répondre à cela, messieurs? Savez-vous de qui elle se compose, cette commission? De M. Louis, que vous venez d'entendre, de M. Serres, de M. Breschet, de MM. Jobert, Rayer, P. Dubois, et enfin moi-même, qui ai l'honneur d'en faire partie.

Je sais bien que lorsque nous aurons fait notre rapport, on viendra nous dire cela ne fait rien à la question soulevée maintenant devant l'Académie; que la commission academique peut seule la juger. Eh bien! je dis que cela n'est pas possible. Si une commission pouvait être frappée de discrédit, ce serait la commission que vous avez nommée, car sa mission est impossible. Quand bien même cette commission en viendrait, je le suppose, à reconnaître que les malades dont parle M. Malgaigne ne sont pas redressés, cela jugerait-il la question? Pas le moins du monde, car elle n'aura jamais que des documens incomplets et par conséquent sans valeur. Le nombre des malades qu'elle pourra voir ne sera qu'une très petite fraction des malades que M. Guérin a traités. Comment saura-t-elle à quelle catégorie du relevé de M. Guérin ils appartiennent, s'ils ont été portés comme guéris, améliorés ou non guéris? Et, dans le cas où elle ne rencontrerait pas de cas de guérison, comment apprécierait-elle le degré d'amélioration que la méthode aurait produit? Ces malades, aucun des membres de la commission ne les aura vus ni avant le traitement, ni pendant le traitement. Or, comment veut-on apprécier des résultats dans de semblables conditions? C'est de toute impossibilité.

Voulez-vous savoir maintenant comment procède la commission des hôpitaux? Elle se réunit régulièrement, elle examine les malades avant le traitement, elle les voit opérer, elle se les fait représenter après l'opération; enfin elle les reverra tous après leur complet traitement. Elle voit, suit, examine tout avec le soin le plus minutieux; toutes les opérations sont faites sous ses yeux, elle voit touche les muscles divisés, elle met le doigt dans la plaie; rien n'échappe à sa scrupuleuse attention, et lorsqu'elle aura tout vu, lorsqu'elle en saura assez pour sa conviction, elle viendra dire tout ce qu'elle saura, tout ce qu'elle aura vu.

Je crois donc qu'on pourrait avec raison retourner la proposition de M. Desportes et dire d'avance que la commission de l'Académie n'aboutira à rien, ne prouvera rien, et que le but qu'elle se propose ne sera point atteint. La commission des hôpitaux, au contraire, se trouve dans les meilleures conditions possibles pour étudier la question, et à moins que vous ne lui fassiez l'injure de croire qu'elle pourrait manquer à sa mission, elle seule est apte à la juger. (Très bien.)

M. Guérin : Les explications que vient de donner M. Blandin, me dispensent de prendre la parole; je n'ai qu'à remercier notre honorable collègue d'avoir aussi bien rétabli les faits.

M. Orfila : Lorsque le conseil des hospices a pris sa délibération sur la demande de M. Guérin, nous avons discuté s'il y aurait lieu de procéder d'abord à l'examen des malades anciens, comme l'avait demandé M. Guérin; en réfléchissant à cette question, nous avons reconnu qu'un pareil examen n'était pas possible. En conséquence la commission a reçu pour mission de suivre le traitement des malades qui se présenteraient à l'avenir dans le service. La commission a pensé que les faits qui lui seraient soumis à l'avenir ne différant en rien des faits passés, le jugement qu'elle aurait à porter s'appliquerait également aux uns et aux autres. On ne niera pas en effet qu'une déviation ou une excurvation tuberculeuse, en 1840, ne diffère pas absolument d'une déviation ou d'une excurvation, en 1844.

M. Barthélemy : On a proposé l'ordre du jour, c'est-à-dire la nomination de deux membres; j'ai demandé, et je réitère ma demande, qu'on n'adjoigne point de nouveaux membres à la commission, persuadé que cette commission ne fera rien, qu'elle ne peut rien faire. Je regrette sincèrement que cette commission ait été nommée et qu'elle ait reçu une pareille mission. Que s'est-il passé? un médecin a lu un mémoire, ou plutôt un travail d'où il n'est pas difficile de faire sortir un acte d'accusation contre un de nos collègues. Eh bien! je dis qu'il y a

eu inconvenance de la part de l'Académie à sanctionner un pareil acte par la nomination d'une commission, et qu'elle a agi dans cette circonstance contre sa dignité. La dignité d'une Académie se compose, après tout, de la dignité de chacun de ses membres. Si on laisse attaquer une fois la considération de l'un d'entre nous, ce sera demain le tour d'un second, puis celui d'un troisième; et je le demande, une fois engagé dans cette voie, que deviendra la considération de l'Académie elle-même? quelle opinion en aura-t-on dans le monde? Je crois donc qu'au lieu de permettre qu'on dressât une enquête sur l'un de ses membres, l'Académie aurait dû passer à l'ordre du jour; mais enfin elle ne l'a pas fait. Quelle doit être dès ce moment la conduite de la commission? L'auteur du mémoire a pris l'engagement de lui fournir tous les élémens propres à former sa conviction; il a agi en conséquence, mais il paraît qu'il s'était trop avancé, et il n'a pas pu tenir son engagement. Les personnes qu'il a convoquées ne se sont pas présentées. Eh bien! il me semble que dans cette circonstance la commission a fait tout ce qu'elle pouvait, plus même peut-être qu'elle ne devait faire. Cependant elle ne s'en est pas tenue là; elle a cru que pour remplir sa tâche jusqu'au bout, elle devait aller elle-même chez les malades. J'avoue que je ne peux pas approuver cette démarche; je partage pleinement à cet égard les scrupules des membres de la minorité. La commission a terminé sa mission du moment où les malades convoqués ne se sont point présentés. Agir autrement, aller frapper aux portes des malades d'un de nos collègues, sans son aveu, ce n'est pas là de la dignité. Voilà pourquoi je demande que la commission reste telle qu'elle a été composée, et s'en tienne à ce qu'elle a fait jusqu'ici, ou qu'elle se borne, s'il y a lieu, à l'examen de la question scientifique. C'est dans ce sens que je propose l'ordre du jour.

M. Adelon : J'ai demandé la parole pour faire voter la clôture. L'Académie doit être, ce me semble, suffisamment instruite pour voter. La première question sur laquelle elle doit voter est la proposition qui a été faite dans la dernière séance; la seconde serait de passer à l'ordre du jour sur toute la question, vu l'impossibilité reconnue de procéder à l'examen des faits. J'avoue maintenant que si j'avais assisté à la séance où a été faite la communication de M. Malgaigne, j'aurais voté contre la nomination d'une commission, et aujourd'hui que je suis mieux informé par tout ce que je viens d'entendre et ce qui vient de se passer sous mes yeux, je voterais pour l'annulation de ce qui a été fait.

Je demande donc qu'on vote d'abord sur la clôture de la discussion, et en second lieu qu'on vote successivement sur les propositions qui ont été faites. (Appuyé de toutes parts. — Aux voix, aux voix.)

M. le Président met aux voix la clôture. — L'Académie adopte.

L'Académie va voter maintenant sur la première proposition, qui est l'ordre du jour pur et simple. (Non, non. — Réclamations.)

La seconde proposition est celle de M. Barthélemy; elle consiste dans le renvoi à la commission sans l'adjonction de nouveaux membres.

La troisième, celle de M. Pariset, de mettre le tout au néant.

M. Adelon : On doit voter sur celle-ci d'abord. (Non, non.)

M. le Président : M. Adelon a raison, la proposition la plus radicale doit être mise aux voix la première, le règlement le veut ainsi.

M. Gerdy : Non. L'ordre du jour, c'est la nomination de 2 membres.

M. Barthélemy : C'est la modification que j'ai proposée à l'ordre du jour qui doit avoir la priorité. C'est un amendement. (Oui, non. — ici le tumulte est à son comble.)

M. Dubois (d'Amiens) au milieu du bruit : d'ordre du jour en ordre du jour on ne sait pas où l'on ira.

M. Barthélemy : Il ne s'agit pas de remplacer un ordre du jour par un autre. Je demande qu'on vote sur mon amendement.

M. le Président (parvenant avec peine à rétablir le calme et à diminuer le bruit) : Je vais mettre aux voix l'ordre du jour de la dernière séance, c'est-à-dire la nomination de 2 membres. (C'est cela, c'est cela.) On passe au vote. 20 membres lèvent la main pour l'ordre du jour. 25 votent contre. L'ordre du jour est rejeté. (Sensation.)

Le Président met aux voix la proposition de M. Pariset qui consiste à annuler la commission. 23 membres votent pour, 25 contre. La proposition est rejetée.

En conséquence, la proposition de M. Barthélemy est adoptée, et la commission reste constituée telle qu'elle était.

La séance est levée au milieu de la plus grande agitation.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES; par M. Civiale. Troisième et dernière partie : MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE. — Paris, 1842. Un vol. in-8°. Chez Fortin, Masson et comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

La date de notre compte-rendu, comparée au millésime que porte ce volume, montre que nous sommes fort en retard avec M. Civiale. Mais ce retard ne trahit de notre part ni une négligence, contraire à nos habitudes, ni une désapprobation tacite à l'égard de cette publication. Par un oubli, sans doute involontaire, la dernière partie de l'ouvrage de M. Civiale nous a été remise longtemps après sa publication. Nos lecteurs, pour la plupart, auront donc déjà pu apprécier par eux-mêmes ce qu'elle contient. Mais cette considération ne doit pas arrêter notre plume : on est toujours heureux d'avoir à plaider une cause devant ceux par qui elle a d'abord été instruite, et ils seront ici d'autant plus disposés à ratifier notre jugement que ce jugement tout favorable ne fera vraisemblablement que confirmer leur première impression.

La lecture de la troisième partie de ce traité n'a modifié en rien notre opinion sur le genre de mérite que nous y avions tout d'abord remarqué. Si la critique trouve çà et là à signaler quelques interprétations un peu trop accommodantes, certaines théories, qui paraissent nées du désir de tout expliquer plutôt que d'une analyse approfondie des phénomènes, l'auteur peut légitimement faire peser une partie de ces reproches sur le sujet. Cette excuse deviendrait ici d'autant plus valable que l'obscurité des symptômes et la difficulté des solutions augmentent naturellement à mesure qu'on s'adresse à une partie plus reculée, moins accessible, d'un même appareil organique. Sous ce rapport, cependant, on peut le dire, l'histoire des MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE n'aura pas seulement montré quels nombreux mystères la nature nous recèle encore. Entre les mains de M. Civiale, elle servira également à prouver combien une observation patiente peut parvenir à en diminuer le nombre. L'analyse de ce volume, ainsi considéré, fournirait un exemple remarquable des conquêtes réalisées depuis quelques années par le génie de l'homme, dans cette louable direction.

Les *fongus de la vessie* font le sujet du 1er chapitre. Ces tumeurs souvent désignées par les auteurs sous le nom de squirrhosités, carroncules, carnosités, etc., avaient été surtout confondues par eux avec les tuméfactions partielles de la prostate. Aujourd'hui que ces dernières sont mieux connues, la description des fongus est devenue plus facile à tracer. En tête de leur histoire, M. Civiale pose une remarque qui nous a semblé quelque peu intéressée, si l'on peut s'exprimer ainsi : « Le plus grand nombre des fongus vésicaux, écrit-il, sont pédiculés. » Loi qu'il serait à peu près indifférent d'accepter ou de démentir au point de vue théorique, si elle ne devait pas servir à l'auteur de justification pour une opération qu'il propose comme convenant le plus souvent; car cette opération serait, on le comprend, inexplicable dans le cas de tumeurs implantées par une large base. C'est donc sous ce rapport seulement que nous exprimons ici nos réserves contre cette proposition ainsi généralisée. — M. Civiale n'a même pas tenté de déterminer la nature de ces productions morbides; et, en vérité, nous ne savons presque s'il faut lui en faire un reproche. Le mot *fongus* en chirurgie a une acception si mal définie que l'on est bien pardonnable de reculer devant la tâche d'en fixer le sens. Cependant, ne pouvait-on, tout au moins, essayer de combler par l'observation cette lacune? — L'étude des causes ouvrait aux recherches une voie moins stérile; car, s'il est vrai qu'un état morbide chronique de la vessie précède, dans la plupart des cas, le développement des végétations fongueuses, la pratique a un intérêt majeur à ce qu'on sache le rôle que jouent sous ce rapport les diverses affections de ce viscère, à ce qu'on puisse dire pour quelle part la tumeur et pour quelle part la lésion primitive du tissu entrent dans la production des symptômes. — Le diagnostic est plein d'obscurités, surtout si l'on s'en rapporte, comme le font encore beaucoup de médecins, aux seuls signes rationnels. M. Civiale prouve sans peine que les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide urinaire ne suffisent presque jamais pour faire croire à l'existence d'un fongus plutôt qu'à celle de toute autre lésion organique. Certains phénomènes spéciaux ont cependant par eux-mêmes une signification exceptionnelle; telle est l'interruption brusque du jet de l'urine, telle est la sortie de portions de fongus avec les urines, mais il est rare qu'ils se présentent assez accentués pour éclairer à eux seuls le diagnostic.

Malgré ces traits de lumière que fournit parfois l'analyse des phénomènes morbides, l'exploration directe est un guide beaucoup plus sûr. Le mode que conseille M. Civiale est fondé sur ce principe que, à l'état normal, la surface de la vessie est partout lisse et unie. Si donc, après avoir fait une injection, on ouvre le trilabe dans la vessie et qu'on le retire ensuite tout ouvert, une production qui siégerait au col vésical ou dans le voisinage viendrait d'elle-même se placer dans l'intervalle des branches et le stylet la fera reconnaître. Un examen attentif (basé surtout sur l'observation exacte du moment où l'urine sort par la sonde creuse qu'on introduit lentement à travers le col), fera distinguer s'il s'agit d'un fongus ou d'une tuméfaction prostatique. En imprimant à la sonde des mouvemens ménagés de rotation, on aura même le moyen d'évaluer approximativement le volume de l'excroissance anormale. — Que si la tumeur occupe la cavité même du viscère, on en percevra le siége et le degré de saillie d'après la rétrocession qu'elle fera éprouver au bec d'une sonde courbe

lentement promenée sur les parois, ou d'après les ressauts que chaque branche d'un trilabe tourné avec un peu de vivacité subira alternativement à chaque fois qu'elle heurtera contre le corps étranger. A la vérité, ajoute M. Civiale, ce n'est ni sans difficulté, ni sans douleurs qu'on obtient ces résultats. Souvent même, malgré tous les moyens d'exploration que je viens de citer, il reste encore des doutes insolubles. Mais qu'a-t-on à espérer en n'y ayant pas recours? L'histoire de l'art, qui nous montre la chirurgie entièrement désarmée contre ces affections avant l'invention des instrumens de lithotritie, justifie assez l'emploi de ces divers procédés d'examen.

C'est, en effet sur la possibilité, ainsi démontrée, d'un diagnostic rigoureux que M. Civiale a fondé le plan de traitement qu'il propose. L'arrachement pour les tumeurs pédiculées, l'écrasement pour celles dont la base est plus large, voilà les procédés dont une expérience déjà étendue et remarquablement heureuse lui a donné le droit de garantir l'efficacité. Ce serait de notre part une puérilité que de prétendre, par un compte-rendu, initier le lecteur à la connaissance de ces manœuvres, de l'appareil instrumental qu'elles emploient, des indications auxquelles elles sont soumises. Nul ne voudra juger ces ingénieux perfectionnemens, nul n'osera les appliquer sans avoir lu, dans l'ouvrage même, leur description détaillée. Quant à nous, toute méthodique, tout entraînante que nous ayons trouvée l'exposition de ces hardis essais, nous craignons fort que longtemps encore leur application reste bornée aux seules mains de l'inventeur. Malgré les longues et confidentielles explications dans lesquelles il est entré de bonne foi pour tâcher d'encourager ses confrères à la pratique des mêmes opérations, un juste sentiment de défiance retiendra la plupart des imitateurs. Dans une voie où chaque nouvelle opération a les difficultés du premier essai, où chaque diagnostic offre presque le mérite d'une découverte, il faut au chirurgien consciencieux, pour oser entreprendre, une délicatesse de tact que l'habitude seule peut donner. Aussi le monopole (dans tout ce que ce mot a d'honorable) doit-il rester et restera-t-il à l'inventeur. Peut-être pourrait-on demander à M. Civiale un peu moins d'optimisme relativement à la fréquence et à la gravité des accidens qui résultent parfois de ces manœuvres. Ce n'est pas sans étonnement, par exemple, qu'on lira, à la suite d'une observation, cette phrase : « Le fongus arraché était accompagné d'une traînée filiforme de membrane muqueuse, longue de plusieurs pouces. Le malade souffrit beaucoup pour uriner pendant quelques jours ; et il conserva même une grande sensibilité du canal. Cependant il guérit. *On sait avec quelle facilité les membranes muqueuses se reproduisent.* » (P. 47.)

Rien de plus commun que les *carcinômes*, les *cancers* de la vessie, dans les anciens traités ; mais rien de plus rare cependant qu'une observation particulière renfermant tous les traits bien accentués, bien authentiques, qui sont les caractères de ce qu'on appelle aujourd'hui *tissu cancéreux*. M. Civiale ayant vu plusieurs cas de cet ordre a rendu un service à l'anatomie pathologique en en citant dans son ouvrage les observations détaillées. Dans la plupart de ces faits, la dégénérescence cancéreuse a été la suite d'une maladie antérieure et déjà ancienne de la vessie.

Le chapitre III consacré aux *tumeurs développées dans l'épaisseur des parois vésicales*, contient plutôt des observations judicieuses que des règles susceptibles de recevoir une application de quelque importance en pratique.

A l'occasion des *cellules vésicales*, nous citerons le passage suivant. Il montrera la manière dont l'auteur procède pour arriver à reconnaître l'existence de ces ampliations pathologiques. « Après avoir exploré l'abdomen et le rectum avec soin, j'introduis une sonde dans la vessie et je laisse couler tout son contenu ; l'instrument est maintenu en place, et le malade engagé à faire de légers mouvemens d'inclinaison à droite et à gauche ; un peu de liquide s'échappe ; je sollicite le sujet à pousser, et j'exerce une pression sur l'hypogastre ; il coule encore de l'urine. Je cesse la pression pour recommencer un instant après, et j'obtiens une nouvelle quantité de liquide. Cela fait, j'injecte dans la vessie assez d'eau pour la remplir et jusqu'à produire un fort besoin d'uriner ; puis, au moment où le liquide s'écoule, je répète les manœuvres ci-dessus. Si le même résultat a lieu un certain nombre de fois, je suis porté à croire qu'il existe des cellules, puisque, dans l'état normal et quand la cavité vésicale est régulière, tout ce qu'elle contient s'échappe par la sonde sans discontinuer, surtout quand on comprime l'hypogastre » (p. 141). Si l'on éprouve quelque hésitation à partager la confiance que l'auteur témoigne dans la sûreté de ce moyen d'exploration, celui-ci ne mérite pas moins pour cela d'être mentionné comme un auxiliaire utile à consulter dans des cas où tous les autres signes réunis ne conduisent souvent qu'à des présomptions. C'est là un bon exemple de la méthode favorite de M. Civiale, qui consiste à procéder au diagnostic de la lésion par la minutieuse analyse des moindres symptômes qui peuvent lui être rapportés. — Nous aurions aimé à trouver, comme complément de ce tableau d'ailleurs bien tracé, l'indication des accidens qu'amène parfois l'existence des cellules vésicales lorsque le bec d'une sonde laissée à demeure s'engage et séjourne quelque temps dans la cavité de l'une d'elles.

Parmi les chapitres qui composent ce dernier volume, il en est quelques-uns que l'école anatomo-pathologique trouvera sans doute déplacés ; car leur titre semble donner une sorte d'existence indépendante à des symptômes qui, à proprement parler, ne sont que l'expression, que l'effet de lésions diverses. Telles sont la stagnation, la rétention et l'incontinence d'urine. Mais le lecteur qui a besoin de conseils pour le guider dans la pratique plutôt que d'une classification irréprochable sous le rapport scolastique, saura bon gré à M. Civiale de cette petite infraction. Le sujet ainsi envisagé en bloc lui a inspiré une foule de considérations intéressantes qui avaient échappé à sa plume, lorsque dans les sections précédentes de l'ouvrage il groupait les symptômes séparément, selon l'altération spéciale de laquelle ils sont censés dépendre. Ainsi, il distingue d'abord avec raison la *stagnation* de l'urine de sa *rétention*, c'est-à-dire le séjour du liquide par défaut de la puissance expulsive des parois du réservoir, et son séjour par obstruction du canal d'évacuation. A la première catégorie appartiennent les cas de paralysie de la vessie, affection dont récemment on s'est trop hâté de proclamer la rareté. L'auteur montre qu'elle est plus commune qu'on ne le pense. On la méconnaît souvent parce qu'elle n'existe qu'à un faible degré, parce que la vessie distendue se dilate plutôt transversalement que de manière à former une tumeur perceptible au-dessus des pubis, parce qu'enfin le malade jouit encore de la faculté d'uriner à volonté, et qu'il rend autant d'urine, dans les vingt-quatre heures, qu'une personne en bonne santé. Mais si l'on a soin d'introduire une sonde dans la vessie immédiatement après que le sujet a uriné, on s'apercevra que la totalité du liquide contenu n'avait pas été évacuée. Et on aura l'explication de ce phénomène en faisant ensuite plusieurs injections d'eau. La première sort alors en bavant ; mais les suivantes, chassées avec plus de force, montrent que la poche urinaire avait en effet perdu de sa contractilité. Au premier degré du mal, des applications froides suffisent parfois pour rendre aux parois du réservoir leur ton normal. Plus tard, le cathétérisme évacuatif et les injections, tièdes d'abord, puis froides, devront être employées. Il vaut beaucoup mieux, en général, répéter deux ou trois fois par jour l'introduction de la sonde que de la laisser à demeure. Souvent enfin le praticien a été appelé trop tard, où la paralysie vésicale s'accompagne de lésions de la prostate, d'hypertrophie de la tunique charnue, de rétrécissemens uréttraux. Le traitement, si simple et si actif dont il vient d'être parlé, se montre alors d'une impuissance complète ; et le médecin est presque toujours réduit au triste rôle de spectateur d'une terminaison promptement funeste.

La *rétention d'urine* est un de ces états morbides auxquels les anciens traités avaient l'habitude de consacrer une description spéciale. De nos jours, l'étude plus approfondie des diverses causes qui peuvent la déterminer a conduit les pathologistes à scinder son histoire en autant de chefs qu'elle peut reconnaître d'origines différentes. L'un et l'autre plan a ses inconvéniens. Il est aussi dangereux, en pathologie dogmatique, de trop multiplier les divisions que de généraliser à l'infini ; car alors, outre les répétitions obligées, on s'expose à perdre de vue certains traits caractéristiques de l'affection qu'un coup d'œil d'ensemble eût fait mieux apprécier. C'est là du reste une vérité que l'exemple de M. Civiale met en pleine évidence. Après avoir mentionné, dans les précédens volumes, la rétention d'urine comme complication ou terminaison possible des diverses lésions des voies urinaires, il n'a pas jugé inutile de revenir de nouveau sur cet accident. Plus complet maintenant, parce que toutes les complications qui peuvent aggraver le mal principal sont mieux connues du lecteur, ce tableau est frappant de vérité autant qu'il est attachant de couleur et de style. En lisant l'expression effrayante, mais non exagérée, des continuelles angoisses, des douleurs souvent torturantes qui accompagnent cette dernière période des maladies génito-urinaires, le praticien reconnaîtra un spectacle qui ne se présente que trop souvent à son observation, mais il en apprendra aussi le remède ; il saura distinguer les cas où il faut évacuer l'urine à tout prix, de ceux où la temporisation est commandée, malgré l'apparente urgence des accidens, par le besoin de ménager des organes déjà compromis ; il fixera aussi son attention sur l'inflammation et le spasme qui souvent alors s'emparent d'un point rétréci et convertissent ainsi une dysurie ancienne en rétention complète ; enfin le médecin pourra apprécier les effets que le séjour forcé de l'urine produit sur les divers appareils de l'économie, troubles presque toujours très graves qui, à la longue ou immédiatement, transforment en maladie mortelle ce qui, dans l'origine et traité à temps, n'eût été qu'un symptôme momentané, qu'une incommodité passagère.

On peut appliquer des considérations toutes semblables au chapitre

consacré à l'*incontinence d'urine*. De même que la rétention, cet état des fonctions urinaires a beaucoup gagné pour son étude à être envisagé d'un point de vue général. En s'attachant à signaler toutes les causes qui le peuvent produire, M. Civiale est arrivé sans efforts à la détermination la plus rationnelle de ses diverses espèces, et à l'indication d'un traitement basé sur les véritables données, c'est-à-dire sur l'appréciation de la lésion servant de point de départ. Des exemples, la plupart très intéressans, de cures inespérées, sont annexés à ce tableau, et prouvent toute l'utilité de cette sorte de diagnostic.

L'*hématurie* est encore une de ces affection dont l'étude a été tantôt éclairée, tantôt au contraire compromise par l'habitude de l'envisager comme une maladie spéciale. Cependant, quoique à ses yeux elle ne soit qu'un symptôme, qu'un effet consécutif, M. Civiale n'a pas cru devoir borner son histoire au peu de mots qu'il lui avait déjà consacrés à l'occasion de chacune des altérations vitales ou organiques qui peuvent la produire. Seulement le tableau général qu'il en trace, recevant le reflet des notions étiologiques précédemment exposées, offre une différence aussi heureuse que profonde d'avec la description classique qu'on est habitué à voir répéter à l'envi par tous les anciens auteurs. Pour la plupart, ils faisaient de l'hématurie une maladie essentielle, avec des signes presque uniquement rationnels, et un ensemble de moyens thérapeutiques dirigés contre la constitution tout entière plutôt que contre l'état local. Sans méconnaître qu'un pareil état de choses puisse exister, M. Civiale le considère comme assez rare; et sa description diffère surtout de celle de ses devanciers en ce qu'il n'admet qu'à titre d'espèce particulière ce qu'ils avaient, eux, créé et maintenu dans les cadres nosologiques comme type et modèle, en quelque sorte, de l'hématurie.

Le sang rendu à l'extérieur peut venir soit de l'urètre, soit de la vessie, soit des uretères ou des reins. Il est toujours utile et souvent important de connaître la source précise de l'hémorragie, ne fût-ce que pour s'aider à en déterminer la véritable cause. M. Civiale énonce en peu de mots les règles qui servent à établir ce diagnostic du siége. Mais c'est surtout relativement à la lésion dont elles procèdent, que le praticien a besoin de savoir classer et reconnaître les diverses espèces d'hématurie. Or les difficultés de la solution s'accroissent ici en raison de la multiplicité des élémens parmi lesquels il s'agit de faire un choix rigoureux. Que d'affections en effet amènent dans leur cours, comme crise, comme épiphénomène accidentel, ou comme terminaison un pissement de sang! Pour dissiper ou diminuer l'embarras qu'éprouvera en pareille occurrence un médecin consciencieux, il n'y avait qu'un parti à prendre, et c'est celui auquel s'est arrêté M. Civiale: rassembler sous les yeux du lecteur tous les états morbides locaux ou généraux, vitaux ou organiques, chroniques ou aigus, spontanés ou ramificatiques, d'où peut résulter une exhalation sanguine par l'urètre, en indiquant, à l'occasion de chaque cause, la différence qu'elle imprime à l'hémorragie pour ses caractères, son abondance, sa durée, sa marche, ses retours, son retentissement sur l'organisme, etc. Un pareil tableau pour être utile devait avant tout être complet; nous n'hésitons pas à affirmer que pour le faire tel, ce n'était pas trop de la longue expérience et du discernement de M. Civiale. C'est grâce à ses nombreuses observations qu'il a pu ainsi grouper, chacune avec leur symptomatologie propre et des faits relatés à l'appui, les espèces suivantes d'hématurie: 1° Hématurie par suite des névralgies de l'urètre, des rétrécissemens de ce canal et de l'atonie de la vessie (c'est à propos de cette cause que l'auteur signale expérimentalement un fait remarquable, savoir: l'aptitude des parois vésicales à laisser échapper du sang, lorsque l'accumulation de l'urine a déterminé une distension plus ou moins forte et prolongée du viscère. Bien que l'idée nous semble juste, nous craignons seulement que M. Civiale ne se soit laissé entraîner à lui donner une application beaucoup trop générale, lorsqu'il conseille le cathétérisme évacuatif fréquemment renouvelé comme la première indication à remplir dans la plupart des cas d'hématurie); 2° l'hématurie chez les calculeux; 3° l'hématurie par suite de lésions organiques: ici les tuméfactions partielles ou totales de la prostate et les fongus du col de la vessie avec complication d'atonie vésicale sont les causes qu'on observe le plus souvent; 4° l'hématurie dans l'inflammation de la vessie; 5° l'hématurie à la suite de coups, de violences, d'ébranlemens; 6° l'hématurie endémique et celle dépendant des variations atmosphériques; 7° l'hématurie par lésion de la vessie dans le cathétérisme; 8° l'hématurie périodique; 9° l'hématurie critique.

Avec une semblable manière d'étudier l'hématurie, on conçoit que M. Civiale ne pouvait pas borner le traitement de cette affection à l'indication des moyens insignifians, des agens indirects dont toutes les descriptions classiques présentent la banale reproduction. Les antiphlogistiques, le repos, les astringens, plus tard les balsamiques sont souvent d'excellens auxiliaires. Mais employés seuls, comme ils le sont d'ordinaire par ceux qui les préconisent, ils doivent rarement réussir parce qu'ils n'attaquent pas le mal dans sa racine. C'est la cause elle-même qu'il faut s'efforcer de faire disparaître. Aussi le véritable traitement de l'hématurie ne peut-il être que celui de l'altération par laquelle on la suppose produite et entretenue. Parfois aussi le rôle du médecin doit être seulement celui d'observateur. Contre une fluxion périodique, liée depuis longtemps au jeu de l'organisme, l'art nuirait en voulant agir. Et ce n'est pas rendre aux malades un médiocre service que d'avouer, comme l'a fait notre auteur, qu'il existe de ces cas et de les spécifier avec soin.

Nous voudrions pouvoir donner encore une idée sommaire de la partie de ce traité où est tracée l'histoire du *catarrhe vésical*. Mais les limites obligées de cet article ne nous permettent pas de suivre l'auteur jusqu'au bout. Cette privation n'en sera pas une pour nos lecteurs. Les maladies des organes génito-urinaires sont de celles qu'une étude approfondie est indispensable pour connaître, comme le TRAITÉ PRATIQUE de M. Civiale est du petit nombre des ouvrages dont l'analyse doit s'avouer impuissante à extraire toutes les choses neuves et instructives. En montrant la manière à la fois pratique et raisonnée dont ce livre traite les questions, notre compte-rendu lui fera une recommandation bien suffisante pour tous les médecins qui, vraiment dignes de ce nom, ne voient pas seulement dans une guérison un fait empirique, un résultat, mais bien et aussi la solution d'un problème de physiologie, et de la physiologie la plus rigoureuse comme la plus utile.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Mérat nous adresse la note suivante, au sujet de l'emploi de l'écorce de racine de grenadier contre le tœnia (à propos d'un article de M. Lafargue, contenu dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE).

« Il est difficile de comprendre pourquoi les points les plus simples et les plus résolus de la thérapeutique sont parfois remis en question ou embrouillés comme à plaisir. S'il en est un bien arrêté, c'est assurément celui de l'emploi de l'écorce fraîche de racine de grenadier de notre pays contre le tœnia. Dans la dissertation que nous avons publiée en 1832 (1) sur ce sujet, nous avons établi de la manière la plus péremptoire qu'il ne fallait faire usage de cette écorce qu'à l'état frais, et que celle de grenadier, cultivé ou non, était douée de la propriété tœnifuge au plus haut degré. On a échoué dans beaucoup de cas pour avoir employé l'écorce sèche, quoique venue de Portugal ou autres lieux éloignés, d'où elle ne pouvait arriver que sèche. Puisqu'il s'agit de l'emploi de cette écorce, nous dirons qu'il y a des médecins qui se plaisent à compliquer le traitement du tœnia avec cette écorce, en donnant de prétendus médicamens propres à préparer les malades, qui les purgent avant ou après l'ingestion de l'écorce fraîche ou sèche, et qui manquent ainsi l'expulsion du ver. La seule administration de la décoction de 2 onces de l'écorce de la racine de grenadier fraîche, cultivé ou sauvage, dans une livre et demie d'eau, réduite à une livre, donnée en trois fois à une heure de distance, suffit *toujours* pour expulser le tœnia, si le malade en a rendu des portions la veille, sans aucun autre moyen préliminaire ou adjonctif, ainsi que je l'ai dit dans mon TRAITÉ, que l'Académie des sciences a honoré d'un prix Montyon.

— Jeudi a eu lieu, au Val-de-Grâce, la translation des cendres de Broussais. Des députations de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie de médecine, le corps des officiers de santé militaires assistaient à cette cérémonie, M. Naudet représentant l'Institut, et M. Orfila, comme président de la commission, ont pris la parole à cette occasion.

— TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE; par A. GRISOLLE, D. M. P., médecin des hôpitaux et hospices civils, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société de médecine, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de médecine de Marseille, etc. — Ouvrage complet en 2 forts volumes in-8°. Prix: 16 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et comp., 1, place de l'École-de-Médecine, et, même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

(1) DU TOENIA OU VER SOLITAIRE ET DE SA CURE RADICALE PAR L'ÉCORCE DE RACINE DE GRENADIER. — 1 vol. in-8°. Paris, 1832. Chez Baillière.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 25. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 22 JUIN 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR LA SPÉCIFICITÉ DES OPHTHALMIES (1); par Victor Szokalski, D. M. P.

Au moment où une discussion sérieuse s'agite devant l'Académie au sujet des ophthalmies spéciales, il n'est pas sans intérêt de préciser la question et de faire connaître ce qu'on pense aujourd'hui en Allemagne des doctrines qu'on présente ici sous le nom de doctrines allemandes.

Je commencerai par rappeler que les idées avancées sur la spécificité des ophthalmies par l'école de Beer sont aujourd'hui surannées en Allemagne, et qu'il n'est pas plus juste d'en accuser la nouvelle génération germanique que de rendre l'école actuelle de France responsable des idées de Sauvage et de Pinel.

Un grand pays comme l'Allemagne ne peut pas rester stationnaire, et s'il a quelquefois négligé par une réserve trop modeste d'initier les peuples voisins à ses nouvelles convictions scientifiques, du moins en leur montrant ses grands travaux d'anatomie et de physiologie il leur a prouvé qu'il ne partageait plus les doctrines de l'ancienne école de Vienne.

Afin d'indiquer le point essentiel de ces doctrines, nous commencerons par quelques considérations sur la structure de l'œil, car il serait difficile sans ce préliminaire d'éviter des répétitions nombreuses.

(1) C'est pour la lecture de cette note toute de circonstance que l'auteur avait demandé un tour de faveur à l'Académie.

Feuilleton.

VARIA.

— *Dies albo notanda lapillo !* Certainement, il faut regarder comme un jour heureux celui où il fut décidé que notre profession serait délivrée, exonérée si l'on veut, de la patente. De quelque manière qu'on envisageât cet impôt, dès l'instant qu'il y avait des professions privilégiées, que l'ordre des avocats, comprenez-vous bien ce mot, l'*ordre* des avocats, si puissant par sa *discipline* et par la solidarité mutuelle de ses membres, se trouvait compris dans l'exemption, c'était un déni de justice pour la médecine; on la rabaissait en l'assimilant aux intérêts boutiquiers. Mais que de temps, que d'obstacles, que de réclamations il a fallu pour en venir là ! Combien de gens n'ont-ils pas pensé et dit que cela était difficile, très difficile, voiremême impossible à obtenir, que c'était d'ailleurs un impôt comme un autre, etc.! Eh bien! on a vu ce qu'il fallait penser au fond de ces prétendues difficultés; elles ont disparu quand on l'a voulu sérieusement. Qu'on soit bien convaincu qu'il en serait de même de tous les autres points de l'organisation médicale que nous réclamons avec tant d'insistance et si vainement. Un jour, on sera étonné que le corps médical ait été si longtemps abandonné à lui-même, si peu protégé par les lois, si souvent insulté par des sycophantes, si impunément couvert et contaminé par la lèpre du charlatanisme. Du reste, il ne faut pas chercher bien loin les causes de l'affaissement, du découragement atonique qui se remarque dans le plus grand nombre. En effet, où est la tête, où est le cœur de cette grande corporation médicale? Comment avoir dès lors cette unité de vue, cette *concentration actionnaire* qui font toujours pencher la balance? Il y a bien des réponses à ces questions; faites avec franchise, combien peut-être ces réponses éveilleraient l'indifférence des uns et surprendraient la béatitude optimiste des autres! En attendant, les choses vont leur train; *interea patitur justus*, c'est la règle. Non, il n'y a pas de pain, de soleil et de justice pour tous.

— Jamais les gens du monde ne comprendront ce qu'est la médecine, ce que sont les vrais et bons médecins, pas plus que l'influence patente ou cachée de notre profession sur les hommes réunis en société; la vaccine ne leur a pas même ouvert les yeux. Ils souffrent, ils craignent la mort, ils appellent un homme à diplôme qui leur parle, qui les interroge, qui leur tâte le pouls, inspecte leur langue, puis écrit sur un petit papier des mots assez baroques, en vertu desquels on apporte des drogues nauséabondes, qui les guérissent ou aggravent leurs maux. Telle est l'idée qu'ils se forment de la médecine, un simple répertoire de formules et de drogues pour tels ou tels cas de maladie. Ils ignorent que la médecine est l'étude de l'homme et de l'humanité dans les conceptions les plus hautes; ils ne savent pas que, soumis à notre profession depuis le berceau et même avant, jusqu'au tombeau et même par delà, dans certains cas, les alimens dont ils se nourrissent, l'air qu'ils respirent, leurs actions, leurs

Tont le monde sait que l'œil est composé de plusieurs organes dont chacun remplit une fonction distintes.

Ces organes, tels que la conjonctive, la cornée, l'iris, etc., sont composés à leur tour d'élémens nombreux disposés pour la plupart en couches et présentant des différences anatomiques bien marquées; si nous examinons, par exemple, la conjonctive nous y découvrons trois couches, une épidermique, l'autre vasculaire, la troisième composée de tissu cellulaire. La cornée nous offre la même particularité; elle a aussi trois couches qu'on pourrait même regarder comme trois organes distincts: le premier composé de la conjonctive tenant le milieu entre le tissu muqueux et séreux; l'autre composé d'un tissu particulier; le troisième, la membrane de Demours appartenant au système séreux. Ces élémens anatomiques, dont il serait inutile de multiplier les exemples, constituent l'essence de l'organe auquel ils appartiennent; leurs fonctions sont encore peu connues, mais la position externe de l'œil et la transparence de ses milieux mettent à même d'apprécier les moindres changemens qui surviennent dans leur structure.

Cette disposition seule suffit pour faire apprécier la raison en vertu de laquelle l'inflammation d'une même partie de l'œil peut présenter des formes différentes. Ainsi parmi les kératites il y en aura dans lesquelles l'inflammation se concentrera sur la surface; il y en a d'autres dans lesquelles le parenchyme sera le foyer de la phlegmasie; d'autres où la lame de Demours paraît ne plus souffrir; d'autres où la cornée est également exposée dans toute son étendue; d'autres enfin où l'inflammation est partielle.

On voit donc que l'ophthalmie présente des formes différentes suivant que l'une ou l'autre couche de l'organe sera plus ou moins affectée. Ce que nous venons de dire de la kératite peut avoir lien dans chaque portion de l'œil, et s'il y a deux ou plusieurs organes simultanément frappés d'inflammation les formes inflammatoires peuvent présenter des combinaisons extrêmement variées; ce que l'observation démontre en effet tous les jours et même aux esprits le moins attentifs.

Pour ne pas nous perdre dans toutes ces variétés, il n'y avait qu'un seul moyen, c'était d'étudier les symptômes d'inflammation dans chaque élément de l'organe donné; il a donc fallu distinguer, séparer et même morceler, et ce n'est qu'à force de travaux constans et d'observations assidues qu'on a fini par trouver la clef qui peut servir à déchiffrer ces hiéroglyphes que la nature trace dans l'œil enflammé.

C'est cet immense labeur de recherches et d'observations qu'on croit anéantir en les taxant de *minuties allemandes*. Nous pardonnons volontiers ces ridicules reproches aux ophthalmologistes superficiels; mais ils nous surprennent à bon droit de la part des hommes instruits et sérieux que nous avons coutume d'écouter avec une respectueuse attention; ils ignorent, à ce qu'il paraît, que la France a peut-être plus de droit que tout autre pays à cette conquête scientifique, par la grande impulsion que les travaux de Bichat ont donnée à l'ophthalmologie et qu'il n'est pas moins injuste d'en faire l'objet de reproches à l'oculistique que de faire un crime à la chirurgie d'avoir établi les distinctions que l'anatomie pathologique lui avait indiquées.

Ainsi que l'œil, les autres organes présentent aussi différentes formes inflammatoires; dans les phlogoses de l'appareil respiratoire, par exemple, vous distinguez une pleurésie costale, une pleurésie pulmonaire, nne inflammation du parenchyme, une inflammation des bronches, etc., et cependant on ne taxe pas ces distinctions de *minuties sans valeur*.

Les formes inflammatoires des organes internes sont très difficiles à distinguer et le plus souvent on ne les reconnaît qu'après la mort, tandis que l'œil avec les avantages que nous avons mentionnés plus haut permet de les saisir au passage, d'apprécier leur relation, leur marche, leur terminaison; c'est pour cette raison que la connaissance de ces formes est plus avancée pour l'œil que pour les autres parties de l'organisme; mais cet avantage incontestable de l'ophthalmologie au lieu d'effaroucher le public médical devrait, au contraire, être bien accueilli par lui, attendu qu'il lui permet d'établir par analogie les autres états morbides des organes profonds qui se prêtent plus difficilement à l'observation.

Il est certain que l'ophthalmologie considérée de ce point de vue pourrait rendre à la médecine d'immenses services; mais il faudrait pour cela lui faire reprendre le rang qui lui appartient dans les sciences médicales.

Avant d'aller plus loin, je tiens qu'il soit bien établi qu'il existe différentes formes inflammatoires dans chaque organe de l'œil. J'insiste sur ce point, car il constitue la séparation des écoles française et allemande dont chacune explique à sa manière ce fait essentiel. Mais pour bien sentir cette différence, nous sommes forcé de jeter un coup-d'œil sur l'esprit qui a présidé aux travaux ophthalmologiques des deux pays.

On sait bien que dans les premières époques de notre science, on attachait les noms des maladies plutôt à certaines anomalies fonctionnelles de l'économie qu'aux organes qui la composent. On parlait, par exemple, de céphalalgies, d'asthmes, de coliques, de vomissemens, de diarrhée, sans s'inquiéter sérieusement de l'état des organes qui font naître ces phénomènes; ce n'est que plus tard qu'on a tâché de localiser les maladies. Ce rude travail fut commencé par l'appréciation de l'état morbide des organes externes, et à mesure que l'anatomie faisait connaître les secrets de l'organisation, on a étendu cette localisation aux organes profonds.

La transparence de l'œil et sa position permettaient d'y saisir chaque mouvement morbide, et c'est pour cela que la connaissance de ses maladies marchait rapidement, en sorte qu'elle n'a pas tardé à dépasser de beaucoup la connaissance des maladies des autres organes.

Les formes morbides de l'œil n'étaient jusqu'alors que des faits tirés de l'observation; mais on ne savait ni les expliquer ni les rattacher à aucun principe. Beer, ce célèbre fondateur de l'école ophthalmologique allemande, fut le premier qui tenta cette difficile entreprise et qui prétendit avoir remarqué que certaines formes des ophthalmies correspondaient à certains états cachectiques du corps, et c'est de cette manière qu'on a vu naître des ophthalmies arthritiques, rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques, etc.

Cette doctrine était appuyée, d'un côté, sur la réalité des différentes formes inflammatoires et de l'autre sur un certain nombre de coïncidences, telles que, par exemple, les conjonctivites pustuleuses avec des engorgemens des glandes lymphatiques, l'état variqueux de la conjonctive avec des dépôts arthritiques dans les articulations. Exposée par son auteur avec un talent remarquable et brillant, appuyée de tout le poids de son antorité, elle onvrait un nouveau chemin aux rêves et aux spéculations dans lesquels commençait alors à se perdre la médecine allemande; elle ne pou-

---

sentimens, leurs passions, leurs corps, leur esprit dans l'état sain ou morbide, leurs crimes même, leurs cadavres, aussi bien que leurs maladies, sont constamment l'objet de nos études; que rien de ce qui est humain n'échappe à nos investigations, ARTIS NOSTRÆ, *omnia plena*.

Il n'est pas jusqu'aux recherches, aux idées particulieres de certains médecius qui n'aient influé sur l'état général des sociétés. C'est un médecin, Denis Papin, qui a découvert le premier la force de l'ean réduite à l'état de vapeur; le principe une fois trouvé, toutes les conséquences en ont été déduites avec le temps.

Lorsque, sous Grégoire XIII, il fut question de réformer le calendrier de Joles César, ce fut au médecin *Lilio* qu'on s'adressa, et ce Lilio était un des plus graods praticiens de son temps.

Ce fut Théophraste Renaudot, médecin de la Faculté de Paris, qui fonda, en 1651, la GAZETTE DE FRANCE, continuée jusqu'à sa mort, en 1653; or, ce journal fut l'origine de presque tous les journaux. Malgré le procès que lui intenta la Faculté, où Guy Patin plaida avec tant d'éloquence, la GAZETTE DE FRANCE n'en continua pas moins son cours et ses succès.

C'est le docteur Gibbons qui a fait connaître toute la valeur de l'acajou en Angleterre. Ce médecin vivait à la fin du dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième.

Notre compatriote et contemporain, M. le docteur Boncherie, est sans doute appelé à faire aussi, par ses ingénieux procédés, une révolution dans tous les arts où le bois s'emploie.

Pendant l'apogée du physiologisme broussaisien, on calcula qu'il se versait, en France, 200,000 livres de sang en plus chaque année, et qu'on buvait en moins 100,000 hectolitres de vin. Cette influence s'est même prolongée jusqu'à notre époque.

A qui doit-on en grande partie, une boisson devenue à la mode dans nne grande partie de l'Europe, le thé? A nne idée systématique de médecin, à Corneille Bontekoé. Il passa par la tête de ce docteur, doot le véritable nom est Decker, né à Alkmaer, et qui se brisa le crâne dans une chute qu'il fit à Berlin, sur un escalier, en 1685, que toutes les maladies n'étaient au fond qu'un scorbut aigu produit lui-même par la viscosité des humeurs, ce qu'il appelait le *marais* du pancréas (1). Or, que conseille-t-il? De preodre chaque jour, afin de combattre cette viscosité morbide, cent, jusqu'à deux cents tasses de thé par jour. Comme il avait du savoir, de l'esprit, de l'opiniâtreté, on le crut; sa doctrine se répandit, les états-généraux de Hollande lui accordèrent même une récompense. Calculez maintenant les millions, les milliards qui ont été mis depuis près de deux siècles en circulation par l'effet d'une idée médicale, et assurément très ridicule aujourd'hui.

—Il y a des hommes qui, connaissant très bien l'esprit de leur temps, font grand bruit de leurs petites découvertes, de leurs petites conceptions, etc., sans compter ce grand nombre de dévoûmens, de probités calculées à un immense intérêt.

(1) NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉDECINE, ou RÉFLEXIONS PHYSIQUES SUR LES DIVERS ÉTATS DE L'HOMME, *divisées en trois parties, etc.; nouvellement traduits en français par un maître chirurgien* (Devaux). Paris, 1698; in-12; 2 vol.

vait donc manquer d'être reçue avec enthousiasme et d'être convertie en matière de foi par ses nouveaux adeptes.

Non contens des doctrines du maître, les élèves tombèrent dans les exagérations les plus extraordinaires, et à chaque instant, on a vu naître de nouvelles *ophthalmies*, des *abdominales*, des *menstruales*, des *puerpérales*, des *hémorrhoïdales*, des *herpétiques*, des *psoriques*, des *hystériques*, des *scarlatineuses*, etc. Le quelquefois du maître fut converti en toujours, de sorte qu'il suffisait de reconnaître telle ou telle forme d'inflammation dans la cornée ou dans l'iris pour déclarer que l'organisme était en proie à telle ou telle dyscrasie.

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions nous engager ici dans l'appréciation même superficielle de toutes ces subtilités; il nous importe cependant beaucoup de faire connaître d'une manière plus explicite ce que l'ancienne école de Vienne comprenait sous le nom de cachexies. C'était, selon elle, certaines modifications générales dans le mélange des liquides et des solides de l'économie qui lui imposaient non seulement des diathèses particulières, mais qui pouvaient elles-mêmes se constituer en maladies et fournir des séries diverses de phénomènes morbides. Ces phénomènes n'étaient cependant nullement indispensables; car cet être énigmatique et insaisissable qui constituait l'essence de la maladie pouvait rester caché dans le corps, et c'est à ce point qu'on ne reconnaissait son existence que par telle ou telle modification dans la marche d'une maladie, par tel ou tel autre aspect spécifique d'un ulcère, par telle ou telle autre forme d'éruption cutanée, etc.

C'est à ces états généraux qu'on a attaché les formes diverses des ophthalmies; si l'on en demandait des preuves on obtenait pour toute réponse que l'observation de tel ou tel auteur a suffisamment démontré la vérité, et si l'on se donnait la peine d'interroger les travaux de cet auteur on n'y trouvait la plupart du temps que des théories, au lieu de faits d'observations.

Tel était l'état de l'ophthalmologie en Allemagne jusqu'à l'époque où la direction anatomique commença à se faire sentir dans les travaux de médecine.

Puisque c'est principalement à la France que l'Allemagne doit cette direction, voyons alors ce qui se passait dans ce pays à cette époque et nous reprendrons ensuite le fil de notre récit.

Du moment où l'ophthalmologie française se séparant de l'école de Beer fut abandonnée à ses propres ressources, ses progrès furent plus lents; mais restant toujours fidèle à l'observation elle n'a jamais cessé d'être l'expression exacte de la nature. Si l'on examine la longue période qui s'est écoulée depuis Daviel et maître Jan jusqu'à Demours et Wentzel, on y trouve peu d'inventions frappantes, peu de nouveautés, mais on trouve une série continuelle de progrès et de perfectionnemens. On voit qu'on avançait sans se laisser détourner par les sophismes et les belles théories qui prenaient naissance de l'autre côté du Rhin.

On a souvent reproché à l'ophthalmologie moderne en France d'avoir cessé pendant quelque temps d'occuper la place qui lui convient dans la famille des sciences médicales. Ce reproche n'est pas sans fondement; mais il est amoindri par le concours des circonstances impérieuses qui tenaient en suspens le progrès de chaque spécialité. C'est à cette époque que les travaux de Bichat et l'influence incontestable de Broussais ont agité le monde médical. Il serait superflu de rappeler ici les services que la révolution qui en sortit a rendus à la science; c'est de là que date la prépondérance de l'anatomie pathologique qui n'a pas tardé à jeter une vive lumière sur la science entière et à éclairer le côté matériel du problème des fièvres essentielles, des cachexies, etc. On conçoit facilement qu'au moment où il a fallu refaire l'ancien édifice sur des bases neuves et solides, on n'a pas pu s'occuper de l'ophthalmologie, qui fut presque entièrement abandonnée et tomba entre les mains d'hommes étrangers aux progrès de la science.

Mais un tel état de choses n'a pas pu durer longtemps au milieu d'une génération active qui croit n'avoir rien fait, tant qu'il lui reste encore à faire quelque chose. Aussitôt qu'on a été d'accord au sujet du nouveau principe sur lequel on voulait mettre d'aplomb l'édifice médical, que les élèves de Boyer et de Dupuytren se furent emparés de l'ophthalmologie pour la mettre d'accord avec l'esprit général de la science, ils reconnurent aussi bien que les Allemands l'existence de différentes formes inflammatoires; mais, au lieu de les rattacher à des principes spécifiques, ils ont proposé d'étudier la nature et de rechercher la cause matérielle de ces diversités, qui ne leur paraissaient pouvoir provenir que des diversités de l'organisation. C'est alors qu'on s'appliqua aux dissections fines et à l'étude des tissus qui devaient servir de base aux déductions pathologiques; mais cette direction a été troublée par une nouvelle invasion des idées allemandes à Paris.

Pour faire comprendre la valeur de cette invasion, hâtons-nous de dire que l'ancienne école de Vienne éprouva, du moment où nous l'avons quittée, de grandes modifications; cernée de toutes parts par l'esprit du temps, prévoyant qu'elle ne pourrait échapper aux coups de ses adversaires, elle a tenté de se moderniser en se rapprochant de leur opinion.

C'est M. Walther qui a entrepris cette restauration; il y a si bien réussi que, pendant quelque temps au moins, on criait à la merveille. Ayant remarqué que les hypothèses sur les mélanges anormaux de la matière organique n'en imposaient plus à personne, il s'imagina de reconstruire l'édifice des variétés de la forme inflammatoire sur la diversité des élémens anatomiques. C'est de cette manière qu'il a fait des *scrofules* une maladie du système lymphatique, du *rhumatisme* une maladie du système fibreux, de *l'arthritisme* une maladie du système fibreux et séreux, etc. Entre cette doctrine et celle des ophthalmies spécifiques, il n'y a qu'un pas. Les organes de l'œil, nous dit M. Walther, contiennent dans leur structure des élémens appartenant à différens tissus; ils ne peuvent donc que participer à l'état général des systèmes, d'où il résulte qu'il y a une ophthalmie particulière pour le rhumatisme, une autre pour les scrofules, une troisième pour l'arthritisme, une autre pour la syphilis, etc. C'est avec ces idées qu'on est venu en France entraver le développement de l'ophthalmologie anatomo-pathologique, et il faut le reconnaître, le succès de cette tentative a dépassé toutes les prévisions.

Voici donc quel est aujourd'hui l'état de l'ophthalmologie en France: il y a deux doctrines; une moderne, s'appuyant sur Bichat et qui marche avec les continuateurs de son école à la recherche de la vérité par la considération des formes matérielles; l'autre, plus ancienne, qui s'empare de vieilles observations au profit de conceptions étiologiques assez peu fondées.

Mais arrivons aux travaux ophthalmologiques de l'Allemagne actuelle. Poursuivant avec attention toutes les phases de la révolution médicale de France, l'Allemagne a pu remarquer sans peine qu'elle ne pourrait plus se dispenser de modifier les bases de ses doctri-

---

L'essentiel est de gonfler le ballon à propos et de le mettre en évidence, de faire de son *moi* un centre dont les autres sont la circonférence. Il faut alors crier haut, étaler l'enseigne et se vanter sans désemparer. Allez toujours, dites toujours, et il en restera quelque chose. Malheureusement, il n'y a rien de nouveau sous le soleil, au moins pour les gens qui ont de la mémoire. Un auteur italien raconte qu'il a vu, à Rome, une renommée grande comme nature, avec tous ses attributs. Qu'annonçait-elle à l'univers? On voyait suspendu à sa trompette un écriteau qui disait: que le *signor Pietro Gagliardi*, de Naples, *raccommodait supérieurement les chaussures*. Samuel Johnson dit qu'il rencontra un jour dans une auberge anglaise tournant le dos au feu, se rôtissant avec délices, un gros homme qui obstruait complètement la cheminée. — Monsieur, lui dit S. Johnson, célèbre par sa science, sa brutalité, son obésité et son pédantisme, qui donc êtes-vous pour usurper ainsi toute la place et absorber toute la chaleur? — Comment, ne savez-vous pas qui je suis? — Je n'ai pas cet honneur. — Eh bien! Monsieur, je suis le grand Twalmley, l'inventeur du nouveau fer à repasser. Ce fer, Monsieur, retenez bien ceci, au moyen d'une rainure et d'une boîte, contient le feu sans le répandre et se ferme tout seul. Il se tut, il avait conscience de sa gloire. On peut croire que nous ne manquerions pas d'exemples pris dans notre art, mais le bon sens public sait toujours bien les reconnaître, il ne faut qu'attendre.

— « Ne prenez pas de la ciguë pour du persil, cela serait plus fâcheux que de vous tromper sur la première des vérités métaphysiques. » Qui a dit cela? Un des philosophes du dernier siècle. Mais c'est surtout à notre époque que l'on met cet axiôme en pratique. L'industrie est aujourd'hui l'idée triomphante, le mobile général; on fait tout pour elle et avec elle, c'est l'objet de toutes les espérances, de toutes les préoccupations, de toutes les faveurs; la philosophie, la métaphysique, les grandes et hautes idées poétiques sont négligées, quoique à jamais impérissables. De là vient ce goût des raffinemens, des douceurs, des molles délicatesses de la vie sociale actuelle. Toutes les recherches du luxe, toutes les petites mignardises du comfort, du bien-être, du bien vivre, sont cent fois placées au-dessus du célèbre enthymème de Descartes. On veut des intérêts prochains et palpables, des jouissances immédiates et matérielles; on s'en tient là, on se rit, on se moque du reste; la physiologie a beau jeu sur la philosophie. Eh bien! qu'y gagne-t-on en définitive pour le bonheur? Pas grand'chose assurément. Cette société splendide à la surface n'a-t-elle pas des élémens de discorde, d'instabilité et de misères? N'est-elle pas agitée, inquiète, dévorée au fond par des passions qu'elle ne peut ni contenir, ni satisfaire. D'ailleurs, c'est ainsi que les esprits s'abaissent, que les cœurs se confinent dans l'égoïsme, que la société languit et se dissout; au fait, *chacun pour soi et Dieu pour tous*. Mais l'individu, ainsi livré aux jouissances du luxe, en proie à ces mille petits besoins nés d'une délicatesse outrée, finit toujours lui-même par l'ennui, par le dégoût, par l'irritation intérieure, par le je ne sais quoi qui le ronge et le mine.

Il commence à mourir longtemps avant qu'il meure,
Il périt en détail imperceptiblement;
Le nom de mort qu'on donne à notre dernière heure,
N'en est que l'accomplissement.

(Madame DESHOULIÈRES.)

nes, et elle a cédé à cette impérieuse nécessité sans bruit, sans discussions orageuses. Ayant affaibli l'influence des anciens systèmes, elle s'en est écartée peu à peu, tout en leur conservant le respect qu'on doit au passé. Chose vraiment remarquable! Il ne s'est rencontré aucune voix sérieuse pour défendre les anciens autels; il paraît que la génération qui s'en allait sentait bien que son rôle était fini; elle a préféré une retraite honorable à des discussions bruyantes qui ne pouvaient que compromettre sa dignité.

L'école qui succédait a bien compris que, pour déchiffrer l'état morbide de l'organisme, il fallait débuter par des études sérieuses sur l'état normal du corps; c'est pour cela qu'elle a commencé sa grande besogne par l'anatomie et la physiologie. Les travaux de Purkinje, de Burdach, de Müller, de Valentin, de Weher, de Bichoff, de Tiedmann, de Liebig, de Henle, etc., qu'on connaît bien en France, grâce aux efforts de M. Jourdan, voilà les plus heureux fruits de cette nouvelle direction.

On pense bien que l'anatomie pathologique, fondée sur des bases pareilles, n'a pu manquer d'acquérir une nouvelle valeur. Le développement qu'elle a pris nouvellement à Vienne, entre les mains du professeur Rokitanski, assure à la nouvelle école allemande un brillant avenir, qui s'est déjà réalisé en partie par les travaux de M. Skoda.

Il ne s'agit plus actuellement en Allemagne d'expliquer les maladies par certaines idées plus ou moins plausibles, de les placer dans des cadres systématiques préparés d'avance; il s'agit de connaître leur valeur à force de comparer l'état morbide avec l'état sain. Le temps des spéculations *à priori* est entièrement passé, et on ne reconnaît de valeur aujourd'hui qu'aux faits et aux déductions scrupuleuses.

S'il arrive encore quelquefois de rencontrer des abstractions et des idées spéculatives dans la presse médicale, il faut bien se garder de les prendre pour l'expression de l'esprit qui préside aujourd'hui aux travaux de la nouvelle génération médicale.

Au milieu de cette tendance générale, l'ophthalmologie a joué un rôle digne d'envie; on pourrait dire hardiment même qu'elle s'est placée en première ligne, grâce aux avantages que l'œil présente à l'observateur; elle a fourni de nombreux matériaux à l'anatomie et à la physiologie des tissus, et ses transformations morbides, qu'on a plus étudiées en Allemagne que dans tout autre pays, me paraissent être destinées à jeter une grande lumière sur les transformations morbides des autres organes. On conçoit facilement qu'en suivant cette tendance les opinions ophthalmologiques n'aient pu conserver le caractère de l'ancienne école de Vienne. Il se forma une nouvelle école à Dresde, sous les auspices de M. Ammon, et c'est elle qui dirige aujourd'hui en grande partie toutes les recherches ophthalmologiques d'Allemagne. Les grands travaux qu'elle a exécutés, en suivant l'exemple de son ingénieux fondateur, l'ont déjà placé, dans la courte durée de son existence, à la tête du mouvement ophthalmologique de l'Europe. Il me suffira, pour preuve de ce que j'avance, de citer des recherches étendues sur l'anatomie pathologique de l'œil et sur l'étiologie de ses vices de conformation, dont M. Ammon a doté la science. La prochaine publication française de cet important ouvrage en fera, du reste, mieux connaître le mérite que tous les éloges.

La nouvelle école allemande conserve les différentes formes d'ophthalmies; mais elle ne les attribue plus à des causes scrofuleuses, arthritiques, rhumatismales, et à d'autres virus spécifiques; elle explique leur existence par la diversité des tissus qui entrent dans la composition des différens organes de l'œil.

Quand elle remarque, par exemple, des veines variqueuses dans la conjonctive, elle ne dit plus qu'il s'agit d'une ophthalmie arthritique, mais tout simplement que le système veineux de la conjonctive est affecté; elle ne dit pas non plus, à l'aspect d'une phlyctène sur la cornée, qu'il y a une ophthalmie rhumatismale, mais elle dit que la lame conjonctivale de la cornée est soulevée par un épanchement séreux.

Mais, au moment où cette école s'enferme dans les limites restreintes de la localisation, elle ne perd pas de vue les rapports des formes inflammatoires de l'œil avec les maladies d'autres organes du corps.

Elle étudie, elle recherche et elle est même bien disposée à rétablir les ophthalmies spéciales; mais, pour la décider à ce retour à la doctrine des affections spécifiques, il faudrait qu'on lui apportât des preuves matérielles et palpables que tel ou tel état morbide de l'organisme est en rapport avec telle ou telle ophthalmie. Elle se garde d'hypothèses, mais elle ne néglige pas non plus d'examiner s'il n'y a pas quelque chose de réel dans les anciennes doctrines.

Si nous jetons maintenant un coup-d'œil comparatif sur l'ophthalmologie de l'Allemagne et sur celle de la France, nous remarquerons que, dans l'état actuel, leur tendance est à peu près la même, et qu'on pourrait dire, et non sans raison, qu'il ne faut que s'entendre pour s'unir et marcher ensuite d'un pas égal vers les progrès et le perfectionnement.

La France, fidèle au véritable esprit d'observation, a toujours marché d'un pas ferme à la conquête de la vérité; l'Allemagne, égarée par les prétentions philosophiques de l'ancienne école de Vienne, a racheté suffisamment cet égarement par des travaux consciencieux qui lui assurent la place honorable qu'elle occupe aujourd'hui.

Nous croyons pouvoir nous résumer en disant :

1° Que les différences de formes inflammatoires dans les organes de l'œil constituent le point de séparation entre l'école de Beer et l'école française;

2° Que la première rattache ce fait essentiel aux états généraux de l'organisme, et que la deuxième, sans se hasarder si loin, l'explique par la différence des élémens anatomiques des organes.

3° Que dans l'état actuel de la science, la tendance des deux écoles rivales est à peu près la même.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU CŒUR; par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. —Voir les numéros 14, 15 et 23.)

BRUITS DU COEUR COUVERTS PAR LES RALES PULMONAIRES.

OBS. XV. — Un homme de 57 ans, de tempérament sanguin-lymphatique, de constitution usée, sellier, sujet depuis quelques années à des rhumes et à

Rien n'est plus démontré par une ancienne et constante expérience. La décomposition matérielle de notre être est peu de chose en comparaison de celle de l'ame et des sentimens, et avant de faire partie de cette boue humaine du Père-Lachaise, la véritable mort avait déjà fait sentir son aiguillon. Quand l'esprit au lieu de s'élever descend et s'abaisse sans fin, quand on ne veut vivre que pour et par les sens, cloué sur la terre comme le mollusque sur son rocher, on ne doit estimer en effet que les plaisirs de la perception organique; toutefois le compte s'en trouve bientôt fait, le cercle est étroit, car notre capacité physique de jouir est bien faible, bien restreinte et surtout de bien peu de durée; il n'est pas de vérité mieux démontrée, plus dégagée de sophisme. La métaphysique est pour vous comme si elle n'existait pas, vous ne croyez nullement aux principes philosophiques ou religieux qui recommandent la simplicité, la modération, etc. Eh bien! tant pis pour vous, tâchez maintenant d'être heureux si vous le pouvez. Mais le problème est bien difficile, car votre cœur, symboliquement parlant, est le tonneau des Danaïdes, rien ne peut le remplir, car rien n'y peut rester, si ce n'est le désir et la maladie, deux vautours insatiables. La philosophie, c'est-à-dire le bon sens à sa plus haute puissance, nous apprend que toujours, en tout et partout, pour être heureux, il faut avoir la *foi* et l'*espérance* : l'une consiste à croire sans voir, l'autre à attendre sans posséder. Vaines chimères, dit-on ; nullement, et l'histoire de l'esprit humain en est la preuve. La foi et l'espérance, ce sont là les deux pivots de notre bonheur, même dans notre vie terrestre. Otez-les, l'esprit humain, s'engoue, s'ennuie, se désenchante et se corrompt ; remettez-les, il reprend de l'énergie, de l'élan, il vit et redouble d'activité. Mais si vous y ajoutez la *charité*, cet esprit de bienveillance sympathique qui du cœur au cœur se répand parmi les hommes, la félicité sera sans bornes, car vos désirs seront toujours satisfaits et éternellement renouvelés.

— On a fait toute espèce de descriptions de maladies; en voici une que je retrouve dans mes *impressions de lectures* dont les plus curieuses ne sont pas dans les ouvrages modernes. On sait que madame de Sévigné, affectée de rhumatisme, dit qu'elle a pris des douches, ce qu'elle appelait une *bonne repétition du purgatoire*. Cette femme illustre était aussi atteinte de la gravelle; elle se rend à Vichy; de là elle envoie à sa fille le bulletin suivant sur sa santé : « Si je vous faisais une gazette de l'état de ma santé en détail, vous seriez persuadée que je tiendrais la parole que j'ai donnée à madame de La Fayette. Vous verriez dans l'article de la *vessie* que les peuples sablonneux qui avaient fait autrefois quelque entreprise font à présent leurs efforts dans quelques pays lointains; qu'on a reçu des lettres des extrémités de ce royaume qui portent que les jambes ne furent jamais ni mieux faites, ni plus en état de servir; que les mains qui sont sur les frontières ne sont plus sujette aux fantaisies des nerfs leurs voisins, ni aux vapeurs qui leur donnaient du secours; qu'enfin cet état serait un pays parfait si l'on y pouvait trouver la fontaine de Jouvence. Voilà tout le malheur. Après cette ridicule gazette que vous m'avez demandée, je crois que vous devez avoir l'esprit en repos sur ma santé. » Cependant il y a dans cette *ridicule gazette*, un mélange de finesse, de coquetterie et de bon sens, qui prouvent combien le style de madame de Sévigné avait sur toute sorte de sujets, cette touche inimitable, cette exquise originalité de forme dont personne n'a encore approché.

des palpitations, entre à la clinique le 20 février 1837. Il raconte qu'il y a un mois il fit une chute depuis laquelle il éprouve de la douleur au côté droit. Depuis quinze jours, faiblesse croissante, toux, quelques crachats sanguinolens.

Actuellement toux, crachats rouillés, dyspnée assez grande, poitrine assez sonore, râles muqueux, sibilans, ronflans, disséminés dans les deux poumons; voussure légère, matité étendue de la région précordiale. L'impulsion du cœur est modérée, ses bruits sont complètement couverts par les râles thoraciques; pouls petit, assez régulier, à 100 pulsations par minute. Langue assez belle, soif, anorexie, point de nausées, douleur vive à la pression de l'épigastre et des fausses côtes; selles régulières. Œdème des membres inférieurs ayant débuté il y a deux mois; teinte ictérique des conjonctives, peau jaunâtre, terreuse et froide aux extrémités. (12 ventouses scarif. à l'épigastre, vésicatoires aux mollets, chiendent, bouillon.)

Les jours suivans, l'état général s'améliore un peu, mais la dyspnée et la fréquence du pouls persistent, ainsi que les râles qui obscurcissent toujours les bruits du cœur. Quelques crachats colorés de sang qu'on attribue à une épistaxis postérieure. On peut explorer la région gastro-hépatique: le foie dépasse de 6 centimètres les fausses côtes; on perçoit à l'épigastre une tumeur qu'on pense être dépendante du foie (émolliens, révulsifs, alimentation légère). Néanmoins le malade s'affaisse graduellement et succombe le 26, sixième jour de l'entrée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Thorax. Bronchite chronique, infiltration séreuse, engouement hypostatique des deux poumons. Cœur volumineux; débarrassé des caillots et des gros vaisseaux, il pèse 20 onces (600 grammes). Hauteur de la base à la pointe, 5 pouces (14 centim.); largeur à la base, 4 pouces et demi (12 centim.); ventricule gauche dilaté, épaisseur 13 lignes (3 centim.); ventricule droit dilaté, épaisseur 4 lignes (1 centim.); cloison interventriculaire, épaisseur 1 pouce (3 centim.). Quelques points cartilagineux à la valvule mitrale. Les valvules aortiques sont soudées ensemble, déformées, complètement ossifiées, immobiles et formant à la fois rétrécissement et insuffisance.

Abdomen. Foie volumineux, s'étendant au devant de l'estomac. Quelques rougeurs gastro-intestinales.

Il est évident qu'avec une lésion valvulaire aussi avancée, des bruits devaient se produire, mais les râles bruyans des poumons ont empêché de les percevoir, et, d'autre part, l'état cachectique, la débilité du sujet rapprochent le fait actuel du suivant :

Absence de bruits valvulaires par faiblesse du coeur.

Obs. XVI. — Une femme de 69 ans, chétive, décrépite, est apportée à la Clinique le 21 décembre 1838. Elle dit avoir éprouvé, il y a quatre ans, des douleurs dans la région du cœur, et depuis lors elle a été plusieurs fois infiltrée.

Etat actuel. Pâleur, cyanose de la face, orthopnée, infiltration des extrémités inférieures. Voussure et matité de trois pouces (9 centimètres) de la région précordiale. Battemens du cœur sans force d'impulsion, sourds, confus, irréguliers, sans bruit de souffle appréciable, pouls très petit, fréquent (à 100), râles d'œdème disséminés dans les poumons. Anorexie, soif, constipation. (Sinapismes aux cuisses, lavement laxatif avec sulfate de soude, 30 grammes.) Potion :

Prenez :	Eau de laitue.	120,0
	De laurier cerise.	4,0
	Teinture de digit.	10 gouttes.
	Sirop blanc.	30,0

22, cœur plus calme, battemens plus réguliers, moins faibles, léger bruit de souffle au premier temps. Pouls petit, à 84, extrémités un peu froides. (Infusion de tilleul, potion *ut suprà*, Bouillon.)

Les jours suivans, la faiblesse et l'orthopnée persistent, la malade ne peut respirer qu'assise sur son lit, les battemens du cœur redeviennent confus, sans souffle appréciable (eau vineuse, bouillon.) La malade s'éteint suffoquée, le 28 décembre, sept jours après son entrée.

Nécroscopie 38 heures après la mort.

Thorax. Poumons œdématiés, engouement hypostatique. Cœur volumineux, ventricule gauche très dilaté, offrant des parois de huit lignes (2 centimètres) d'épaisseur. Les autres cavités du cœur sont également dilatées et sensiblement hypertrophiées. Les valvules aortiques sont cartilagineuses, ossifiées, déformées (rétrécissement et insuffisance.) Quelques plaques d'ossification à l'origine de l'aorte.

Rien à remarquer dans les autres organes.

Il est évident pour nous qu'ici c'est la faiblesse de contraction du cœur engorgé de sang qui a empêché les bruits du souffle de se produire, et la preuve, c'est qu'un jour où la malade paraissait mieux, où la circulation s'exécutait moins irrégulièrement, un léger bruit de souffle au premier temps s'est fait entendre, pour disparaître alors que la malade est retombée dans l'affaissement.

Lésion des valvules aortiques, bruit de souffle variant d'un temps à l'autre; pneumonie, mort, nécroscopie; rétrécissement et insuffisance de l'orifice aortique.

Obs. XVII. — Une femme de 38 ans, de faible constitution, tempérament nerveux lymphatique, couturière, entre à la Clinique le 1er avril 1842. Elle prétend s'être toujours bien portée; mais il y a trois mois qu'en voulant travailler dans une fabrique d'allumettes, elle fut prise de toux, de dyspnée, état qui s'aggrava au point que le 24 mars elle fut alitée. La nuit elle est souvent obligée de se lever et de courir à la fenêtre pour respirer; elle a des palpitations, de l'essoufflement au moindre mouvement. Elle assure n'avoir jamais eu de rhumatismes; menstrues régulières. 15 sangsues à l'épigastre n'ont pas procuré de soulagement.

Etat actuel : orthopnée, toux sèche, continue, fatigante, facies pâle, un peu bouffi, légèrement cyanosé, œdème des jambes et de la face dorsale des mains; quelques bulles de râle à la base des deux poumons. Point de voussure appréciable, matité de 2 pouces (6 centim.) à la région précordiale; impulsion du cœur modérée. Bruit de soufflet au premier temps, point de souffle carotidien; pouls vif, serré, à 116. (Saignée, looch avec teinture de digitale, 15 gouttes; chiendent nitré, frictions de solution de teinture de scille et de digitale sur les membres inférieurs.)

Le 4 avril, les deux bruits sont soufflés. Le soir, gémissemens, spasmes, sensation de strangulation (hystérie). (Tilleul.) Potion :

Prenez :	Eau de mélisse.	120,0
	— de laurier-cerise. . . .	5,0
	Sirop d'opium	20,0

Le lendemain, les accidens hystériques sont dissipés. (Tilleul.) Lavement :

Prenez :	Infusion de camomille . . .	200,0
	Assa fœtida	4,0
	Jaune d'œuf.	q. s.
	Laudanum	6 gouttes.

Le 6, le bruit de soufflet ne s'entend qu'au second temps.
Le 7, herpès labial.
Le 8, la dyspnée, l'anxiété sont très prononcées.

— Qui n'a pas ri de cette caricature qui représente un marchand de vin faisant emplir d'eau plusieurs tonneaux? Pendant l'opération, le falsificateur impudent étend les mains par forme de plaisanterie sur un des tonneaux et dit : « Au nom de la haute société, *Mélange* et compagnie, je te baptise *mâcon vieux*, année de la *comète*, et je fais la queue au public. » Ceci exprime parfaitement une vérité, trait de mœurs actuelles, c'est que les charlatans de toute espèce se moquent dans leur for intérieur de ce pauvre public toujours sot, toujours dupe, toujours martyr et qui le mérite bien; les exemples regorgent en ce qui concerne la médecine; c'est là en effet le champ exploité le plus largement possible. Vendre comme remède infaillible un pot de *sale orvietan*, et le vendre avec profit, avec éloges, cela est si commun qu'on y fait à peine attention. Rapporter de sa province un moyen de médication absurde, ridicule, appliqué sans méthode, semer en un mot des sottises, des niaiseries, d'absurdes promesses, et recueillir des succès, de l'argent, même la croix d'honneur, n'est-ce pas ce que nous voyons. Y a-t-il chose au monde plus décourageante pour ceux qui veulent se distinguer par un labeur constant, loyal, profitable à la science? Le charlatanisme, cette exploitation humaine, a grandement raison de se moquer de ses victimes, et de traiter de pauvres niais les hommes qui ne veulent de tache ni à leur robe ni à leur diplôme. On dit que les médecins se plaignent toujours; il n'en est pas, au contraire, qui cachent plus soigneusement leurs plaies et leurs misères; il y a encore du sang hippocratique dans leurs veines. Mais que la plus petite branche de commerce, que la plus faible industrie soit un peu lésée ou menacée, tout aussitôt ces intérêts deviennent criards, alertes, vigilans et assourdissent le pouvoir; ils crieront dix fois plus haut que les médecins dont la profession est en proie au charlatanisme, et pourtant cette profession tient à la société par tout ce qu'elle a de plus important, de plus vital. Les médecins auront-ils toujours tort? Le spectacle affligeant auquel nous assistons sera-t-il éternel? En vérité, la comédie devient chose difficile de nos jours, il y a toute sorte de raisons pour cela; la réalité surtout lui fait une rude concurrence.

—Eh quoi! tu ne connais pas, dit un homme d'esprit, la médecine atomistique, *vulgo* homœopathique, la médecine des semblables? Voici cette médecine : se mettre un pour se garder du froid, se couvrir de fourrures contre la chaleur, se jeter au feu pour se guérir d'une brûlure; n'est-il pas clair que c'est le procédé de Gribouille élevé à la hauteur d'une théorie, et pourtant cette théorie aussi niaise qu'absurde a eu du retentissement; certains fous l'ont adoptée, d'autres plus fous encore l'ont défendue, expliquée, commentée, professée. C'est une des plus remarquables sottises de notre temps, d'ailleurs si grand manufacturier de cette espèce de produits nauséabonds. En les voyant se multiplier ne peut-on pas dire avec Guy-Patin, ce vieux et hardi frondeur, tout prêt à prendre les armes contre le Mazarin, mais toujours sur la brèche pour soutenir la digne de la médecine, *Venimus ad fæcem sæculorum*.

—Un bon, un généreux confrère, M. le docteur Dumon, a conçu une idée heureuse, une de ces idées qui ne viennent qu'aux belles âmes, aux esprits ingénieux, c'est de fonder un *établissement pour les médecins vieux et pauvres*. Plusieurs personnes en ont parlé avec les éloges convenables, éloges auxquels nous nous associons de grand cœur. C'est un excellent projet, il n'y a qu'une difficulté, son exécution nous paraît impossible. L'auteur veut fonder cet établissement au moyen des souscriptions faites par les médecins eux-mêmes. Mais

Le 9, délire toute la nuit. Le matin, les angoisses sont extrêmes; la bouffissure et la cyanose sont augmentées. (10 ventouses scarifiées dans le dos; lavement purgatif.) Potion :

Prenez : Eau de tilleul	120,0
Teinture de digitale	1,0
Liqueur d'Hoffmann	2,0
Sirop d'écorces d'oranges	30,0

Le 10, plus de calme; le bruit de soufflet existe aux deux temps.

Le 12, épistaxis; souffle au premier temps. (Infusion de tilleul; emplâtre stibié dans le dos; sirop d'acétate de morphine, 8 grammes le soir, à cause de la toux.)

Les jours suivans se passent assez bien, malgré la dyspnée et une toux fatigante. (Tilleul.) Potion :

Prenez : Eau de cerises noires	60,0
— de fleurs d'oranger	60,0
Teinture de digitale	1,0
Sirop d'opium	15,0

Le 21, bruit de souffle aux deux temps; l'œdème fait des progrès.

Le 22, la malade est affaissée, facies endolori, gémissemens, dyspnée extrême, petitesse et fréquence du pouls. (Potion avec décoction de quinquina et sirop d'écorces d'oranges, sinapismes aux cuisses.) Lipothymies, sueurs froides, râle trachéal; mort.

Nécroscopie, vingt-quatre heures après la mort.

Anasarque générale, extrémités et facies cyanosés.

Thorax. Epanchement de sérosité citrine dans les deux plèvres. Poumons généralement œdématiés. Le lobe inférieur du poumon gauche et le lobe moyen du poumon droit sont hépatisés au deuxième degré.

Cœur volumineux distendu par des caillots. Le ventricule gauche offre une dilatation au moins triple de l'état normal; ses parois ont 1 pouce (3 centim.) d'épaisseur; les trois autres cavités sont également dilatées et hypertrophiées. La valvule mitrale n'est pas altérée; les valvules aortiques sont cartilagineuses, ossifiées, déformées, recoquevillées (rétrécissement et insuffisance); l'origine de l'aorte est sensiblement dilatée et semée de quelques points d'ossification. Les valvules du côté droit sont à l'état normal.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ainsi, bruit de soufflet au premier temps, le 1er avril; aux deux temps, le 4 avril; au second temps, le 6; aux deux temps, le 10; au premier temps, le 12; aux deux temps, le 21; le tout coïncident avec une lésion permanente de l'orifice aortique. Ce sont des faits qu'il faut accepter; mais il serait absurde d'en conclure que ces bruits de souffle, tout variables qu'ils sont, ne dépendent pas de la lésion valvulaire.

Sans doute, il est des bruits de soufflet sans lésion valvulaire; il n'est pas un praticien qui n'en ait rencontré; mais alors l'étiologie de ces bruits se tire de l'ensemble des circonstances du fait observé, et il est assez rare qu'un observateur expérimenté s'y laisse longtemps tromper. Exemple :

BRUIT DE SOUFFLET DE CAUSE SPASMODIQUE.

Obs. XVIII. — En mai 1836, une jeune fille entre à la Clinique avec palpitations, vertiges, sentiment de défaillance. Les bruits du cœur sont forts, éclatans; il y a du souffle manifeste au premier temps; les jambes s'infiltrent le soir. Point de voussure ni de matité sensibles à la région précordiale. La coloration vermeille de la peau, l'intégrité des autres appareils, éloignent l'idée de chlorose. Les accidens ont lieu surtout à l'heure de la visite et se calment dans le cours de la journée. Ces accidens sont donc purement *nerveux*. En effet, la saignée est assez mal supportée; le digitale, les anti-spasmodiques, les dérivatifs ont un meilleur effet; la malade sort soulagée après quelques semaines de séjour à l'hôpital.

Il n'est pas très rare de rencontrer de semblables bruits de soufflet chez les femmes hystériques et dans d'autres circonstances où la circulation est fortement activée. Il est rationnel d'admettre alors que la colonne de sang, plus abondante, plus rapide, fait vibrer les valvules plus fortement tendues sans être organiquement affectées. Mais la circonstance où les bruits de soufflet sans lésion valvulaire sont le plus fréquens est sans contredit la chlorose, quoique pourtant, dans cette affection, les bruits anormaux des artères soient infiniment plus communs que ceux du cœur lui-même. Il serait superflu d'offrir des exemples d'un fait aussi notoire.

Mais dans tous ces cas, indépendamment encore des conditions de l'individu, il est dans le timbre des bruits eux-mêmes quelque chose qui différencie les bruits par altération valvulaire des bruits spasmodiques, pléthoriques, chlorotiques, etc. C'est d'abord leur timbre rude, pour peu que la lésion valvulaire soit prononcée, puis leur constance et surtout leur persistance, en dépit des médications appropriées; mais ce sont là des notions vulgaires.

Ce que nous avons voulu dans cette partie de notre travail, c'est montrer la concordance des effets avec les causes, en signalant la constance des mêmes effets fondamentaux liés aux mêmes causes organiques. Dans les sept observations *d'altération de l'orifice aortique seul*, exposées ci-dessus, *toujours* nous avons rencontré la *dilatation et l'hypertrophie de la totalité du cœur*. Telle est la grande loi que nous voulions consolider, sinon établir. Le rétrécissement de l'orifice aortique est, en effet, la cause presque unique de l'anévrisme *actif* ou de la dilatation avec hypertrophie générale du cœur. C'est ce rétrécissement aortique qui seul donne lieu à ces énormes hypertrophies désignées sous le nom hyperbolique de *cor bovinum*. C'est en quelque sorte là son seul et constant résultat; car l'anévrisme *passif* ou sans hypertrophie paraît reconnaître d'autres causes; du moins ne l'avons nous jamais rencontré dans ce cas. Quant aux autres formes désignées sous les noms de cœur *en gibecière*, cœur *dodu*, etc., elles relèvent d'autres lésions, ou plutôt de lésions ayant un autre siége, ainsi que nous le verrons bientôt.

Si j'ai cru devoir incidemment aborder ici quelques-uns des problèmes relatifs aux bruits anormaux du cœur, c'est que la lésion de l'orifice aortique est répétée la cause la plus ordinaire de ces bruits, quoique les chiffres ne confirment pas pleinement cette suprématie, ainsi qu'on l'a vu. Du reste, ce que nous avons dit peut très bien être appliqué aux autres lésions valvulaires qui nous restent à étudier.

On a pu remarquer que dans toutes nos observations les altérations valvulaires étaient portées au plus haut degré, et peut-être serait-on conduit à en conclure que ces lésions profondes peuvent seules entraîner la mort. Il n'en est pas ainsi, et trop fréquemment on a lieu de déplorer le peu de gravité des lésions qui ont amené ce résultat fatal. Mais ces exceptions, au lieu de détruire la règle, ne font que confirmer les principes de l'organicisme; car on arrive presque toujours par voie d'analyse, et à l'aide d'une observation attentive, à se rendre compte de la catastrophe. Exemples :

---

ceux que la fortune a secondés, contribueront-ils à un établissement dont ils n'ont pas besoin? Quant aux autres, comment économiser chaque année, pendant quinze ou vingt ans, lorsqu'à peine ils peuvent se maintenir hors d'une gêne continuelle. Chez nous, l'épargne n'est pas la *règle*, c'est l'*exception*. L'ouvrier met quelques sous dont il fait des francs, à la caisse d'épargne, le médecin ne le peut pas, car vivre *passablement* est souvent pour lui les colonnes d'Hercule du succès. D'ailleurs, s'il meurt avant d'entrer à l'établissement, ses souscriptions seront-elles perdues pour lui et pour les siens? Ajoutez que le fondateur exclut comme de raison les femmes et les enfans, mais c'est précisément la famille qui met le plus à la gêne le malheureux médecin. Un célibataire se tire toujours d'embarras, il faut si peu quand on est seul; il en est tout autrement quand on est surchargé des *impedimenta matrimonii* : alors les embarras se multiplient, les ressources diminuent et s'usent vite.

Il n'est peut-être qu'un seul moyen pour le succès d'un établissement si désirable, c'est qu'il soit fondé comme œuvre de bienfaisance, comme un monument d'éternelle charité par un médecin. C'est ainsi que M. de Chateaubriand a fondé la maison de refuge pour les prêtres pauvres et infirmes, que Boulard, tapissier, devenu très riche, a fondé l'établissement de Saint-Mandé pour ceux de sa profession tombés dans la misère, etc. Cependant est-il un moyen plus grand, plus élevé, plus certain, de faire bénir son nom? Et ce nom gravé au frontispice du monument n'est-il pas cent fois préférable à ces statues, à ces bustes, à ces portraits dont la valeur disparaît parfois si vite quand on les met, en face des œuvres de ceux qu'ils représentent? A notre avis, un médecin seul peut donc fonder *l'établissement des médecins vieux et pauvres*. Toutefois il y faut deux conditions essentielles : la première, que ce médecin soit riche; la seconde, qu'il soit généreux, plein de sympathie pour la triste position du plus grand nombre de ses confrères. Il n'est pas absolument impossible de trouver cet homme-phénomène, le Montyon de notre profession, mais cherchez bien et surtout craignez de chercher longtemps.

R. P.

—Recherches physiologiques sur la vie et la mort; par Bichat. Nouvelle édition ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une notice sur la vie et les travaux de Bichat, et suivie de notes; par le docteur Cerise. — Un vol. grand in-18. Prix : 3 fr. 50 c.

Librairie médicale de Fortin, Masson et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine, 1, Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

— De la méningite cérébro-rachidienne et de l'encéphalo-méningite épidémiques; par N. J. F. Rollet, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy, médecin en chef de l'hôpital militaire de la rue de Charonne, à Paris, etc. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

ALTÉRATION PEU AVANCÉE DE L'ORIFICE AORTIQUE, HYPERTROPHIE ET DILATATION PEU CONSIDÉRABLES. SUFFUSION SÉREUSE GÉNÉRALISÉE EXPLIQUANT LA MORT.

OBS. XIX. — Un homme de cinquante-deux ans, de constitution détériorée, journalier, entre à la Clinique le 22 février 1842. A travers ses réponses brèves, entrecoupées, incohérentes, on apprend qu'il jouissait habituellement d'une assez bonne santé, lorsqu'il y a dix-huit jours seulement, dit-il, il fut pris de dyspnée, de palpitations et d'infiltration des extrémités.

Etat actuel : agitation extrême, face un peu bouffie, cyanosée, pouls fréquent, assez large, mais facile à déprimer, pouls veineux aux jugulaires, orthopnée, râle d'œdème disséminé dans les deux poumons ; impulsion faible du cœur dont les bruits sont à peine perceptibles, sans timbre anormal appréciable. Oedème généralisé, plus marqué aux membres inférieurs. (Saignée, vésicatoire à la cuisse gauche, potion gommée avec teinture de digit. 15 gouttes.)

24. Cyanose moins prononcée, l'œdème paraît diminué, pouls lent, mou; mais la dyspnée persiste, et le malade est en proie à une agitation extraordinaire. On perçoit un léger souffle au premier temps. (Vingt sangsues à la région précordiale. Tisane diurétique.)

25. L'agitation et la dyspnée persistent (saignée, emplâtre stibié sur la région précordiale.)

26. Délire dans la nuit, agitation extrême, dyspnée considérable (méningite ou apoplexie séreuse) ; on prescrit : (vésicatoire à la nuque, lavement laxatif, dix sangsues à l'anus). L'agitation, l'anxiété, le subdélire persistent, et le malade succombe dans la soirée du 27, cinq jours après son entrée.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort.

CAVITÉ CRANIENNE : soixante grammes environ de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Les méninges sont infiltrées de sérosité, sans injection sanguine remarquable. La substance cérébrale elle-même est molle, humide, comme œdémateuse. (Apoplexie séreuse.)

THORAX : Un litre environ de sérosité dans les deux plèvres. Poumons infiltrés d'une grande quantité de sérosité spumeuse. Le péricarde contient environ 100 grammes de sérosité limpide. Le cœur est assez volumineux, offrant à l'extérieur des taches laiteuses, nacrées (ancienne péricardite); ses cavités sont gorgées de sang noir et de caillots ambrés. Le ventricule gauche est sensiblement hypertrophié sans dilatation notable de sa cavité; les autres cavités du cœur sont simplement dilatées. La valvule mitrale est saine; il existe quelques ossifications à la base des valvules aortiques qui sont légèrement épaissies, mais sans déformation (léger rétrécissement simple); l'origine de l'aorte offre aussi quelques points d'ossification.

ABDOMEN : Sérosité abondante dans la cavité du péritoine. Le foie est sensiblement hypertrophié. Un peu de psorentérie (granulations blanches des follicules isolés, dans l'intestin grêle.

Un appareil morbide aussi grave, se terminant si promptement par la mort, n'est certainement pas en rapport avec les altérations rencontrées dans le cœur. Le malade eût pu vivre longtemps avec sa légère altération valvulaire et sa légère hypertrophie sans dilatation sensible du ventricule gauche; mais un élément consécutif à ces lésions, l'épanchement séreux, a pris un développement extraordinaire et une fatale tendance vers les organes internes, et a par lui-même occasionné la mort, en plenvant dans les plèvres, dans les poumons, d'où l'extrême dyspnée, augmentée encore par l'épanchement abdominal; en occupant le péricarde, d'où l'anxiété, la gêne et la faiblesse du cœur; enfin, en s'interposant entre les méninges, et en infiltrant le cerveau lui-même, d'où le délire ultime, etc. Telle est du moins l'explication rationnelle, organique que nous croyons pouvoir donner de cette rapide et fatale terminaison. C'est ainsi que, sans torturer les faits, il est possible de répondre, au moyen de l'analyse, à l'éternelle objection des vitalistes purs, objection basée sur la fréquence du défaut de rapports entre les lésions matérielles et les symptômes. Sachez tenir compte de toutes les lésions matérielles, et souvent les symptômes s'expliqueront.

Nous n'avons traité jusqu'ici que du rétrécissement accidentel, morbide de l'orifice aortique ; mais il est évident que le mode d'altération a peu d'importance, et que c'est le rétrécissement, quelle que soit la cause, qui occasionne la gêne de la circulation et les désordres consécutifs. Aussi rencontre-t-on des cas d'anévrisme général du cœur sans altération valvulaire ; mais le rétrécissement n'en existe pas moins et n'en produit pas moins ses effets. L'observation suivante est remarquable sous ce rapport et sous plusieurs autres.

ACCIDENS PULMONAIRES; ACCIDENS CIRCULATOIRES CONSÉCUTIFS EN APPARENCE; MORT; LÉGÈRE HYPERTROPHIE ET DILATATION GÉNÉRALES DU COEUR, PAR RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL DE L'ORIFICE AORTIQUE.

OBS. XX. — Une fille de 28 ans, d'assez faible constitution, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, entre à la Clinique le 18 octobre 1843. Elle est affectée de toux et de dyspnée habituelle et très sujette à voir ces accidens s'aggraver. Déjà nous l'avons traitée antérieurement pendant trois mois d'une bronchite chronique suspecte de complication tuberculeuse. Ses règles manquent depuis un an. Depuis six semaines, la toux et la dyspnée se son exaspérées. La malade ne respire un peu librement que dans la position assise; douleur à la base de la poitrine, toux fatigante, crachats rares et muqueux, quelques vomissemens, vertiges passagers.

Etat actuel : Outre les symptômes précédens, faciès pâle, légèrement bouffi et cyanosé, dilatation et reflux des veines jugulaires; un peu d'œdème des pieds augmentant le soir. Thorax assez sonore, râles muqueux, sibilans, assez fins, comme sous-crépitans, disséminés dans les poumons. Point de voussure sensible, ni de matité remarquable dans la région précordiale. L'impulsion du cœur est sans force, les bruits ne sont pas sensiblement altérés. Pouls petit, fréquent, peu résistant. (Saignée, chiendent nitré, opium 0,05; le soir, le quart d'alimens.)

Cet état persiste pendant un mois avec quelques variations. (Emolliens, digitale, scille, nitre, laxatifs, révulsifs cutanés.)

Nonobstant, l'œdème fait des progrès, la dyspnée s'accroît, les battemens du cœur, toujours sans énergie, deviennent obscurs, tumultueux, irréguliers; enfin la malade succombe le 3 décembre, six semaines après son entrée, nous laissant toujours la pensée que les accidens du côté du cœur étaient consécutifs à l'engorgement pulmonaire.

NÉCROSCOPIE 24 heures après la mort.

THORAX. Sérosité citrine dans les plèvres ; quelques adhérences pleurétiques anciennes, engouement séreux-sanguin des deux poumons, muqueuse bronchique fortement colorée en rouge sombre; pas de vestiges de tubercules.

Le péricarde contient un peu de sérosité. Cœur volumineux, gorgé de sang noir, ventricule gauche notablement dilaté, sans hypertrophie bien appréciable (1 centim. d'épaisseur). Les trois autres cavités sont dilatées, le ventricule droit est hypertrophié; ses parois offrent 3 lignes (7 millim.) d'épaisseur. Il existe un *rétrécissement manifeste de l'orifice aortique et de l'origine de l'aorte*, lesquels admettent à peine l'extrémité de l'index, *sans aucune altération organique* des valvules et de l'aorte (rétrécissement congénital).

ABDOMEN. Sérosité dans le péritoine, foie et rate volumineux.

Rien de particulier dans les autres organes.

Comment se rendre compte de ce fait curieux ? Le sujet a vécu vingt-huit ans avec une coarctation congénitale de l'aorte, comme d'autres vivent indéfiniment avec persistance du tron de Botal ou perforation de la cloison interventriculaire, même sans cyanose. Il est vrai que depuis longtemps la malade était sujette à la dyspnée, à la toux, etc., et ce sont probablement les progrès de la lésion pulmonaire qui ont pour ainsi dire comblé la mesure et décidé la catastrophe. Le cœur lui-même ne manifestait aucun signe particulier ; aussi a-t-on cru jusqu'à la fin que la lésion première résidait dans les poumons. Mais il est évident, de par l'autopsie, que les indispositions de la malade avaient leur point de départ dans le rétrécissement aortique; que les poumons se sont affectés consécutivement à la gêne de la circulation. Pourquoi le cœur gauche ne s'est-il pas hypertrophié? C'est que sans doute il s'était accommodé de longue main à la lésion originelle, tandis que dans les cas d'altération accidentelle de l'origine aortique son mécanisme est brusque et violemment troublé. Pourquoi n'y a-t-il pas eu de bruits anormaux ? C'est que d'abord les contractions du cœur étaient plutôt faibles qu'énergiques ; ensuite il n'y avait pas là cette résistance, cette saillie abrupte, ces rugosités que présentent les valvules altérées et qui opèrent la bruyante collision du sang énergiquement propulsé. Pourquoi le ventricule droit s'est-il *seul* hypertrophié ? c'est que probablement l'engouement pulmonaire consécutif a créé pour lui un obstacle de plus que pour le ventricule gauche, et un obstacle accidentel. Tout cela est hypothétique sans doute, mais tout cela est vraisemblable, et force nous est bien d'invoquer les probabilités, de recourir à l'analogie, alors qu'il s'agit d'interpréter les faits exceptionnels.

Puisque c'est le rétrécissement qui produit la dilatation avec hypertrophie, on conçoit qu'un rétrécissement de l'aorte elle-même ou une compression exercée sur elle au voisinage du cœur devront produire des effets analogues ; mais nous n'avons pas d'exemples de faits semblables à offrir au lecteur.

Enfin, un état opposé au rétrécissement, la dilatation de l'orifice aortique et de l'aorte elle-même pourront produire aussi la dilatation et l'hypertrophie générales du cœur, et cela se conçoit; car les troubles qui en résulteront pour la circulation se résumeront en un obstacle réel qui obligera le cœur à redoubler d'énergie, soit pour repousser le sang refluant sans cesse par l'orifice aortique, soit pour vaincre la stase que déterminera la dilatation de l'aorte. Déjà nous avons rapporté un exemple d'insuffisance considérable de l'orifice aortique accompagnée d'anévrisme actif (obs. XII); en voici un de dilatation aortique produisant les mêmes effets.

DILATATION CONSIDÉRABLE DE L'ORIGINE DE L'AORTE PAR AORTITE CHRONIQUE; MORT; DILATATION ET HYPERTROPHIE GÉNÉRALES DU COEUR.

OBS. XXI. — Une femme de 41 ans, de faible constitution, entre à la Clinique le 7 décembre 1840. Elle rapporte que depuis son enfance elle est sujette à la

dyspnée et aux palpitations. Jamais elle n'a eu de rhumatisme. Il y a quinze jours que ses pieds se sont enflés; l'infiltration a rapidement envahi les membres inférieurs et s'est étendue aux parties génitales et à l'abdomen. En même temps, les palpitations, l'anxiété, la dypsnée se sont aggravées.

Etat actuel : Pâleur, bouffissure, teinte cyanosée de la face; orthopnée, infiltration considérable des parties inférieures. Parole entrecoupée. Elle est couchée sur le côté gauche, en proie à une anxiété extrême. On a peine à la décider à prendre une position convenable pour l'exploration. Voussure marquée, matité de 5 pouces (15 centimètres), à la région précordiale. La main appliquée sur cette région y perçoit une impulsion forte du cœur avec frémissement cataire s'étendant au sommet du sternum. Battemens du cœur forts, tumultueux, irréguliers, rudes et décomposés (bruit de rappel). Le second temps est marqué par un bruit de souffle rude se prolongeant dans l'aorte. Pouls fréquent, petit, irrégulier. En palpant l'abdomen, on perçoit une tumeur occupant l'hypogastre, qu'on croit être la vessie distendue; mais la sonde introduite n'amène que peu d'urines sans diminution de la tumeur (kyste de l'ovaire). On prescrit : saignée de 200 grammes; potion gommée avec teinture de digitale, 30 gouttes; chiendent nitré, frictions de teinture de scille et digitale sur les membres inférieurs.)

Le lendemain, la malade paraît un peu mieux. (16 ventouses scarifiées au thorax, lavement purgatif, chiendent avec acétate de potasse, 8 grammes.)

Mais le surlendemain l'affaissement se prononce. Potion :

Prenez : Eau de mélisse. . . . . . . 120 grammes.
Liqueur d'Hoffmann. 2
Sirop d'écorce d'orange. . . 30

La malade succombe le 10, 3e jour de l'entrée, dans un état de suffocation mêlé de syncopes.

Nécroscopie, 20 heures après la mort.

Infiltration générale; cyanose de la face et des extrémités.

Thorax : Poumons envahis par l'engouement séreux sanguin. Cœur volumineux, gorgé de sang. Ventricule gauche dilaté, parois offrant 10 lignes (2 centimètres et 1/2) d'épaisseur. Les trois autres cavités sont également dilatées et sensiblement hypertrophiées; les valvules mitrale et aortique présentent quelques points de léger épaississement qui n'en altèrent ni la forme ni le mécanisme. Mais l'orifice aortique est manifestement dilaté, insuffisant, et l'origine de l'aorte offre un élargissement considérable constituant un véritable anévrisme par dilatation de toute la circonférence du vaisseau, dont la surface interne est tapissée de rugosités, de points cartilagineux, ossifiés et de saillies fongueuses figurant des espèces de végétations.

Abdomen : foie induré, ratatiné (cyrrhose). Un noyau fibreux saillant à la face antérieure de l'utérus. Les deux ovaires sont dégénérés en kystes séreux, dont l'un égale le volume d'un œuf.

Il est évident que cette femme était depuis longtemps affectée d'aortite chronique, laquelle a déterminé la dilatation de l'aorte, l'insuffisance de l'orifice aortique, et par suite, la dilatation et l'hypertrophie générales du cœur, effets dont il serait bien difficile de donner une meilleure explication.

De tous les faits compris dans cet article, nous pouvons conclure finalement :

1° Que l'anévrisme actif ou la dilatation avec hypertrophie générales du cœur est le produit le plus ordinaire, sinon constant, d'un obstacle à la circulation existant *en avant* du ventricule gauche;

2° Que cet obstacle est le plus souvent un rétrécissement accidentel, avec ou sans insuffisance de l'orifice aortique *seul*; (Observ. 11 à 17.) Cet obstacle peut consister dans un rétrécissement originel de cet orifice (observ. 20), dans un rétrécissement de l'aorte dû à une cause quelconque, ou même dans une insuffisance de l'orifice aortique (observ. 12), ou dans une dilatation de l'origine de l'aorte (observ. 21). Lésions en apparence opposées entre elles et qui aboutissent définitivement au même résultat, l'obstacle au cours du sang.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX MENSUELS ANGLAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. THE LONDON AND EDINBURGH MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1834 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Tumeur abdominale; calculs sentis dans la vésicule pendant la vie*; par le professeur Henderson. 2° *De la phthisie causée chez les rémouleurs par l'inspiration des particules métalliques et pierreuses*; par M. Holland. 3° *Maladie particulière de l'antre d'Hygmor, et ablation de l'os maxillaire supérieur par une seule incision faite sur la joue*; par M. Syme. 4° *Ablation d'une tumeur enkystée volumineuse de la bouche*; par le même. (Kyste développé vers l'orifice du conduit de Warthon. Une incision suffit pour le guérir.) 5° *Rupture de la vessie et luxation du fémur dans l'échancrure sciatique*; par le même. (Le sujet mourut peu d'heures après l'accident.) 6° *Remarques générales sur quelques points relatifs à la ligature des artères*; par M. Spence. (L'auteur ne regarde pas la présence du caillot comme indispensable pour une oblitération solide de l'artère. Un chien ayant été tué vingt neuf jours après avoir subi la ligature de la carotide, le vaisseau, qui avait bien résisté pendant la vie, n'offrait aucun caillot et n'était fermé que par les adhérences de la tunique interne. M. Spence croit que l'épanchement de lymphe plastique qui entoure à l'extérieur le point de l'artère lié, prévient l'hémorragie bien plus sûrement et plus constamment que le caillot intérieur.) 7° *Observations sur la loi d'identité qui détermine la production des maladies sympathiques et simultanées dans les organes de la vision*; par M. Hocken. (L'auteur montre, par des exemples, que lorsqu'une affection envahit successivement les deux yeux, elle occupe le même siége et offre les mêmes caractères dans le second que dans le premier.) 8° *Remarques sur les tumeurs de l'ovaire*; par M. Kilgour. 9° *Cas d'empoisonnement par le colchique*; par M. Thomson. 10° *Sur la circulation chez les fœtus où le cœur manque*; par M. Marshall Hall. 11° *De la pathologie et du traitement des maladies de l'utérus*; par M. Simpson. (Nous donnerons l'analyse de cet intéressant travail quand il sera terminé.) 12° *Du pannus et de sa cure, dans les cas rebelles, par l'inoculation de la matière blennorrhagique*; par M. Stout. 13° *Cas de rupture de l'utérus, le fœtus étant hydrocéphalique*; par M. Malcolm. 14° *Cas d'anévrisme disséquant de l'aorte thoracique et abdominale*; par M. Henderson. 15° *Observation d'hydrocèle traitée par l'acupuncture, et où l'aiguille resta pendant onze mois dans la tunique vaginale*; par M. Fergusson. 16° *Documens pour une statistique des plaies de tête*; par MM. Lawrie et King. (Premier article.) 17° *Sur la nécrose*; par M. Lawrie. (L'auteur cite un cas de nécrose de tout l'os maxillaire supérieur. La mortification avait succédé à une escarre de la joue survenue pendant une fièvre typhoïde. M. Lawrie sentit l'os vaciller et en fit l'extraction. Le sequestre comprenait le maxillaire supérieur gauche tout entier. Une opération d'autoplastie devint ensuite nécessaire pour combler le vide des parties molles détruites par l'escarre primitive.) 18° *Sur les propriétés médicinales de l'écorce du bebeeru, arbre de la Guiane anglaise*; par M. Maclagan. 19° *Cas de maladie cutanée développée sur un fœtus avant sa naissance*; par M. Keiller. 20° *Note sur quelques observations du même genre*; par M. Simpson. 21° *Cas de monomanie homicide, suivi de remarques*; par M. Christie. 22° *De la valeur de la saignée comme moyen de diagnostic*; par M. Barlow. 23° *Sur les moyens de découvrir l'arsenic dans les recherches de médecine légale*; par M. Christison. 24° *Des maladies du cœur*; par M. Kilgeur. 25° *Cas d'oblitération spontanée de l'aorte*; par M. Duncan.

TUMEUR ABDOMINALE; CALCULS SENTIS DANS LA VÉSICULE PENDANT LA VIE; par le professeur Henderson.

La science compte déjà quelques cas où l'on a pu reconnaître par le palper pendant la vie la présence de calculs dans la vésicule du foie; mais comme ces cas sont tout à fait exceptionnels et très rares nous allons analyser rapidement le fait du docteur Henderson qui aurait pu cependant être plus complet.

Obs.—Higgins, âgée de 46 ans, colporteuse et mère de six enfans, est admise le 2 avril, disant avoir beaucoup maigri depuis quelques années par l'effet de la misère et de l'insuffisance de la nourriture. Depuis trois ans, elle tousse chaque hiver pendant deux ou trois mois. Depuis deux mois, elle a eu de fréquentes indigestions, a beaucoup souffert du pyrosis et a presque complètement perdu l'appétit.

A droite et à environ trois travers de doigt de l'ombilic, on distingue dans l'abdomen une masse solide arrondie, à surface inégale et du volume d'une petite orange. Une autre tumeur offrant à peu près les mêmes caractères semble se dégager de la première, puis monte vers l'hypocondre. La première de ces tumeurs peut être déplacée un peu dans toutes les directions, et lorsqu'on presse fortement sa surface avec le doigt, elle en conserve l'impression et la garde. Dans le reste de son étendue, le ventre est mou. Depuis six ans, la malade est habituellement constipée, et depuis quelque temps surtout elle a toujours été plusieurs jours chaque fois sans aller à la selle. La percussion sur la tumeur fournit un bruit mat et la pression y est très douloureuse. La malade dit n'avoir remarqué la tumeur que depuis un mois environ. On applique quelques sangsues sur la tumeur et deux pilules purgatives sont administrées.

Le 5 avril, la malade a eu de nombreuses selles contenant des matières sèches

et récentes. La tumeur a perdu un tiers de son volume et sa forme globuleuse; puis, au bout de quelques jours, sous l'influence des mêmes moyens, elle disparut complètement, à l'exception de la portion qui se prolongeait sous l'hypocondre droit et qui paraît fortement adhérente au foie. Le bord inférieur de ce viscère descend de trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes où l'on reconnaît perpendiculairement à son bord le reste de la tumeur qui adhère fortement à la face inférieure du foie, et fait une saillie d'environ un pouce et demi au-dessous, son extrémité inférieure étant de niveau et à environ quatre travers de doigt de l'ombilic et sur la même ligne à peu près que l'extrémité antérieure de la onzième côte.

Cette tumeur a environ un pouce et demi de largeur et la surface en est irrégulière, présentant plusieurs saillies angulaires dont il est facile de changer la position relative; en pressant avec les doigts dans des sens différens, on reconnaît qu'elle est adhérente au foie, parce que quand on la porte d'un côté on d'un autre la tumeur est portée avec lui; quand on la presse légèrement elle devient le siége d'une douleur très aiguë. La conjonctive et la peau ont une teinte ictérique légère. Il y a dix ans la malade éprouvait souvent vers le point où se trouve cette tumeur une douleur si violente qu'elle en ressentait une sueur copieuse. Depuis six ans ces vives attaques avaient cessé, mais elle ressentait souvent des malaises dans les mêmes points. Elle n'avait pas encore eu d'attaque d'ictère.

Les jours suivans, la tumeur n'éprouva plus de modifications notables; elle fut de temps en temps le siége de douleur et de sensibilité que l'on combattait par quelques applications de sangsues. La couleur ictérique devint de plus en plus prononcée et s'accompagna d'une vive démangeaison à la peau; le foie devenait plus proéminent entre la tumeur et l'épigastre, surtout quand on pressait légèrement avec la main sur la région lombaire; la constipation ne cédait qu'à des laxatifs; l'estomac était très irritable et les vomissemens fréquens; l'amaigrissement allait toujours augmentant. La mort arriva le 23 mai.

Autopsie. Teinte jaune très prononcée de la peau et maigreur extrême. Dans l'abdomen on trouve l'estomac descendant par sa grande courbure près du pubis et au-dessous le colon adhérent fortement à un corps qui occupe la place de la vésicule et fait une saillie d'un pouce au-dessous du bord libre du foie, audessous duquel on le voit s'enfoncer. Ce corps paraît à l'extérieur irrégulier et solide. Les indurations angulaires qu'on avait senties pendant la vie sur ce point, à travers les parois abdominales, étaient encore plus facile à distinguer, ainsi que les masses solides que l'on déplaçait plus facilement encore. L'incision de cette tumeur fait voir que c'est la vésicule fort épaissie, renfermant cinq calculs et une petite quantité d'un fluide grisâtre de la consistance du pus. La vésicule elle-même ne paraissait pas plus grande qu'à l'ordinaire, si ce n'est en longueur. A l'intérieur, elle semblait être divisée en deux ou trois compartimens dans lesquels les calculs étaient logés. La surface de la muqueuse était de la même couleur que le fluide gris qu'elle contenait et était d'une consistance pulpeuse. Ce que l'on avait pris pour une saillie de la portion antérieure du foie était une tumeur carcinomateuse occupant la tête et le milieu du pancréas qui se confondaient dans cette masse cancéreuse. Cette tumeur avait le volume d'une grosse orange, adhérait à la face inférieure du foie qui la recouvrait et la cachait A ce point d'union, le tissu du foie lui-même était converti, à une profondeur de 2 pouces et plus, en tissu également carcinomateux. Le duodénum, dans son passage sous le foie, était rétréci au point qu'on avait de la peine à y faire pénétrer le doigt indicateur. On ne put retrouver, à travers cette masse carcinomateuse, le conduit cholédoque qui paraissait avoir dû mettre un obstacle à l'écoulement du fluide de la vésicule. Les canaux biliaires de l'intérieur du foie étaient sur plusieurs points considérablement dilatés et le foie tout entier offrait à l'extérieur et à l'intérieur une couleur verdâtre. Les deux poumons contenaient surtout près de leur surface quelques tubercules d'un petit volume et d'un tissu ferme et solide.

De la phthisie causée chez les rémouleurs par l'inspiration des particules métalliques et pierreuse; par le docteur Calverte Holland, médecin honoraire de l'infirmerie générale de Sheffield.

Il a été fréquemment question dans les publications relatives à l'hygiène de la position misérable des ouvriers employés dans l'industrie au polissage des métaux et de la funeste influence que ces travaux exerçaient sur leur santé; mais jusqu'à ce moment la pathologie n'avait pris qu'une faible part à ces recherches et on ne savait de quelle nature étaient les accidens pectoraux éprouvés par les malades, bien que la cause en fût connue; car ceux qui en étaient atteints ne se décidaient qu'avec peine à entrer dans les hôpitaux et en sortaient ou en étaient retirés par leurs parens aussitôt que la mort paraissait inévitable. M. Holland ayant été attaché pendant onze ans à l'infirmerie royale de Sheffield, ville où il y a un nombre très considérable de rémouleurs a été à même de faire sur les maladies auxquelles ces ouvriers sont sujets des observations intéressantes et les communique dans une série d'articles dont nous ne pourrons reproduire que les points principaux qui sont exposés sous sept chefs différens.

1° Circonstances dans lesquelles la maladie survient. Le polissage des métaux qui occupe tant de bras à Sheffield se fait sur la pierre sèche ou sur la pierre humide; quelques articles exigent l'emploi de ces deux méthodes dont la première est à la fois la plus désastreuse et la plus nouvelle. Avant l'emploi de la vapeur comme moteur, les ateliers de rémouleurs étaient situés sur les rivières du voisinage, au milieu des sites les plus variés et les plus pittoresques et le bon air, la fréquence des chômages causés par la trop grande abondance ou la rareté de l'eau, la culture des jardins du voisinage, permettaient à l'économie de supporter les fatigues du polissage qui se faisait à cette époque sur la pierre mouillée. La diminution graduelle du prix de la main-d'œuvre a forcé d'employer plus fréquemment la pierre sèche en même temps que de vastes ateliers étaient construits dans l'intérieur de la ville, élevés de plusieurs étages, et partagés en chambres, dans chacune desquelles travaillaient huit ou dix ouvriers s'occupant des différentes branches de leur état et renfermés dans l'espace le plus étroit qu'il est possible, et sans que l'on ait tenu aucun compte de la poussière qui se dégage de leur meule agitée avec tant de vitesse. Cette poussière qui se compose de particules métalliques et pierreuses remplit continuellement chaque pièce et est surtout absorbée par les ouvriers dont la figure est d'autant plus rapprochée de la meule que les ouvrages dont ils s'occupent sont plus fins.

2° Action sur les organes respiratoires des particules métalliques et pierreuses inspirées. Aucun des auteurs qui ont écrit sur l'action des molécules dégagées dans le travail des diverses industries n'a tenu exactement compte des effets du mélange des débris du fer et de la meule continuellement aspirés par l'ouvrier. L'auteur cite à cette occasion Ramazzini et Patissier, puis le docteur Knight, Hodgkin, Laënnec même qui réellement n'ont pas connu les circonstance actuelles. M. Holland entre dans de longs développemens sur la marche que suit dans ces cas l'affection pulmonaire qui reste longtemps simplement locale et n'affecte l'économie que quand déjà elle a fait beaucoup de progrès. L'action de la poussière sur les poumons lui paraît être d'une nature particulière, mais sur laquelle il donne peu d'explications; cependant les conduits aériens offrent dès le début des accidens, des signes d'irritation non douteuse.

Quant à l'expression *asthme des rémouleurs* qui a été généralement employée, elle est évidemment erronée. Dans le plus grand nombre des cas les phénomènes se rapportent plutôt à la phthisie tuberculeuse ou à la dégénérescence des poumons qu'à l'asthme et aucun terme scientifique ne peut exprimer la variété des résultats morbides que produit l'inspiration de cette poussière.

3° Différences entre la phthisie tuberculeuse et celle que l'on observe chez les rémouleurs. Les principaux caractères qui distinguent la phthisie propre à cette classe d'ouvriers sont au nombre de quatre : 1° la maladie ne se lie jamais chez les sujets doués d'une bonne constitution à une prédisposition générale, et chez eux l'économie lutte pendant longtemps et avec avantage contre les progrès d'une maladie d'origine évidemment locale; 2° la durée de la maladie est ordinairement très longue et se prolonge pendant des années et souvent même sans que le malade s'en occupe sérieusement; 3° pendant toute cette durée l'ouvrier, outre la toux dont il est tourmenté, paraît jouir d'une bonne santé, conserve l'appétit et toute l'apparence de la force; 4° à une période avancée de la maladie, la faiblesse est moins prononcée que dans la phthisie tuberculeuse; la dyspnée habituellement plus considérable et l'expectoration plus abondante. Le pouls s'élève rarement au-dessus de 80 ou de 85.

4° Symptômes propres a la maladie. Les premiers signes de l'affection sont une irritation du larynx, de la trachée, des bronches, qui se manifeste par une toux rare et souvent même dès l'apprentissage. A une époque plus avancée, la respiration devient gênée et fréquente, la physionomie exprime la souffrance et l'anxiété; le corps se porte en avant et se rétrécit de toutes parts, mais avec beaucoup de lenteur; il n'y a ni fièvre ni chaleur à la peau, mais le malade se plaint de douleur dans la poitrine pendant l'exercice ou une respiration profonde et rend des crachats abondans, épais et quelquefois purulens. La percussion sur la poitrine fournit une sonorité remarquable et l'auscultation indique dans toute l'étendue du thorax un bruit respiratoire puéril. Dans la troisième et dernière période, le corps s'incline davantage et les épaules s'arrondissent en se portant en avant; la dyspnée est extrême et bien plus considérable que dans la phthisie, et il y a moins de tendance à l'amaigrissement, à la fièvre hectique, à la diarrhée et à l'apparition d'aphtes dans la bouche. L'hémoptysie est aussi fréquente que dans la phthisie; mais en outre, à une époque avancée, l'expectoration amène souvent de petites masses noires, dures, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une bille de marbre et qui ne sort de la poitrine qu'après que le malade a fait beaucoup d'efforts et a senti quelque chose se détacher, et en les examinant on constate que ces masses sont des concrétions formées de poussière. Les rémouleurs sont très fréquemment atteints de gravelle sans qu'on puisse donner une explication de cette coïncidence.

5° Nature de la maladie. Les lésions les plus ordinaires trouvées che

ceux qui ont succombé à la maladie sont la dilatation très prononcée des bronches avec développement (emphysème) et ampliation du poumon, un état d'induration remarquable des ganglions bronchiques qui semblent transformés en une matière noire, dure, granuleuse, criant sous le scalpel comme si ce dernier avait été passé sur une pierre molle. Malheureusement ces ganglions n'ont pas été analysés et on ignore s'ils contenaient réellement des particules métalliques ; nous en dirons autant des masses noires trouvées en grand nombre quelquefois dans le poumon et qui, au simple aspect, offraient le même caractère et n'ont pu également être analysées. C'est à regret encore que nous signalerons la même absence de documens chimiques sur un liquide noir ou très foncé que l'on trouve assez souvent encore dans les mêmes conditions et qui quelquefois se présente dans toute l'étendue du poumon et dans d'autres circonstances n'en occupe que certains points. M. Holland rapporte avoir observé un cas de ce genre tout récemment dans lequel ce fluide circulait dans toute l'étendue des deux poumons qui n'offraient pas la moindre trace de tubercule ni aucune autre altération bien manifeste, seulement le tissu pulmonaire était plus résistant qu'à l'ordinaire et moins crépitant. Le sujet s'était plaint pendant plusieurs mois d'une dyspnée et d'une toux très gênantes ; il avait toujours bien vécu et n'avait encore que peu maigri au moment de sa mort. Son occupation était de donner le fini au polissage des grils de poêles ; travail dans lequel il était constamment entouré de nuages d'une poudre fine qui pénétrait à chaque inspiration avec l'air dans les poumons. Nous exprimons de nouveau le regret que M. Holhand s'en soit tenu à cette simple inspection qui ne nous apprend pas grand'chose sur la nature réelle de la substance qui colorait les tissus et le liquide dans ces cas. Comment a-t-il pu oublier la lumière qu'ont jetée les recherches de MM. Gregory, Christison, Graham et Pearson sur la *phthisie dite des charbonniers*, et qui, si nous ne nous trompons, a plus d'un rapport avec celle des rémouleurs? Voyez pour la première de ces deux affections ce qu'en a dit M. Genest : Recherches sur un état pathologique particulier aux charbonniers, etc., Gaz. Méd., 1835, p. 337, et 1839, p. 127.

6° Traitement. Nous ne suivrons pas l'auteur dans le détail des médications qu'il a employées avec plus ou moins de succès, et qui toutes ne sont que des applications de cette méthode que l'on appelle rationnelle, et qui consiste à combattre certains symptômes par certains agens thérapeutiques et à soumettre le malade aux méthodes les plus différentes ; car, en réalité, nous ne trouvons rien qui ait un rapport spécial avec la maladie ou les lésions qu'elle détermine ; le seul conseil que nous reproduirons est relatif à un moyen de préservation qui, déjà mis en pratique dans quelques cas, paraît avoir produit les effets les plus heureux. Ce moyen consiste en un tuyau de 25 à 30 centimètres au moins de diamètre placé au-dessous du sol ou du plancher de chaque pièce, et se terminant d'une part par une seule ouverture à l'extérieur du bâtiment, et de l'autre par autant d'embranchemens particuliers qu'il y a de rémouleurs dans chaque pièce, et dont chacun s'ouvre aussi près que possible de chaque ouvrier. Un van placé dans l'intérieur du tuyau, près de sa fin, mis en mouvement par un mécanisme peu continu, établit un courant d'air rapide de la chambre à l'extérieur, et qui entraîne toutes les molécules métalliques ou autres qui se produisent pendant l'opération du polissage. L'effet de ce moyen est tout puissant, dit l'auteur ; dans plusieurs établissemens où on l'a mis en usage, on n'a plus vu aucun cas d'affection pulmonaire, et des cas qui étaient déjà avancés ont été subitement arrêtés.

7° Condition physique et morale des ouvriers dans les différentes branches du rémoulage. Cette partie, qui est la plus importante du travail de M. Holland, ne peut nous arrêter longtemps, à cause de la nature toute descriptive et conséquemment peu susceptible d'analyse des questions qui y sont traitées. Nous énoncerons pourtant le résultat dernier de l'enquête à laquelle s'est livré l'auteur pendant onze années, sur les avantages et les désavantages que présentent les différentes classes de ces ouvriers. C'est que plus une branche de cette industrie est funeste à ceux qui la cultivent, plus ces derniers sont ignorans, misérables et dissipés.

Le tableau suivant fera voir avec quelle rapidité les différentes branches de l'industrie du rémoulage détruisent les hommes qui s'y livrent, par le nombre relativement très petit de ceux qui ont pu le faire jusqu'à un âge un peu avancé. Les chiffres indiquent le nombre des ouvriers des divers âges qui se livrent au polissage à Sheffield, et dans les différentes branches de cette industrie.

	Rémouleurs							
Âge.	de ciseaux.	de fourchettes.	de rasoirs.	de canifs.	de couteaux de table.	de scies.	de limes.	de faulx.
De 21 à 25..	47	28	102	124	80	12	65	6
26 à 30..	45	28	52	73	60	17	24	8
31 à 35..	30	8	41	25	35	9	39	6
36 à 40..	39	14	41	42	32	10	10	2
41 à 45..	31	19	19	31	23	11	7	5
46 à 50..	10		14	12	21	5	2	2
51 à 55..	8		6	8	13	5	2	1
56 à 60..	2			4	7	9	1	
61 à 65..	1				1			
66 à 70..					2			
71 à 75..					1			
	213	97	275	319	188	78	150	30

Maladie particulière de l'antre d'Hygmor, et ablation de l'os maxillaire par une seule incision faite sur la joue ; par M. Syme.

L'imposante autorité de M. Syme et la brièveté de son récit rendent l'appréciation du cas qu'il rapporte assez difficile à faire. Nous dirons toutefois, sans détour, que l'observation suivante nous paraît un exemple d'erreur et d'erreur grave de diagnostic. Voici d'abord ce fait :

Obs. — Un jeune homme de 26 ans, dit l'auteur, me fit appeler, le 8 février, pour une tumeur de la mâchoire supérieure. Elle occupait, du côté gauche, l'espace compris entre la canine et la dent de sagesse (les dents intermédiaires manquant) et s'étendait sur la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane. La tuméfaction n'étant pas considérable, n'occasionait qu'une sensation de plénitude à la joue. Sur toute la partie de sa surface visible par la bouche, elle avait l'aspect blanchâtre et comme verruqueux de l'épulis ; aussi je la supposai être une tumeur de cette espèce. Le malade rapportait à cinq mois le début des douleurs et de l'enflure. Elle s'était d'abord montrée autour d'une dent molaire. Cinq dents avaient été arrachées ; mais la marche du mal semblait plutôt avoir été accélérée par ces opérations.

Pensant qu'il suffirait probablement d'enlever le rebord alvéolaire et la partie inférieure de l'os maxillaire, je fis une seule incision, que je conduisis de la portion saillante de la joue à la commissure labiale. Le lambeau relevé en haut et disséqué, je reconnus que la paroi antérieure du sinus avait été absorbée, de manière qu'une membrane seulement existait à sa place. Je conclus de là que la maladie remontait plus haut qu'il ne m'avait semblé d'abord. Je mis donc à découvert le rebord orbitaire, et après avoir détaché le maxillaire de ses connexions molaires, nasales et palatines, je l'enlevai en entier, sauf son apophyse postérieure. Les bords de la plaie, rapprochés par la suture, se réunirent immédiatement et le malade guérit, conservant à peine une légère difformité.

En examinant la partie enlevée, je fus surpris de trouver que la cavité du sinus était entièrement occupée par une *coquille osseuse (bony shell)*, offrant une surface uniforme et polie, convexe vers l'orbite, et formant une cavité qui communiquait avec la bouche par une petite ouverture située dans le centre de l'excroissance. Son intérieur était garni de *corps suspendus*, ayant la consistance et les divers caractères de ceux qui naissaient de la gencive et du palais. Il me parut par conséquent que *le plancher du sinus s'était épanoui par en haut, de manière à remplir sa cavité tout entière*, et à provoquer, en la comprimant, l'absorption de sa paroi antérieure. M. Godsir et M. Nasmyth, à qui je montrai cette préparation, me dirent qu'ils n'avaient jamais observé une pareille affection.

— Très probablement, comme nous l'avons exprimé en commençant, ce que M. Syme appelle *maladie particulière* du sinus, n'est autre chose qu'un kyste de la paroi inférieure, affection aujourd'hui bien connue en France depuis les travaux de Dupuytren. Nous avons cité nous-même, en 1839 (voyez thèse de concours, Maladies des os de la face, p. 56), des exemples de méprise semblable. Ils sont, du reste, disions-nous alors, d'autant plus faciles à comprendre que le kyste, trouvant peu d'obstacle à son développement, se dilate librement dans tous les sens, de sorte que sa cavité reproduit presqu'exactement les formes et les dimensions de la cavité naturelle de l'antre d'Hygmor.

A l'appui de cette interprétation, on remarquera que, dans le cas de M. Syme, la cavité osseuse dont il parle ne communiquait plus avec les narines, comme cela eût été si cette cavité avait réellement été l'antre d'Hygmor ; elle communiquait seulement avec la bouche, par une ouverture située à la face palatine, là où existait l'excroissance.

La maladie était donc, ce nous semble, un kyste contenant des corps fibreux, et développé dans l'épaisseur de la paroi du sinus. Par conséquent, l'os maxillaire lui-même n'était nullement compromis ; et, au lieu de son ablation, opération toujours grave, on aurait pu et dû se contenter d'ouvrir le kyste par une simple incision, et d'évacuer les produits ren-

fermés dans son intérieur. L'expérience de Dupuytren apprend que les parois reviennent alors insensiblement sur elles-mêmes et que la cavité anormale finit par s'effacer.

REMARQUES SUR LES TUMEURS DE L'OVAIRE; par M. KILGOUR.

On est souvent embarrassé dans la pratique pour distinguer un kyste liquide de l'ovaire d'avec l'hydropisie ascite. Le travail de M. Kilgour ajoute aux signes déjà indiqués par les auteurs classiques quelques données qui pourront utilement éclairer le diagnostic dans cette circonstance.

Dans le cas de kyste unique et volumineux, la tumeur présente à sa partie antérieure une forme arrondie toute particulière : un œil exercé découvre même un sillon plus ou moins marqué entre la tumeur et l'épigastre.

Avec le kyste de l'ovaire, la santé générale reste bonne, et il n'y a pas d'anasarque des membres inférieurs. Le contraire existe dans l'ascite.

Enfin, quoique le liquide fourni par la ponction puisse être de même nature dans les deux affections, il est plus souvent épais, foncé en couleur, purulent, quand il provient d'un kyste ovarique.

Une autre distinction plus difficile est celle qu'il faut faire entre les tumeurs solides de l'ovaire et les kystes à contenu liquide. M. Kilgour donne le signe différentiel suivant. La tumeur demi-solide ou gélatiniforme est toujours fixée dans sa situation; la tumeur solide, au contraire, est le plus souvent mobile. Lorsque, surtout, elle est entourée d'un liquide, on peut lui imprimer un mouvement très caractéristique qui ressemble beaucoup au ballottement du fœtus dans les eaux de l'amnios.

Dans un tableau qui accompagne ce travail, l'auteur dit que, sur 25 cas de kystes ovariques observés par lui, l'affection existait dix-huit fois à droite, quatre fois à gauche. Deux fois le siége de la maladie n'a pu être déterminé; une fois elle avait envahi simultanément l'un et l'autre ovaire.

DU PANNUS ET DE SA CURE DANS LES CAS REBELLES PAR L'INOCULATION DE LA MATIÈRE BLENNHORRAGIQUE; par M. STOUT.

Cette méthode de traitement, déjà sanctionnée en Allemagne par une expérience heureuse, se recommande puissamment à la sollicitude des praticiens. Malgré l'innocuité dont son auteur donne ici l'assurance, nous n'en reproduirons pas la description sans insister préalablement sur le conseil que M. Stout formule lui-même de ne jamais la mettre en usage que sur des yeux déjà totalement privés de leurs fonctions.

Ce qu'on entend ici par pannus est l'état d'épaississement et de vascularisation de la portion de conjonctive qui recouvre la cornée. Cette affection succède le plus souvent aux granulations des paupières. D'autres causes peuvent aussi lui donner naissance; nous citerons seulement parmi celles-ci la blennophthalmie et ses différentes espèces.

Les cas ne sont pas rares où tous les moyens préconisés contre le pannus ont été employés sans succès. La cautérisation, l'excision elle-même échouent fort souvent, et le malade reste avec une opacité incurable.

L'inoculation du pus blennhorragique compte depuis longtemps de nombreux succès. En 1830, M. Piringer rapporta 14 cas de guérisons obtenues par ce procédé dans les hôpitaux de Vienne et de Gratz. Son ouvrage, publié en 1841, porte le nombre des faits qui lui sont propres à 61. M. Jaeger en a de son côté 84 : en tout 145 observations, sur lesquelles 7 seulement sont des exemples de revers plus ou moins complets. De ces sept malades, 4 ne recouvrèrent point la vue; non que la cornée ne fût pas redevenue claire, mais à cause d'une amaurose concomitante. Chez les 3 autres, l'œil devint malade (ce que l'auteur attribue à un mauvais état de la constitution), et aucun bénéfice ne fut retiré de l'opération.

Relativement aux indications, il est bien entendu (et on ne saurait trop le répéter) que l'inoculation n'est proposable que lorsque le pannus couvre toute la cornée. En effet, le contact de la matière blennorrhagique agit tout autrement sur les parties opaques et sur les parties saines de cette membrane. Tandis qu'il est inoffensif et devient même par la suite avantageux pour les premières, il risquerait de compromettre gravement les secondes. Du reste, l'opération s'applique également bien à toutes les espèces de pannus, qu'il soit membraneux, vasculaire ou charnu, mince ou épais, compliqué ou non de conjonctivite, d'écoulement séreux et même de granulations.

Quant aux contr'indications, il faut seulement bien différencier le pannus d'avec le xérôme, ou xérophthalmie de Beer, cas où l'inoculation ne servirait à rien. Elle n'a non plus aucun pouvoir sur le leucoma. Enfin, on s'abstiendra d'opérer tout individu affecté d'une dyscrasie quelconque.

La matière qui sert à l'inoculation peut être prise soit sur un œil affecté de l'ophthalmie d'Égypte, d'ophthalmie blennorrhagique simple, ou d'ophthalmie des nouveau-nés, soit sur une blennorrhée simple.

L'action du pus sur l'œil se déclare plus ou moins rapidement. Ces différences tiennent soit à la qualité de la matière qu'on inocule, soit à sa quantité, soit au tempérament du malade. Si la blennorrhée d'où procède le pus était aiguë, si une certaine quantité de ce liquide a été appliquée sur l'œil, si le sujet est de tempérament sanguin, on verra l'effet se produire dans l'espace de 6 à 12 heures, tandis que, avec les conditions opposées, il sera retardé jusqu'à 72 ou 96 heures. Pour que l'opération réussisse, le virus doit être non seulement déposé sous les paupières, mais directement appliqué sur la conjonctive avec un pinceau.

Il est préférable de prendre le muco-pus d'une blennorrhée simple et peu aiguë. Sa virulence, ou du moins son action sur l'œil, sera atténuée si on l'étend d'eau, ou si on le laisse quelque temps exposé à l'air. Si, après avoir usé de ces précautions, l'inoculation n'a pas réussi, on en est quitte pour recommencer, en laissant cette fois plus de force au pus qu'on emploie. Un pannus épais demande pour sa guérison un degré d'activité du pus plus élevé qu'il ne le faudrait pour un cas où la lésion serait récente et le tissu anormal à peine organisé.

L'irritation produite par cette inoculation est beaucoup moins violente que lorsqu'elle s'opère accidentellement sur un œil sain; avec quelques précautions, quelques lotions d'eau froide, par exemple, on peut prévenir tout symptôme inquiétant. Dans aucun des cas où ce procédé a été mis en usage, l'irritation ne s'était étendue aux parties profondes de l'œil. Il arrive souvent que la cornée est redevenue transparente dans l'espace de 10 à 14 jours. Parfois cependant, il faut près de six semaines.

Pour mieux faire comprendre la manière d'appliquer ce traitement, nous terminerons en citant une observation rapportée dans ce mémoire.

OBS. — Un homme, âgé de 47 ans, ayant été plusieurs fois affecté de blennophthalmies, portait un pannus charnu. L'inoculation essayée une première fois ne produisit aucun effet. Une seconde tentative amena seulement une irritation légère et momentanée; une troisième opération réussit beaucoup mieux; l'inflammation, qui en fut la suite, guérit la blennophthalmie chronique et réduisit le pannus à la consistance d'une mince membrane. Après une quatrième inoculation, le pannus paraissait à peine et on commença à pouvoir apercevoir l'iris. Enfin, une cinquième expérience enleva toute trace de maladie.

AIGUILLE AYANT SÉJOURNÉ ONZE MOIS DANS LA TUNIQUE VAGINALE; par M. FERGUSSON.

OBS. — M. S., âgé de 50 ans, vint me consulter, dit M. Fergusson, pour une tumeur du scrotum. Depuis 12 ans, il était porteur d'une hydrocèle qui, ponctionnée à diverses reprises, avait résisté à deux essais faits pour en provoquer la cure radicale. Peu de jours avant celui où il vint me voir, on lui avait fait une ponction qui donna issue à beaucoup de liquide sanguinolent. Comme c'était la première fois que le liquide offrait ce caractère, il venait pour s'en faire expliquer la cause. Je reconnus dans le scrotum une partie dure, que j'attribuai à un engorgement de l'épididyme.

D'après les essais infructueux que le patient avait déjà subis, et la nature actuelle du liquide, je pensai que l'hydrocèle s'était convertie en tumeur hématoïde et qu'il convenait de la traiter par l'incision. En conséquence, au bout de deux mois, pendant lesquels la tuméfaction s'était reproduite, je divisai la paroi antérieure du scrotum. Portant alors le doigt dans la cavité, je reconnus la présence d'une aiguille, occupant la situation où j'avais d'abord cru constater un engorgement de l'épididyme. Il me fut aisé de l'extraire. C'était une aiguille à coudre ordinaire, de deux pouces de longueur. Sa pointe était fichée dans l'extrémité inférieure du testicule, et sa tête reposait contre la tunique vaginale épaissie.

Le malade, d'abord étonné de cet incident, ne tarda pas cependant à s'en rendre compte. Il se rappela qu'autrefois il avait à diverses reprises pratiqué l'acupuncture sur sa tumeur. Une fois entre autres, y ayant fait pénétrer 15 aiguilles, il oublia de les compter en les retirant. Depuis ce moment, il commença à souffrir de vives douleurs dans le testicule, et c'est aussi à la même époque que le fluide de la tunique vaginale prit la coloration sanguinolente.

Depuis lors, la plaie de l'opération s'est fermée, et la bourse de ce côté n'offre guère plus de volume que l'autre.

OBSERVATION DE FOLIE HOMICIDE (MONOMANIE HOMICIDE); par le docteur CHRISTIE.

Le fait suivant est remarquable à plus d'un titre. Nous ne pensons pas que la plupart de nos compatriotes soient d'accord avec l'auteur sur l'influence du traitement qu'il a employé; mais ce n'est point un motif pour nous de passer ce fait sous silence; c'est est un an contraire pour en présenter au moins l'abrégé.

OBS. — M. X., âgé de 20 ans, qui avait été en service chez moi pendant quelques mois, me dit un jour que depuis trois ans il avait souffert beaucoup de l'estomac, et qu'il avait eu de violens maux de tête, pour lesquels il avait en vain consulté plusieurs médecins. Ses parens le regardaient comme un fainéant qui se disait malade pour ne rien faire. Je partageais en partie leur opinion, tout en pensant qu'il y avait cependant autre chose en lui. Après m'être assuré qu'il n'était point adonné aux habitudes vicieuses des jeunes gens de son âge, je constatai qu'il avait la langue chargée, qu'il éprouvait fréquemment des rapports acides, des nausées, des céphalalgies très intenses qui étaient précédées pendant un jour ou deux d'un appétit très vorace, et pendant lesquelles il était tourmenté par une impulsion homicide à laquelle il avait eu beaucoup de peine à résister jusqu'alors; car elle allait chaque fois en augmentant, et il sentait que l'époque ne tarderait pas à arriver où il ne serait plus en état de résister à cette impulsion. Ces attaques augmentaient en même temps de fréquence, et alors trois ou quatre jours à peine les séparaient. Dans l'intervalle, ses affections et ses sentimens suivaient leur cours ordinaire sans aucune perversion, et ses facultés intellectuelles ne paraissaient n'avoir éprouvé aucune altération. Il ne pouvait se rendre compte de cette impulsion à tuer qu'il regardait comme une folie, et, bien que les conséquences de l'acte auquel il brûlait de se porter s'enveloppassent de tout ce que la terreur, l'ignominie et la certitude d'une mort honteuse pouvaient produire dans son imagination, il ne pouvait chasser cette horrible idée de son esprit pendant toute la durée de l'attaque, qui était au moins de quelques heures. Jusqu'à ce moment il avait pu se commander, il avait renfermé en lui-même son secret; mais il sentait que la résistance allait lui manquer. Ce garçon ne s'occupait ni de politique, ni de rien de ce qui arrive dans le monde; il était content de son sort, n'avait eu à se plaindre de personne et n'avait aucune préférence qui le guidât dans le choix de sa victime. Dans le moment le plus violent de l'attaque, il eût aussi bien frappé son plus proche parent que le premier étranger venu. Il était d'un caractère doux, cédait facilement dans les discussions qu'il pouvait avoir, excepté lorsqu'il se disait mal portant, et alors il allait se coucher, évitant avec soin toute espèce de contact avec ceux qui l'entouraient.

Le 20 août, on lui prescrit un traitement dans lequel entraient les purgatifs doux, quelques toniques et les alcalins. Sous ces influences, l'état général s'améliore; la constipation, les nausées et le pyrosis disparaissent, et une légère attaque arrive le 1er septembre; on joint aux moyens précédens quelques ventouses mouchetées derrière les oreilles, et un vésicatoire à la nuque, qui déterminent une nouvelle amélioration.

Le malade a maintenant confiance en lui-même, et jusqu'au 6 janvier 1840, époque où l'on avait cessé l'emploi de tout moyen thérapeutique, il n'y avait pas eu la moindre trace d'attaque pendant les quatre derniers mois.

Parmi nous, les uns attribueraient cette guérison uniquement aux quelques onces de sang qui ont été tirées au début du traitement, tandis que, pour d'autres, l'effet moral aurait joué le principal rôle dans cette guérison; quant au docteur Christie lui-même, c'est à l'ensemble de tous ces moyens qu'il l'attribue, et nous pensons qu'il a raison.

DE LA VALEUR DE LA SAIGNÉE CONSIDÉRÉE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC; par M. BARLOW.

Cet article n'est qu'une reproduction sans nouvelle preuve ni nouveau développement de l'opinion émise par M. Marshall Hall sur la tolérance de la saignée dans les maladies de nature différente, opinion assez généralement admise par les médecins anglais, mais avec certaines restrictions. Nous nous contenterons de rappeler que M. Marshall Hall distinguant deux ordres de maladie d'une nature tout à fait différente, bien que les symptômes soient souvent presque identiques, savoir les maladies inflammatoires simple et les maladies par irritation, avait indiqué comme moyen de les distinguer, même dans les cas les plus difficiles, la facilité avec laquelle on opère dans les premières de très fortes saignées, même le malade étant debout, tandis que dans les maladies qui dépendent d'une simple irritation la moindre perte de sang est suivie d'une syncope et souvent d'une aggravation notable de tous les accidens. Ce moyen de diagnostic, qui repose sur une distinction vraie et toute pratique, ne doit être, à notre avis, nécessaire que dans un nombre de cas très peu considérables, car le pathologiste qui a étudié sérieusement l'intervention des phénomènes nerveux dans le cours des maladies aura bien rarement besoin de ce moyen pour éclairer son diagnostic.

CAS D'OBLITÉRATION SPONTANÉE DE L'AORTE; par M. DUNCAN.

OBS. — Mary Young, âgée de 32 ans, accoucha le 3 mars 1842. Bientôt après elle éprouva de légères douleurs dans la plupart des articulations. Le membre inférieur gauche fut surtout affecté; les glandes de l'aine se tuméfièrent et des nodosités dures et douloureuses à la pression se formèrent sur le trajet de la veine saphène du même côté. Cette femme fut alors très malade; mais au bout d'une ou deux semaines, elle guérit et resta bien portante en apparence, jusqu'au commencement de juillet. A cette époque, une petite ulcération se manifesta au bas de la jambe gauche. Elle fit des progrès rapides et s'accompagna d'œdème du membre. L'extrémité inférieure droite devint également infiltrée, et graduellement l'enflure s'étendit jusqu'à la partie inférieure du tronc.

M. Jefferies la vit alors pour la première fois (26 août). Elle avait la dysenterie et souffrait de toux, d'expectoration abondante, de dyspnée très intense, de faiblesse générale. Les deux membres inférieurs étaient très tuméfiés. Les veines de celui du côté gauche offraient une dilatation considérable. On sentait une forte pulsation dans la partie inférieure de l'aorte abdominale : très faibles au membre droit, les battemens artériels ne pouvaient être perçus du côté gauche. La malade commença alors à perdre la faculté de mouvoir ses membres inférieurs; en même temps, ils devinrent froids; elle y sentit comme des piqûres et leur tuméfaction augmenta un peu. Le 12 septembre, il fut constaté que l'ulcère offrait un diamètre de 3 pouces. L'expectoration et la dyspnée avaient été en augmentant.

Le 29 septembre, l'ulcère prend l'aspect gangreneux : sueurs abondantes, délire.

Envoyée à l'hôpital, on reconnut que la gangrène occupait tout le membre, jusqu'à trois pouces du genou. La tuméfaction s'étendait jusqu'à l'aine. La saphène se dessinait sous forme d'un cordon solide, et en pressant sur elle, on causait de vives douleurs. Tout le reste du membre était insensible, même à une pression.

Il était impossible de trouver la moindre pulsation sur le trajet. Pouls à 100, faible. Le pouls alla en diminuant, la respiration s'embarrassa, et elle mourut la nuit qui suivit le jour de son admission à l'hôpital.

AUTOPSIE. Pneumonie suppurée du côté droit. Dilatation des ramuscules bronchiques du poumon gauche. Le cœur, dévié à gauche, est d'un petit volume. Taches blanchâtres à sa surface externe. Quelques adhérences et une grande quantité de sérosité citrine dans le péricarde.

L'aorte fut trouvée complètement oblitérée à un pouce environ au-dessus de sa division en iliaques primitives, par une masse de fibrine jaunâtre, semblable à de la lymphe récemment épanchée, qui était teinte de sang et prenait plus de ressemblance avec un caillot sanguin à mesure qu'elle s'avançait dans l'intérieur des artères iliaques. Cette masse était adhérente à la tunique interne du vaisseau. Du côté droit, elle se prolongeait jusqu'à un pouce et demi dans l'iliaque externe, laissant l'hypogastrique libre. A gauche, on pouvait la suivre jusqu'au commencement de la fémorale, et aussi à une petite distance dans l'hypogastrique. Les vaisseaux qui naissent de l'iliaque externe étaient fermés par des concrétions pareilles. Au-delà l'artère, très resserrée, contenait des caillots de formation récente.

La veine-cave et l'iliaque étaient saines, mais les veines fémorales étaient obstruées par un caillot récent.

Un peu de suppuration diffuse dans le tissu cellulaire de l'aine.

Les cas d'oblitération de l'aorte sont nombreux; mais il est rare d'en trouver où l'absence de toute maladie locale capable d'expliquer une pareille altération soit aussi manifeste. L'exemple rapporté par M. Reynaud (JOURN. HEB.) offrait cependant aussi les mêmes circonstances, la même intégrité apparente des parois vasculaires.

Si l'on voulait toutefois assigner à cet état une cause, on pourrait peut-être la placer dans l'oblitération des veines du membre, laquelle exista après la grossesse. Il est digne de remarque, en effet, et M. Duncan fait ressortir cette observation que la gangrène du membre offrait les caractères de celle qui est due à une obstruction veineuse, bien plutôt que les signes et la marche d'une gangrène tenant à la suspension du cours du sang artériel.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JUIN.

OPÉRATION DE CATARACTE CHEZ UN CENTENAIRE.

M. SZOKALSKI écrit qu'il a pratiqué l'opération de la cataracte en présence de plusieurs confrères, sur les deux yeux de M. Budy, vieillard âgé de 104 ans, demeurant à Paris, quai Pelletier, 42. — L'opération n'a été suivie d'aucun accident sérieux, et le malade voit aujourd'hui, au point qu'il peut se promener seul, distinguer aisément les objets, reconnaître les traits des personnes qu'il rencontre.

AIMANTATION ANIMALE.

M. THILORIER adresse la lettre suivante sur l'aimantation animale : « Dans la lettre que nous avons adressée en commun (avec M. Lafontaine) et qui a été lue dans la dernière séance, nous avons dit que le fluide nerveux formait une atmosphère autour du corps vivant, et, de plus, qu'il paraissait soumis à l'influence de la volonté qui modifiait la direction et l'intensité de ses courans.

Un fait qui s'est offert à moi dans mes recherches justifie pleinement cette assertion, tout étrange qu'elle ait pu paraître au premier aperçu.

Ce fait est l'aimantation du fer doux, à distance, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun des moyens usuels ou connus, et, ce qui est beaucoup plus remarquable, par un acte exprès de la volonté de l'expérimentateur.

Dans le grand nombre d'expériences que j'ai faites à ce sujet, je me bornerai à citer les principales, que tous les physiciens pourront répéter, s'ils veulent bien se placer momentanément dans cet état d'orgasme déterminé par l'action d'une volonté énergique, s'ils veulent, en un mot, condescendre aux pratiques du magnétisme animal.

Si l'on place à quelque distance d'une aiguille aimantée suspendue à un fil un barreau en fer doux et non aimanté, l'aiguille, comme on le sait, ne sera pas déviée sensiblement; mais si le barreau est aimanté, il attirera ou repoussera l'aiguille, suivant le pôle qui sera présenté, et la force de l'aimantation sera mesurée par la force de la déviation.

Cette aiguille et ce barreau sont les instrumens à l'aide desquels j'ai reconnu et mesuré les courans du fluide qui entoure les corps vivans.

Première série d'expériences.—1° Soit un barreau de fer doux non aimenté, ou mieux encore, une petite clef de 5 à 6 centimètres de longueur.

Si, la pensée restant calme et passive, on place verticalement cette clef sur l'épigastre, l'anneau de la clef tourné vers le bas, elle n'offrira aucune trace de magnétisation, quel que soit le temps pendant lequel elle occupe cette position;

Si, maintenant, on détermine dans son cerveau le mouvement d'une volonté énergique, à l'instant, en quelques secondes, la clef sera aimantée, et la déviation de l'aiguille aimantée accusera 10, 20 ou trente degrés selon que l'on aura *voulu* plus ou moins fortement.

2° Soit la clef aimantée ainsi qu'il vient d'être dit, si ayant placé verticalement cette clef sur l'épigastre, l'anneau tourné vers le haut, on *veut* fortement, il suffira de quelques secondes pour qu'elle soit ramenée au zéro d'aimantation.

3° Dans cette position de la clef, si l'on fait avec une *intention magnétique*, pour employer l'expression des magnétiseurs, quelques passes rapides avec la main droite de bas en haut, les pôles seront instantanément transposés, et la clef présentée à l'aiguille la repoussera par le côté qui l'attirait précédemment.

Deuxième série d'expériences. — 1° Soit la clef non aimantée suspendue par un fil quelconque à la hauteur du front de l'expérimentateur, et à 20 ou 30 centimètres de distance, l'anneau de la clef étant tourné vers le bas, si l'on regarde l'aiguille avec une intention magnétique pendant huit à dix secondes, la clef sera assez fortement aimantée pour faire dévier l'aiguille de 20 à 30 degrés.

2° Si, sans changer la distance et la hauteur de la clef ainsi aimantée, on dirige l'anneau vers le haut, il suffit de la *regarder* magnétiquement pendant quelques secondes pour réduire la déviation à zéro, ou du moins pour la diminuer très sensiblement.

3° Dans ces deux positions de la clef, et l'expérimentateur restant à la même distance, on n'obtient aucune action, si en même temps que l'on regarde la clef on maintient sa pensée dans un état passif.

4° Les mêmes phénomènes s'observeront si l'on place la clef derrière une vitre, sous une cloche de verre ou derrière un corps opaque, autre que le fer.

Par l'épreuve du barreau aimanté par le contact, il m'a été facile de reconnaître, non seulement la force, mais encore la direction des courans du fluide nouveau.

Il existe trois points principaux par lesquels s'échappe le fluide : les mains, l'épigastre et le front.

M. Arago annonce qu'il vérifiera ces expériences avec M. Thilorier, et qu'il les exécutera lui-même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Après quelques légères rectifications demandées par MM. Velpeau, Barthélemy et Ferrus, le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Blandin a la parole à l'occasion du procès-verbal de l'avant-dernière séance. Il a été question, dit-il, dans cette séance, des fistules vésico-vaginales. M. Ségalas, à l'occasion d'un cas de guérison d'une fistule de ce genre, a dit que j'étais venu déclarer dans cette enceinte que la guérison des fistules vésico-vaginales était presque toujours impossible, et qu'à l'appui de ma proposition j'avais présenté une pièce pathologique prise sur une femme de mon service sur laquelle j'avais cherché à remédier à un désordre de cette nature. M. Ségalas commis ici une erreur, involontaire sans doute, en disant que cette femme était morte dans mon service. Il y a eu de sa part confusion de deux sujets différens. Je désirais d'abord rectifier ce point là. Quant à ce que m'a fait dire M. Ségalas dans sa communication, j'ai dit effectivement que les fistules vaginales sont généralement très difficiles à guérir, surtout les grandes fistules du fond de la vessie. C'est un fait que personne ne conteste; mais ce que j'avais eu surtout en vue de montrer alors, c'était la cause, le pourquoi de cette difficulté; ce fut dans ce but que je présentai la pièce pathologique en question.

J'avais besoin de rappeler cette circonstance, parce qu'il m'a semblé, d'après la manière dont M. Ségalas a reproduit les faits qui me concernent, et le sens qu'il y a attaché, que le fait qu'il venait faire connaître déposait, à ses yeux, contre ce que j'avais voulu prouver; ce qui n'est point.

L'observation de M. Ségalas est d'ailleurs très intéressante, c'est un cas de guérison très heureux sans doute; mais je ne crois point qu'il ait eu affaire à une fistule réellement vésico-vaginale; je crois bien qu'elle pouvait intéresser un peu la vessie; mais elle devait être plutôt urétrale que vésicale.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante de M. Ségalas sur le même sujet :

« Dans ma communication du 4 de ce mois, j'ai commis une erreur qu'il est de mon devoir de rectifier.

» Afin de légitimer la présentation que je faisais d'une femme guérie d'une pierre vésicale et d'une fistule vésico-vaginale, j'avais cru nécessaire de rappeler que la première de ces maladies est rare chez les femmes, et que la seconde est considérée par les chirurgiens comme très difficile à guérir; et, à l'appui de cette dernière partie de ma proposition, j'avais dit qu'un des membres les plus distingués de la compagnie avait, il y a peu de temps, soutenu cette thèse, une pièce d'anatomie pathologique à la main. Jusque-là, j'étais dans le vrai; mais j'ai cessé de l'être quand, trompé par des renseignemens inexacts, j'ai ajouté que cette pièce, qui montrait une fistule vésico-vaginale intéressant les deux ureteres, avait été prise sur une femme opérée par M. Blandin; j'ai confondu la femme qui a succombé avec une autre femme affectée également d'une fistule vésico-vaginale, et traitée par notre honorable collègue. »

M. Velpeau : Je ferai remarquer que la femme qu'a guérie M. Ségalas était en même temps calculeuse. Or, il y a plusieurs exemples dans la science de fistules vésicales entretenues par des calculs, et qui ont guéri spontanément du moment où ces calculs ont été extraits, ce qui paraît être parfaitement le cas de la malade de M. Ségalas.

— L'ordre du jour appelle M. Jobert à la tribune pour un rapport.

MM. Bérard et Gerdy demandent qu'on mette à l'ordre du jour la discussion sur les ophthalmies.

Plusieurs membres s'élèvent pour et contre cette proposition.

L'Académie consultée décide que l'ordre du jour sera changé et qu'on passera immédiatement à la question des ophthalmies.

La parole est à M. Bérard, le premier inscrit sur cette question.

QUESTION DES OPHTHALMIES.

M. Bérard : Avant d'émettre mon opinion sur le sujet de cette discussion, il est utile de rappeler en peu de mots les points principaux de la question. Il s'agit de savoir s'il est utile d'établir entre les différentes ophthalmies une distinction basée sur les élémens anatomiques de l'œil, ou si, indépendamment des tissus enflammé, il y a à considérer des causes spéciales qui impriment aux différentes ophthalmies un caractère particulier. M. Gerdy a contesté qu'il y eût aucune utilité à distinguer les ophthalmies, d'après la nature du tissu enflammé. Il s'est appuyé principalement sur la petitesse de l'organe. Les symptômes, a-t-il ajouté, consistent en un certain nombre de lésions plus ou moins appréciables qui se ressemblent dans toutes les ophthalmies. Enfin, quelle que soit l'espèce d'ophthalmie à laquelle on ait affaire, le traitement est toujours le même. Voilà à peu près, si je me les rappelle bien, quels sont les principaux argumens de M. Gerdy. Je ne pense pas qu'on doive se rendre à de pareilles raisons. D'abord, M. Gerdy est trop bon anatomiste pour ne pas savoir que l'œil se compose d'élémens trop divers, trop hétérogènes, trop spéciaux, pour que l'inflammation ne doive pas se comporter dans chacun d'eux d'une manière différente. Les symptômes et le traitement, loin d'être à peu près les mêmes dans tous les cas, sont au contraire essentiellement différens. Prenons pour exemple la conjonctivite et l'iritis. Quels sont les symptômes de la conjonctivite? Ce sont l'injection de la conjonctive, la sensation de graviers entre les paupières, sécrétion de mucus à la surface de la muqueuse, sensation à peine douloureuse à la lumière. Les symptômes ne diffèrent pas notablement lorsque l'inflammation s'étend de la conjonctive jusqu'au tissu cellulaire sous-conjonctival. Lorsque la conjonctivite passe à l'état chronique, il survient de nouvelles lésions anatomiques également remarquables, la vascularisation de la conjonctive, son épaississement, etc.

Prenons maintenant l'iritis. A peine trouve-t-on dans l'iritis une légère sécrétion de mucus. Il y a des douleurs assez vives, très vives même, qui se font sentir le soir, la nuit, et quelquefois au lever du jour. Elles se font sentir, non point dans le globe de l'œil, mais autour de l'œil; elles sont, comme on les appelle, circumorbitaires. Ainsi voilà déjà un point de vue du tissu des différences notables. Lorsque l'iritis est chronique, il n'y a rien du côté de la conjonctive, mais on observe alors des fausses membranes qui enchâssent l'aire de l'iris. L'existence de ces fausses membranes est un des caractères de l'iritis confirmée. A ces caractères, il n'est pas possible, suivant moi, de confondre ces deux maladies.

M. Gerdy a dit que le traitement était le même dans tous les cas, le repos, les saignées, etc.; cela n'est pas exact. Si vous vous bornez au repos dans l'iritis, vous vous exposez à voir survenir les accidens les plus graves. Quant à la conjonctivite, elle ne réclame pas toujours la saignée; les moyens qui lui conviennent le mieux ordinairement sont les purgatifs, les dérivatifs cutanés, vésicatoires, et comme moyens locaux les collyres astringens qui sont dans ce cas particulièrement efficaces. Pourrait-on s'en tenir à ces seuls moyens dans l'iritis? On ne doit pas oublier que, si l'iritis n'est pas combattue dès son début d'une manière énergique, il en peut résulter les plus graves dangers. Ces moyens ne sauraient donc suffire; c'est ici qu'il faut recourir aux antiplogistiques les plus énergiques, aux saignées générales et locales. Il y a, de plus, indication ici d'employer les antigastriques, le calomel, par exemple, dans le but de prévenir l'exhalation plastique à la surface de l'iris et la formation des fausses membranes. Je trouverais des différences tout aussi tranchées et tout aussi nombreuses, si je voulais comparer la conjonctivite ou l'iritis à la kératite ou à toute autre inflammation de l'œil. Cependant, il est une objection que l'on ne manquera pas de nous faire;

je m'empresse d'aller au-devant afin d'en atténuer d'avance la force. On nous dira que l'on n'est point d'accord en ophthalmologie sur la valeur de certains symptômes, sur la photophobie, par exemple. On ne sait pas encore à quel élément organique de l'œil il faut attribuer la photophobie. Les uns assignent la photophobie à la rétinite, les autres à la sclérotite; M. Velpeau croit qu'elle appartient plus spécialement à l'ulcération de la cornée. J'avoue que je ne suis d'accord sur ce sujet, ni avec M. Velpeau, ni avec les autres ophthalmologistes. Pour moi, la photophobie aurait plutôt son siége dans le cercle ciliaire, elle se lierait par conséquent à l'existence d'une cilite. L'explication n'est point de moi, mais je l'adopte. La photophobie surgit effectivement à l'occasion des variations de l'éclat de la lumière, et par le fait de l'impression d'une lumière même très faible sur l'œil. Que se passe-t-il alors? Il se fait un mouvement de l'iris; l'iris se contracte. Or, l'iris tient par sa grande circonférence au cercle ciliaire; d'où les plus légers tiraillemens exercés par l'iris retentissent directement sur ce cercle ciliaire; d'où des douleurs très vives, la photophobie. Ce n'est sans doute là encore qu'une hypothèse, mais une hypothèse qui vaut mieux à mon sens qu'une négation.

J'aborde la seconde question, celle de la spécificité des ophthalmies. Que veut-on dire par là? On entend dire, sans doute, que sous l'influence d'une cause spécifique donnée, il se passe dans tel tissu de l'œil une modification spéciale en rapport avec la nature de cette cause. Ainsi, chez tel sujet scrofuleux, l'ophthalmie revêtira des caractères particuliers en rapport avec la maladie scrofuleuse; une modification analogue aura lieu chez un goutteux, chez un syphilitique, etc. Je crois que la science n'est pas encore assez avancée à cet égard pour admettre de pareilles distinctions, et que cette question est encore à l'étude. Prenons pour exemple ce qui se passe chez les scrofuleux atteints d'ophthalmie. Chez tel scrofuleux on trouvera la conjective oculaire enflammée, chez tel autre ce sera une blépharite, chez un troisième une kératite. Il n'y a donc rien de constant ni quant à la forme, ni quant à l'élément affecté, qui puisse indiquer un rapport avec la nature de la maladie scrofuleuse. Ce que je dis pour la scrofule peut également s'appliquer à la goutte, à la syphilis, etc. Il y a aussi des ophthalmies, dit-on, en rapport avec les maladies cutanées. Ces ophthalmies ont-elles des caractères directs? Pas le moins du monde. Qu'on fasse voir la peau d'un varioleux, d'un morbilleux, d'un scarlatineux, personne n'hésitera à reconnaître la maladie dont il s'agit; mais examinez les yeux de ces mêmes sujets, s'ils sont affectés en même temps d'ophthalmie; je défie qu'on y trouve aucun caractère qui indique que cette ophthalmie est liée à l'existence d'une variole, d'une rougeole ou de toute autre maladie cutanée.

M. Gerdy : Il ne s'agit pas ici d'une question personnelle, mais d'une doctrine plus importante que ne paraît le croire M. Bérard, car elle ne concerne pas seulement les ophthalmies, mais toutes les maladies. Il s'agit de savoir si l'on doit ou non admettre des espèces en ophthalmologie et quelles sont ces espèces. Et d'abord que doit-on entendre par espèces morbides? Du temps de la doctrine physiologique, on disait : il n'y a point d'espèces morbides; il n'en est pas en pathologie comme en histoire naturelle. Les physiologistes entendaient le mot espèce à leur façon; il est évident qu'on ne peut pas entendre la même chose par ce mot en médecine et en histoire naturelle. Il n'y a point, à proprement parler, d'espèces dans la nature; il n'y a que des individualités; nous devons donc entendre par là une différence assez notable entre des individus du même genre pour que ces individus méritent d'être distingués.

En général, dans les sciences pathologiques, sur quoi fonde-t-on les espèces? Pour les uns, elles se fondent uniquement sur la distinction des élémens anatomiques; pour d'autres, au contraire, ce sont les propriétés vitales qui en sont le point de départ. Voyons quelle est de ces deux manières de voir la plus conforme à la vérité. Ici M. Gerdy, après avoir appliqué ces deux modes d'analyse à quelques maladies prises comme exemple, en fait ressortir la nécessité de fonder la distinction des espèces sur les différences des phénomènes dont les mêmes tissus peuvent être le siége et non sur la différence de ces tissus eux-mêmes; non que cette distinction n'ait aussi son importance, mais une importance relative beaucoup moindre et telle que la considération du tissu ne joue qu'un rôle secondaire.

Arrivant ensuite à la question, M. Gerdy, après avoir examiné comment on divise les ophthalmies et critiqué les divisions et subdivisions infinies qui ont été établies dans les deux systèmes opposés, présente le tableau suivant qu'il oppose à celui que vient de tracer M. Bérard.

Examinons d'abord les causes. Il est, comme on le sait, des sujets plus particulièrement disposés que d'autres aux inflammations de l'œil. Chez eux, sous l'influence des moindres causes, cet organe s'enflamme, c'est une fois la conjonctive qui se prend, une autre fois la cornée, une troisième fois une autre partie de l'œil, bien que la cause soit toujours la même. L'hérédité est une cause prédisposante assez commune d'ophthalmie. Eh bien! l'on voit dans la même famille et sous l'influence de la même cause héréditaire, toutes les formes de l'ophthalmie se manifester. L'ophthalmie des nouveau-nés, la conjonctivite-palpébrale par excellence, suivant les ophthalmologistes, n'envahit-elle pas la totalité de l'œil avec une rapidité effrayante? et l'ophthalmie d'Egypte et l'ophthalmie des armées, n'est-ce pas un singulier abus de langage que de les désigner du nom de conjonctivite?

MM. Velpeau et Bérard disent qu'on ne peut pas reconnaître à des signes propres une ophthalmie scrofuleuse. Sans doute on ne reconnaîtrait point une ophthalmie scrofuleuse si l'on enveloppait le sujet de manière à ne laisser voir que ses yeux; mais à la vue des caractères généraux qu'il offrira sera-t-il possible de la méconnaître? Il en est de même pour les ophthalmies rhumatismales, syphilitiques et généralement pour toutes les ophthalmies spécifiques, que l'on ne peut reconnaître que par leur liaison avec telle ou telle diathèse. Elles n'ont point de caractères anatomiques particuliers, mais une modalité particulière dépendante d'une disposition générale de l'économie. En un mot, les causes appelées scrofule, rhumatisme, syphilis, etc., sont bien des causes réelles d'ophthalmies. J'en dirai autant de la gonorrhée, de certaines maladies cutanées, de l'affection morbilleuse, etc.

Si nous examinons les caractères matériels des différentes ophthalmies, nous verrons que quel que soit le tissu malade, il offre toujours à peu près les mêmes lésions; c'est toujours de la rougeur, de l'injection, de la tuméfaction, des épanchemens, du ramollissement, des granulations, des adhérences, etc.; telles sont à peu d'exceptions près, les lésions que l'on retrouve dans tous les tissus de l'œil lorsqu'ils sont enflammés.

Voyons les symptômes. Ce sont des troubles divers de sensation; tantôt une simple démangeaison, tantôt un picotlement plus vif. La démangeaison se rencontre plus spécialement dans la conjonctivite, mais elle ne lui appartient pas exclusivement. Il y a enfin une sensation de chaleur et un sentiment de tension qui sont communs à tous les tissus enflammés.

Passons aux troubles fonctionnels. La photophobie se présente en première ligne. Il a été dit bien des choses sur le compte de la photophobie. Comme tous les autres symptômes avaient été départis entre tous les tissus de l'œil à l'exception de la rétine, on a d'abord songé à faire de ce symptôme l'attribut spécial de la rétine. D'autres l'ont affecté à l'iritis; puis d'autres à la kératite; puis plus spécialement à l'ulcération de la cornée; enfin, M. Bérard, n'admettant aucune de ces explications, place à son tour le siége de la photophobie dans le cercle ciliaire, et crée une nouvelle maladie, une *cilite*. J'ai voulu de mon côté vérifier ce qu'il en est. Le lendemain même du jour où cette discussion a été engagée, j'ai vu à la Charité plusieurs malades affectés d'ophthalmie. Chez l'un d'eux, qui avait une photophobie intense, la cornée était saine et parfaitement transparente; un second qui avait des ulcérations à la cornée n'éprouvait point de photophobie. Enfin tous les autres symptômes, tels que brouillards, sécrétions morbides, larmoiement, etc., sont communs à toutes les formes, à toutes les espèces d'ophthalmies et non propres en particulier à telle ou telle espèce, comme on le prétend.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ COMPLET DE L'HYPOCONDRIE; par J.-L. BRACHET, professeur de pathologie, président de la Société de médecine de Lyon; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. — Un vol. in-8°. XX-736. Chez Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

Il en est des ouvrages sur certaines maladies comme du traitement de beaucoup d'affections pathologiques; plus il y a de remèdes prônés, vantés pour ces dernières, moins on en connaît d'efficaces; de même, plus on écrit sur une maladie, moins elle est connue dans sa nature et dans les moyens de la guérir. C'est une remarque que je fais et non point une critique; car il est naturel de multiplier les recherches, les travaux, les résultats sur un objet obscur, encore mal défini et peu connu. C'est là ce qui rend l'ouvrage dont il s'agit ici tout à fait de circonstance, et M. Brachet a trouvé moyen de faire un livre neuf sur un sujet ancien. Bien qu'il y ait une multitude de livres publiés depuis plusieurs siècles sur l'hypocondrie, malgré même les trois ou quatre traités qui, selon l'auteur, *se disputent les honneurs de la suprématie*, le sien mérite, à coup sûr, une place distinguée; il y a toujours à chercher et à dire sur cette maladie. Beaucoup d'auteurs ont moissonné le champ; mais il ne paraît nullement épuisé à force de culture.

Deux choses sont remarquables dans la bizarre maladie, objet de cet ouvrage; d'abord sa nature, son siége, sa marche, puis ses incontestables rapports avec le moral de l'homme et les progrès, bons ou funestes, de la civilisation. De là le cadre immense que cette maladie nécessite dans ses causes variées, dans ses effets multiples, dans les difficultés de la bien connaître, de l'approfondir, et surtout de la guérir radicalement; de là encore ces banalités nauséabondes de lieux communs scientifiques qui roulent d'âge en âge sur cette maladie. C'est au point qu'il est peu d'auteurs qui aient des vues nouvelles et dont la pensée ne soit l'accessoire de la pensée des autres. Toutefois, rien n'a découragé M. Brachet, et nous devons lui en savoir gré : esprit judicieux, méthodique, profondément instruit sur les affections nerveuses, il a entrepris, d'après le programme de l'Académie de médecine, un ouvrage sur l'hypochondrie, et ses efforts ont été couronnés par le succès; car cette compagnie savante a couronné son travail. Fort de cet assentiment, l'auteur a mis la dernière main à son travail; il l'a augmenté, perfectionné; c'est celui qu'il vient de publier et qu'il nomme avec raison un TRAITÉ COMPLET DE L'HYPOCONDRIE. Cette monographie est, en effet, la plus étendue que l'on connaisse sur la maladie dont il s'agit, et l'on peut assurer que l'auteur n'a rien épargné pour obtenir de bons résultats. « Armé de faits, dit-il, nous

pouvons dire : voilà ce qui est, voilà la vérité. Tous les raisonnemens ne pourront rien contre eux; ils surgiront toujours : *facta potentiora verbis* (XV). Ainsi, sans préjugés de système, sans ce despotisme dogmatique qui annonce des opinions arrêtées d'avance, l'auteur embrasse son sujet sous les rapports les plus variés comme les plus féconds; on sent qu'il tient à justifier le mot de *complet* qu'il a mis à son titre.

Une chose essentielle dans une pareille monographie est une bonne classification des matières; quiconque écrit avec la prétention d'être lu ne perd pas de vue cet important objet. Voici donc l'ordre suivi par l'auteur, et qui nous semble très méthodique. L'ouvrage est divisé en quatre grandes parties. Dans la première se trouvent réunies vingt-sept histoires variées d'hypocondrie, et chacune d'elles est suivie d'analyse et de réflexions qui annoncent le praticien expérimenté, ne se laissant ni effrayer par les difficultés, ni abuser par un chimérique espoir. La seconde partie renferme l'histoire physiologique de l'hypocondrie; la troisième en contient l'histoire pathologique; la quatrième comprend le traitement considéré sous le rapport pharmaceutique, hygiénique, moral, le traitement selon les caractères essentiels de la maladie, les symptômes prédominans, enfin la prophylaxie.

Certes, s'il nous était donné de pouvoir suivre l'auteur dans l'immense cadre qu'il s'est tracé, nous ferions voir, sans partager néanmoins toutes ses opinions, qu'il n'a rien négligé pour représenter avec d'intéressans détails la science d'autrefois sur cette maladie et ce que nous en savons aujourd'hui; c'est, sur ce point, l'ouvrage le plus exact de la médecine. On peut donc, en ce qui concerne cette maladie, parfaitement connaître les opinions des temps passés et celles de notre époque, double point de vue, très nettement exposé relativement à l'inexactitude, la multiplicité des doctrines sur une maladie aussi bizarre, aussi grave que l'hypocondrie. Toutes les opinions ont la parole dans le livre de M. Brachet; il en réfute quelques-unes, la plupart simples aperçus théoriques, élevés avec témérité au rang de vérités positives; mais il en adopte d'autres qui ont reçu la double sanction du temps et de l'expérience. C'est la marque d'un bon esprit de ne pas toujours jeter un dédaigneux et formel démenti aux vieilles vérités de la science; leur cachet n'est-il pas indélébile?

Quel est le siége de l'hypocondrie? Voulez-vous voir la fluctuation, l'indécision des opinions portées au plus haut degré? Voulez-vous connaître le peu de fondement de bien des doctrines, l'innocuité des principes, l'insuffisance des preuves qui en faisaient la base? vous n'avez qu'à lire avec une forte dose de patience ce qui a été dit à ce sujet, et rapporté avec fidélité dans le livre de M. Brachet. Les doctrines des humoristes et des vitalistes n'ont rien produit de durable; les démonstrations chiffrées ont été vaines; l'anatomie pathologique elle-même ne nous a point éclairés; le scalpel ne peut pas nous donner le mot de l'énigme, et il ne faut nullement s'en étonner; le cadavre n'est-il pas muet sur la cause d'une infinité de maladies? L'auteur dit avec raison, en parlant de l'hypocondrie, qu'il est plus aisé de dire ce qu'elle n'est pas, plutôt que ce qu'elle est. Il ne croit pas cependant que le siége de cette maladie soit exclusivement dans le cerveau, dans l'estomac, qu'il y ait *intempérie d'entrailles*, qu'il n'existe pas non plus dans le système ganglionnaire, mais bien dans l'ensemble de ces parties. « L'hypocondrie gît à la fois, dit-il, dans ces trois ordres d'organes et de systèmes; tous les trois sont occupés en même temps, et chacun y joue un rôle si important que s'il venait à s'en abstenir, la maladie cesserait d'être l'hypocondrie. » Cependant en quoi consiste précisément l'état morbide de ces organes? Y a-t-il excitation? Y a-t-il atonie? Est-ce une ataxie? une simple déviation on aberration de l'action nerveuse? Encore une fois, marquons ce point de pathologie d'un *non liquet* jusqu'à ce qu'il en soit autrement par décision du temps et de l'expérience.

« Cette discussion sur la nature et le siége de l'hypocondrie, dit l'auteur, est affligeante sans doute, puisque les mêmes faits sont invoqués par des opinions contraires, et qu'ils leur prêtent un appui égal en apparence. » Mais, comme il le fait observer ensuite, tout dépend de l'interprétation de ces mêmes faits. Vus à travers le prisme d'une hypothèse ou d'un système à principe fixe, ils se plient à tout, ils se transfigurent de mille manières. Les faits sont brutaux, a-t-on dit; quoi de plus facile à contester? Il n'y a rien au contraire de plus élastique, de plus malléable que les faits, rien qui prête davantage aux besoins d'un esprit adroit, sous le prisme d'une médecine contentieuse et sophistique, qui atteste les facultés de l'entendement.

Ce qui concerne les causes, et notamment celles qui sont extérieures, ainsi que la marche de la maladie, ses variétés, ses formes diverses, se lit avec grand intérêt dans le livre de M. Brachet. Nous en faisons la remarque tout exprès, car rien de plus anormal, de plus caché, dans certains cas, que la marche de l'hypocondrie. Toutefois, il ne faut pas s'y tromper; à peu de choses près, le fond de la maladie est toujours le même.

« Ainsi, dit très bien l'auteur, nous retrouvons partout les mêmes causes, les mêmes effets, la même filiation dans la succession et dans la détermination des phénomènes : toujours les mêmes sensations et modifications du système nerveux, viciation spéciale de l'imagination et du jugement. » Cependant c'est sur ce fond que les symptômes se dessinent avec plus ou moins de force et de relief. Beaucoup de ces symptômes, qui deviennent des signes pour le médecin, se tirent de l'état moral du malade, ce qu'il ne faut pas oublier, état moral ayant, pour ainsi dire, un type tout particulier. En général, l'hypocondriaque ne juge que rarement, et il se passionne toujours; l'impression du moment est celle qui domine toujours. Mais quoique la mobilité, la versatilité de l'esprit et des affections soient un des caractères principaux de cette maladie, car l'hypocondriaque est sombre, gai, plein d'espérance, ou frappé de stupeur en peu d'instans, il réunit pourtant toujours ces idées sur un seul point, l'effroi de toutes les maladies et l'horreur de la mort. De là, ces craintes perpétuelles et chimériques, cette emphase de douleur artificielle, cette coupe d'amertume et de chagrins, qui lui paraît toujours pleine jusqu'aux bords. Il craint trop, il prévoit trop, il songe trop au lendemain : sa personnalité est portée au plus haut degré; aussi il ne pense, il ne s'occupe que de lui, de ce qu'il souffre ou croit souffrir, de ses maux présens ou à venir, et certainement la célèbre formule métaphysique de Fichte, *moi-moi*, lui est applicable plus qu'à tout autre. « Ainsi, dit M. Brachet, tourmenté au physique et au moral, il cherche tout ce qui peut le conduire à quelque soulagement, quoiqu'il ne l'espère pas. Dans cette intention, il se livre à l'étude de l'économie animale et à la lecture des livres de médecine. A chaque maladie, à chaque phénomène, il le cherche avec anxiété sur tout son corps, et il finit toujours par le trouver ou par le faire développer; de façon qu'en parcourant tout le cadre nosologique, il lui arrive d'avoir successivement toutes les maladies. »

Mais s'il est malaisé de bien étudier l'hypocondrie, d'en pénétrer la nature, d'en assigner le siége, combien les difficultés s'accroissent quand il s'agit du traitement! C'est là un problème médico-philosophique dont la solution est si difficile, que l'on peut encore répéter d'après Brunner : *magnus mihi erit Apollo, qui hypocondriacum ad sanitatem reducerit.* Toutefois, il ne faut rien exagérer; la médecine est l'ensemble des puissances modificatives de l'économie, et si l'on sait bien les employer, il est rare qu'on n'obtienne pas du soulagement quand la guérison n'est pas possible. Mais il faut le dire, on doit considérer le traitement de l'hypocondrie comme le chef-d'œuvre du médecin praticien; c'est pour ainsi dire la pierre de touche à l'aide de laquelle on peut le juger. En effet aux saines clartés de la science, il faut joindre du tact et de la sagacité, un heureux mélange de douceur, de fermeté, de patience, beaucoup de finesse d'esprit, et de calme et de raison; posséder ce pénétrant discernement qui vient du savoir, de l'expérience du monde et d'une sensibilité exercée aux épreuves comme aux joies du cœur, qualités assez rares parmi le grand nombre de médecins, ordinairement livrés à l'étude assidue de la matière et des phénomènes facilement appréciables. La pensée ne suit pas les lois de la gravitation; les esprits ne s'attirent pas en raison des masses; il convient donc dans ce traitement, sans abandonner l'ordre des faits physiques, de s'élever à des considérations morales où se cachent souvent les causes de la maladie. De là, cette nécessité de partager en quelque sorte les souffrances du malade, tantôt de le guider par les soins d'un esprit éclairé, tantôt de le soutenir par l'intérêt d'un cœur affectueux et bienveillant, par cette généreuse et noble sympathie pour l'être qui souffre, même pour *Argant*, ce malade qui n'était pas *imaginaire*. C'est ainsi qu'on obtient la confiance de l'hypocondriaque, et qu'on peut espérer de le soulager.

Nous pouvons assurer que l'auteur n'oublie rien à cet égard, et qu'il embrasse dans l'exposé de sa médication tous les objets qui peuvent atteindre son but. Pleinement convaincu que cette maladie exige un traitement médical et rationnel, il repousse le *fugi medicos et medicamenta et sanaberis*, cet apophthegme qui, depuis deux siècles, roule dans la science de livre en livre, d'écho en écho, depuis Jean-Baptiste Montano, professeur à Padoue, qui l'énonça le premier dans son ouvrage, aussi rare que dénué d'intérêt, intitulé DE SUCCO MELANCOLICO ET ATRABILE SENTENTIA, 1530. Eh bien! il n'en est pas de plus faux, de plus absurde. Oui, fuyez les médecins ignorans, empiriques, sans esprit et sans philosophie, mais non les praticiens, joignant au talent de bien observer cette profondeur de vues, cette solidité de jugement, caractères du vrai médecin; écoutez ceux qui, sans matérialiser ou platoniser la science, savent à propos s'écarter de la théorie glacée des hommes prétendus positifs. Fuyez les drogues incendiaires, multipliées, administrées sans prudence ni mesure, mais recourez aux médicamens donnés avec choix, avec discernement, et toujours d'après les indications. Et par *médication*, il faut entendre tout ce qui peut modifier l'économie, par conséquent, tout ce qui tient à l'hygiène. D'ailleurs, savez-vous ce que l'hypocondriaque, s'éloi-

gnant des bons médecins, ne manquera pas de faire? Il se livrera aux charlatans, aux médecins-commères, aux drogueurs serviles et inconsidérés; or, croit-on qu'il aura beaucoup gagné à suivre le triste conseil de Montano, et qu'on soit en droit de lui dire *sanaberis*? M. Brachet ne le croit pas, et nous sommes tout à fait de son avis. C'est donc avec raison qu'il entre dans les plus grands détails sur tous les moyens de guérison connus jusqu'à ce jour et sanctionnés par l'expérience. Les diverses médications calmantes anti-phlogistique, tonique, anti-spasmodique, évacuante, révulsive et dérivative, hygiénique, morale, forment autant de paragraphes où sont tracées avec méthode et lucidité, les règles à suivre dans les cas divers qui se présentent. L'auteur ne se fait pas trop illusion sur le succès, mais il ne se décourage pas non plus; il est certain que ces moyens, employés avec méthode et persévérance, c'est-à-dire selon le temps, l'à-propos, les symptômes, la constitution du malade, et surtout les causes, quand elles sont appréciables, guérissent ou du moins diminuent l'intensité du mal.

C'est là précisément le caractère des judicieuses applications qu'il faut louer dans l'ouvrage dont nous venons de faire une rapide analyse. Rechercher les faits, les étudier dans leur simplicité, leur sincérité, leur inflexibilité, en tirer des conséquences d'autant plus justes qu'elles sont dégagées de tout alliage d'hypothèse et de principe *à priori*, voilà ce qu'a fait l'auteur de cet excellent TRAITÉ DE L'HYPOCONDRIE. Ce livre, écrit d'ailleurs avec une élégante sévérité de style, toujours de bon goût, porte ce rare cachet d'une exactitude infatigable et d'une mise en œuvre consciencieuse. On voit que M. Brachet fait partie de la petite église des médecins éclairés, impartiaux, qui, sans se refuser au progrès, sans s'aventurer dans le champ des séductions prématurées, ne sont d'aucune école que de celle de la vérité.

R. P.

VARIÉTÉS.

— Nous annonçons avec douleur la mort de M. Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Académie des sciences, professeur au muséum d'histoire naturelle, de l'ancien institut d'Égypte, et l'une des illustrations de la science contemporaine. Le temps nous manque pour essayer de rappeler les titres de ce rare génie à l'estime de la postérité. La GAZETTE MÉDICALE recueillera avec un soin religieux tout ce qui pourra concourir à honorer sa mémoire, et elle essayera elle-même de payer un dernier tribut à l'homme qu'elle est fière d'avoir compté au nombre de ses collaborateurs et de ses amis. — M. Geoffroy Saint-Hilaire était âgé de 72 ans. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, à midi.

—Le Val-de-Grâce vient d'être témoin d'une solennité touchante : sur la demande des ministres de la guerre et de l'intérieur, une ordonnance royale avait autorisé l'inhumation des restes mortels de Broussais dans un caveau pratiqué sous la statue qui lui a été élevée au Val-de-Grâce; c'est jeudi dernier que cette disposition, honorable pour ceux qui l'ont provoquée, a reçu son exécution, en présence des députations de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de médecine; le Conseil de santé des armées dont les membres sont en tournée d'inspection, était représenté par M. Adolphe Pasquier. On remarquait, parmi les assistans, MM. Naudet, Mignet, Berriat de St-Prix, Damiron, Orfila, Bouillaud, Amussat, Richond des Brus, Evrard de St-Jean, directeur-général de l'administration de la guerre, Marie, chef du bureau des hôpitaux militaires, tous les professeurs du Val-de-Grâce, tous les officiers de santé militaires des hôpitaux et des régimens de Paris; les élèves du Val-de-Grâce, au nombre de plus de cent, étaient rangés dans la cour et se faisaient remarquer par leur attitude grave et recueillie; derrière eux, undétachement d'infirmiers se tenait sous les armes. Deux discours ont été prononcés; après quoi, le cercueil, contenant les restes de l'illustre mort, a été descendu dans le caveau, accompagné des prières du clergé du Val-de-Grâce.

Voici le discours de M. Naudet :

« Messieurs,

« Quoique la cérémonie qui nous rassemble ne soit pas exempte de toute impression de souvenirs funèbres, cependant il y domine un sentiment de joie pieuse, tel que celui qui accompagne la consécration des grandes renommées, ou le retour d'un des chefs de famille dans ses foyers après une longue absence. Les restes de M. Broussais viennent, conformément aux vœux de tous les siens, et par l'ordre du gouvernement arbitre d'une haute convenance, prendre possession de leur légitime demeure; car le domicile véritable des morts illustres est aux lieux qu'ils ont adoptés par leurs affections pendant la vie, et qu'ils ont marqués de leur gloire impérissable.

« L'Académie des sciences morales et politiques, qui avait tenu à grand prix de s'associer M. Broussais aussitôt qu'elle fut reconstituée, plus tard ne lui a pas fait défaut, soit pour l'expression de la première douleur et des regrets les plus vifs sur la tombe qui venait de s'ouvrir, et ne devait être pour lui qu'un asile passager, soit pour l'appréciation réfléchie et le digne éloge de son savoir, de ses leçons, de sa puissante influence.

« Et aujourd'hui encore, afin de ne manquer à aucune occasion de lui donner un témoignage public de ses sentimens, elle veut être présente à cette rénovation de funérailles et saluer une dernière fois, dans ses pénates éternels, celui qu'elle ne cessera jamais d'honorer. »

M. Orfila s'est exprimé ainsi :

« Les restes de Broussais, inhumés naguère avec tant de pompe au cimetière de l'Est, viennent d'être déposés dans ce caveau à côté du monument élevé à ce grand homme par ses confrères reconnaissans. La commission dont je suis l'organe n'aurait pas cru remplir convenablement sa tâche, si elle n'avait pas sollicité et obtenu l'autorisation de transférer les dépouilles mortelles de mon ancien collègue près de ce marbre que nous devons à un ciseau célèbre, et qui représente si fidèlement les traits de ce savant illustre.

» Graces soient rendues au Roi, qui ne laisse échapper aucune occasion d'honorer les gloires nationales, ainsi qu'à MM. les ministres de la guerre et de l'intérieur, qui ont accueilli nos demandes avec un si noble empressement. Cet hommage de la commission à Broussais, en présence de ceux qui furent ses disciples, ses amis et les admirateurs de son génie, dit suffisamment quelle a été l'importance de ses travaux, et me dispense de reproduire les actes d'une vie si riche, déjà justement appréciés dans d'autres solennités par des voies éloquentes.

« Pour la dernière fois, adieu, Broussais. En nous séparant de toi, reçois de nouveau l'expression des vifs regrets que ta perte nous a inspirés, et qui ne sont adoucis que par la pensée que l'un des professeurs de cet établissement porte dignement le beau nom que tu lui as légué. »

— M. le docteur Pereyra nous prie d'insérer la lettre qui suit :

A MESSIEURS LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE PARIS.

Messieurs,

Je viens de lire dans le numéro de mars de la REVUE MÉDICALE, que nous n'avons reçu à Bordeaux que depuis quelques jours, la phrase suivante prononcée à la suite d'un rapport fait par M. Foudraz sur un mémoire que j'ai publié sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

« J'ai eu occasion, dit M. Jacquemin, de voir à Bordeaux des malades que » M. Pereyra regardait comme guéris et qui continuaient à être phthisiques, ce » que j'ai constaté avec M. Piedagnel. »

Il m'importe de ne pas rester sous le coup de cette assertion qui est au moins hasardée.

Je suis obligé de déclarer que la mémoire de M. Jacquemin l'a très certainement mal servi.

Je n'ai jamais eu aucun rapport direct ou indirect avec ce médecin; je ne puis donc pas lui avoir présenté des phthisiques que je regardais comme guéris et il n'a pu constater le contraire.

M. Piedagnel lui-même, qui m'a fait l'honneur d'assister à une de mes visites, n'a pu lui tenir un pareil langage, puisque je n'ai présenté à M. Piedagnel que plusieurs phthisiques en traitement et que je ne garde ni ne puis garder dans les salles des individus guéris.

Si M. Jacquemin avait lu le mémoire contre lequel il a pris la parole, il aurait vu que je me suis toujours tenu sur la plus grande réserve, que je n'ai pas même considéré comme guéris des gens qui depuis plus de six ans ne toussent plus, sont dans un bon état de santé et se livrent impunément à des travaux plus ou moins pénibles.

J'espère que M. Jacquemin, que je n'ai pas l'honneur de connaître, s'empressera de déclarer dans une de vos prochaines séances qu'il s'est laissé peut-être circonvenir par quelques petites passions de localité, qu'il m'a été facile de faire taire à Bordeaux, et dont, j'en suis persuadé, il aura été fâché de se faire l'écho.

J'ai l'honneur, etc.

EMILE PEREYRA, D. M. P.,
Médecin titulaire de l'hôpital St-André de Bordeaux.

Bordeaux, 14 juin 1844.

— OBSERVATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS BILIAIRES; par le docteur DUPARCQUE. — Brochure in-8°.

Paris, imprimerie de Hauquelin et Bautruche, rue de la Harpe, 90.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE CHYLE; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le règne du solidisme exclusif est passé. Ce règne a été profitable, glorieux même; il y aurait injustice à le méconnaître. Mais, sous l'influence directrice qu'il exerçait, on n'étudiait qu'un des produits de la vie, la matière organique condensée sous forme solide; l'anatomie normale et l'anatomie pathologique semblaient receler tous les sujets d'exploration utiles. On a consacré assez de temps et de zèle à faire comprendre la portée et la réalité des progrès inhérens à ce genre d'études pour que nous soyons dispensé d'ajouter à leur mise en évidence notre faible contingent de conviction. Sachons seulement reconnaître qu'une vérité générale domine tous les résultats obtenus : c'est que le solidisme, envisagé dans ses applications, n'est qu'une face restreinte de la grande science de la vie normale et pathologique. L'hygrologie mérite la même attention que la stéréologie, et l'humorisme envisagé comme système partiel de faits doit trouver sa place dans l'édifice auquel travaille la génération médicale actuelle.

L'humorisme, que nous voyons renaître, et dont il importe de régler l'avenir, s'affranchira sans doute des excès dans lesquels on a été naguère conduit sous l'influence des études anatomiques exclusives, et se bornant à représenter une collection de faits d'un certain ordre, il n'aspirera point à revêtir les allures d'une théorie générale et à régenter despotiquement la science et la pratique. Au-delà de la connaissance matérielle des solides et des fluides de l'économie, il y a celle des lois et des forces qui président à leur formation et au rôle qui leur est dévolu. C'est jusque-là qu'il faut arriver pour trouver les élémens définitifs d'une théorie. Il est donc utile que l'on étudie les fluides avec la conviction préalable qu'en eux ne résident pas d'une manière spéciale les forces de la vie, qu'ils n'en sont que des instrumens ou des manifestations, et que si l'hygrologie est com-

Feuilleton.

OBSÈQUES DE M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Les obsèques de M. Geoffroy Saint-Hilaire ont eu lieu samedi 22 de ce mois, à l'église Saint-Médard. Le deuil était conduit par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fils, membre de l'Académie des sciences. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. le baron Charles Dupin, président de l'Académie des sciences, Dumas, doyen de la Faculté des sciences, Ferrus, président de l'Académie de médecine, et Chevreul, directeur du Muséum d'histoire naturelle. Le cortége était nombreux et composé de notabilites scientifiques, artistiques et littéraires. On y remarquait MM. Arago, Flourens, Duméril, Mathieu, Jomard, Dupin, Elie de Beaumont, Dufresnoy, Rayer, Cauchy, de Blainville, Poncelet, Ballanche, Pariset, David, Victor Hugo, Renaud, Quinet, etc.; une députation de l'Ecole normale, et une foule de médecins, de savans et de personnes de toutes les classes de la société.

La cérémonie religieuse terminée, le convoi, dont aucun des assistans ne s'était détaché, s'est dirigé avec un profond recueillement vers le cimetière du père Lachaise. A peine en avait-il franchi les portes, que des hommes du peuple, la plupart employés au Jardin des Plantes, ont dételé les chevaux et ont porté à bras les restes de M. Geoffroy jusqu'au lieu de la sépulture. Après ce touchant hommage rendu à l'homme de bien, plusieurs discours ont été prononcés.

M. Duméril, organe de la section de zoologie de l'Académie des sciences, a rappelé, dans une notice empreinte d'une noble simplicité, les services rendus par M. Geoffroy à l'anatomie comparative et à la zoologie. M. Chevreul a parlé au nom du Muséum, et a fait connaître tout ce que cet établissement doit au zèle et aux lumières du créateur de la ménagerie. Puis sont venus MM. Dumas et Pariset; le premier a célébré, en paroles dignes et élevées, le professorat de l'illustre auteur de la philosophie anatomique à la Faculté des sciences. Le second a exprimé, avec la distinction qui le caractérise, les regrets de l'Académie royale de médecine, qui avait eu l'honneur de compter M. Geoffroy parmi ses membres associés. Sans autre mission que celle de sa reconnaissance et de son admiration, M. Serres a rappelé, d'une voix émue et avec l'éloquence du cœur, les grandes idées d'unité de composition, de théorie des analogues, de lois de balancement, d'embryogénie, avec lesquelles M. Geoffroy a remué la science depuis un demi-siècle. Enfin, sans qu'aucun des assistans se fût aperçu que déjà cinq discours avaient été prononcés, deux hommes d'âge, de caractère et d'inspiration différens, ont clos cette magnifique et touchante cérémonie. Le vénérable M. Lakanal, plus qu'octogénaire, un des derniers membres survivans de la Convention, a rappelé, en termes d'une simplicité antique, qu'il y avait eu cinquante ans, ce même mois de juin, que, sur son rapport à la Convention, le jeune Geoffroy, alors âgé de 21 ans, avait été nommé professeur au Muséum d'histoire naturelle. M. Lakanal venait de parler au nom de la génération qui s'éteint; M. Quinet, l'une des glorieuses espérances de la génération nouvelle,

plémentaire de l'anatomie, elle n'est cependant que préparatoire pour une doctrine définitive dans la dépendance de laquelle les faits de chaque science sont appelés à rentrer.

Déjà l'exploitation du nouveau filon a fourni quelques richesses, et nous ne doutons pas que l'exemple donné par des hommes justement placés à la tête du mouvement médical n'excite de nombreux imitateurs. Nous nous estimons heureux d'être animé de la même pensée, du même désir; nos essais tendront vers un but commun, et, bien qu'empreints peut-être d'un esprit non identique à celui des travaux publiés jusqu'ici dans la capitale, ils ne révéleront pas au moins l'intention d'affaiblir ce qu'il y a d'utile dans quelques moyens d'exploration trop exclusivement employés. Si nous pensons qu'il est une foule de faits à rechercher en dehors de ceux qu'on découvre à l'aide du microscope et de l'analyse chimique, nous attachons néanmoins la plus grande importance à ces sources de connaissances.

Le sang et quelques liquides sécrétés ont été jusqu'à présent l'unique sujet des monographies détaillées. Pour les autres fluides, à peine a-t-on recueilli quelques notions nouvelles sur leur constitution intime ou sur leurs usages, et encore sont-elles isolées ou recueillies à d'autres points de vue que celui de leur histoire générale. C'est ce qu'on peut dire surtout des liquides qui servent à la formation du sang. La science ne présente à leur sujet que des matériaux éparpillés dans les ouvrages de chimie et de physiologie ou dans quelques écrits spéciaux sur la digestion et l'absorption; mais ces matériaux manquent de coordination, et lorsqu'on veut les rassembler, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils sont imparfaits, que leur connaissance est embarrassée dans le réseau des opinions, enfin que leur ajustement méthodique dévoile de nombreuses lacunes. Celles-ci ne sont que trop évidentes sous le rapport pathologique; l'histoire tout entière du chyle semble n'appartenir jusqu'à présent qu'à la physiologie. Qui ne reconnaît cependant tout l'intérêt des recherches propres à faire découvrir les modifications morbides du chyle? Dans ce liquide doit se révéler l'origine de plusieurs altérations du sang, et pour se former une idée juste de ces dernières, n'est-il pas rationnel d'aller rechercher leur forme initiale, soit chez l'homme, dans les limites malheureusement étroites de nos moyens d'exploration, soit en empruntant les lumières de la pathologie comparée qui, sous ce rapport, peut rendre d'éminens services?

I. — DÉFINITION ET HISTORIQUE DU CHYLE; MANIÈRE DE LE RECUEILLIR; SES CARACTÈRES PHYSIQUES.

1° Le chyle est la matière nutritive modifiée, transformée dans le tube digestif et absorbée par les vaisseaux lymphatiques de ce dernier. C'est la première forme affectée par la substance alimentaire destinée à réparer les pertes de l'organisme; elle est permanente chez les animaux inférieurs dont le chyle ne diffère pas du sang proprement dit; mais elle est temporaire chez les animaux plus élevés dont le chyle ne tarde pas à se convertir en sang.

La connaissance du chyle se lie historiquement à celle des vaisseaux qui le contiennent : la coloration qu'il donne à leurs parois favorisa leur découverte; mais il fallut de nombreux tâtonnemens pour que leur existence ne fût plus sujette à contestation, et surtout pour que leurs usages fussent rigoureusement déterminés. S'il est vrai qu'Aristote ait entrevu les vaisseaux chylifères ou lactés, ainsi que le prétendit Aselli pour donner à ses découvertes l'appui d'une grande autorité; si Erasistrate et Hérophile les aperçurent réellement, ainsi que l'affirme Galien (1), on peut avancer du moins que la nature de leur contenu ne fut pas soupçonnée, puisque Galien lui-même émit l'opinion que les substances alimentaires étaient absorbées dans le tube intestinal par les veines mésaraïques, opinion qui partagea l'heureux sort de la plupart des assertions de ce grand médecin, et régna dans les écoles jusqu'au milieu du seizième siècle. La théorie de Galien touchant l'absorption de la substance alimentaire par les veines était tellement enracinée, qu'Eustachi (2), dominé par son influence, considéra comme une *veine* le canal thoracique qu'il avait découvert chez le cheval. En 1622, Gaspard Aselli (3), professeur à Pavie, reconnut le premier l'existence du chyle, et constata que cette humeur s'écoulait à la suite d'une piqûre faite à l'une des lignes blanchâtres du mésentère. En 1628, des médecins d'Aix examinèrent, à l'invitation de Gassendi, le mésentère d'un supplicié auquel on avait fait prendre des alimens quelques heures avant sa mort, et reconnurent ainsi l'existence du chyle chez l'homme; mais ce ne fut qu'en 1649 que J. Pecquet (4), pendant le cours de ses études médicales à Montpellier, observa le chyle dans son réservoir, et montra le trajet parcouru par ce liquide depuis l'intestin jusqu'à la veine sous-clavière gauche. Depuis cette époque, importante dans la science, les recherches se dirigèrent beaucoup plus sur la disposition anatomique et sur la structure des vaisseaux qui renferment le chyle que sur cette humeur elle-même. Il a fallu arriver jusqu'au commencement de ce siècle pour acquérir des notions particulières sur le chyle; la voie a d'abord été ouverte par les chimistes. Ainsi Vauquelin (5), Reuss et Emmert (6), Marcet (7) ont fait connaître leurs recherches; puis les chimistes associés aux expérimentateurs ont apporté des documens d'un nouvel ordre, comme on le voit dans les ouvrages de Tiedemann et Gmelin (8), de MM. Leuret et Lassaigne (9), sur la digestion. Les micrographes ont aussi fourni leur contingent; aujourd'hui, c'est aux médecins à profiter de ces matériaux isolés, à les rectifier, à les coordonner, à les compléter et à juger enfin le parti qu'on peut en tirer pour leur propre science, qui reçoit les lumières de toutes les autres. Une œuvre à la fois physiologique et médicale sur le chyle a manqué jusqu'à présent; nous essayons d'appeler l'attention sur cette histoire synthétique du premier liquide qui se forme journellement dans l'organisme, laissant à

(1) AN SANG. NATUR. IN ARTER. CONTIN.; c. 5, — Id. Us. part., lib. IV, c. 19.

(2) OPUSCULA ANATOMICA. Venet. 1564. In-4°.

(3) DE LACTIBUS SIVE LACTEIS VENIS, etc. Mediolani, 1627. In-4°.

(4) EXPERIMENTA NOVA ANATOMICA QUIBUS INCOGNITUM HACTENUS CHYLI RECEPTACULUM ET AB EO PER THORACEM IN RAMOS USQUE SUB CLAVIOS VASA LACTEA DETEGUNTUR. 1651. In-12.

(5) ANALYSE DU CHYLE DE CHEVAL. (ANNALES DE CHIMIE, t. LXXXI, p. 113. 1811.)

(6) EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR L'ANALYSE DU CHYLE; par Emmert, de Berne. (ANN. DE CHIM., t. VIII, p. 81.)

(7) EXPÉRIENCES SUR LA NATURE CHIMIQUE DU CHYLE, ETC. (TRANSACT. MED.-CHIR. DE LONDRES, t. VI.) — Trad. par Gosse, de Genève, dans ANN. DE CHIM. ET DE PHYS., t. II.

(8) RECHERCHES EXPÉRIM., PHYS. ET CHIM. SUR LA DIGESTION; trad. de l'allemand par Jourdan. 1826.

(9) RECHERCHES PHYS. ET CHIM. POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA DIGESTION. 1825.

---

a montré ce qu'il y avait de jeunesse et de vie dans les idées de M. Geoffroy. Homme de cœur et d'imagination, il a parlé du savant, du poète, du père de famille, de l'ami, comme en auraient voulu parler tous ceux qui l'ont connu, aimé et apprécié.

Avant de reproduire tous ces beaux discours, où la sincérité du cœur le dispute à la franchise de l'admiration, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots.

Cette cérémonie a dû vivement impressionner les amis de la science et du savant. C'était moins des funérailles que la consécration d'une des gloires de notre siècle. Depuis dix ans, M. Geoffroy était mort pour la science. Longtemps avant de le perdre, on s'était habitué à l'idée qu'il n'était déjà plus; et le jour où son dernier souffle s'est exhalé, on a plus senti ce que l'homme illustre laissait après lui, que ce qu'il emportait. Aussi avec quelle spontanéité, quel éclat, quelle unanimité, n'a-t-on pas rendu justice à son caractère et à ses idées! Pendant ces dix années d'attente et de silence qui ont précédé sa mort, les passions, les rivalités s'étaient éteintes. Les vues du réformateur ont mûri d'elles-mêmes; elles ont grandi; elles se sont fortifiées sous leur enveloppe de chrysalide; et le jour où la science a perdu le savant elle a plutôt inauguré l'immortalité de ses découvertes qu'elle n'a pleuré sur sa dépouille. Ils l'ont bien dit ceux qui, à travers les oscillations de l'opinion publique avaient vu la vérité jeter l'ancre : il y a longtemps qu'elle était fixée; et quand on croyait encore aux incertitudes nées du choc des doctrines, aux réticences inséparables de la justice des contemporains, on a vu l'hommage le plus éclatant rendu au génie et à la vérité. Que nous sommes heureux d'assister et de nous associer à son triomphe! et qu'il doit être heureux dans sa douleur ce digne fils à qui le père a confié le soin de poursuivre sa tâche, et en qui il a mis le génie de ses découvertes!

DISCOURS DE M. DUMÉRIL, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Messieurs,

C'est ici le dernier asile, le champ de repos auquel nous allons confier la dépouille mortelle de l'un des naturalistes les plus distingués de notre époque. Il a aimé, cultivé, professé la science pendant cinquante années d'une vie laborieuse. Ses recherches incessantes, ses observations ingénieuses et ses découvertes ont été tellement importantes que le nom vénéré d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire restera pour toujours inscrit dans les fastes de la zoologie et attaché à l'histoire de ses progrès.

Ce n'est pas dans cette enceinte, à la vue de cette tombe entr'ouverte, pénétrés comme nous le sommes tous ici des sentimens douloureux de tristesse et d'affliction, que nous devons chercher à faire apprécier le savant, dont les louanges, si bien méritées, seront nécessairement reproduites ailleurs et plus solennellement proclamées. Exprimons donc simplement nos regrets, en reportant nos pensées sur la vie si honorable d'un confrère, dont toutes les phases ont été vertueuses et toujours remplies par des travaux qui ont donné une très vive impulsion à l'étude des êtres animés.

Que ne puis-je d'abord vous représenter ce jeune étudiant des sciences naturelles plein de zèle, d'ardeur, d'activité, de courage civil, déjà dévoué et obligeant comme il le fut toujours pour ses amis. Il apprend que plusieurs de ses

d'autres le soin de mieux découvrir et surtout de mieux combler les vides qu'elle présente.

2° Manière de recueillir le chyle. La profondeur et l'exiguité des vaisseaux qui contiennent ce liquide s'opposent à ce qu'il puisse être obtenu exempt de tout mélange et en quantité suffisante à la suite des lésions accidentelles chez l'homme vivant. Les exemples dans lesquels on a cru reconnaître un écoulement spontané de chyle à la suite d'une lésion intestinale n'ont pas été utilisés pour l'étude de ce liquide, peut-être même eût-il été nécessaire de les présenter avec plus de détails pour les faire accepter comme réels (1). Aussi n'a-t-on pu observer régulièrement le chyle humain que chez les sujets morts subitement après le repas on chez les suppliciés. L'occasion nous a été offerte de recueillir une certaine quantité de chyle sur un homme qui s'était suicidé après un repas copieux. L'examen détaillé auquel nous nous sommes livré ne nous a fait découvrir aucune différence appréciable entre le chyle humain et celui des animaux carnassiers. Cette ressemblance diminue l'importance des circonstances exceptionnelles où l'on a pu observer minutieusement le chyle de l'homme et permet d'accorder plus de confiance aux données de la physiologie expérimentale qui vient heureusement en aide pour établir ou compléter nos expériences sur ce point.

M. Magendie (2) conseille d'étrangler l'animal sur lequel on veut recueillir du chyle, on de lui couper la moelle épinière lorsque la digestion est en pleine activité, de lui inciser la poitrine dans toute sa longueur et de passer un stylet armé d'une ligature au-devant de la colonne vertébrale, de manière à embrasser à la fois l'aorte, l'œsophage et le canal thoracique le plus près possible du cou. On renverse on l'on casse les côtes du côté gauche et l'on aperçoit le canal thoracique accolé à l'œsophage. On en détache la partie supérieure qu'on a ensuite le soin d'éponger pour absorber le sang; on l'incise et le chyle coule dans le vase destiné à le recevoir. Pour augmenter la quantité du liquide, il faut favoriser son cours en pressant la masse intestinale et le système chylifère abdominal. De cette manière, dit M. Magendie, on en fait continuer l'écoulement quelquefois pendant un quart d'heure.

On peut encore inciser d'un seul coup le thorax au niveau des cartilages du côté gauche, et la paroi abdominale antérieure. L'air se précipite dans la poitrine en affaissant le poumon; on accélère la mort de l'animal en comprimant le cœur avec la main. L'incision du diaphragme, des espaces intercostaux, le renversement des côtes sont rapidement exécutés et le canal thoracique est mis à découvert dans toute son étendue. Il est alors facile de lier ce dernier sur plusieurs points et de circonscrire avec les ligatures des espaces dans lesquels on recueille le chyle pour examiner les différences qu'il affecte suivant les divers points de son trajet.

Nous avons également obtenu du chyle en quantité convenable pour l'observation, en tranchant subitement la tête des jeunes animaux au moment de la digestion et en allant à la recherche des veines sous-clavière et jugulaire; l'incision de ces vaisseaux faite avec précaution conduit à l'embouchure du canal thoracique d'où on voit le chyle s'écouler avec assez d'abondance quand on exerce une pression sur l'abdomen.

(1) Voyez Chr.-Fr. Hœnel, Epistolæ ad hallerum ab eruditis viris. T. I, p. 226.

(2) Précis de physiol. T. II, p. 172.

3° Caractères physiques du chyle. Le chyle se présente avec les caractères physiques suivans:

A. Sa *couleur* est blanchâtre, opaline et semblable à celle du lait. Cette analogie frappa tellement les premiers observateurs qu'ils donnèrent le nom de lactés aux vaisseaux qui renferment le chyle; elle a paru même assez grande à d'autres époques pour qu'on ait toujours considéré ces deux liquides comme très comparables. On trouve encore dans les œuvres de Bichat (1) l'adoption de l'opinion d'après laquelle les glandes mammaires au lieu de puiser les matériaux de leur sécrétion dans le sang artériel les empruntaient directement au chyle. Plus récemment on a soutenu de nouveau le fait de la presque identité entre le lait et le chyle; nous ne nous attacherons pas à réfuter ces assertions qui reposent sur des bases très hypothétiques. La nature des rapports qu'on peut établir entre les deux liquides est aujourd'hui assez nettement déterminée par la chimie et ressortira mieux quand nous examinerons la composition du chyle.

La couleur de ce liquide n'est pas d'ailleurs constamment blanche et opaque; des variations assez nombreuses lui sont imprimées, soit par la nature des substances alimentaires, soit par la période de la digestion à laquelle on le recueille. Le chyle diffère encore sous le rapport de sa couleur, suivant les divers points de son trajet, suivant les espèces animales qui le fournissent, enfin suivant d'autres conditions sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard. Nous pouvons seulement établir que sa coloration blanchâtre opaline est particulièrement évidente quand on l'observe au moment où la digestion est en pleine activité, après l'usage des substances animales et surtout des alimens gras, enfin quand on l'extrait du réservoir de Pecquet. Il est clair et transparent quand il est mélangé avec une forte proportion de lymphe et légèrement rosé vers la fin de son trajet.

B. La *saveur* du chyle est un peu salée, sensiblement alcaline, happant à la langue et laissant une impression persistante et peu agréable, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois. Cette saveur n'est pas modifiée par toutes les substances sapides qui parviennent dans l'instestin. De l'alcool, par exemple, communique rapidement au sang son odeur et sa saveur tandis que le chyle paraît exempt de toute modification. La saveur du chyle a semblé quelquefois sucrée; c'est particulièrement sous l'influence de certaines substances alimentaires, de l'amidon entre autres, que ce caractère s'est développé; mais nous croyous que des conditions pathologiques distinctes doivent favoriser la formation et l'introduction d'un principe sucré dans le chyle, car nous ne l'avons pas observé après avoir nourri des animaux avec du sucre et du lait; le chyle conservait sa saveur alcaline particulière.

C. L'*odeur* propre au chyle est médiocrement prononcée surtout quand il commence à perdre sa température naturelle. On l'a comparée à l'odeur du sperme, mais elle a plus d'analogie avec celle du sang. La recherche du principe odorant de divers liquides de l'organisme a fixé, comme on le sait, l'attention de plusieurs observateurs modernes, soit dans l'intention de compléter leur histoire, soit pour les distinguer les uns des autres, soit pour reconnaître les traces de leur présence après leur dessiccation. Barruel s'est appliqué surtout à déterminer les caractères et les variations

(1) Recherches physiologiques sur la vie et la mort. 4e édition, p. 12. In-8°.

maîtres sont retenus, avec d'autres ecclésiastiques, dans une sorte de prison, et trop malheureusement exposés à perdre la vie, par suite d'une effervescence populaire: tout à coup son ame élevée et reconnaissante se trouve exaltée par un sentiment d'humanité; il connaît le danger, mais, entraîné par une soudaine et énergique inspiration, il se dévoue hardiment. Revêtu des insignes d'un pouvoir qu'il croit devoir momentanément usurper, il parvient à s'approcher des détenus, et par suite, à en soustraire lui-même quelques-uns à la mort la plus imminente. Cette explosion d'un cœur sensible, mais intrépide, reçoit bientôt une noble récompense, car ce courageux dévouement lui ouvre la carrière dans laquelle ses succès le rendront célèbre.

Déjà, et par cette belle action, il s'est acquis à son insu des amis solides, des protecteurs reconnaissans, tels que Haüy, Daubenton, Lacépède, qui, appréciant son zèle, ses moyens, son ardent amour pour la science, l'accueillent, le dirigent, l'appuient, rendent de sa capacité le meilleur témoignage, se portent ses garans, et le font admettre comme leur collègue professeur au Muséum d'histoire naturelle, par le fait, à l'âge de vingt et un ans!

Honoré, excité par des suffrages aussi éminens dont il sent tout le prix, et pour s'en rendre plus digne, il se livre avec ardeur à la connaissance des animaux vertébrés qui doivent faire l'objet particulier de ses démonstrations. Ses études sur les formes, l'organisation et les mœurs de ces êtres développent en lui le besoin impétueux, cette passion de connaître, de découvrir des faits nouveaux qui ont constamment dirigé ses recherches, ses travaux et ses écrits. Aussi en moins de quatre années de soins assidus, d'études spéciales, il rassemble, dispose et coordonne les nombreuses collections du muséum.

Pour la première fois, il reçoit et fait nourrir dans cet établissement les animaux qu'il veut observer pendant et après leur vie; il crée ainsi, il établit les fondemens de cette ménagerie qui, depuis, et sous sa direction unique, est devenue le modèle d'une institution enviée par toute l'Europe savante. Joignant ses connaissances et ses efforts à ceux de son ami G. Cuvier, qu'il avait fait appeler à Paris, il devient l'un des fondateurs de la classification naturelle des mammifères et des oiseaux.

L'enthousiasme qui l'enflamme pour la science, le désir immodéré de voir et d'apprendre lui font accepter l'honorable, mais pénible mission, qui le transporte en Égypte, vaste contrée qu'il parvient, au péril de sa vie, à explorer jusqu'au delà des cataractes du Nil. Après des dangers et des obstacles qu'il surmonte avec courage, il a le bonheur de revenir en France pour enrichir sa patrie de ses observations curieuses et des objets les plus intéressans qu'il a recueillis lui-même, et dont il dispute énergiquement la possession aux Anglais qui avaient tenté de s'en emparer.

Aussitôt que l'Académie des sciences put admettre M. Geoffroy parmi ses membres, il vint y occuper la place qu'il a honorée pendant plus de trente ans, c'était en 1807, et peu de temps après il fut nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences, à son retour d'un voyage en Espagne et en Portugal, où il avait été envoyé par le gouvernement, dans l'intérêt de la science et des collections du muséum.

La liste de ses travaux est considérable: il a publié un grand nombre de dissertations sur différens points de l'histoire naturelle; la plupart sont consignées dans les mémoires de l'Institut, dans ceux du muséum, dans ses annales

de la substance odorante du sang, et il a vu qu'indépendamment de l'odeur que présente ce liquide au sortir de ses vaisseaux, il existe encore en lui un principe odorant que l'action de l'acide sulfurique met en liberté et qui diffère suivant les animaux, tantôt en rappelant l'odeur de leur transpiration, tantôt celle des excrémens. Cette découverte acquit une importance qu'elle ne méritait pas, quand on voulut la faire intervenir pour éclairer certaines questions médico-légales; mais le fait lui-même resta dans la science et l'on s'est convaincu plus tard que l'odeur du sang traité par l'acide sulfurique tenait à la présence d'un acide gras, volatil. Depuis, M. Couerbe a examiné l'action de l'acide sulfurique sur plusieurs liquides des sécrétions, et il leur a reconnu la même propriété, mais d'une manière moins prononcée. Il était plus naturel peut-être de la rechercher d'abord dans les liquides de première formation; car, outre que cette recherche pouvait servir à augmenter ou à restreindre leurs analogies, elle devait être suscitée par la connaissance de l'existence de corps gras dans le chyle.

Dans le but de répondre à ce double motif d'exploration, nous avons répété sur ce liquide l'expérience faite par Barruel sur le sang. Quelques gouttes d'acide sulfurique concentré furent versées sur du chyle de chien récemment extrait du canal thoracique, et aussitôt la manifestation du principe odorant eut lieu d'une manière très prononcée. L'odeur nous parut évidemment plus forte que celle du sang du même animal; elle rappelait l'impression produite par l'odeur spéciale que le chien exhale dans certaines circonstances; mais bien qu'elle se dégageât avec énergie elle était peu durable. Plusieurs élèves ont été rendus témoins de ce fait; nous avons constaté depuis que l'odeur du chyle au contact de l'acide sulfurique était surtout très sensible dans les temps chauds et qu'elle était faible chez les jeunes animaux.

En consultant plus tard le travail de Vauquelin sur le chyle, nous apprîmes que ce chimiste avait observé un effet analogue sur le chyle du cheval. « Lorsqu'on traite par les acides, dit-il, la dissolution alcaline du coagulum chyleux, cette substance est précipitée, et au moment où cet effet a lieu il s'exhale du mélange une odeur de soufre qui a quelque analogie avec celle des écuries (1). » Si cette expérience eût été remarquée, peut-être aurait-elle atténué l'intérêt de nouveauté avec lequel fut accueillie la découverte de Barruel.

D. La *consistance* du chyle au moment où on l'extrait de ses réservoirs est comparable à celle du sang. Il produit la même impression au toucher; sa viscosité est très faible; il colore d'une légère teinte blanchâtre les doigts ou les corps sur lesquels il est versé.

E. La *pesanteur spécifique* du chyle est un peu plus considérable que celle de l'eau à laquelle il est en partie miscible; des particules ténues, graisseuses, paraissent à la surface du liquide. Il pèse moins que le sang. Si on ne les agite pas pour opérer leur mélange, le chyle reste quelque temps à la surface du sang sous forme de taches ou de traînées blanchâtres qui rougissent peu à peu et finissent par se confondre dans la coloration propre au sang. La pesanteur spécifique du chyle doit varier d'ailleurs suivant la proportion de ses matériaux composans. Suivant Marcet, elle est généralement de 1021 à 1022.

(*La suite prochainement.*)

(1) Annales de chimie. T. LXXXI, p. 118.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE VALÉRIANATE DE ZINC, (DE SON MODE DE PRÉPARATION, DE SES CARACTÈRES; DE SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DANS LES MIGRAINES ET LES NÉVRALGIES.) Par le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Plusieurs motifs nous ont poussé à expérimenter la valeur thérapeutique du valérianate de zinc, et parmi eux, nous placerons en première ligne les éloges que les journaux de médecine italiens donnent, depuis quelque temps, à ce médicament. Nous pensons, en second lieu, que quelque riche que soit, jusqu'à ce jour, l'arsenal pharmacologique de la médication antispasmodique, il est nécessaire qu'il s'enrichisse encore. Les affections nerveuses prenant, de nos jours, un accroissement progressif, variant à l'infini dans leurs formes, les médicamens usuels et reconnus ne répondent pas à tous leurs besoins; il n'est pas nécessaire à un médecin d'avoir deux années de pratique pour apprendre que chacune des affections nerveuses réclame un antispasmodique approprié; aux unes, la jusquiame convient, et la belladone ou la stramoine, etc., n'ont pour elles aucun effet; l'inverse a également lieu. C'est ce qui rend si délicat, et nous osons ajouter, si minutieux le traitement curatif des maladies nerveuses. Cette difficulté tient encore à l'action propre à chaque antispasmodique. On peut, en effet, en partant de ce point de vue établir deux classes de ces agens précieux de la matière médicale. A l'une appartiennent les remèdes qui calment les spasmes par une action douce et stupéfiante de l'action nerveuse. L'autre comprend les remèdes qui agissent sur le système nerveux en lui imprimant une modification puissante, en exerçant sur lui une action manifeste qui neutralise, en quelque sorte, son action viciée et augmentée, plutôt qu'ils ne la calment. C'est avec plaisir que nous avons vu un de nos savans compatriotes dans un traité sur l'*hypocondrie*, récemment publié, donner à ces idées médicales de bons développemens. Le valérianate de zinc appartient à cette seconde catégorie, ou, pour mieux dire, il est un antispasmodique *pur*. Il résulte de nos observations que ce sel agit directement sur le système nerveux; qu'il lui imprime une modification nouvelle qui dissipe et anéantit les modifications pathologiques que produisait le spasme, la douleur, sans diminuer ou engourdir l'action nerveuse. Nous allons étudier, 1° la manière de préparer ce sel, ses caractères chimiques et pharmaceutiques; 2° son action thérapentique.

MODE DE PRÉPARATION.

M. Guillermond, fils, pharmacien et chimiste des plus distingués de Lyon, a bien voulu encore, dans cette circonstance, me prêter sa collaboration (1). A l'instigation de M. Devay, dit-il, dans la note qu'il m'a fournie, et de concert avec lui, nous avons préparé avec le plus grand soin le sel nouveau dont l'emploi en thérapeutique a été proposé par le prince Louis-Lucien Bonaparte. Comme l'usage de ce médicament peut

(1) M. Henri Fournier, pharmacien habile de Lyon, a également, sur notre demande, préparé ce médicament.

---

et dans le grand ouvrage sur l'Égypte. Son travail de prédilection, celui auquel il a toujours attaché un vif intérêt, parce qu'il contient ses vues, ses idées nouvelles sur l'organisation des animaux et sur les monstruosités, c'est le livre auquel il a donné le titre de Philosophie anatomique.

Encore ce n'est pas ici le lieu de juger le savant et de louer ses travaux, qu'il nous suffise de dire ou de répéter avec tous ceux qui ont connu M. Geoffroy: Il fut un bon et obligeant ami, excellent et courageux citoyen; il a su, par les douces qualités de son cœur aimant, obtenir et mériter le bonheur dont il a joui dans sa famille, recevant avec une tendre reconnaissance, dans sa trop longue et dernière maladie, les soins touchans et assidus d'une douce et tendre compagne et de ses vertueuses filles, pouvant glorieusement se féliciter de laisser un fils, déjà depuis dix ans notre confrère à l'Institut, son successeur direct dans la chaire qu'il occupait au muséum; fils honorable dont le mérite, les talens et les travaux justement appréciés, perpétuent dans la science, dans l'Académie et dans l'Université de France, un nom devenu illustre à tant de titres.

DISCOURS DE M. CHEVREUL, DIRECTEUR DU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Messieurs,

La mort, en frappant Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, fait disparaître le dernier des professeurs administrateurs du Muséum dont la nomination remontait au 10 juin 1793, époque de la réorganisation de notre établissement. Trois mois auparavant, sous les auspices du vénérable Daubenton, il y avait été admis à l'âge de 21 ans, en qualité de sous-garde et de démonstrateur du cabinet d'histoire naturelle pour la minéralogie, et non pour la zoologie, qu'il ne connaissait point encore. Comment arriva-t-il que l'homme qui s'occupa pendant un demi-siècle de la matière organisée et vivante sans reculer devant les questions les plus élevées auxquelles une imagination active te conduisait sans cesse, soit entré au Muséum comme minéralogiste? C'est que l'abbé Haüy l'avait recommandé de la manière la plus pressante au collaborateur de Buffon, parce qu'après avoir initié Etienne Geoffroy à l'étude de la cristallographie, il se trouvait avoir contracté à son égard les plus grandes obligations; si le maître, devenu suspect à la suite des événemens du 10 août 1792, avait perdu sa liberté, grâce à son élève les portes de la prison s'étaient ouvertes pour lui avant les fatales journées du 2 et du 3 septembre! Dès ses premiers pas dans le monde, Etienne Geoffroy fait donc preuve d'amour pour la science, de dévouement à ceux qu'il aime et respecte, et de courage en arrachant une victime à l'anarchie?

A peine est-il attaché au Muséum, qu'il se passe un fait dont la manifestation dans l'histoire de l'esprit humain est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; je veux parler d'un changement profond apporté à nos études, à nos pensées, à nos méditations par une cause imprévue, tout à fait accidentelle, agissant brusquement contre notre propre volonté. Ce changement, le jeune élève de Haüy le subit; ce n'est pas parce qu'il préfère le titre de professeur administrateur que la loi vient de lui donner au titre plus modeste de sous-garde et de démonstrateur du cabinet d'histoire naturelle; ce n'est pas l'ambition ni l'amour-propre qui lui font abandonner à jamais la science de son choix pour la zoologie; mais cet abandon lui est imposé par Daubenton, et quoi qu'il lui en coûte, il s'y résigne avec le sentiment du respect qu'un fils doit à son père. Si, en suivant

se généraliser, et que les ouvrages de pharmacie ne fournissent aucune notice sur la manière de le préparer, nous avons pensé qu'il serait à propos d'entrer dans le détail minutieux de nos opérations.

Pour obtenir le valérianate de zinc, le meilleur mode de préparation consiste à saturer une solution aqueuse d'acide valérianique pur, par le carbonate de zinc récemment précipité (JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, t. IX, n° VI).

L'acide valérianique, comme on le sait, est un acide gras, volatil, incolore, soluble dans trente fois son poids d'eau, et en toutes proportions dans l'alcool et l'éther. Son odeur acide et piquante rappelle assez celle de la racine de valériane; il se combine facilement aux bases, et décompose même les carbonates pour former des sels qui sont presque tous solubles. Cet acide s'obtient en distillant de l'eau sur la racine de la valériane officinale; il passe à la distillation en partie dissous dans l'une, et en partie combiné avec l'huile essentielle de valériane. On s'assure de sa présence en trempant dans l'eau distillée du papier tournesol, et on arrête la distillation lorsque la réaction acide ne se fait plus remarquer.

On sépare l'huile essentielle, et on la traite par une lessive de potasse caustique étendue d'eau; d'un autre côté, on sature l'eau distillée par du carbonate de potasse, et après avoir réuni les liqueurs, on les fait évaporer presque jusqu'à siccité. Comme le valérianate de potasse n'est pas volatil, on le débarrasse par ce moyen de la trop grande quantité d'eau dans laquelle il était en dissolution, et l'huile essentielle qui n'est pas retenue par la potasse se sépare également par l'évaporation de l'acide avec lequel elle était combinée. Alors le résidu de la concentration est introduit dans une petite cornue en verre, et on le traite par une quantité d'acide sulfurique affaibli, proportionnée à la quantité de potasse qui a été employée. Ainsi, l'acide sulfurique régénère l'acide valérianique, et après avoir placé l'appareil distillatoire sur un banc de sable chauffé avec modération, on reçoit dans le récipient l'acide valérianique pur qui distille doucement, en partie dissout, dans l'eau qui l'accompagne, en partie à l'état d'un hydrate huileux qui surnage.

Après avoir ainsi préparé l'acide valérianique, il n'est pas moins important d'obtenir du carbonate de zinc parfaitement pur. A cet effet, après avoir fait passer un courant de chlore dans une dissolution de sulfate de zinc pour porter le fer qu'elle contient à l'état de sulfate de peroxide, on fait bouillir cette dissolution avec des fleurs de zinc qui éliminent exactement le peroxide de fer. On précipite alors le zinc au moyen d'une dissolution de cristaux de soude; après l'avoir lavé pendant qu'il est encore humide, on le met en contact avec l'acide valérianique; aussitôt il se fait une vive effervescence, et l'acide carbonique est déplacé; on favorise l'action au moyen de la chaleur, et quand la liqueur est saturée, on la filtre encore chaude. A mesure que la solution saline se refroidit, la cristallisation commence à s'effectuer, et on voit s'élever, dans toute l'étendue du vase qui reçoit la filtration, un nuage de petites paillettes brillantes et nacrées du plus joli aspect. On les reçoit sur un linge, et on les fait sécher à l'étuve; après cela, on fait évaporer les eaux mères, et on en retire successivement de nouvelles paillettes.

CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES.

Ainsi préparé, le valérianate de zinc se présente sous la forme de paillettes brillantes, nacrées, d'une blancheur éclatante et d'une légèreté comparable à celle des feuilles d'argent. Il est neutre, soluble dans l'eau, beaucoup plus à chaud qu'à froid; il est très soluble dans l'alcool. Nous nous sommes assurés que l'éther et les huiles le dissolvent également très bien. Il n'est point déliquescent comme la plupart des autres valérianates. Il est inaltérable à l'air; enfin, sa manière de cristalliser, qui est remarquable, le fait facilement reconnaître.

EMPLOI ET ACTION THÉRAPEUTIQUES.

Le valérianate de zinc pouvant être considéré comme la quintessence de deux médicamens antispasmodiques sur la valeur desquels l'expérience est fixée, doit réunir leurs effets multiples. A en juger par les résultats cliniques que nous en avons obtenus, résultats qui ont été remarquables par la rapidité des cures et par leur continuité, nous sommes portés à penser qu'il y a autre chose qu'une association de médicamens similaires dans le valérianate de zinc; que ce dernier est à la valériane et au zinc pris isolément, comme un médicament élevé à la plus haute puissance d'action antispasmodique. Il ne faudrait point juger de la valeur thérapeutique de ce sel uniquement par ses effets physiologiques qui ne sont guère plus prononcés que ceux produits par la valériane ou le zinc, pris séparément. Une dose de quinze centigrammes, suffisante pour brider un accès de névralgie, pour modérer le paroxisme d'une migraine violente, ne provoque à l'état sain, comme nous l'avons expérimenté nous-mêmes, qu'un peu de céphalalgie, quelques vertiges fugaces, un peu d'incertitude et de susceptibilité dans l'ouïe.

Jusqu'à ce jour, nous avons dirigé l'emploi du valérianate de zinc principalement contre les *névralgies faciales et les migraines*. Mais ce médicament n'a amené des résultats certains et soutenus que dans les cas où ces affections étaient purement nerveuses, indépendantes d'autres complications C'est ainsi que dans les névralgies faciales si souvent mélangées d'un élément rhumatismal qui se traduit par les signes propres à la diathèse rhumatoïde, tels que l'exacerbation des douleurs par les vicissitudes de température, l'existence simultanée de ces mêmes douleurs dans différentes régions, etc., l'emploi pur et simple de divers antispasmodiques, et en particulier du valérianate de zinc, a peu d'efficacité. Il y a là plusieurs indications à remplir, et la médication antispasmodique n'en remplit qu'une seule. Nous appliquerons les mêmes réflexions aux névralgies *larvées*, tenues sous la dépendance d'un élément périodique et qui représentent, dans bien des cas, ce que le docteur Mélier a désigné sous le nom d'*affections intermittentes à courtes périodes*. Il en est de même des névralgies qui sont l'expression d'un virus latent, tel que celui de la syphilis, et qui sont si bien connues de nos jours. Ces dernières maladies cèdent ordinairement à un traitement spécifique, sans le secours des antispasmodiques. (Voy. GAZETTE MÉDICALE, t. XI, p. 119, le mémoire de M. Ebrard de Injurieux sur les névroses syphilitiques.) Il n'en est pas de même des névralgies faciales que complique un état chlorotique; après l'emploi suivi des ferrugineux qui ramènent la crase du sang à son mode normal, il arrive très souvent que les accidens nerveux persistent avec plus d'intensité; un élément seul a été dégagé, l'élément chlorotique, mais l'élément nerveux se montre encore dans toute son intensité. C'est alors que l'emploi des antispasmodiques, et du valérianate de zinc entre autres, est appelé à rendre les plus éminens services. Nous citerons plus loin une observation remarquable dans laquelle ce médicament a complété la cure

---

Etienne Geoffroy dans une carrière qu'il a parcourue comme zoologiste pendant près de cinquante ans, si en passant en revue le grand nombre d'espèces qu'il a décrites avec la plus soigneuse précision, si témoin de son ardeur à enrichir les collections du Muséum confiées à sa garde, il semble être *né zoologiste*, et si dès lors on jugeait qu'il ne fit qu'un léger sacrifice à Daubenton, nous protesterions contre cette conclusion en la combattant comme une erreur par les motifs que nous allons développer.

Etienne Geoffroy était né avec le goût de l'observation et le besoin d'unir, de lier des faits recueillis dans le monde extérieur, afin d'en tirer des conséquences générales, des lois, des principes. Or, cette disposition d'esprit, dans un temps donné, nous rend plus susceptibles d'approfondir une connaissance spéciale que que de répandre notre attention sur un grand nombre de choses offertes à notre curiosité: c'est surtout aux objets de nos premières études que nous tenons; nous nous y attachons, nous cherchons à approfondir chacun des rapports par lesquels ils se montrent, et comme tout est centre dans la nature pour un esprit porté à la méditation, nous éprouvons une peine extrême à nous en détacher et surtout à fixer notre attention sur des objets nouveaux dont la connaissance exige toujours des études préalables avant de devenir aussi familière que l'est celle des objets que nous abandonnons. Cette explication donne la mesure de l'étendue du sacrifice d'Etienne Geoffroy à l'autorité de Daubenton, en même temps qu'elle fait comprendre la nature de ses travaux en zoologie, qui, au premier abord, par la persévérance avec laquelle ils ont été suivis, sembleraient se rapporter à une science que leur auteur aurait spontanément choisie. En effet, le sacrifice une fois accompli, Etienne Geoffroy trouva dans la zoologie tant d'occasions de satisfaire son goût pour l'observation et le penchant de son esprit à généraliser, qu'elle devint bientôt sa science de prédilection. Aussi en 1796, trois ans seulement après en avoir commencé l'étude, publia-t-il un mémoire où l'idée de l'*unité de composition organique* est nettement exposée comme une déduction de l'observation, et dès lors y subordonna-t-il ses travaux ultérieurs, et tous ses efforts concoururent-ils à en établir la réalité, afin d'en faire le principe le plus général de la science de l'organisation des animaux. Chargé au Muséum de l'enseignement de l'histoire des mammifères et des oiseaux, il sut s'occuper de leur description et de leur classification, comme le font les naturalistes proprement dits; mais, préoccupé qu'il était de démontrer par l'observation l'exactitude du principe de l'unité de composition, il ne borna pas ses études à ces deux classes d'animaux; il les étendit encore à celles des reptiles et des poissons; et, pour atteindre son but, il chercha des argumens dans la méthode naturelle, l'anatomie et la physiologie; ses recherches furent restreintes aux animaux vertébrés, et évidemment il ne pouvait en être autrement à cause de leur importance même, des discussions mémorables qu'elles soulevèrent, et parce qu'elles étaient la base fondamentale de l'œuvre qu'Etienne Geoffroy avait conçue. Mais je m'arrête: de tels sujets ne doivent pas être traités sur le bord d'une tombe encore ouverte.... Et si celui qui parle a moins mission que personne de les aborder, cependant comme organe du Muséum devant cette grave assemblée, il doit dire ce qu'Etienne Geoffroy a fait pour l'établissement dont il fut un des membres les plus illustres.

Etienne Geoffroy, à l'esprit d'observation, à l'amour pour les sciences naturelles, à une grande vivacité d'esprit, alliant encore un véritable courage, avait

que les ferrugineux avaient commencée. Nous ne nous sommes point bornés aux névralgies faciales, pour l'application du valérianate de zinc; nous citerons plus loin une observation de névralgie intercostale qui s'est heureusement dissipée sous l'influence de son administration.

Ayant la conviction que le sel peut rendre d'éminens services dans diverses névroses, nous l'avons employé contre un cas de *satyriasis* qui a été soumis à notre observation, et l'on verra que ce médicament n'a point été infidèle. Nous avons commencé également des essais contre l'*épilepsie*; mais comme les résultats thérapeutiques qu'on peut obtenir dans cette cruelle maladie ne se constatent qu'à la longue, au bout d'une ou de plusieurs années, nous passerons sous silence nos observations, quoiqu'elles indiquent un acheminement remarquable vers l'amélioration. Nous attendrons encore avant de les publier; elles prouvent jusqu'ici peu de chose.

Comme cela a eu lieu pour les névralgies, il faut discerner dans les *migraines* ou *hémicrânies*, celles qui sont susceptibles par leur nature de céder à la médication antispasmodique. Ainsi, le valérianate de zinc n'est point indiqué dans toutes les formes de cette affection. Celle-ci, qui peut se définir une affection douloureuse de la tête dont le début est instantané et brusque, les récidives plus ou moins fréquentes, la durée des accès courte ordinairement, dépend le plus souvent de trois modifications organiques fondamentales : 1° d'un élément périodique; 2° d'un élément gastrique; 3° enfin, la migraine est purement nerveuse, c'est son mode le plus fréquent, et c'est contre lui aussi qu'on dirige le plus sûrement l'action des antispasmodiques. Les observations que nous citons dans ce mémoire appartiennent à cette troisième catégorie des migraines.

Les observations de Salius-Diversus, de Forestus, de Double, ne laissent aucun doute sur l'existence des hémicrânies intermittentes, *mais à longue pérode*. Tissot a vu cette affection éclater régulièrement tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les mois, tous les trois mois. Salius a donné des soins à un moine qui éprouva tous les lundis, à la même heure, pendant trois ans et sept mois une migraine violente. Il ne pouvait supporter pendant près de trente heures l'éclat de la lumière et le bruit. Jancker, qui relate ce fait dans un mémoire très curieux et très instructif (DE HEMICRANIA HOROLOGICA, Hale, 1738), a vu un accès d'hémicrânie durer un quart d'heure et revenir une heure après. C'était là une *migraine à courte période*. On nous permettra d'ajouter à cet égard qu'un des sujets les plus féconds dont un clinicien puisse s'occuper de nos jours, c'est l'étude suivie des affections périodiques, soit *à longues*, soit *à courtes périodes*. Il y a, dans cette direction de l'observation, trop négligée peut-être de nos jours, une masse de faits nouveaux à recueillir, d'indications précieuses à trouver pour certaines maladies chroniques; car, comme l'a très bien remarqué M. Mélier dans le travail que nous avons cité plus haut, la *durée* de l'accès et celle de l'intermittence peuvent être singulièrement variables. Or, que cette alternative, cette succession de deux états s'accomplisse lentement, en un ou plusieurs jours, ou rapidement en quelques heures, nous n'y voyons qu'une différence de temps et rien de plus; la période est longue dans un cas, elle est courte dans l'autre; mais, au fond, c'est le même principe, et, pour nous servir du langage usité, c'est le même élément qui y préside, l'élément de l'intermittence. Pour en revenir aux migraines périodiques, ce n'est point le valérianate de zinc qui est approprié à leur nature, mais bien le *valérianate de quinine*; ce nouveau composé, déjà assez employé en France, nous semble fort bien indiqué, dans ce cas, pour des raisons qu'il est inutile de déduire.

La migraine, avons-nous dit, est souvent sous la dépendance d'un état gastrique, d'une disposition bilieuse de l'estomac; ici encore le médicament dont il est question n'a pas les effets qu'on en obtient dans l'hémicrânie purement nerveuse. Nous l'avons employé presque sans succès dans trois cas où les attaques de migraine, faisant explosion chez des sujets à constitution sèche et bilieuse, étaient précédées d'anorexie, de goût pâteux, de constipation, etc. L'insuccès, dans cette circonstance, d'un antispasmodique si puissant, est bien propre à faire toucher au doigt et à l'œil les différences qui existent entre cette forme de migraine et l'hémicrânie à caractère névralgique. Dans cette dernière, à laquelle se rapportent nos observations, les élancemens douloureux partent brusquement de l'œil (iralgie) et de la région frontale du même côté; il y a des vomissemens, mais ils sont sympathiques et surviennent après coup. L'exercice des sens et de la pensée augmente cette douleur et la constriction des parties. Employé dans cette forme de migraine, le valérianate de zinc a deux effets : 1° une action instantanée par laquelle l'accès actuel est diminué d'intensité et de durée; 2° un effet secondaire sur les accès ultérieurs par la prolongation de son emploi.

NÉVRALGIE FACIALE DATANT DE TREIZE ANS, RÉFRACTAIRE A TOUS LES ANTISPASMODIQUES; EMPLOI DU VALÉRIANATE DE ZINC; SOULAGEMENT MARQUÉ, PUIS GUÉRISON CONTINUE.

OBS. I. — M. V., cafetier, âgé de 43 ans, d'une assez forte constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin, vint nous consulter dans le courant de février 1844. Cet homme souffrait depuis treize ans d'une névralgie occupant tout le trajet du nerf facial; les élancemens douloureux se faisaient particulièrement ressentir au niveau de l'oreille et dans les régions sus et sous orbitaires. La moindre pression y était douloureuse; le côté malade de la face était contracturé, principalement à la région oculaire et frontale; les rides des muscles orbiculaire et frontal imprimaient à la physionomie un cachet particulier de souffrance. Insomnie habituelle; obligation de renoncer à ses affaires. Ce malade désespère de sa guérison; il a tout employé; les vésicatoires ammoniacaux et opiacés sur les points douloureux, les pilules de Méglin, la stramoine, etc.

PRESCRIPTION. — Prenez : Valérianate de zinc. . . 6 décigr.
Gomme adragante . . . 2 gram.
Pour 12 pilules, à prendre une le matin et une autre le soir.

Dès le second jour, amélioration notable; le malade a dormi; il ne sent plus qu'un peu de pesanteur dans la partie malade. (Continuation pendant huit jours du valérianate de zinc à la même dose.)

Le 2 mars, M. V., trois jours après la cessation des pilules, éprouve une recrudescence de la maladie; toutefois, la névralgie est moins douloureuse qu'avant le traitement. Nous le soumettons de nouveau à l'emploi des pilules. (15 centig. par jour de valérianate.)

Le 13 mars, le malade ne sentait plus rien; et aujourd'hui 17 avril, M. V. est parfaitement guéri; il dort très bien, il a repris ses occupations.

Voici une autre observation dans laquelle la forme de la maladie a été moins grave, mais où le valérianate a également réussi, et l'a emporté sur les pilules de Méglin.

---

toutes les qualités désirables pour faire partie de l'expédition d'Egypte qui montra à l'Orient étonné le drapeau tricolore porté par des Français que commandaient Bonaparte et Kléber. Aussi sans hésiter en courut-il les dangers, et loin de faillir en aucune occasion, il se trouva partout à la hauteur des événemens. Son nom est inscrit dans les pages de ce brillant épisode de notre histoire, et il ne pouvait ne pas l'être! Après la capitulation d'Alexandrie, lorsque le commissaire anglais réclamait, au nom du traité, la remise des collections de tout genre recueillies sur la terre des Pharaons, Etienne Geoffroy, par une courageuse apostrophe, sut les conserver à la France, et par son énergie et sa présence d'esprit, il dota nos galeries des animaux de l'Egypte, et les enrichit ainsi plus qu'aucun voyageur ne l'avait fait depuis le courageux et savant Dombey.

En 1803, Etienne Geoffroy reçut de Napoléon une mission scientifique des plus délicates pour le Portugal; il s'y rendit, et lorsqu'un autre aurait pu abuser du droit de la guerre sur les collections d'histoire naturelle d'Ajuda, le savant français, obéissant aux lois de la plus stricte équité, ne profita de la conquête que pour opérer des échanges également profitables aux deux pays; les doubles des collections portugaises enrichirent le Muséum d'objets nouveaux, en même temps que les doubles de notre établisement comblèrent de grandes lacunes dans les collections d'Ajuda. Les événemens de 1815 mirent en évidence l'habileté de la conduite d'Etienne Geoffroy; car, à cette époque du second envahissement de la France par les armées de la coalition, le ministère portugais déclara au duc de Richelieu qu'il n'avait rien à réclamer des objets d'histoire naturelle sortis d'Ajuda en 1808, ceux-ci n'étant pas tombés aux mains des Français par la conquête, mais ayant été librement échangés contre d'autres devenus par là la propriété du Portugal.

Enfin, pour prendre l'idée la plus juste de ce qu'Etienne Geoffroy a fait pour les collections du Muséum, il suffit de comparer l'état où il les trouva lorsqu'elles lui furent confiées, à l'état où il les a laissées. En 1794, elles se composaient de quelques mammifères et de 433 oiseaux seulement. Il n'y avait ni doubles en magasin, ni ménagerie. Aujourd'hui deux vastes galeries ne suffisent plus pour contenir les animaux de ces classes, et c'est à peine si nos magasins peuvent recevoir le reste de nos richesses. Enfin, une vaste ménagerie contribue à faire du Muséum un établissement sans modèle.

M. E. Geoffroy n'a cessé de travailler qu'à l'époque où il perdit la vue, il y a quatre ans environ. Jusque-là il avait conservé toute l'ardeur de la jeunesse. Personne ne pouvait s'imaginer qu'en passant si brusquement d'une extrême activité à un repos forcé par le plus grand malheur qui puisse atteindre le naturaliste observateur, il n'y aurait pas de plaintes, d'amers regrets, de cruels retours sur le passé, qui deviendraient une source de chagrins sans cesse renaissans pour la famille la plus dévouée à son chef qui ait jamais existé. Eh bien! il n'en fut rien; les dernières années de notre illustre confrère ont été les plus calmes, les plus sereines de sa vie. Et ceux qui ont été les témoins des soins assidus, des attentions les plus délicates dont il fut l'objet de la part d'un fils digne de son nom, d'une fille qui ne l'a jamais quitté, et de celle qui, par les liens les plus tendres, lui fut quarante ans attachée, penseront que, jusqu'à ses derniers momens, il a senti la douceur de pareils dévouemens!

NÉVRALGIE SUS-ORBITAIRE DATANT DE CINQ MOIS; EMPLOI DES PILULES DE MÉGLIN, SANS SUCCÈS; GUÉRISON PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC.

Obs. II. — Mme Bar., âgée de 31 ans, d'un tempérament lymphatique, assez bien réglée, a été atteinte d'une névralgie sus-orbitaire il y a cinq mois, depuis l'époque où elle a été contrainte d'habiter la presqu'île Perrache, dans le voisinage de l'usine à gaz. Douleurs frontales très vives occupant tout le côté gauche, s'irradiant à la tempe et dans le cuir chevelu; insomnie, œil larmoyant; facies un peu grippé. Rien autre de particulier à noter.

17 avril. Prescription : une pilule de Méglin matin et soir; en augmentant d'une tous les trois jours, pour arriver à 5 pilules; boire par-dessus une infusion de racine d'angélique.

Le 25, la malade n'avait éprouvé aucune amélioration à la suite de ce traitement; nous lui prescrivons le valérianate à la dose de 4 centigrammes matin et soir.

Le 27, amélioration commençante; les douleurs frontales sont moins vives, le sommeil est revenu. (Continuation du même traitement.)

Le 20 mai, la guérison était effectuée.

Indépendamment du succès obtenu dans cette observation par le valérianate de zinc, une circonstance propre à l'étiologie de la maladie y est à remarquer; c'est l'influence d'un *mauvais air* sur la production d'une névralgie. Le gaz d'éclairage aurait-il pour effet d'augmenter presque d'une manière indéfinie le nombre des affections nerveuses qui prennent un si grand accroissement de nos jours? C'est une question d'hygiène publique qui mérite d'être résolue. Quoi qu'il en soit, nous avons eu soin de recommander à la femme B. d'habiter pendant quelque temps la campagne pour consolider sa guérison. Il est même probable que celle-ci n'aura pas de continuité si la malade séjourne encore dans un lieu où elle a trouvé des *circumfusa* nuisibles.

NÉVRALGIE FACIALE COMPLIQUÉE DE CHLOROSE; EMPLOI DES FERRUGINEUX; GUÉRISON DE LA CHLOROSE ET NON DE LA NÉVRALGIE; CESSATION DE CETTE DERNIÈRE AFFECTION PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC.

Obs. III. Mme de S. G., de Dôle, âgée de 42 ans, très pâle, d'une constitution sèche et nerveuse, vint nous consulter le 16 mars. Depuis trois ans, elle souffre habituellement d'une névralgie sus et sous-orbitaire du côté droit; mais les douleurs sont beaucoup plus fortes et presque intolérables à l'époque des règles qui, depuis six mois, sont très abondantes. Palpitations fréquentes, essoufflemens, bruit de souffle dans les artères carotides. On a mis en usage les pilules de Blaud, les infusions de valériane, etc. Ce traitement n'a produit aucun résultat. Nous prescrivons le suivant à faire pendant un mois : pilules de Valet, arriver progressivement jusqu'à 6 par jour; eau de Bussang pour boisson; viandes rôties et grillées.

Le 18 avril, la malade s'est colorée un peu; elle se sent plus forte; les palpitations sont moins violentes, mais la névralgie persiste avec autant d'intensité.

Presc. : Une pilule de valérianate de zinc de 4 centigr. matin et soir; continuation de l'eau de Bussang et de la nourriture analeptique.

Le 4 mai, cette dame nous écrit que les pilules ont opéré merveilleusement, que les douleurs frontales ont presque cédé avec les autres symptômes. Nous l'engageons à continuer une pilule par jour jusqu'à entière guérison. Nous constatons celle-ci dans le milieu de mai; mais comme les symptômes chlorotiques n'avaient pas entièrement cédé nous soumettons de nouveau la malade aux pilules de Valet et au vin Chalybé du Codex.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE; INSUCCÈS DES ANTISPASMODIQUES ORDINAIRES, COMBINÉS AUX OPIACÉS; GUÉRISON PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC.

Obs. IV. — Vict. Bertr., fille de boutique, âgée de 18 ans, bien réglée, se présente le 24 février à la consultation médicale de l'Hôtel-Dieu. Cette malade d'une constitution nerveuse, maigre, élancée, est atteinte, depuis trois mois environ, d'une douleur fixe et persistante des parois de la poitrine du côté droit; le sein lui-même est douloureux. Elle ne tousse pas; ses souffrances augmentent seulement lorsqu'elle prend largement son souffle.

Presc. : Potion avec l'acétate de morphine, 25 milligr.; frictions avec la teinture thébaïque.

27. Aucune amélioration. Douleurs toujours très vives. Après avoir fait déshabiller la malade, nous constatons que les élancemens rapides dont elle se plaint ont leur siége dans tout le trajet du sixième espace intercostal droit; la pression augmente la douleur; l'auscultation et la percussion nous démontrent d'ailleurs que les deux poumons sont parfaitement sains.

Presc. : Pansement de trois vésic. ammoniacaux avec 1 centig. d'hydrochlorate de morphine pour chacun; pilules de Méglin.

Le 15 mars, nous revoyons cette malade qui était toujours dans le même état; l'effet des vésicatoires n'avait été que momentané. Comme nous commencions alors nos essais sur le valérianate de zinc, nous l'engageâmes à essayer ce remède: une pilule de 4 centig. matin et soir.

Le 21 mars, nous revoyons cette jeune fille qui était en voie de guérison. Dès le second jour, elle avait éprouvé un soulagement marqué. Les douleurs avaient totalement disparu le 13 avril, après l'ingestion de 48 pilules environ de valérianate de zinc.

SATYRIASIS INCOMMODE EXISTANT DEPUIS DEUX ANNÉES; ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE ZINC; GUÉRISON.

Obs. V. — M. P., clerc chez un notaire, vint nous consulter dans le courant du mois de mai, se plaignit d'érections fréquentes accompagnées d'éjaculations. Ce jeune homme, âgé de 24 ans, est d'une constitution nerveuse, très impressionnable. Depuis deux ans, il est sujet à des accidens sans que son incontinence y ait donné lieu. La vue d'une personne de l'autre sexe, d'une peinture, d'un objet d'art quelque peu graveleux suffisent pour éveiller l'éréthisme génital qui l'incommode particulièrement la nuit. On lui a administré successivement des pilules camphrées et nitrées, des lavemens d'assa fœtida, des bols de valériane et de thridace; rien n'a réussi.

Presc. du 19 mai : à prendre plusieurs fois par jour des lavemens d'eau froide, bains du Rhône; julep avec l'eau de laitue et le sirop de Nymphœa; coucher sur un lit dur.

30. Nulle amélioration. A prendre matin et soir dans une légère infusion de tilleul, une prise de valérianate de zinc de 5 centigr.; continuation des lavemens.

4 juin. L'éréthisme est tombé; M. P. se trouve tout joyeux de l'état de bien-être qu'il éprouve; il y a encore des érections, mais elles sont moins longues et moins douloureuses; continuation des prises, en augmentant la dose d'un centigramme. L'amélioration continue peu à peu et le malade se trouve complétement guéri le 15 juin.

Dans cette forme de satyriasis qui répond au *satyriasis chronica* de Cheyne et de Sauvages, le valerianate a agi non par une vertu antiaphrodisiaque qui lui serait inhérente, mais bien comme antispasmodique pur. Nous venons de constater également ses effets rapides chez un malade de l'Hôtel-Dieu, qui était atteint d'un *tremblement nerveux essentiel* que rien n'avait pu calmer; quatre pilules de valerianate ont suffi pour abattre les spasmes en partie.

DISCOURS DE M. DUMAS, DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES.

Messieurs,

Il y a vingt années, lorsqu'un étranger pénétrait dans le sanctuaire de l'Académie des sciences, il demeurait l'ame frappée d'un saint respect en voyant réunis autour de lui tant de rares génies, l'orgueil de la France et les lumières de leur siècle.

Les géomètres s'inclinaient devant Laplace, Ampère, Legendre, Poisson; les physiciens venaient honorer Haüy, Berthollet, Chaptal, Vauquelin, et les naturalistes opposaient avec fierté à ces noms illustres et populaires ceux de Jussieu et de Desfontaines, ceux de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire, consacrés dès longtemps aussi par la vénération de l'Europe.

Tous ces hommes que la république avait fait surgir, que l'empire avait réchauffés et grandis à la hauteur de sa gloire; tous ces hommes de fer pour le travail, et de feu pour la pensée, dont les découvertes ont supporté sans pâlir l'éclat des plus grands événemens de la guerre ou de la politiques; tous ces hommes disparaissent de notre sein, hélas! et cette tombe entr'ouverte va bientôt se fermer sur un des plus illustres parmi eux. Dans ce deuil de la science et de la patrie, qui, tant de fois répété, a renouvelé l'Académie en moins de vingt années, puissent nos ames s'élever à la hauteur des génies qui s'éteignent! Puisse la jeunesse qui m'écoute comprendre qu'à défaut de ces grandes crises sociales qui portent dans les cœurs un trouble sacré et une ardeur salutaire, on peut trouver dans des devoirs plus calmes, mais accomplis avec conviction et foi, des inspirations également heureuses.

C'est à la Faculté des sciences qu'il appartient de le proclamer. L'illustre auteur de la PHILOSOPHIE ANATOMIQUE a trouvé dans les nécessités de son enseignement l'occasion et la source des plus curieux développemens de son système. En effet, attaché au cabinet d'histoire naturelle en 1793, Geoffroy Saint-Hilaire comptait plus d'un demi-siècle de services dans ce bel établissement; mais chargé d'un cours qui ne comprenait que les mammifères et les oiseaux, peut être la France enregistrerait-elle de grandes découvertes de moins parmi celles qui font sa gloire, si la création de la Faculté des sciences ne fût venue ouvrir à Geoffroy Saint-Hilaire un nouveau théâtre pour un enseignement plus général et plus élevé.

Dès ce moment, sa pensée soutenue par l'attention respectueuse d'élèves distingués, et distingués surtout par leurs études philosophiques, s'élança plus libre dans le champ de l'abstraction, et parvint à fixer ces lois de l'organisation animale, auxquelles son nom demeurera toujours attaché, et qu'il avait déjà dès longtemps aperçues.

Il y a donc deux époques dans la vie de Geoffroy Saint-Hilaire. Dans la première qui embrasse de 1793 à 1807, il se montre zoologiste pénétrant et doué d'un coup d'œil large et sûr.

Les découvertes futures de l'anatomiste existent bien en germes dans les mémoires de zoologie qu'il publie pendant ces quatorze années; mais ces germes demeurent ignorés, et c'est au zoologiste que l'Académie des sciences ouvrit ses rangs en 1807, que l'Université confia la chaire de la Faculté des sciences en 1809.

Jusqu'alors la philosophie anatomique telle qu'il l'a conçue n'existait pas.

ATTAQUES DE MIGRAINE VIOLENTES, DATANT DE L'ENFANCE ET REVENANT IRRÉGULIÈREMENT TROIS A QUATRE FOIS PAR SEMAINE ; AMENDEMENT REMARQUABLE PRODUIT PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC.

OBS. VI. — P. Mont., épicier, âgé de 51 ans, d'un tempérament uerveux, nous avait prié depuis trois ans de le délivrer de son mal qui, à dater de l'âge de 15 ans, lui laissait peu de repos; il ressentait tout à coup dans les régions orbitaire et frontale une douleur très vive ; l'œil du côté malade et particulièrement le gauche devenait très sensible à la lumière, puis douloureux; ces symptômes allaient en augmentant, et bientôt Mont. était obligé de s'enfermer dans un lieu obscur et à l'abri de toute agitation extérieure. Cet état se prolongeait pendant 24 et quelquefois 48 heures; le retour de ces accès était irrégulier, mais il n'était pas rare d'en voir trois dans la même semaine. C'est en vain que nous dirigeâmes contre cette hémicrânie toutes les ressources de la médication antispasmodique, jusquiame, belladone, éther, etc.; tout avait échoné.

Le 2 mars, nous lui faisons prendre chaque jour et dans l'intervalle des accès deux paquets de valérianate de zinc en pondre de 5 centigr. chacun, délayés dans un peu d'eau sucrée. Le premier accès fut moins long et moins douloureux; les autres ne survinrent qu'à trois semaines d'intervalle. Et aujourd'hui 12 juin, après avoir continué pendant deux mois l'usage du sel antispasmodique, Mont. n'éprouve que rarement des hémicrânies, dont les accès ne l'empêchent plus de vaquer à ses occupations.

CÉPHALÉE NERVEUSE OPINIATRE, CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 10 ANS ; GUÉRISON PAR LE VALÉRIANATE DE ZINC.

OBS. VII. — J. S., âgée de 10 ans, d'une constitution frêle, très impressionnable, était sujette depuis deux mois à des douleurs de tête qui avaient obligé les parens à la retirer du pensionnat où elle se trouvait.

Presc. : Vésicatoire à la nuque; pilules de jusquiame et d'oxide de zinc.

Le 10 mai, cette médication n'avait produit aucun bon résultat.

Le 12, nous lui faisons prendre matin et soir 3 centigr. de valérianate dans une petite infusion de feuilles d'oranger.

13. Amélioration. 15. Cessation des douleurs. 20. Retour au pensionnat étant complètement guérie.

N'oublions pas d'ajouter, pour compléter cette observation, que notre jeune malade avait été pendant plusieurs jours presque complètement privée de sommeil et que les premières prises le lui rendirent. Dans deux autres cas d'insomnie nerveuse, nous avons employé le valérianate comme hypnotique, et il a répondu à notre attente.

HÉMICRANIE NERVEUSE REVENANT IRRÉGULIÈREMENT TOUS LES MOIS ET DURANT PLUSIEURS JOURS; SUSPENSION DES ACCÈS PAR L'ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE ZINC, ET MODIFICATIONS APPORTÉES DANS LEUR RETOUR.

OBS. VIII. — S. M., d'une assez bonne constitution, âgée de 40 ans, éprouve irrégulièrement tous les mois des accès d'hémicrânie parfaitement semblables à ceux de l'obs. 6 ; seulement ils durent d'ordinaire quatre à cinq jours. Après avoir épuisé la série des médicamens ordinaires, cette malade nous fut adressée le 1er mars.

Presc. : Une pilule de valérianate de 4 centigr. à prendre deux fois par jour.

Le 22 mars, elle eut un accès, mais il ne dura qu'un jour et fut assez bénin. Elle fut la première à observer même que la première dose du médicament avait semblé adoucir presque instantanément la douleur. Continuation du remède.

Le 12 mai, elle ressent un peu de céphalalgie, mais rien de ce qu'elle éprouve n'est à comparer aux accès antérieurs.

Quoique cette observation ne soit pas encore terminée, quoiqu'il nous reste à constater l'état de la malade pendant quelques mois encore, nous ne pouvons néanmoins nous refuser à voir dans ce fait un exemple décisif de l'action bienfaisante du valérianate de zinc dans les cas de migraine. Là il a exercé : 1° une action directe sur le premier accès en l'adoucissant ; 2° une autre action sur les accès futurs.

Quelque peu que nous soyons disposé par la nature de notre esprit et par les mécomptes qui s'attachent à une vie médicale un peu sérieuse à nous enthousiasmer pour les médicamens et les médications que préconise la voix du jour, nous ne pouvons toutefois ne pas bien augurer du sel que nous venons d'expérimenter. Nous appelons de nouveaux essais, nous les tenterons encore nous-même sur une plus large échelle ; car le valérianate nous semble parfaitement indiqué dans beaucoup d'autres espèces de névroses. La dose à laquelle nous l'avons le plus souvent employée a été de 10 centigrammes chaque jour. Rien ne peut faire craindre de la porter progressivement plus haut, à la dose de 40 centigrammes par exemple. Les médecins italiens cependant ne l'emploient qu'à la dose d'un grain et demi, et ils ont beaucoup de succès. Dans trois cas de névralgies sus et sous-orbitaires, M. Cerulli, de Parme, a guéri en donnant ce sel à la dose d'un grain et demi par jour, divisé en deux pilules. Il les faisait prendre au moment même de l'accès. En continuant le remède à la même quantité, la cure a été complète dans l'espace de trente jours, chez un malade, de quarante chez l'autre, et de cinquante jours chez le dernier. (BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE, n° de juillet 1843.)

Le valérianate de zinc peut s'administrer en pilules, en poudre et en potions. Les deux premiers modes sont ceux que nous avons préférés. Nous employons les pilules telles que nous les avons formulées à l'observation 1. Voici la prescription d'une poudre qui est d'un usage très commode :

Prenez : Valérianate de zinc en poudre. . . 6 décigrammes.
Sucre en poudre. . . . . 3 grammes.
Divisés en 24 paquets, un à quatre par jour selon les indications.

Lorsque nous avons administré ces potions, nous l'avons fait le plus simplement possible pour que rien ne fût capable de nous faire prendre le change sur les effets antispasmodiques du médicament :

Prenez : Eau distillée. . . . . 120 grammes.
Valérianate de zinc. . . . . 10 centigrammes.
Sirop de sucre. . . . . 30 grammes.
Une cuillerée toutes les demi-heures. Le sel est très soluble, comme nous l'avons dit en commençant.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. JOURNAL FUR CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR DE WALTHER ET D'AMMON.

Les deux derniers cahiers du premier volume, et le deuxième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches bibliographiques sur les préceptes de Celse dans le traitement autoplastique des lèvres, des oreilles et du nez;* par le docteur Ryba. 2° *Citations tirées*

C'est avec nous, pour nous, je dirais même que c'est par nous qu'il a fondé cet enseignement. Chaque année s'essayant à vaincre des difficultés nouvelles, se fortifiant dans ses convictions par de nouvelles épreuves, se confirmant dans ses doctrines par leur succès même auprès de la jeunesse, il est arrivé que ses doctrines se sont établies peu à peu sur des bases qu'on pourrait croire inébranlables.

Aussi, lorsque notre vénérable confrère frappé par l'âge, par la maladie, aveugle déjà, vint déposer sa démission entre mes mains, il y a quelques années, je la repoussai de toutes mes forces ; dans son austérité, il voulait laisser libre une chaire qu'il ne devait plus occuper, disait-il ; et moi, je le suppliai de nous conserver un nom qui avait tant contribué à fonder la gloire de la Faculté des sciences, et je fus heureux de réussir à le convaincre. La maladie seule avait pu l'arracher à des devoirs qu'il remplissait avec enthousiasme ; sûr d'avoir à répandre des idées neuves et de grandes idées, et toujours prêt à s'en faire à la fois l'apôtre et le martyr.

Car Geoffroy Saint-Hilaire avait bien compris dès longtemps qu'il devait accepter le rôle de chef d'école, et qu'il devait subir tous ces devoirs, et toutes les amertumes de cette position si enviée de ceux qui en ignorent les secrètes douleurs, et qui n'en connaissent que les brillans dehors.

C'est avec cette préparation salutaire de l'enseignement public qu'il aborde la discussion sur ses principes, soulevée en 1829 par G. Cuvier, dans le sein de l'Académie des sciences.

Appuyé sur des observations nombreuses, habilement groupées, d'où ressortaient des déductions claires, précises, pressantes, Cuvier, confiant dans son génie tant de fois éprouvé, devait compter sur un triomphe assuré.

Les observations moins nombreuses de Geoffroy Saint-Hilaire manquaient peut-être de cette précision qui veut une main habile dans l'art des dissections; elles étaient moins bien ordonnées et décrites, d'un style coloré, mais dépourvu de la netteté que les sciences réclament, du moins dans notre pays. Dans la forme, tout était donc contre Geoffroy, et pourtant le public avec son admirable instinct du vrai ne s'y trompa pas.

Dès le premier jour du débat, chacun se prit à souhaiter que les vues de Geoffroy St-Hilaire fussent confirmées. Chacun comprit que l'esprit humain allait faire un grand pas.

Des voix plus habiles et plus éloquentes vous diront les causes de cette faveur; elles vous montreront Geoffroy St-Hilaire remontant au principe général de l'unité de composition, de l'unité de type, des êtres appartenant à un système organique donné.

Elles vous diront comment ces êtres si comparables à l'origine de leur développement divergent plus tard par l'arrêt, l'avortement ou le développement excessif de certains organes, la nature créant ainsi des différences apparentes sous lesquelles une main habile découvre des analogies cachées.

A côté de la recherche des faits, de leur observation exacte et attentive, Geoffroy St-Hilaire a donc placé la recherche des causes qui les lient entre eux, qui permettent d'en établir l'enchaînement et la nécessité, et, pour me servir ici de l'expression d'un juge que je n'ai pas le droit de louer, de M. Villemain, la science ainsi comprise constitue la première des philosophies. Cette unité de type, qui lui sert de base pour tracer tous les faits de l'anatomie comparée, la

de Galien qui se rapportent à l'ophthalmologie; par le docteur Ritter. 3° *Mélanges*; par le docteur d'Ammon. 4° *Sur l'iritis*; par le même. (C'est la monographie qui a été couronnée par la Société médico-pratique de Paris.) 5° *Sur la valeur de la douleur sous le point de vue pathologique et thérapeutique*; par le docteur Reinbold. 6° *De la section sous-cutanée du muscle orbiculaire des paupières, et de la cauthoplastie pour guérir le blépharophimosis*; par le docteur Robert. 7° *Tumeur congénitale sur la sclérotique et la cornée de l'œil gauche chez une fille de 19 ans*; par le même. (Cette tumeur fibreuse du volume d'une fève fut enlevée avec le plus grand succès à l'aide du bistouri.) 8° *Remarques sur l'explication donnée par le docteur Schoemann sur la lithothomie de Celse*; par le docteur Ryba. 9° *Remarques anatomico-pathologiques sur l'inflammation de quelques parties de l'œil, principalement sur la choroïdite comme cause du glaucôme*; par Schroeder van der Kolk. 10° *Observations médicales*; par le docteur Bolschwing. (Rien de saillant.) 11° *Sur un fémur malade d'un ours de caverne (fossile)*; par le professeur de Walther. (La pièce, objet de cet article, se trouve dans le musée d'Erlangen, et a déjà été décrite en 1774 par le docteur Esper, qui l'avait regardée comme un échantillon de cal chez un animal antédiluvien, tandis que MM. les professeurs Wagner et de Walter le considèrent comme un exemple d'osteostéatôme ou d'osteosarcôme.) 12° *Notices ophthalmologiques*; par le docteur Fronmuller. 13° *Remarques médicales*; par le docteur Roeser. (Rien de saillant.) 14° *Sur le nombre des maladies d'enfans et leur mortalité*; par le docteur Green. (Statistique sur l'hôpital des Enfans malades à Paris.) 15° *Le chevalier Taylor*, par le docteur Stricker. (Article historique.) 16° *Remarques sur l'ascite*; par le docteur Blankenmeister. (Observations qui militent en faveur de la ponction, qui le plus souvent est faite trop tard.) 17° *Remarques chirurgicales*; par le docteur Giebrl. (Idées judicieuses mais connues.) 18° *Cas de régénération de la mâchoire inférieure*; par le docteur Schulze. (Chez un enfant de 7 ans, tout le côté droit, y compris l'extrémité articulaire, ainsi que l'apophyse coronoïde s'est nécrosé et ensuite régénéré dans toute son épaisseur, les dents même se sont reproduites dans la nouvelle mâchoire.) 19° *Remarques pratiques sur des cas de chirurgie*; par le docteur Tott. (Observations d'un médiocre intérêt.) 20° *Observation d'une excentricité congénitale de la pupille*; par le docteur Ritter. 21° *Sur l'opération de la hernie crurale*; par le docteur Senftlehen. (Proposition singulière d'inciser le ligament qui forme bride de haut en bas après avoir divisé les tégumens du côté du ventre; une nouvelle espèce de soude de Mery sert à protéger les intestins.) 22° *Sur les maladies imaginaires*; par le docteur Reinbold. 23° *Sur les monstruosités*; par le docteur Gierbl.

RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'INFLAMMATION DE QUELQUES PARTIES PROFONDES DE L'ŒIL, PRINCIPALEMENT SUR LA CHOROÏDITE COMME CAUSE DU GLAUCÔME; par le professeur SCHROEDER VAN DER KOLK; traduit du hollandais par le docteur STRICKER (de Dresde).

Dans les inflammations de l'œil, il est très important de savoir distinguer les internes d'avec les externes, ce qui n'est pas toujours très facile, parce que les inflammations internes, surtout les chroniques, ne sont pas toujours visibles sur le vivant. On s'en rend facilement compte en se rappelant que les vaisseaux qui se ramifient extérieurement dans la conjonctive ne sont dans aucun rapport direct avec les vaisseaux internes, en sorte qu'une inflammation ou dégénérescence interne peut durer longtemps sans que les parties externes soient atteintes; il en est de même des nerfs internes de l'œil; les nerfs ciliaires qui n'ont aucune connexion avec les nerfs sensitifs de la conjonctive provenant du nerf lacrymal et non du ganglion ciliaire. De toutes les maladies des organes profonds de l'œil, celles de la choroïde sont, à l'exception de celle de la rétine, les plus importantes à connaître. La choroïde est la membrane dans laquelle il y a le plus de vaisseaux et de nerfs de la vie organique, et qui par conséquent est la plus disposée aux inflammations; mais comme cette membrane n'est pas accessible à la vue, ses maladies sont le plus souvent méconnues pendant la vie, au point que quelques auteurs (Weller) n'en font pas mention dans leurs ouvrages. La choroïde n'est qu'une continuation de la pie-mère, elle renferme les vaisseaux tortueux (*vasa vorticosa*); ceux qui rampent dans la lame interne ou membrane ruyschienne sont onduleux et paraissent destinés à sécréter le pigment. Ces vaisseaux ne se terminent pas à l'extrémité antérieure de la choroïde, mais se prolongent jusque dans l'iris, et d'autres concourent à la formation de la couronne ciliaire ou des procès ciliaires où se trouve ce réseau vasculaire admirable, si bien représenté par Zinn, Sœmmering, Arnold, et surtout par Berres. Les procès ciliaires forment de beaux replis rayonnés, s'engagent entre les replis de la zône de Zinn qui entoure le cristallin et constitue l'origine de la membrane hyaloïde ou du corps vitré. Le rapport devient encore plus important par la circonstance que beaucoup de vaisseaux capillaires très fins passent des franges de la couronne ciliaire dans la zône de Zinn placée dessous, d'où naissent d'autres rapports vasculaires non encore suffisamment décrits. La communication des vaisseaux de la couronne ciliaire avec ceux de la zône de Zinn a déjà été vue et représentée par quelques anatomistes, dans le fœtus, et niée par d'autres sur l'enfant à terme. (Zinn; DE VASIS SUBTIL. OC., p. 26. Langenbeck, DE RETINA, p. 31 et 101. Henle, DE MEMBR. PUPILL., p. 25 et 54.) Dans l'injection très bien réussie sur un œil d'un enfant à terme, on a pu voir les vaisseaux extrêmement fins passer du bord externe de la zône de Zinn dans la membrane hyaloïde. Le corps vitré est entouré d'une membrane séreuse dans laquelle se ramifient des vaisseaux si fins qu'ils ne peuvent que très rarement être injectés. Ces vaisseaux, qui servent probablement à la nutrition du corps vitré, ont une double origine; les uns, qu'on pourra nommer *vasa brevia hyaloïdæ*, proviennent du bord externe de la zône de Zinn, d'où ils se ramifient sur la membrane hyaloïde; d'autres viennent de l'artère centrale de la rétine, à l'endroit où celle-ci se ramifie dans cette membrane (rétine), et vont s'anastomoser avec les *vasa brevia*. Il y en a quatre rameaux qui peuvent être nommés *vasa longa*. Il existe donc une communication entre les vaisseaux de la zône de Zinn, les procès ciliaires et la choroïde. Quelques-uns des vaisseaux de la rétine se terminent dans la membrane elle-même; d'autres vont s'anastomoser avec ceux de la zône de Zinn. (Langenbeck, DE RETINA, p. 99-101.) Il en résulte que les vaisseaux de la choroïde communiquent avec ceux de l'iris, de la couronne ciliaire, de la zône de Zinn et le corps vitré. De ce réseau général, de petits vaisseaux s'étendent encore à la surface antérieure de la capsule cristalline. La paroi postérieure de la capsule paraît recevoir ces vaisseaux d'une branche de l'artère centrale et de quelques ramuscules très fins des vaisseaux longs. Outre ces vaisseaux, quelques ramuscules, trop déliés pour être vus et injectés dans l'œil sain, semblent

---

science des végétaux s'en est emparée et a su l'entourer des démonstrations les plus convaincantes. Elle pénètre maintenant dans les sciences chimiques, et y prépare peut-être une révolution dans les idées.

Ces vues si grandes, si larges, répandues dans les écrits de Geoffroy St-Hilaire sous une forme hardie, recevaient dans sa conversation un tour si neuf et si piquant qu'elle s'emparait inévitablement de la pensée de quiconque, libre d'esprit, cherchait à les puiser à leur source.

Et lorsqu'aux éclairs de la pensée scientifique venaient se joindre les souvenirs vivans de l'immortelle campagne d'Egypte, dont il avait été l'un des héros scientifiques, ces récits, empreints des splendeurs de l'Orient, animés d'une poésie véritable, montraient par leur charme profond avec quels sentimens religieux et convaincus cette âme ardente s'était trempée au contact de l'antique sagesse égyptienne. Combien cette impression était devenue plus vive encore depuis que, frappé par la maladie, le corps condamné à un repos presque absolu, les yeux atteints d'une immuable cécité, il avait su donner à sa pensée un calme dont il ne sortait qu'en de rares et solennelles occasions, comme pour montrer seulement que, jusqu'au dernier souffle, il demeurait fidèle aux opinions qui avaient dévoré sa vie! Il y a quelques mois à peine, en novembre dernier, il développait à son ami M. Serres des vues qu'il le priait de vérifier sous son scalpel, sans se douter qu'au moment même elles venaient d'être mises en évidence par son illustre disciple.

Ici se termine la tâche du doyen de la Faculté des sciences. Qu'il soit permis maintenant à un ami de vingt années d'ajouter que, sous le double rapport des satisfactions de l'intelligence et du bonheur intérieur, les longues souffrances de Geoffroy St-Hilaire ont été adoucies par tous les sentimens qui peuvent toucher le cœur des hommes. Une famille pleine d'une vénération respectueuse lui a prodigué les tendresses les plus assidues; un ami dévoué comme un fils, comme le meilleur des fils, l'a entouré des soins d'une médecine prudente et savante à la fois qui semblait depuis longtemps disputer sa proie à la mort étonnée.

Son âme ardente et tendre sentait si bien tout le prix des dévoûmens dont il était l'objet! Sur son lit de douleur, toutes ses paroles respiraient la bienveillance et la satisfaction intérieure. Ses mains cherchaient toujours ses proches, ses amis, pour remercier, pour bénir. Calme et souriante, son âme s'affaissait sans trouble, se repliait sur une conscience sans tache.

Depuis deux mois, l'intensité de la maladie avait redoublé; son fils, arraché aux devoirs de l'inspection générale, avait dû revenir près du lit d'un père mourant; l'instant fatal semblait proche, inévitable; et pourtant l'amitié a su retenir cinq jours encore une vie qui devait frapper à la fois sa famille, l'Académie, l'Université, le Muséum, qui devait frapper la science, et, disons-le, la France elle-même dans une de ses gloires les plus pures.

Puissent du moins ces paroles pleines de nos regrets, puissent nos pensées de douleur, de vénération et de respect, puissent nos prières contribuer à porter quelque douceur dans l'âme de la femme accomplie qui le pleure, de la fille tendre et dévouée qui s'était faite son Antigone, de sa fille d'adoption, et du fils en qui son nom se perpétue d'un nouvel éclat.

Adieu, Geoffroy St-Hilaire! au nom de tes collègues dont le cœur gardera toujours ta mémoire, au nom de tes amis pénétrés de douleur, au nom de tes disciples, qui se séparent à regret de ta dépouille mortelle, mais qui demeure-

se rendre dans la face postérieure de la cornée et la membrane de Demours, on ne les observe que dilatés par des inflammations chroniques. A l'endroit si important donc où la choroïde se continue avec les procès ciliaires, la zône de Zinn, la rétine, la capsule cristalline et la cornée, se trouve la principale communication entre tous les vaisseaux profonds de l'œil. Il faut aussi remarquer que, dans l'inflammation de la choroïde, les nerfs ciliaires sont plus ou moins affectés ; de là le mouvement de l'iris diminué ou aboli en totalité ou en partie ; la pupille déformée et devenue elliptique comme chez les ruminans, etc., etc. L'inflammation de la choroïde, pas même l'aiguë, n'a été jusqu'à présent décrite comme une forme distincte d'ophthalmie interne. Le peu d'auteurs qui en parlent donnent comme symptômes principaux la plénitude et la tension de l'œil, la pression douloureuse au-dessous des sourcils, et principalement la couleur bleuâtre de la sclérotique. La forme chronique est encore plus souvent méconnue, et décrite par tous les auteurs, sous des noms tout autres. Probablement le glaucôme, au sujet duquel on fait tant d'hypothèses, n'est-il que le résultat d'une choroïdite chronique ; en effet, l'aspect chatoyant gris-verdâtre du fond de la pupille, qu'on donne comme le symptôme principal du glaucôme, ne provient pas, comme l'ont admis les auteurs anciens, du trouble du corps vitré ; car cet aspect chatoyant se présenterait alors sous forme convexe et non concave ; en outre, la pupille n'est pas seulement immobile comme dans l'amaurose, mais est encore déformée et tirée vers les angles de l'œil, ce qui prouve que les vaisseaux et les nerfs ciliaires y prennent une part inégale avec prédominance des nerfs et des vaisseaux longs sur les courts, qui n'ont pas une direction horizontale comme les longs ; aussi la forme ovale de la pupille a-t-elle été regardée comme signe caractéristique de la choroïdite aiguë. La diminution de la vue, autre symptôme important du glaucôme, n'est pas en rapport avec le changement de couleur de la pupille, et ne peut être attribuée à l'obscurcissement du corps vitré ; souvent même la vue est tellement diminuée que tous les objets paraissent comme entourés d'un brouillard épais, avant qu'on puisse constater le moindre changement de couleur à la pupille ; c'est pourquoi beaucoup d'auteurs ont placé plutôt le siége du glaucôme dans la rétine, dont l'inflammation diffère cependant essentiellement, par ses symptômes, du glaucôme. Il y a plus de raison d'admettre que le glaucôme est dû à une inflammation chronique de la choroïde, avec sécrétion de la lymphe plastique entre elle et la rétine. La choroïde, comme continuation de la pie-mère, est une véritable séreuse, et sécrète par conséquent de la sérosité et de la lymphe plastique, lorsqu'elle est enflammée. Chez une vieille femme affectée d'amaurose à un œil et opérée à l'autre par kératonyxis sans succès, on trouva une couche épaisse de lymphe plastique entre la choroïde et la rétine. Cette exsudation explique suffisamment les symptômes du glaucôme qui compliquait, chez cette femme, la cataracte. On explique très bien par l'exsudation de lymphe plastique et la résistance d'une membrane aussi dense que la sclérotique, la dureté du globe et la sensation douloureuse et progressive de la tension qu'éprouvent les malades affectés de glaucôme ; de plus, la compression, en agissant sur la rétine, donne lieu à la paralysie et la perte de la vue. A mesure que l'exsudation augmente, la rétine est déplacée et poussée en avant, en sorte que les rayons de la lumière, au lieu de s'entrecroiser à la surface, s'entrecroisent derrière elle ; de là l'obscurcissement, et plus tard l'abolition complète de la vue. L'exsudation pousse en avant le corps vitré, le cristallin et l'iris, et diminue par conséquent la capacité de la chambre antérieure. Si la lymphe exsudée est claire, comme cela a toujours lieu au commencement, la pupille reste noire et la vision diminue avant tout changement de couleur à la pupille, comme cela arrive ordinairement dans le glaucôme ; mais lorsque la lymphe plastique s'épaissit plus tard, devient albumineuse et opaque, la couleur du fond de l'œil doit changer et présenter un reflet concave, symptôme de glaucôme indiqué par les auteurs ; de plus, dans la choroïdite chronique, la sécrétion du pigment est aussi modifiée, l'iris change de couleur comme dans la choroïdite aiguë, ce qui augmente encore davantage l'aspect verdâtre de la pupille. Quant au trouble et à la coloration de l'humeur vitrée, ils n'ont pas toujours été vérifiés par l'autopsie, et, lorsqu'on les rencontre, ils doivent être attribués à la sécrétion de vaisseaux, qui, comme nous l'avons vu plus haut, communiquent avec ceux de la choroïde. Il y a encore une grande analogie entre la choroïdite chronique et le cirsophthalmose ou état variqueux des vaisseaux du globe de l'œil ; aussi l'ophthalmie interne chronique, la choroïdite et le glaucôme ont-ils été souvent décrits sous le nom de cirsophthalmose. On rencontre souvent de l'humeur sécrétée entre la choroïde et la rétine, et surtout dans les yeux des vieillards. Cette tumeur, en s'épaississant, présente un aspect membraneux, et la *membrane de Jacob* ne paraît pas être autre chose que ce fluide épaissi par le froid ou l'alcool dans lequel l'œil a été plongé. (Arnold, UNTERSUCH. ÜBER DAS AUGE DES MENSCHEN; Heidel., 1832, p. 65. Zinn, DESCR., p, 43.)

D'après la disposition anatomique des vaisseaux de la choroïde, qui se continuent avec la zône de Zinn et la membrane de Demours qui tapisse la face postérieure de la cornée, on s'explique la formation de la cataracte et l'obscurcissement de la cornée qui surviennent ordinairement dans le glaucôme.

II. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR LES DOCTEURS ROSER ET WUNDERLICH.

Les deux premiers cahiers de 1844 contiennent : 1° *Communications chirurgicales*; par le docteur Bruns, (1° Deux observations de cheloplastie de la lèvre inférieure d'après la méthode de Dieffenbach peu modifiée ; 2° appréciation de la méthode de Gerdy pour la cure radicale des hernies ; 3° cas de gangrène du scrotum reproduit ensuite par le déplacement de la peau environnante.) 2° *Sur le developpement de l'embryon*; par le docteur Meyer, (Recherches historiques.) 3° *Matériaux pour servir à la physiologie et à la pathologie du cerveau*; par le docteur Griesinger. (Analyse de plusieurs formes de maladie mentale et des altérations organiques correspondantes.) 4° *Recherches sur la disposition des fibres musculaires dans l'utérus de la femme en gestation*; par le docteur Pappenheim. 5° *Recherches pathologico-physiologiques*; par le docteur Meyer. 6° *Sur l'influence de la commotion de l'œil*; par le docteur Heyfelder. (Exposition succincte et intéressante de toutes les affections qu'une commotion peut produire dans l'œil.) 7° *Des idées dominantes en chimie physiologique et pathologique*; par le docteur Kloss. 8° *Expériences sur le mécanisme des luxations de l'avant-bras*; par le docteur Roser. (Pour exécuter ces luxations sur le cadavre, il faut porter l'articulation du coude dans une extension forcée et la ramener immé-

---

ront pleins de l'esprit dont tu as animé la science. Adieu, Geoffroy St-Hilaire ! adieu !

DISCOURS DE M. SERRES, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Messieurs,

Quand un homme de génie disparait de la scène du monde, la société porte aussitôt ses regards sur les œuvres qui ont marqué son passage.

La vie de l'esprit est ce qui l'occupe, ce qui l'intéresse pardessus tout ; car la société a le sentiment inné que ses productions sont plus que les autres les signes ineffables de la grandeur d'une nation.

La France particulièrement se fait remarquer parmi les nations modernes par son culte de l'intelligence, et ce caractère est le plus éminent peut-être qui distingue la race gauloise des autres races humaines.

Aussi, Messieurs, dans le sentiment religieux qui nous rassemble autour de la tombe de M. Geoffroy Saint-Hilaire, il y a quelque chose de plus que des regrets. Il s'y joint ce sentiment de douleur publique qui suivit la perte des Lavoisier, des Lagrange, des Laplace, des Chaptal, des Cuvier, des Poisson, dont les noms et les souvenirs sont si chers aux sciences et à la France.

Un nom de plus s'ajoute à ces grands noms ; et comme la plupart d'entre eux il appartient à l'ère de rénovation morale de l'homme, qui a commencé en 1789, qui se continue sans interruption, et à laquelle les sciences prennent une part si active.

La vie des savans se trouve ainsi intimement liée à la vie même de la nation. Une belle action, une de ces actions qui décèlent toute une vie d'homme, parce qu'elles sont l'élan de l'ame, fut la cause occasionelle de son entrée au Jardin-des-Plantes.

Haüy, le créateur de la minéralogie moderne, menacé par les terribles journées de septembre 1792, fut sauvé par Geoffroy.

Geoffroy, protégé par Haüy, fut nommé sous-garde et démonstrateur du cabinet d'histoire naturelle du Muséum. Ce fut dans ces modestes et savantes fonctions que le décret de la Convention du 10 juin 1793 trouva notre collègue pour en faire un professeur de zoologie.

La Convention qui avait tout détruit se trouvait en effet dans l'obligation de tout reconstruire.

Parmi ces créations, il n'en est pas qui soit plus empreinte de la grandeur de cette époque que celle du Muséum d'histoire naturelle. Il n'en est pas qui, dégagée de toute préoccupation politique du temps, marche vers son but avec plus de persévérance et d'élévation sans s'écarter jamais de ses bases constitutives.

Que ce décret ait été rendu, que les programmes des douze chaires aient été tracés avec ces hautes vues philosophiques qui résument le dix-huitième siècle, cela se conçoit. Mais qu'à l'instant même douze savans se soient trouvés pour les remplir dignement, et se soient mis à l'œuvre le lendemain, c'est un phénomène que la France seule sait produire !

Geoffroy Saint-Hilaire, si jeune alors et modeste comme il le fut toujours, hésitait devant la tâche qui lui était imposée, quand ces paroles de Daubenton décidèrent sa carrière : Osez l'entreprendre, dit-il au jeune naturaliste, et faites que dans vingt ans on puisse dire : la zoologie est une science française !

Geoffroy l'entreprit, et dès son premier ouvrage on reconnut que les prévi-

diatement dans la flexion; il est donc probable que la plupart des luxations se font de cette manière. On les réduit en faisant d'abord une extension forcée, puis une pression sur l'articulation en arrière, et enfin la flexion. Dans les luxations latérales, les tendons du biceps et du brachial antérieur peuvent s'interposer entre les surfaces articulaires. Dans un cas de luxation du coude, suivie de gangrène, huit jours après l'accident, l'on a trouvé au bras amputé l'artère brachiale et le nerf médian rompus, les tendons du biceps et du brachial antérieur derrière le condyle externe de l'humérus; les deux extrémités du radius et du cubitus derrière l'os du bras.) 9° *Remarques pratiques;* par le docteur Schweich. 1° Considérations sur les qualités d'une histoire de maladie bien rédigée; 2° antagonisme très prononcé entre les glandes salivaires et le foie: un homme affecté de squirrhe du foie saliva par une très petite dose de calomel; 3° une jeune fille de 8 ans affectée de scarlatine s'exposa à un courant d'air; immédiatement après l'exanthème disparut et l'enfant succomba avec les symptômes de gastro-entérite; à l'autopsie, on trouva l'estomac et les intestins uniformément colorés en rouge comme l'est la peau dans la scarlatine; il n'y avait pas d'arborisations vasculaires; 4° observation de scarlatine, compliquée d'inflammation de la dure-mère, qu'on a trouvée, à l'autopsie, fortement colorée en rouge; 5° ictère spasmodique: une femme sujette à des cardialgies fut subitement prise d'ictère qui céda promptement à l'aconit uni au vin stibié.) 10° *Sur les tubercules;* par le docteur Cless. 11° *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de Fribourg (service de M. le professeur Stromeyer);* par le docteur Hecker. (Article non achevé.)

RECHERCHES SUR LA DISPOSITION DES FIBRES MUSCULAIRES DANS L'UTÉRUS DE LA FEMME EN GESTATION; par le docteur PAPPENHEIM, à Breslau.

Ce petit mémoire est le résultat de recherches nombreuses et variées faites tant sur les matrices d'animaux que sur celles de femmes. Entre autres procédés, l'auteur s'est servi de celui des tourneurs; il a enlevé, lame par lame, les différentes couches de l'utérus dilaté par de l'air, les copeaux ont été examiné sous le microscope.

Ce travail se résume ainsi: l'utérus de la femme en gestation est formé de trois couches de fibre musculaire dont une *externe*, une *moyenne* et une *interne*. Chaque couche est composée de plusieurs lames qui offrent cela de particulier que les fibres ou les mailles augmentent de force selon qu'elles vont de dehors en dedans (couche externe) ou de dedans en dehors (couche interne).

La couche externe est formée de fibres qui sont longitudinales sur la face antérieure et postérieure et sur les côtés de l'utérus; transversales au fond de l'organe et s'enchevêtrent de manière à conserver l'équilibre en tous sens.

La couche moyenne est formée de plusieurs couches de fibres qui se dirigent de haut en bas vers la ligne médiane des deux faces de la matrice et qui sont croisées au fond par des fibres transversales appartenant au ligament rond, à la trompe de Fallope et aux ligamens des ovaires. Les fibres longitudinales évidemment destinées à abaisser le fond de l'utérus se replient en dehors à la face antérieure et postérieure de chaque côté, se croisent à la partie inférieure du corps de la matrice pour entourer le col d'une manière circulaire; en outre, il existe aux deux faces du corps des fibres transversales qui paraissent provenir des fibres longitudinales des côtés. Au détroit et au corps de l'utérus, on voit encore de petites fibres accessoires pénétrant dans la profondeur. Les côtés sont composés de mailles serrées produites par l'entrecroisement de fibres obliques.

La couche interne est composée de deux lames, une externe et une interne. Les fibres de la lame externe entourent en spirale les angles de l'utérus et se dirigent ensuite obliquement vers le détroit et le col. Les fibres sont plus délicates et plus régulières que celles de la couche: quelques-unes pénètrent dans les replis de la muqueuse. La lame interne forme un muscle triangulaire.

RECHERCHES PATHOLOGICO-PHYSIOLOGIQUES; par le docteur MEYER, à Tubingue.

1° DE L'ALBUMINURIE. Cette maladie peut être produite par une accumulation de sang dans les reins sans autre altération du tissu de l'organe, que l'accumulation soit due à un afflux de sang trop considérable par les artères ou à une stase dans les veines; de là on conçoit aisément que dans les maladies du cœur et des poumons on trouve également de l'albumine dans les urines. Cette assertion de l'auteur est appuyée par cinq expériences faites sur des animaux auxquels on a diminué le calibre des veines rénales ou caves par des ligatures, ou bien encore lié l'artère abdominale au-dessous du départ des rénales, et chaque fois l'urine est devenue albumineuse.

2° CONGESTIONS DANS LE SYSTÈME DE LA VEINE-PORTE. On a cherché à les imiter par des ligatures lâches jetées autour de la grande veine mésentérique; il en est résulté une accumulation de sang dans la rate, dans l'estomac et les intestins; le foie était exsangue et sa sécrétion diminuée, et par contre celle des intestins augmentée.

3° DU SANG MÉCANIQUEMENT RETENU DANS LES MUSCLES. Dans deux expériences où des vaisseaux ont été liés pour accumuler du sang dans les muscles, les mouvemens des animaux avaient été très entravés.

SUR LES TUBERCULES; par le docteur CLESS, à Stuttgard.

Ce travail repose sur 500 autopsies faites avec le plus grand soin, parmi lesquelles 176 de sujets tuberculeux; la plupart de ces individus avaient succombé avec les symptômes de la phthisie; ceux morts d'autres maladies et affectés de tubercules sont rares.

L'auteur cherche à résoudre ces deux questions:

1° Quelle est l'influence de l'âge sur le développement des tubercules?

2° Quels sont les rapports de l'affection tuberculeuse avec la mortalité en général?

Dans le tableau suivant, les sexes ne sont séparés qu'à partir de l'âge de 15 ans. Le nombre de femmes phthisiques est moindre que celui des hommes, ce qui peut dépendre de circonstances particulières de l'hôpital, et principalement du service de M. Cless; mais, en général, il y a, à Stuttgard, moins de femmes phthisiques que d'hommes.

---

sions de Daubenton ne tarderaient pas à s'accomplir.

Ce premier ouvrage n'était toutefois qu'un opuscule sur la classification des mammifères, classification que le temps a peu modifiée; mais les vues élevées qu'il renferme le placent à côté des *primæ lineæ* de la physiologie de Haller; jamais en effet les deux principes fondamentaux des sciences naturelles, celui de l'analogie et celui des différences, n'ont été combinés avec plus de force, avec plus de profondeur! On y découvre en les méditant et le génie d'où va sortir Geoffroy Saint-Hilaire, et le génie qui produira Cuvier. C'est qu'en effet l'opuscule portait ces deux noms: Geoffroy et Cuvier, implantés dès leur origine comme deux rameaux scientifiques sur une souche commune; l'un en fécondait le principe différentiel et son émule le principe analogique.

L'un créant l'anatomie comparée, et en faisant sortir la théorie paléontologique ébauchée par Sténon et Leibnitz.

L'autre créant la zoologie et en déduisant la théorie analogique de la création du règne animal.

Conceptions sublimes! fermant dignement le dix-huitième siècle et ouvrant avec éclat le dix-neuvième! Posant d'une main hardie, d'une part, les limites des sciences descriptives déjà si avancées, et jalonnant de l'autre les sciences générales ou physiologiques qui ne font que de naître! liant de cette manière le passé au présent pour aplanir les routes de l'avenir.

Résultats inappréciables des œuvres scientifiques et du long professorat de M. Geoffroy Saint-Hilaire!

Consultez les travaux immenses qu'il a publiés sur la détermination des espèces, des genres, et des familles des mammifères et des oiseaux; rassemblez les souvenirs de ses leçons si vives, si originales, si attachantes; partout vous trouverez la même philosophie, et cet esprit et cette philosophie, je les définis par ces mots: *l'art d'observer en grand.*

C'est cet art dont Geoffroy Saint-Hilaire avait hérité de Buffon, qui lui a valu ses succès et qui lui a frayé les routes nouvelles qu'il a tracées dans les sciences zoologiques et anatomiques;

Qui lui fit reconnaître tout l'arbitraire que renfermeut les classifications fondées sur l'immutabilité des espèces dont la nature lui montrait à chaque pas la variabilité;

Qui lui fit chercher dans l'action des agens extérieurs les causes de ces variations et la raison de ces zones zoologiques du globe dans lesquelles se circonscrivent les familles et les genres;

Qui lui fit poser les jalons de cette classification parallélique des animaux que son fils a si nettement formulée, et qui préside à la révolution qui s'opère en ce moment dans toutes les branches de la zoologie.

C'est là le talent de notre illustre collègue; il se décèle dans tous ses travaux par ce coup d'œil observateur qui découvre à tout moment dans le règne animal des propriétés, des analogies, des différences qui étaient restées inaperçues.

Il se décèle encore par ce caractère remarquable, non de raisonner avec plus de méthode, mais de trouver des principes même sur lesquels on raisonne; non de compasser des idées, mais d'en créer de nouvelles et de les multiplier sans cesse par une méditation profonde.

C'est là la source de cette liberté, de cette hardiesse de pensée qui forment un

AGE.	TUBERCULEUX. Hom.	Fem.	Total.	NON TUBERC. H.	F.	Tot.	TOTAL. H.	F.	Tot.	Nombre des tubercul. sur 100 morts.
Au-dessous d'un an			3			47			50	10
D'un an			3			7			10	
De 2 à 5 ans			11			6			17	64
6 à 9 ans			2			3			5	50
10 à 14 ans			8			7			15	
15 à 19 ans	6	1	7	11	15	26	17	16	33	21
20 à 24 ans	17	6	23	31	29	60	48	35	83	27
25 à 29 ans	25	4	29	14	15	29	39	19	58	50
30 à 39 ans	36	6	42	22	19	41	58	25	83	50
40 à 49 ans	15	4	19	16	10	26	31	14	45	42
50 à 59 ans	10	0	10	22	14	36	32	14	46	21
60 à 69 ans	5	1	6	14	13	27	19	14	33	18
70 à 79 ans	2	1	3	7	5	12	9	6	15	
80 à 90 ans	1	0	1	2	4	6	3	4	7	
Total	117	23	167	139	124	333	256	147	500	

Le plus jeune des trois enfans au-dessous d'un an avait dix-huit semaines : les deux poumons, les glandes bronchiques et la rate étaient farcies de tubercules miliaires crus. Le second, âgé de 7 mois, avait déjà, outre de nombreux tubercules, trois grandes cavernes. Chez le troisième, âgé de 8 mois, les tubercules très nombreux dans les deux poumons, les glandes bronchiques et la rate avaient atteint le volume d'une tête d'épingle, et même d'un pois.

Ce tableau confirme, ce qu'on savait déjà, que la plus grande fréquence des tubercules s'observait dans l'enfance ; en effet, sur 37 enfans de 2 à 14 ans, 21 étaient tuberculeux, et, sur 16 sujets seulement, on n'a pas trouvé de tubercules.

Ces observations de M. Cless, quoique ne portant que sur un chiffre minime, sont très importantes, en ce qu'elles ont été faites dans la pratique civile.

Vers la puberté, la mortalité des tuberculeux diminue notablement pour redevenir plus forte après cette époque, et pour décroître de nouveau après 40 ans. Ci-joint un tableau comparatif.

SUR 100 PHTHISIQUES SUCCOMBÈRENT,	d'après Cless,	Louis,	Bayle,	Clark.
De 15 à 20 ans	5	8	10	9
20 à 30 ans	37	31	23	28
30 à 40 ans	30	27	23	24
40 à 50 ans	14	18	21	18
50 à 60 ans	7	9	15	10
Au-dessus de 60 ans	7	4	8	7

Pour résoudre la seconde question, M. Cless a pris pour base le travail de Hoffmann sur la mortalité en Prusse, de 1820 à 1835. La première colonne indique la proportion d'individus qui, sur 10,000, succombèrent aux différentes époques de la vie, non compris les morts-nés. La seconde colonne indique le nombre d'individus sur lesquels on a trouvé des tubercules, et la troisième la proportion dans laquelle meurent, suivant les âges, 1000 tuberculeux.

	Sur 10000 meurent	sont tuberculeux	De 1000 tuberculeux meurent
Au-dessous de 1 an	2494	50?	20
De 2 à 14 ans	2399	1200	456
15 à 19 ans	255	60	23
20 à 29 ans	549	200	76
30 à 39 ans	565	280	106
40 à 49 ans	660	270	103
50 à 59 ans	814	170	64
60 à 69 ans	1022	400	152
70 à 79 ans	843		
80 à 89 ans	348		
Au-dessus de 90 ans	51		
	10000	2630	1000

D'après ce tableau, le nombre des enfans qui succombent aux tubercules, comparé aux autres enfans morts dans le même âge, offre un excédant surprenant. A l'âge de la puberté, la mortalité en général, ainsi que celle des tuberculeux, présente un des chiffres les plus bas. Il résulte de la troisième colonne que la moitié des individus phthisiques meurent avant 20 ans, et, sur ce nombre, les neuf dixièmes entre l'âge de 3 et 15 ans. On peut ensuite compter 35 pour cent de morts dans l'âge de 20 à 60 ans, dont une moitié au-dessus, et l'autre au-dessous de 40 ans, et les autres 15 pour 100 pour le reste de la vie.

Nous n'avons pas suivi l'auteur dans toutes les conclusions qu'il tire de ses tableaux, un simple coup-d'œil suffit pour les entrevoir.

III. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE,

PUBLIÉ PAR CASPER.

RECHERCHES SUR LA FORMATION DES CRISTAUX DE PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNÉSIEN DANS LA PUTRÉFACTION DES MATIÈRES ANIMALES; par le docteur ZIMMERMANN.

De nombreuses expériences ont prouvé que chaque fois que des matières animales se putréfient, il se forme des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, qu'on peut voir au microscope. C'est ainsi que l'auteur en a trouvé dans l'urine putréfiée ; celle-ci, privée de la fibrine au moyen du sublimé, n'en a pas fourni, même après quatre semaines de putréfaction. L'urine, privée de ses matières coagulables par la chaleur, ne donne des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien que fort tard. Ces cristaux sont abondans dans les produits du catarrhe de la vessie, de la néphrite. Il en a trouvé dans le pus des dents cariées, dans l'exsudation de la pleuro-pneumonie, dans le pus des abcès, dans le mucus nasal, dans les chairs et dans le sang putréfiés, etc., dans les matières fécales des animaux, surtout de ceux qui ont un canal intestinal très long et où les substances animales qui y séjournent très longtemps, surtout l'épithélium détaché, ont le temps d'entrer en putréfaction ; autant de fois donc qu'on trouve dans le produit de la sécrétion d'un malade du phosphate ammoniaco-magnésien, on doit admettre une décomposition putride de la matière animale, ce qui explique la présence de ces cristaux dans les matières fécales des individus affectés de fièvre typhoïde et dans la vessie des malades dont la vessie est paralysée, etc.

---

des plus beaux traits de ses écrits, et qui les rendent ineffaçables parce qu'ils sont empreints de cette noble indépendance des idées vulgaires qui enraient la marche de l'esprit humain.

La science des rapports, dont quelques étincelles brillent dans les écrits de Buffon, se trouvait arrêtée et comme étouffée dans les détails dont Daubenton l'avait environnée.

Geoffroy la dégage et la dégage par un de ces traits hardis qui créent aux sciences naturelles une ère nouvelle.

Ce fut quand notre anatomiste voulut expliquer la tête osseuse des poissons et ramener les pièces qui la composent au type connu des vertébrés et de l'homme adulte. Dès le premier pas, il s'aperçut que la tête osseuse de l'homme ne lui fournissait pas le nombre des pièces dont se compose celle des poissons.

Rejetant alors l'idée des pièces ichthyologiques que ses prédécesseurs avaient admises, il conçut la pensée de rechercher les élémens qui lui manquaient dans les noyaux osseux dont se compose la tête osseuse de l'embryon humain.

Il entra ainsi dans une immense carrière dont les premiers pas furent couronnés des plus heureux succès, et qui laissa dès-lors concevoir la solution d'une multitude de questions réputées insolubles par suite de l'inutilité des efforts précédemment tentés.

Avant Geoffroy St-Hilaire encore, la philosophie s'inclinait devant la gigantesque idée de la préexistence des germes et de leur éternel emboîtement ; la raison tournait sans cesse sur elle-même, et, après les efforts les plus pénibles, elle se retrouvait au même point d'où elle était partie. La sagesse consistait à se promener autour de ce cercle.

Geoffroy le franchit dans sa belle théorie des analogues, et entraîna à sa suite tous les physiologistes indépendans.

C'est d'après lui et en suivant les routes qu'il a tracées, que l'on ne croit plus maintenant que l'embryon des animaux soit la miniature de leur état parfait.

C'est d'après lui que la science a reconnu qu'avant d'arrêter les formes permanentes qui les caractérisent, les animaux traversent une foule d'autres formes intermédiaires qui ne sont que transitoires.

C'est depuis lui et avec lui que l'embryogénie comparée, délaissée parce qu'elle paraissait sans but, est devenue présentement une des parties fondamentales de la zoogénie, celle qui les commande, celle qui les domine toutes.

La puissance créatrice, que les systèmes nous représentaient, depuis les premiers jours de la création, inerte et enchaînée devant son propre ouvrage, répand dans les théories nouvelles sa liberté et son action.

La terre devient un vaste laboratoire où se développe continuellement une succession de nouveaux êtres suivant une marche progressive et ascendante, s'enchaînant depuis les infusoires, point de départ de la nature, jusqu'aux mammifères et à l'homme, dernier terme de ses efforts : pensée dont la paléontologie confirme tous les jours la sagesse et la profondeur !

La science enfin met à découvert cette marche progressive et continue de la vie jalonnée de loin en loin par des temps d'arrêt qui semblent être pour la nature des temps de repos. De sorte que le règne animal tout entier n'apparaît plus que comme un seul être qui, en voie de formation, s'arrête dans son développement, ici plus tôt, là plus tard, et détermine ainsi, en chaque temps de ses interruptions, les caractères distinctifs des classes, des familles, des genres et des espèces.

Vérité sublime dont les travaux modernes confirment de plus en plus la cer-

OPÉRATION CÉSARIENNE FAITE SUR UNE FEMME MORTE, AVEC SUCCÈS POUR L'ENFANT; par le docteur LOWEG, à Verl, près de Bielefeld.

OBS. — Le 23 août 1843, M. Loweg fut appelé chez une femme enceinte et malade depuis longtemps, qui expira peu après son arrivée; il fit bientôt l'opération césarienne dans la ligne blanche, en suivant les préceptes ordinaires. Après que l'enfant fut retiré avec le placenta, l'opérateur chercha en vain à provoquer la contraction de la matrice, en irritant sa face interne. Il s'écoula une petite quantité de sang veineux chaud. L'enfant paraissait complètement mort; il était à terme, frais, et avait évidemment vécu jusqu'à la fin de la vie de sa mère. On le mit dans un bain avec le placenta, qu'on enleva bientôt après, et on fit des insufflations d'air. Au bout d'un demi-quart d'heure, on sentit les pulsations du cœur, et bientôt après il fit une première inspiration qui devint peu à peu complète.

L'enfant continua à vivre; il était fort et bien portant. Trois mois après, il fut présenté à M. Loweg pour des rougeurs dans les plis des articulations; il est, dit-on, mort plus tard.

Il est très rare que les enfans retirés du sein de leur mère après la mort de celle-ci continuent à vivre; si on parvient à les ramener à la vie, on le doit à la persistance de l'emploi bien entendu des moyens indiqués, et parmi ceux-ci l'insufflation de l'air faite avec la bouche appliquée sur celle de l'enfant est évidemment le meilleur.

HERNIE VÉSICO-VAGINALE ENFANTILE; par le docteur BODER, à Gerswalde, près de Prenslau.

OBS. — La petite fille sujet de cette observation criait beaucoup et faisait de vives contorsions; on était en peine de découvrir la cause de ces violentes douleurs, lorsque M. Boder, en examinant toutes les ouvertures naturelles, trouva, à l'entrée du vagin, faisant saillie au-devant de l'hymen, une tumeur rouge du volume d'une noisette, qui par le toucher augmentait les cris de l'enfant; il diagnostiqua une hernie vésico-vaginale, et, après quelques tractions de taxis, il parvint à la réduire; immédiatement après, l'enfant urina et fut soulagée.

ENFANT BICÉPHALE; LIGATURE D'UNE DES TÊTES; par le docteur BUHRING, à Perleberg.

Nous rapporterons avec tous les détails ce cas extraordinaire, moins curieux par l'espèce de monstruosité que par les différens phénomènes physiologiques observés pendant l'opération.

OBS. — Le 31 octobre 1843, M. Bühring fut appelé au village de Kleinow, district de Perleberg, chez le paysan B., qui le pria d'enlever une tumeur placée derrière la tête de son enfant nouveau-né. Arrivé au village, le médecin trouva la mère, accouchée, à peine depuis dix-huit heures, tournant déjà le rouet à côté du berceau, où il trouva une petite fille couchée sur le côté gauche et ayant à la partie postérieure de la tête une grosse tumeur informe, et couverte en grande partie de cheveux. A un examen plus attentif, M. Bühring nota une tête petite, le front aplati comme chez le singe, les pariétaux s'approchant en angle dans la suture sagittale, la fontanelle antérieure normale, la postérieure très grande et couverte d'une peau mince; une partie du pariétal gauche et de l'occipital correspondant paraissait manquer à l'endroit où ces deux os concourent à la suture lambdoïde; la face régulièrement formée, ainsi que les autres parties du corps bien développées. La tumeur pesait, avec son appendice céphalique, 8 livres et demie; sur l'occiput, à côté de la fontanelle et un peu à droite, était placée la tumeur tenant à un pédicule d'un pouce et demi d'épaisseur, et formant ainsi une seconde tête plus grande que la tête de l'enfant. Cette pseudo-tête avait la face tournée à droite; on y observait une fente oculaire sans bulbe, une saillie indiquant le nez et une dépression à la place de la bouche; on n'y touchait pas d'os; elle était formée par un cuir chevelu, élastique, dans quelques points comme cartilagineuse. A la partie postérieure de cette espèce de môle, il existait un second sphéroïde très rouge, évidemment fluctuant et insensible à la pression, tandis qu'on ne pouvait pas toucher les autres parties de la môle sans faire crier l'enfant. Il en était tout autrement lorsqu'on comprimait le pédicule qui réunissait les deux têtes; la sensibilité était nulle, et, en augmentant la constriction, on ne faisait naître d'autres symptômes que ceux de la congestion cérébrale.

M. Bühring se décida pour la ligature du pédicule; mais, avant de l'entreprendre, il fit une incision de 2 pouces et demi dans la partie fluctuante, qui donna issue à 5 onces de sérosité jaune transparente; en écartant les lèvres de la plaie, on voit au fond deux hémisphères normaux avec des circonvolutions médullaires très saillantes, séparés par une scissure longitudinale profonde dans laquelle s'avançait un fort processus falciforme. Il pratiqua ensuite la ligature autour du pédicule avec un ruban ciré très fort; à mesure qu'on serrait les nœuds, la respiration de l'enfant, tranquille jusqu'alors, devenait pénible, précipitée, le pouls plus fréquent, petit, plus dur; les pupilles dilatées, les vaisseaux de la face et du crâne fortement injectés, surtout la veine jugulaire externe. On fit une saignée à cette dernière avant d'achever la constriction du pédicule. Le jet du sang de la saignée, interrompue d'abord, devint ensuite très fort; après que trois onces de sang se furent écoulées, tous les accidens indiqués ci-dessus disparurent, excepté un peu de gêne dans la respiration et des mouvemens irréguliers dans les membres. L'enfant fut mis au sein de la mère; la masse isolée par la ligature était violette en dehors, et si rouge en dedans qu'on ne reconnaissait plus la substance médullaire. Au bout de quelques minutes, elle était complètement froide, et comme l'enfant était tranquillement, on put examiner la masse liée avec plus de soin. Une incision longitudinale divisa d'abord la peau ferme, épaisse et couverte de cheveux; au-dessous d'elle, il y avait une véritable dure-mère qui formait inférieurement une espèce de tente de cervelet au-dessous de laquelle il y avait un hémisphère médullaire, rouge, dont la substance ne ressemblait pas à celle du cervelet; on reconnut les cuisses et les glandes lobes du cerveau, mais pas d'hémisphères du cervelet, pas de tobes, pas de cuisses et pas de vestiges d'une moelle allongée.

Il existait un fort sinus au bord postérieur du pli qui représentait la tente du cerveau; ce sinus, rompu par l'accumulation du sang, recevait deux troncs veineux provenant de l'occiput de l'enfant et compris dans la ligature. En écartant la grande scissure du cerveau et en attirant la faux, on put facilement séparer les deux lames; il y avait beaucoup de sang extravasé entre elles, et on en trouva aussi entre l'arachnoïde et le cerveau. En soulevant toute la masse de substance médullaire pour examiner la base, on reconnut assez distinctement, malgré beaucoup de caillots, un pont de varole et une commissure qui réunissait les deux hémisphères; les grandes cuisses du cerveau et les autres parties de la base du cerveau manquaient.

Pendant tout le temps de cet examen anatomique, l'enfant n'avait pas cessé de téter, et, deux heures après, il ne manifestait pas encore le moindre signe de douleur. La tumeur fut bien enveloppée de compresses trempées dans de l'eau-de-vie et soutenues par des bandes, et lorsque M. Bühring quitta l'enfant une heure après, il dormait paisiblement dans son berceau; mais à la seconde visite il le trouva mort, trente-six heures après l'opération.

L'autopsie ne laisse pas le moindre doute sur la nature de la monstruosité; c'était évidemment une seconde tête, puisque la véritable tête de l'enfant était complètement organisée; elle ne communiquait pas avec la pseudo-tête par une substance médullaire, mais par des cordons nerveux, des vaisseaux, et par le prolongement de la dure-mère.

Les autres organes étaient à l'état normal.

DE L'ENTROPION, DU TRICHIASIS, DE LA BLÉPHAROSTÉNOSE ET DE LEUR GUÉRISON; par le docteur FROEBELIUS, à St-Pétersbourg.

Du mois de mai 1842 à novembre 1843, le médecin de l'hôpital ophthalmologique a traité 90 personnes affectées de trichiasis et d'entropion souvent compliqués de blepharostenose, dont 7 souffraient aux quatre pau-

---

titude et la grandeur!

Noble ami! ami de plus d'un quart de siècle! puissent ces faibles paroles s'élever jusqu'à toi! puisse cet hommage d'un cœur dont l'attachement inviolable et la sincérité te sont depuis si longtemps éprouvés, adoucir l'amertume du vide que ton absence va produire dans la famille patriarcale!... que ton absence va produire dans l'âme de tous ceux qui t'ont connu, et dans l'Europe scientifique, si attentive à ta voix!

Adieu, digne ami! adieu!

DISCOURS DE M. EDGARD QUINET.

Après tant d'éloquens hommages adressés par des confrères à cet illustre mort, permettez qu'un homme qui n'a pour le pleurer ici d'autres droits que l'amitié et l'assentiment de sa famille ajoute un dernier mot. M. Geoffroy St-Hilaire nous appartient à tous comme une portion de ce patrimoine de gloire que la France distribue au moindre d'entre nous. Il est certain que l'histoire de la révolution et ses grandes campagnes d'Égypte, d'Espagne et de Portugal, ne seraient pas entières pour nous, si nous ne voyions en même temps la science avec M. Geoffroy St-Hilaire suivre le chemin de l'épée et faire tourner au profit de la civilisation les bouleversemens de la guerre. M. Geoffroy St-Hilaire, en Égypte, aux Pyramides, explique et agrandit la destinée de Napoléon, comme Aristote agrandit Alexandre. Pour que l'on sache tout ce que la France peut rassembler et faire à la fois, il faut qu'il se trouve un homme qui, depuis 1792 jusqu'à 1815, jusqu'à 1830, avec une suite admirable, poursuive sans jamais s'arrêter une même pensée, au milieu du fracas des révolutions et des batailles. La terre est remuée pendant plus d'un demi-siècle, les gouvernemens passent, Napoléon tombe, une autre dynastie se montre et disparaît, et sur ce sol perpétuellement ébranlé, dans cette sorte de siége que soulient la France contre le monde, il y a ici un penseur, un autre Archimède, que rien ne distrait, que rien ne déconcerte; qui, les yeux attachés sur la création, en cherche les mystères avec sérénité, comme s'il n'appartenait pas à la région des orages. Quand enfin, la France est matériellement vaincue, la pensée obstinée de ce grand esprit envahit l'étranger, et le plus grand écrivain de l'Allemagne, Goethe, semble ne s'être familiarisé avec toutes les sciences que pour inaugurer et populariser dignement dans le monde la victoire toute française de M. Geoffroy St-Hilaire.

Comment se fait-il qu'avec si peu d'amour du bruit et de l'éclat, cet homme, tout entier retiré dans la science, soit devenu populaire parmi nous? C'est que l'idée qu'il a mise en lumière est, à beaucoup d'égards, le fond de notre époque. Désir, pressentiment, nécessité d'une vaste unité, c'est là ce qui travaille le monde. M. Geoffroy St-Hilaire, véritable génie précurseur, a établi dans la nature et la science ce principe harmonieux que nous cherchons encore dans le monde civil, politique et religieux. Voilà par où les travaux de cet esprit créateur se lient au travail actuel de tout le genre humain, et comme il est d'abord arrivé à ce fondement d'unité que tout le monde recherche par toutes les voies, il a mis sans y songer toute le monde dans les intérêts de sa gloire. Nous n'étions pas tous capables de suivre chacun de ses pas: notre ignorance, notre impuissance nous arrêtait; mais nous nous disions: Il nous devance, il va où tout le siècle arrivera; nous marchions avec une confiance assurée vers l'avenir, sachant qu'il le possédait déjà dans l'ordre de la science et de la nature.

En même temps que la science était chez lui toute créatrice, elle avait je ne

pières à la fois; 76 aux supérieures et 7 aux inférieures; la moitié était des Finlandais, dont les habitatinns et la manière de vivre pouvaient avoir contribué à l'affection. Il était tonjours facile de distinguer l'entropion d'avec le trichiasis, regardés par plusieurs auteurs comme une même maladie.

Sur 80 individus affectés d'entropion, les bords palpébraux étaient toujours à l'état normal. Les panpières étaieut appliquées sur le globe par la contraction du muscle orbiculaire, tandis que le releveur semblait être paralysé. Dès qu'on soulevait la panpière supérieure avec le doigt, faisant alors fonction de releveur, le bord palpébral et les cils reprenaient leur position normale. Si l'entropion était plus prononcé à l'angle externe de l'œil, il était tonjonrs causé par une blepharostenose. Dans le cas de trichiasis et de distichiasis, le bord palpébral était rouge, tuméfié, et ses arêtes effacées; ordinairement les cils implantés irrégulièrement sur l'arête externe, les uns convenablement dirigés, d'autres renversés vers le globe; quelquefois il y avait deux rangées de cils, l'une normale sur l'arête externe, l'autre anormale sur l'arête interne, et quelquefois même une troisième rangée; en sorte que le bord palpébral était recouvert de poils. Chez quelques individus, dont les cils étaient tombés, le bord palpébral, rouge et tuméfié, était parsemé de petits poils blancs, très fins et soyeux. Dans 9 cas, le cartilage tarse était recroquevillé; enfin il y avait des cas où la double ou triple rangée de cils était encore compliquée d'entropion. Ce n'est que dans le trichiasis partiel que l'arrachement des cils était suivi de succès; dans les autres cas, on n'a pu obtenir la guérison radicale qu'au moyen du bistouri. L'excision d'une portion annulaire ou semi-lunaire des tégumens de la panpière suffirait dans l'entropion simple, mais non lorsqu'il serait compliqué de trichiasis. Pour pratiquer l'opération, l'auteur engage sous la paupière la lame de corne de Jæger, et fait deux incisions transversales semi-elliptiques à la pean de la paupière, puis il réunit les bords de la plaie par six ou huit points de suture séparés et la couvre de fomentations à la glace. Dans 40 cas, la cicatrisation par première intention était assez avancée an bout de 36 heures pour pouvoir enlever les fils. Lorsque la maladie était compliquée de trichiasis, l'opération était suivie de récidive au bout de quelques mois, en sorte qu'il fallait recourir à l'ablation du bord palpébral. Jamais on n'a observé la contraction spasmodique du muscle orbiculaire après qu'on avait débarrassé l'œil de l'irritation causée par les cils tournés vers le globe, mais les malades ouvraient et fermaient facilement les paupières. Lorsqu'il s'agit d'opérer sur la paupière inférieure, M. Frœbelius fait un pli à la peau en la pinçant entre deux doigts de la main gauche, puis il passe des anses de fil à travers la base de ce pli et tire sur leurs extrémités avec la main droite, jusqu'à ce que le pli devienne bien saillant, il l'enlève au-devant des fils avec des ciseaux de Cooper, et il ne reste plus alors qu'à réunir les lèvres de la plaie par la suture; à cet effet, il fait remonter les anses de fil, coupe chacune d'elles en deux et réunit au-devant de la plaie les deux bouts de chaque fil séparément.

Dans le trichiasis et dans sa complication avec l'entropion, l'auteur emploie, outre l'ablation du bord palpébral, suivant la méthode de Jænger et de Vacca Berlinghiere, le procédé suivant: après avoir renversé la panpière en dehors, il pratique une incision transversale à la conjonctive tout le long de la racine des cils; puis, après avoir redressé la paupière et engagé sous elle une lame de corne, il circonscrit par une incision semi-elliptique une portion de la peau de la paupière et la dissèque en y comprenant les racines des cils jusqu'à l'incision faite à la conjonctive; de cette manière, il n'intéresse pas le cartilage tarse au-devant duquel il réunit la conjonctive à la peau au moyen de plusieurs points de suture et applique sur l'œil des fomentations froides. La plaie guérit ordinairement par première intention, au bout de 24 à 36 heures. Dans deux cas seulement, il y a eu une suppuration; la première fois, les ligatures ont été enlevées trop tard, et dans l'autre, le bord du cartilage avait été percé par des aiguilles. L'avantage que l'auteur trouve dans ce procédé, c'est qu'en surjetant la pean et la conjonctive au-devant du bord du cartilage on empêche la cicatrice linéaire et à peine visible de se tourner en dedans et de frotter sur le globe de l'œil. Chez 14 malades, où il y avait en même temps blepharosterose, il a fallu agrandir la fente palpébrale en même temps qu'on a fait l'opération de l'entropion, et dans quelques cas où l'adhérence des panpières à l'angle externe était trop forte, M. Frœbelius, au lieu de se contenter d'une simple incision, a excisé un lambeau triangulaire et réuni la conjonctive à la pean par quelques points de suture.

Il a observé deux blépharophimosis chez des nouveau-nés, avec atrophie du globe de l'œil; toutes les autres blépharostenoses avaient été précédées d'ophthalmies chroniques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JUIN.

TENDANCE DES RACINES A FUIR LA LUMIÈRE.

M. DUTROCHET fait, au nom de MM. Mirbel, Becquerel, Pouillet, et en son propre nom, un rapport favorable sur le mémoire de M. Payer, intitulé: MÉMOIRE SUR LA TENDANCE DES RACINES A FUIR LA LUMIÈRE. Nous avons exposé dans le temps les faits principaux de ce travail.

ISOETES D'ALGÉRIE.

M. BORY ST-VINCENT lit une note sur les isoëtes et les espèces nouvelles de cette famille, découvertes en Algérie. Linné avait classé les isoëtes à la suite des fougères, en faisant de ces cryptogames une annexe de cette famille. M. Bory-St-Vincent pense, au contraire, avec Claude Richard que les iloëtes forment une famille bien caractérisée; c'est ce qu'il s'est attaché à démontrer dans cette note. On ne connaissait jusqu'à présent que deux espèces d'isoëtes, toutes deux aquatiques. Les recherches faites récemment en Algérie prouvent l'existence de quatre espèces nouvelles, dont deux aquatiques et deux essentiellement terrestres ne semblent venir que loin de l'eau, dans les expositions les plus sèches.

ACTION DE L'IODE SUR LES VÉGÉTAUX VIVANS.

M. le docteur ROBIN MASSÉ adresse un mémoire contenant des expériences relatives à l'action de l'iode sur les végétaux vivans. L'auteur s'est proposé de résoudre une question de physiologie végétale restée jusqu'à présent indécise, ou plutôt résolue, dans des sens différens; savoir: l'influence qu'exerce l'iode sur le développement des végétaux, lorsqu'il est mis en rapport avec ces derniers, jouissant de toute la plénitude de la vie. Ainsi, suivant l'auteur de recherches consignées dans les annales de la société d'horticulture, l'iode exercerait une action stimulante sur la germination des graines et sur la vie des végétaux. Suivant M. Vogel, de Munich, au contraire, l'iode détruirait la faculté germinative des graines. Dans le but d'éclairer cette question, M. Massé a institué les expériences suivantes: il a mis l'iode en rapport avec les végétaux à différens degrés de développement, à diverses époques de leur vie. Il a semé des graines dans l'iode et les a arrosées d'eau distillée. Il a immergé d'autres graines dans de l'eau tenant de l'iode en dissolution et les a semées après une immersion plus ou moins pro-

sais quel grand caractère antique et religieux. Quel enthousiasme persévérant, dans un temps où l'on prétend qu'il n'en existe plus! quelle grandeur! quelle amplitude naturelle dans les conceptions! quelle simplicité patriarcale! quel élan! quel ravissement intérieur de l'homme qui passe sa vie à découvrir et à créer! Il est de la famille des Archimède et des Kepler!... On l'a accusé d'être poète. Oui, sans doute, il l'était comme ces grands hommes, par un pressentiment plus soudain, plus impérieux, plus divinatoire de l'exacte vérité.

Après avoir reçu tant de lumières de cet esprit dans sa force, il nous restait à apprendre de lui, depuis dix ans, comment il faut mourir. Il était devenu aveugle comme Galilée, mais sa sérénité n'en a pas été troublée un moment: il souriait encore à ces merveilles de la terre et du ciel, qu'il voyait, comprenait, découvrait des yeux de l'esprit. On sentait dans cette paix incroyable un homme qui avait bonne conscience des lois et du plan caché du créateur. Il avait été initié aux travaux secrets de la Providence, et de ce spectacle il avait rapporté la sérénité du juste. Quoi de plus sublime que cette mort du génie qui, ainsi dirigé et conduit, est la sainteté même de l'intelligence? Il s'approche en souriant de la vérité sans voile; à la fin, il descend ici, sans rien craindre, dans l'éternelle science.

Où est celui d'entre nous, où est le souverain qui ne désirerait une fin semblable? Et puissent ces paroles retentir jusqu'au fond de cette maison vide, hier encore si remplie par ce grand mort, dont la veuve et la fille inconsolables prêtent l'oreille pour entendre ce dernier bruit autour de cette fosse. Elles nous l'ont conservé pendant 10 ans, Messieurs, au-delà du terme marqué par la nature, ces pieuses mains, qui ne l'ont quitté dans tout cet intervalle ni jour ni nuit. En goûtant cette merveille de la piété conjugale et filiale, il disait, ce vrai juste: « Je suis presque heureux d'être aveugle. » Qu'elles soient récompensées, ces nobles femmes, par la double immortalité de celui qu'elles pleurent, d'autant plus que le fils et le frère qui leur reste, nous rappellent l'époux et le père qui n'est plus. Parmi tant de familles qui ont apporté ici ce qu'elles avaient de plus cher, combien peu ont obtenu ce qu'aucune mort ne peut vous enlever! elles se sont retirées presque toutes les mains vides, et sans aucune consolation présente; pour vous, vous emportez, au contraire, avec la gloire du nom qui est le vôtre, une immortalité visible, signe permanent de celle que nos yeux ne peuvent pas discerner.

M. Geoffroy St-Hilaire a accompagné nos armées dans leur route triomphale. N'est-ce qu'un pur hasard qui veut qu'il soit couché en ce moment tout à côté de son ami le général Foy? Qui, parmi vous, ne se souvient de cette séance d'une de vos académies, où M. Cuvier raconta comment le dévoûment de M. Geoffroy St-Hilaire a sauvé du massacre du 2 septembre votre grand Haüy? L'assemblée tout entière applaudit; un homme traverse la foule, il se jette dans les bras de Geoffroy St-Hilaire, et lui dit: « Cher ami, cœur, âme, génie, vous avez tout pour vous! » Cet homme, c'était le général Foy. Il attendait ici quelqu'un: il fallait que le guerrier et le savant fussent de nouveau réunis. Maintenant, ces deux frères par la gloire se touchent ici dans la mort! Adieu, esprit doublement immortel! Toi qui étais si indulgent sur la terre, ne méprise pas en ce moment mon hommage. Je te dis adieu au nom de tous ceux dont tu ouvres la carrière! Aide-moi de ta lumière et de ta vertu! La meilleure chose de ma vie sera toujours d'avoir obtenu ton amitié.

longée; il en a semé dans du sable pur, puis dans de la terre végétale arrosée d'eau iodée. Il a semé d'autres graines dans les circonstances ordinaires, et lorsque les plantes eurent acquis un certain degré de développement, il a arrosé celles-ci avec de l'eau iodée. Enfin il a enlevé des rameaux à des plantes bien développées et les a placés dans la même dissolution. Voici les conclusions que l'auteur a cru pouvoir déduire de ses expériences : 1° les graines semées dans l'iode ne peuvent y germer; 2° lorsque l'iode en dissolution dans l'eau est mis en contact avec des graines, il agit sur elles d'une manière analogue à l'iode solide; mais son action, dans ce cas, est moins énergique; de sorte que si l'immersion de la graine dans l'eau iodée n'a pas été prolongée (24 heures, par exemple), la germination n'en sera point empêchée; 3° lorsque des graines semées dans de la terre végétale ou du sable pur sont arrosées d'eau iodée, presque toujours leur germination est en retard; une fois la germination opérée et les jeunes individus produits au jour, ceux-ci restent constamment moins développés, plus chétifs. Enfin en continuant à les arroser d'eau iodée ou en arrosant avec la même solution des individus nés et développés dans les circonstances ordinaires, les uns et les autres croissent avec langueur et finissent par se dessécher et mourir; 4° l'iode n'est pas moins funeste aux rameaux détachés des plantes et placés dans sa solution aqueuse, qu'il ne l'est aux graines et aux végétaux complets soumis à son influence; 5° l'iode n'agit pas seulement en se combinant avec la cellulose qui compose les parties avec lesquelles il se trouve immédiatement mis en contact; mais il est absorbé et porté au loin, soit à l'état libre, soit après être entré dans quelque combinaison formée aux dépens des tissus qu'il traverse et de quelques-unes des matières que ceux-ci contiennent, car l'analyse en constate la présence dans la tige et dans les feuilles.

M. Robin Massé s'est demandé en outre si l'iode ne serait pas une sorte de pierre de touche propre à décider la question si difficile et si controversée de la nature de certains êtres organisés que les uns placent parmi les végétaux, tandis que les autres les regardent comme appartenant au règne animal. Tous ces petits êtres, dit-il, dont il colorerait quelques parties en bleu, devraient alors être classés parmi les végétaux; tous ceux chez lesquels il ne produirait aucune coloration bleue devraient être regardés comme appartenant au règne animal. Il a soumis, dans ce but, à cette épreuve des *arthrodesmus* et des *oscillaria*; les premiers sont devenus bleus; la couleur des *oscillaria* n'a subi aucune modification. Les premiers seraient des végétaux, les seconds devraient rester dans le règne animal, où la plupart des naturalistes s'accordent à les placer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Hillairet ayant le projet d'étudier les fièvres intermittentes qui règnent habituellement dans la Charente inférieure, demande des instructions à l'Académie par l'intermédiaire de M. le ministre du commerce.

M. le Président propose de prendre en considération la demande de M. Hillairet et de la renvoyer à la commission de topographie et de statistique médicale.

M. Dupuy est admis, sur sa demande, à se joindre à la commission, à laquelle il se propose d'émettre quelques vues particulières sur les maladies dont il s'agit.

LITHOTRITEUR; SONDE ÉVACUATRICE.

M. Guillon adresse un perfectionnement du lithotriteur de M. Heurteloup, qu'il emploie depuis plusieurs années et qui présente des avantages réels.

Avec cet instrument, il obtient ordinairement en une seule séance des résultats qui, avec d'autres brise-pierres, en nécessiteraient quatre ou cinq.

Le *levier* que présente son armature, et à l'aide duquel on exécute la *pression*, seule, ou combinée avec la *percussion*, permet également de recourir alternativement à l'un et à l'autre mode d'action. Ce levier opère avec une très grande rapidité le broiement de calculs susceptibles d'être détruits de la sorte, et le chirurgien peut facilement apprécier le degré de force qu'il emploie; ce qu'on ne peut faire avec les différentes espèces d'écrous ou le pignon.

La pièce centrale, nommée *évacuateur*, et qui est un double fond mobile, sert à le débarrasser très promptement et facilement du détritus qui s'accumule dans la branche femelle, sans qu'il soit nécessaire pour cela de le retirer de la vessie. Cet évacuateur, en faisant tomber dans le réservoir de l'urine les portions de calcul qui se trouvent entre les mors du brise-pierres, rend à celui-ci son volume primitif, avant qu'on ne le retire.

Les reproches réellement fondés qu'on fait à la lithotritie sont les suivans :

1° Un grand nombre de séances, avec les brise-pierres généralement employés, est nécessaire pour broyer un calcul assez dur et d'un certain volume.

2° On déchire toujours plus ou moins la membrane muqueuse qui tapisse le col de la vessie et l'urètre, en retirant un lithotriteur rempli de détritus et de fragmens de calculs dont les pointes font saillie de chaque côté de son bec.

3° C'est cette extraction, qu'on est obligé de renouveler six à huit fois par séance avec les brise-pierres en usage qui détermine la grande majorité des accidens qu'on observe à la suite de cette opération.

C'est dans l'espoir d'éviter ces inconvéniens que M. Guillon a fait exécuter son lithotriteur, qui n'exige *ni aides, ni support ni aucun moyen contentif.* Il demande qu'on désigne une commission devant laquelle il emploiera son instrument.

M. Guillon joint à cette lettre une des sondes évacuatrices dont il se sert pour favoriser la sortie des détritus.

(Commissaires : MM. Amussat, A. Bérard et Blandin.)

CANDIDATURE.

M. Roux, au nom de la commission chargée de l'examen des titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire, demande à l'Académie l'autorisation de porter la liste de candidature au nombre de 6.

L'Académie consultée adopte.

PRIX ITARD.

M. le Président prévient que l'Académie se formera en comité secret à 4 heures, pour entendre le rapport de M. Guéneau de Mussy sur le prix Itard.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES OPHTHALMIES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ophthalmies spécifiques. La parole est à M. Gerdy pour la continuation de son argumentation.

M. Gerdy n'ayant pas eu le temps de terminer à l'heure désignée par le comité secret, la parole lui est réservée pour le commencement de la séance prochaine. Nous attendrons en conséquence que son argumentation soit terminée pour la reproduire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. DE RATIONE ET METHODO ANATOMIÆ COMPARATIVÆ COMMENTATIONE; scripsit J.-G. Frid. Will. Erlangæ, 1841. Dissert. inaugur. In-4°; 16 pages.

II. DILATATIO PELVIS EX OSTEOMALACIA COARCTATÆ IN PARTU BIS OBSERVATA; diss. inaugur. scripsit H.-G. Spengel. Heidelbergæ, 1842. In-8°; 31 pages.

III. UEBER DIR WIEDERZEUGUNG DRR KRYSTALLINSE (SUR LA REPRODUCTION DU CRISTALLIN); par Charles Textor. Diss. inaug. In-8° de 71 pages, avec trois planches lithographiées. Würzbourg, 1842.

IV. VERSUCH UEBER DAS VORKOMMEN DER HARNSTEINE IN OSTFRANKEN (ESSAI SUR L'EXISTENCE DES CALCULS URINAIRES DANS LA FRANCONIE ORIENTALE); par le docteur Ch. Textor. Dissertation pour obtenir le grade de professeur particulier *(privat docent)*. In-4° de VIII et 88 pages. Würzbourg, 1843.

V. DE DIATHESI PURULENTA; dissert. inaug. scripsit G. Crone. Heidelbergæ, 1843. In-8° de 30 pages.

VI. DE ENCHONDROMATE; auct. Jacob Herz. Erlangæ, 1843.

I. Les travaux relatifs à l'anatomie comparée se sont tellement multipliés depuis une quinzaine d'années qu'il devient de jour en jour plus difficile de se tenir au courant des observations nombreuses qui s'accumulent de toutes parts. La difficulté est plus grande encore pour le professeur chargé d'enseigner cette vaste science; il doit surtout éviter, comme un écueil dangereux, de se perdre dans les détails; ses efforts doivent tendre à donner des idées générales, des idées d'ensemble; à faire ressortir le lien qui unit entre eux les faits constatés; à ramener, autant que possible, tous ces faits à une unité harmonique. Ce sont ces considérations qui ont inspiré au docteur Will le sujet qu'il a traité avec talent dans sa dissertation. Voulant faire voir ce que doit être le professeur, il examine les points de vue sous lesquels on peut apprendre et enseigner l'anatomie comparée; il ne se montre partisan exclusif ni de l'école philosophique ou *à priori*, ni de l'école expérimentale (*à posteriori*); les deux écoles doivent se donner la main, elles ne peuvent marcher l'une sans l'autre. Après avoir démontré l'utilité de l'enseignement de l'anatomie comparée, il fait voir que cette science, pour être comprise, ne nécessite nullement la connaissance de l'anatomie humaine, mais que celle-ci au contraire gagnera à n'être enseignée qu'à la suite de la première, dont elle doit être considérée comme le couronnement.

Quant aux méthodes à suivre, l'auteur ne se prononce ni pour l'ordre zoologique, ni pour l'ordre physiologique, l'une et l'autre méthode ayant ses avantages, suivant le but qu'on se propose.

II. Le docteur Spengel, élève du célèbre professeur Nægelé, rapporte en détail deux observations d'ostéomalacie des os du bassin qui lui ont été communiquées par le savant accoucheur de Heidelbourg. La première observation a pour sujet une femme qui, après avoir eu cinq enfans, ressentit seulement, à l'âge de 24 ans, des douleurs dans les os du bassin et dans les dernières vertèbres lombaires. Bientôt la marche fut empêchée. Dans cet état, cette femme devint enceinte; l'exploration obstétricale fit voir que le bassin, atteint d'ostéomalacie, se trouvait extrêmement déformé. On put cependant extraire le fœtus à l'aide du forceps, à cause de la flexibilité des os. A l'âge de 29 ans, septième grossesse,

présentation par les pieds; version et perforation du crâne; extraction du fœtus. Cette femme se rétablit assez bien, les os se durcirent de nouveau, et la marche redevint possible. Une nouvelle grossesse survint au bout de six ans; le détroit supérieur s'était encore rétréci davantage, il n'avait plus qu'un pouce et demi de diamètre antéro-postérieur. Les os ayant repris leur dureté, on ne put songer à extraire le fœtus par les moyens employés précédemment. L'opération césarienne amena un enfant vivant, mais la mère mourut le cinquième jour d'une violente péritonite.

Le sujet de la deuxième observation est une femme qui ne ressentit les premières atteintes de son mal que pendant le cours de la quatrième grossesse; elle avait alors 31 ans. Les douleurs cessèrent après l'accouchement. Elles reparurent pendant la cinquième, la sixième, la septième et la huitième grossesse, avec une intensité toujours croissante, mais sans persister après les couches. A partir de la huitième grossesse, l'ostéomalacie fit des progrès rapides, la marche fut empêchée. La malade devint enceinte une neuvième fois; le bassin était alors considérablement rétréci, ce qui n'empêcha pas de faire l'extraction par le forceps. Cette femme mourut deux ans après.

La seconde partie du travail de l'auteur comprend des considérations historiques sur les circonstances dans lesquelles on peut compter sur la flexibilité des os pour terminer l'accouchement malgré l'étroitesse du bassin.

III. Les faits authentiques qui constatent la faculté qu'a le cristallin de se reproduire, ne remontent pas à une date ancienne. Le professeur Vroley, d'Amsterdam, est le premier qui ait signalé, en 1801, cette propriété. En 1825, MM. Cocteau et Leroy-d'Etioles firent connaître à l'Académie de médecine le résultat d'expériences entreprises sur divers animaux, à l'effet de démontrer la régénération du cristallin. Cependant le docteur Backhausen, de Berlin, institua, en 1827, des expériences qui n'amenèrent aucun résultat et qui portèrent leur auteur à conclure que les expérimentateurs français s'étaient trompés. Après avoir encore rapporté et analysé plusieurs autres travaux et de nombreuses observations qui démontrent la formation de nouveaux cristallins sur les animaux et sur l'homme, M. Textor expose en détail les expériences sur les animaux et les observations qu'il a eu l'occasion de faire, avec son père, sur des individus opérés de la cataracte. L'auteur a déduit de ses propres recherches et de celles des auteurs qui l'ont précédé une série de corollaires dont la réunion forme un travail d'ensemble intéressant sur cette question. Nous les reproduirons en abrégé.

1° L'extraction ou l'abaissement du cristallin est suivi de la reproduction d'une nouvelle lentille plus ou moins régulière, ou tout au moins de la formation d'une certaine portion de la masse cristalline; 2° cette reproduction est opérée par la capsule, pourvu que celle-ci soit saine; 3° quand la capsule est enlevée, le cristallin ne se reproduit pas; 4° la capsule adhère au nouveau bourrelet cristallin, mais non d'une manière tellement intime qu'on ne puisse les séparer; il est donc probable que le cristallin pourrait se reproduire une seconde fois; 5° la nouvelle lentille possède la même transparence que l'ancienne; 6° la reproduction du cristallin exige un certain temps dont la durée est très variable; 7° la nouvelle lentille gagne avec le temps en épaisseur et en solidité; 8° sa forme dépend de la lésion de la capsule; 9° celle-ci, dans tous les cas de reproduction, est restée transparente.

IV. Le docteur Textor a réuni dans ce travail toutes les observations qu'il a pu se procurer de calculs urinaires survenus en Franconie, contrée dans laquelle cette affection est regardée comme très rare. Le premier fait remonte à l'empereur Henri II, qui régna de 1002 à 1004. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, le nombre des faits que l'auteur a pu recueillir ne s'élève qu'à 159, dont 64 calculs rénaux et 9 vésicaux. Ainsi, les calculs sont, en général, très rares en Franconie. Mais, par contre, la gravelle y est assez commune, et un grand nombre de personnes des deux sexes rendent, avec les urines, beaucoup de sable et même de très petits fragmens de calculs. Les calculs, quand ils existent, causent rarement de la douleur; il arrive quelquefois qu'ils se brisent et se pulvérisent spontanément dans la vessie. L'auteur explique ces circonstances par la nature du terrain qui consiste en grès bigarré (Muschelkalk et Keuper), en général, par la qualité de l'eau et le genre de vie des habitans. Il donne en détail la constitution géologique des diverses localités, et indique pour chacune d'elles le nombre des cas de calculs qu'elle a produits. Un fait remarquable, c'est l'influence favorable qu'exerce la qualité du vin de ces contrées; son usage a presque toujours empêché le développement des calculs.

En somme, le travail du docteur Textor est riche en documens, et très intéressant à consulter pour les personnes qui s'occupent de l'étiologie de la lithiase.

V. La dissertation inaugurale du docteur G. Crone, sur la diathèse purulente, est un bon travail, dans lequel l'auteur examine et discute les diverses opinions qui ont été émises sur cette question.

VI. Le professeur S. Muller est le premier qui ait désigné sous le nom particulier d'enchondrome une tumeur de nature spéciale, confondue jusqu'alors sous les dénominations d'ostéosarcome, d'ostéostéatome, de tumeur cancéreuse des os, etc. Le docteur Herz donne une histoire détaillée de cette maladie, accompagnée d'observations intéressantes. L'enchondrome est une tumeur fongueuse des os et des parties molles, comme les glandes, par exemple. Sa forme extérieure rappelle celle de la pomme de terre; elle atteint quelquefois la grosseur du poing; la peau reste intacte; la tumeur est formée par une agglomération de petits tubercules remplis d'une substance de la nature d'un cartilage mou. Quand on dissèque cette tumeur, on la trouve composée de deux parties distinctes à l'œil nu: l'une fibreuse et membraneuse, formée de cellules plus ou moins grandes; l'autre, contenue dans cette enveloppe fibreuse, est blanche et d'une consistance plus molle que le cartilage. L'examen microscopique fait voir que cette matière incluse présente tous les élémens du cartilage: des cellules ovales ou rondes, ou irrégulièrement oblongues, avec des granulations. Il arrive souvent que l'enchondrome, de même que le cartilage embryonaire, est entièrement celluleux. Les recherches chimiques viennent à l'appui des observations microscopiques pour démontrer également la nature cartilagineuse de la tumeur; on en retire de la chondrine. L'enchondrome se présente sous divers aspects. Quand il affecte les parties molles, il est recouvert d'une enveloppe mince semblable à du tissu cellulaire; il n'attaque pas les articulations; il laisse aussi intacts les tendons et les muscles. L'enchondrome des os est beaucoup plus fréquent; il attaque plus particulièrement les os du métacarpe et des phalanges. Dans ce cas, il peut se présenter sous deux formes: tantôt il existe une enveloppe osseuse; c'est ce qui se voit dans les phalanges; le réseau osseux est alors ramolli et remplacé par la masse de l'enchondrome; d'autres fois, l'enchondrome est sans enveloppe osseuse; c'est ce qui se voit dans les os spongieux; la surface de la tumeur est alors bosselée et formée par une agglomération de corpuscules arrondis.

Après avoir donné les caractères de la maladie, l'auteur rapporte plusieurs observations et complète l'histoire de cette affection chirurgicale en décrivant avec soin sa marche et son diagnostic.

La planche lithographiée jointe à ce mémoire retrace les principaux caractères de l'enchondrome.

VARIÉTÉS.

— L'argumentation des thèses pour le concours de l'agrégation (section de chirurgie) a commencé hier mardi. Les séances auront lieu tous les jours à quatre heures.

— Des prix ont été distribués lundi dernier aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement, à Paris, par M. le pair de France, préfet de la Seine, président du conseil-général des hospices. M. le préfet a ouvert la séance par une allocution; il a retracé les devoirs d'une profession qui doit inspirer non moins d'estime que de confiance, et qui se lie par tant de rapports à l'intérêt social, aux droits privés et aux vertus publiques. M. le docteur Danyau, professeur-adjoint de l'établissement, et Mlle Grison, ont ensuite pris la parole successivement. Le directeur de l'établissement a lu le procès-verbal des épreuves du concours auxquelles les élèves sages-femmes ont été soumises, et proclamé les noms de celles qui ont obtenu des récompenses.

Le premier prix a été décerné à Mlle Grison, élève aux frais du département de l'Allier. Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, après Mlle Grison, sont: Mlles Fadory (de la Corrèze); Dauvel (de l'Eure); Niémann (de St-Germain-en-Laye); Cherloneix (de la Creuse); Gilet (de Seine-et-Marne); Andrié, Métais (de la Seine); Lamier (de l'Eure); Tuellès (du Cher); Deldébat, Picouleau (de Seine-et-Marne).

— Notice médicale sur les bains d'Ems (Bad-Ems), lue à la Société de médecine de Paris, le 17 mai 1844; par M. Fraconneau-Dufresne, l'un de ses membres. In-8°.—Prix: 75 centimes.

Paris, chez l'auteur, rue Godot-de-Mauroy, 28.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 27. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 6 JUILLET 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'aboune à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE CHYLE; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. — DU CHYLE ABANDONNÉ A LUI-MÊME HORS DE SES VAISSEAUX.

Lorsque le chyle est extrait de ses vaisseaux et qu'il subit le contact de l'air, deux phénomènes très apparens ne tardent pas à se manifester, sa coagulation et sa coloration en rouge.

1° Coagulation. Elle a pour résultat la transformation du chyle en une masse solide, molle, tremblotante comme de la gelée, qui adhère aux parois du vase où le chyle a été reçu, et qui subit après quelques instans une rétraction assez marquée; en même temps la masse coagulée laisse suinter une portion liquide et trouble, d'une nuance blanchâtre et qui persiste à l'état liquide. Il en résulte le *sérum* et le *caillot*. Lorsque la quantité du chyle qu'on examine est très faible, le caillot ne se resserre pas assez pour exprimer le sérum, il ne prend d'ailleurs qu'une consistance très faible, en sorte que si l'on n'observe pas très attentivement ce qui se passe, le chyle ne paraît pas avoir subi de changement. Si l'on n'en dépose qu'une gouttelette sur une lame de verre, l'illusion est plus facile encore, parce que l'évaporation prompte de la partie séreuse la réduit bientôt à une sorte de croûte blanchâtre. C'est sans doute pour n'avoir examiné que de faibles quantités de chyle que M. de Blainville (1) a été conduit à affirmer qu'il n'avait jamais observé la séparation spontanée de ce liquide en sérum et en caillot.

Le temps nécessaire pour que le sérum se coagule varie suivant diverses circonstances. Le contact de l'air paraît être une condition favorable au rapide accomplissement de ce phénomène. En effet, lorsque le chyle est laissé dans le canal thoracique, il reste plusieurs heures sans se coaguler. Je l'ai vu parfaitement liquide chez l'homme 24 heures après une mort violente; mais il se coagula assez promptement après son extraction du canal thoracique. Le chyle différerait donc sous ce rapport du sang, qui généralement se coagule dans les vaisseaux après la mort. Environ six ou huit minutes après qu'on l'a recueilli, le chyle se prend en une gelée molle, que Brande avait comparée à la partie caséeuse du lait. Si on incline la surface sur laquelle la liqueur animale a été déposée, rien ne s'écoule et la masse ne se déforme que faiblement; mais un quart-d'heure après, l'aspect gélatiniforme fait place à une apparence fibrineuse, le caillot se dessine et le sérum suinte de sa partie inférieure, qui en est

(1) Physiologie générale et comparée. 1833.

Feuilleton.

LES MÉDECINS CONSIDÉRÉS COMME EXPERTS.

(Voir Gaz. Méd., no 38, 1843.)

II.

Les expertises judiciaires sont l'une des fonctions les plus importantes des médecins. Leurs connaissances spéciales, leurs lumières, sont nécessaires à la justice, et s'ils ont le droit, ainsi que nous l'avons précédemment établi, de lui refuser leur concours, s'ils ne sont pas liés par ses réquisitions, ils doivent cependant considérer, en général, ce concours comme un devoir de leur profession, puisqu'un intérêt public y est attaché et l'exige. Il est dès lors utile d'examiner les formes qui doivent être suivies dans ces expertises.

Il est un grand nombre de crimes et de délits dont les élémens ne peuvent être purement appréciés et constatés que par la science médicale : tels sont les cas d'attentat à la pudeur et de viol, les coups et blessures, les homicides, l'empoisonnement, l'administration de substances nuisibles à la santé, l'avortement, l'infanticide. Dans tous ces cas, le juge d'instruction, lorsque la procédure n'est pas encore arrivée à l'audience, ou le président des assises, lorsque la nécessité de l'expertise se fait sentir pendant les débats, doit appeler des hommes de l'art pour vérifier les faits et en obtenir une exacte appréciation.

Quelle est la nature, quelles sont les limites de cette mission ? Les experts ne sont point des témoins; leur mission ne se borne point à faire une visite et à rendre compte de ce qu'ils ont vu. Ils sont chargés d'étudier, de vérifier le fait soumis à leur expertise; c'est moins un témoignage qu'un jugement qu'on leur demande, *medici propriè non sunt testes*, dit Balde, *sed est magis judicium quàm testimonium*. Délégués par le juge pour lui apporter les notions, les connaissances spéciales qui lui manquent, ils font son office, ils remplissent un acte de sa fonction. Cependant ils ne sont pas juges; leur opinion ne lie pas les tribunaux; elle n'a pas l'autorité de la chose jugée sur le point qui en fait l'objet. Les juges conservent le pouvoir de l'apprécier, d'examiner les élémens sur lesquels elle s'appuie, d'en contrôler les conclusions. Il suit de là que les médecins ne sont appelés qu'à donner un avis et non à prononcer un jugement, à éclairer la justice et non à en exercer même accidentellement les fonctions.

Mais comme cet avis, émané d'hommes instruits et spéciaux, est nécessairement environné d'une puissante autorité, comme ses élémens puisés dans la science échappent par le fait à l'examen et au contrôle des magistrats, il s'en suit que dans la réalité et la plupart du temps, il dicte les jugemens, il est le jugement lui-même. Il faut inférer de là que les médecins ne sauraient apporter trop de soins consciencieux, trop de minutieuses recherches dans les opérations qui leur sont confiées; les intérêts les plus sacrés sont déposés entre leurs mains; d'une part, l'intérêt social qui veut l'entière répression des faits punissables; de l'autre, l'intérêt de la défense, qui est bien aussi un intérêt social et qui de-

surtout infiltrée. Si on soulève alors le coagulum, la partie aqueuse s'écoule en abondance. Le caillot retient néanmoins dans ses interstices une proportion de sérum que son resserrement naturel ne peut chasser, mais dont on le débarrasse par la pression et surtout en l'exprimant à travers un linge.

L'abaissement de température active encore la séparation du caillot et du sérum. Si l'on maintient la chaleur naturelle du chyle en échauffant la cupule qui doit le recevoir, la décomposition est notablement retardée; il est à présumer que la conservation de la chaleur animale dans les parties centrales du corps continue à maintenir le chyle longtemps fluide dans le canal thoracique. C'est pour une raison du même genre que la coagulation s'effectue plus tardivement par un temps chaud que pendant l'hiver.

Le chyle est d'autant plus coagulable qu'on le recueille plus près du point où il se déverse dans la veine sous-clavière. Celui qui provient d'une alimentation de nature animale se prend en caillot plus promptement que celui qui provient de l'ingestion d'alimens végétaux. Il est encore d'autres conditions qui peuvent accélérer ou retarder le phénomène de la coagulation. Celle-ci est plus rapide dans le gaz oxigène, est plus lente dans le gaz hydrogène sulfuré d'après Burdach (1). On peut la retarder ou l'empêcher en mélangeant le chyle avec une solution alcaline au moment où on vient de le recueillir.

Le *caillot* est d'abord mou, visqueux et facile à déchirer, mais il se condense peu à peu et prend alors une consistance et une élasticité remarquables qui nous ont paru presque aussi grandes que celles du caillot sanguin, quoique la plupart des auteurs émettent une opinion contraire. Si l'on isole le caillot du sérum, qu'on le lave pour enlever la matière colorante qui s'est formée au contact de l'air, et qu'on le prive en grande partie de l'eau dont il est pénétré, il présente un aspect gris-blanchâtre intermédiaire à la coloration de la fibrine lavée qu'on obtient du caillot sanguin et à celle de l'albumine coagulée. Il se maintient alors assez longtemps avec les qualités qui lui sont propres et se dessèche sans se putréfier si sa masse n'est pas trop considérable. Si, au contraire, on le laisse dans le sérum, il perd sa cohésion au bout d'un certain temps et finit par se redissoudre à peu près complètement. Le caillot du chyle se dissout plus promptement dans l'acide hydrochlorique au degré de l'ébullition; il est également soluble dans l'acide acétique et les alcalis par le concours de la chaleur. Sa pesanteur spécifique est supérieure à celle du sérum, bien que, dans les premiers momens de la coagulation, il occupe la superficie de la masse totale du liquide. Cette particularité tient à ce qu'il adhère aux parois de la cupule principalement par son limbe; aussi paraît-il un peu excavé à sa partie centrale, avant qu'on l'ait détaché ou qu'il ait cessé d'adhérer spontanément. Soumis à l'action du feu, il brûle avec lenteur, répand une odeur de corne et laisse un charbon spongieux difficile à incinérer, ainsi que l'a remarqué Vauquelin.

Le *sérum* est rarement limpide, plus souvent il est lactescent, opalin et ne devient clair que lorsqu'il a été traité par l'éther. Sa lactescence est due, conformément à l'opinion de tous les observateurs, à la présence d'une matière grasse divisée en particules très déliées et qui font du chyle une espèce d'émulsion. Cette matière peut être enlevée soit par l'alcool, soit par l'éther. Lorsque le sérum est recueilli à part et abandonné au repos, sa surface prend un aspect particulier et se recouvre d'une pellicule très déliée que l'on a comparée à celle qui se forme à la surface du lait, mais qui est moins épaisse et moins cohérente. Cette couche superficielle n'est autre chose que la matière grasse qui se rassemble à la partie supérieure en raison de sa légèreté. Nous ne l'avons pas constatée dans tous les cas; sa formation est évidemment plus prononcée dans le chyle qui sort des vaisseaux lactés que dans celui du canal thoracique, soit que la matière grasse diminue réellement à mesure que le chyle s'avance vers sa destination, soit que la quantité proportionnelle paraisse moindre en raison de l'augmentation de la fibrine. Le sérum est plus pesant que l'eau; sa viscosité légère lui permet d'empeser le papier et le linge. Il a une saveur alcaline assez prononcée, verdit les couleurs bleues végétales et ramène au bleu le papier de tournesol rougi. La chaleur, les acides et l'alcool en précipitent un coagulum blanchâtre de nature albumineuse. Ce coagulum desséché prend une teinte rougeâtre; il devient en même temps transparent et présente une cassure lisse et comme vitreuse. D'après Burdach, une partie de ce résidu se dissout dans l'alcool, une autre dans l'eau, tandis qu'une troisième résiste à l'action de ces deux menstrues.

La proportion du sérum et du caillot du chyle est loin d'être constante; elle reçoit une influence marquée de la nature des substances alimentaires et des espèces animales; elle paraît même subordonnée à des influences individuelles, à l'énergie plus ou moins grande de la force digestive. On observe entre ces deux élémens principaux du chyle la même différence qu'entre les élémens correspondans du sang dont la proportion varie suivant les conditions où se trouve placé l'organisme. D'après Marcet (1), la proportion du caillot au sérum chez les chiens nourris de substances végétales était depuis 480 : 9520 jusqu'à 780 : 9220; elle était depuis 740 : 9260 jusqu'à 950 : 9050, après l'usage des substances animales, selon Prout (2), dans ce dernier cas, la proportion du caillot était à celle du sérum : : 1080 : 8920. Chez des chiens alimentés avec des végétaux, elle n'était plus que : : 640 : 9360.

Il résulte de ces données que l'alimentation animale fournit plus de caillot que l'alimentation végétale, ce qui est en harmonie avec l'expérience hygiénique la plus vulgaire. Mais des résultats contradictoires ont été obtenus plusieurs fois sur ce point et montrent la part qu'il convient de faire aux conditions d'individualité. On n'a calculé que d'après un facteur du produit à rechercher et l'on a oublié qu'une foule de circonstances agissent pour modifier le résultat. Ainsi les expériences de Krimer (3) l'ont conduit à des conclusions opposées à celles de Marcet et de Prout. Dans les essais de Tiedeman et Gmelin, on a observé aussi des résultats non identiques. Ces expérimentateurs disent qu'une nourriture de bonne qualité augmente moins le caillot proprement dit que le résidu solide du sérum. Toutes ces différences tiennent sans doute aux incertitudes des procédés d'expérimentation, mais elles tiennent encore plus à la variabilité des causes qui agissent sur le sujet de l'expérience; en effet, l'alimentation seule ne détermine pas nécessairement telle proportion des matériaux du chyle, car les organes n'agissent pas

(1) TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, traduit de l'allemand, par Jourdan. T. IX, p. 344.

(1) Loc. cit.
(2) CHEMISTRY. METER. AND THE FUNCTION OF DIGEST. London 1834.
(3) VERSUCH EINER PHYSIOLOGIE DES BLUTES, p. 121.

mande que les faits soient exactement appréciés avant de devenir la base d'une peine. La liberté, l'honneur, la vie même des accusés dépendent de l'opinion qu'ils émettent. Il semble que c'est ici surtout que la science médicale devrait déposer ses hésitations et ses doutes.

D'un autre côté, il appartient au juge de ne déléguer que les médecins les plus habiles, les plus instruits, les plus recommandables. En fixant ainsi ses choix dans les rangs les plus élevés de la science, il produit ce double résultat, d'abord de fournir à la justice des lumières plus sûres, ensuite de répandre sur ces utiles missions une considération plus haute. Une question est née à ce sujet. On a demandé si le juge peut appeler indifféremment soit des docteurs en médecine ou en chirurgie, soit des officiers de santé. Quand il s'agit de discuter devant un tribunal un point de médecine légale, un acte opératoire de chirurgie, on doit, conformément à l'article 27 de la loi du 19 ventose an XI, préférer les docteurs. Il en est encore ainsi lorsque, dans le cours d'une instruction, il s'agit d'obtenir une consultation des hommes de l'art sur des questions soulevées par le prévenu ou par les témoins, ou de faire vérifier les résultats d'une première expertise ou du moins les déductions qu'ont tirées les premiers experts des faits qu'ils ont constatés. Les questions se présentent alors, en effet, complexes, embarrassées, et sollicitent les plus hautes lumières. Mais faut-il suivre ce système d'exclusion quand il s'agit simplement des opérations ordinaires qui ont pour objet de vérifier ou de constater des faits? M. Orfila, qui apporte assurément en cette matière la plus puissante autorité, pense que l'on doit, même dans ces opérations, employer exclusivement, si cela est possible, des docteurs en médecine ou en chirurgie (LEÇONS DE MÉDECINE LÉGALE, t. 1, p. 16). Quelque disposé que nous soyons à suivre l'opinion de l'illustre doyen de la Faculté de médecine, il nous paraît à craindre qu'un système trop absolu ne prépare quelques embarras à la justice. Ce qu'il faut pour les opérations judiciaires, ce sont des praticiens habiles, versés dans les difficultés de la médecine légale et capables de fournir aux juges des documens certains, des opinions prudentes et sûres. Si les magistrats rencontrent ces qualités dans un officier de santé, s'ils ont longtemps éprouvé son habileté et profité de sa sagacité, qu'importe son titre? Le doctorat n'est qu'une présomption de science; si la science se trouve sans ce grade, il faut préférer la science. La loi laisse à cet égard toute liberté aux juges : il leur appartient de faire porter leur choix sur les hommes qui leur inspirent le plus de confiance. Il n'y a pas besoin d'ajouter que dans les cas de flagrant délit, il n'y a point d'exclusion possible : le juge doit prendre le premier expert médecin ou officier de santé qu'il trouve sous sa main.

Peut-être serait-ce une bonne et utile institution que celle qui attacherait un ou deux médecins à chaque tribunal, et en ferait des auxiliaires habituels de la justice, des membres du corps judiciaire. Ces hommes de l'art pourraient se préparer par des études plus profondes aux opérations de médecine légale qui deviendraient pour eux une fonction ordinaire; la police judiciaire y puiserait des instructions mieux faites, des procédures dirigées avec plus de certitude. D'un autre côté, liés à la justice par un traitement fixe, ils seraient plus disposés à se prêter à tous les transports, à prendre part à toutes les vérifications qu'elle jugerait nécessaires. Il est certain qu'une telle mesure, peu onéreuse pour l'état, imprimerait aux opérations judiciaires une sûreté, une promptitude qu'elles n'ont pas actuellement; et le corps médical, trop souvent froissé par les

toujours de la même manière sur les mêmes alimens. Les vrais physiologistes savent que l'inconstance des résultats est un des caractères les plus réels des actes vitaux. Ainsi, pour nous restreindre dans l'exemple qui nous suggère ces réflexions, tel genre d'alimentation donne lieu habituellement, mais non nécessairement à tel chyle riche ou pauvre en caillot; le fait exceptionnel, mais possible, c'est que l'alimentation végétale donne un caillot considérable, comme l'a vu Krimer; le fait ordinaire, celui qu'on doit vérifier le plus fréquemment, c'est que l'alimentation animale donne une proportion plus considérable au caillot. Aussi Marcet et Prout en arrivant à cette dernière conclusion ont-ils énoncé une vérité générale et pratique que MM. Leuret et Lassaigne sont encore venus confirmer, en établissant de nouveau que la quantité de fibrine est plus considérable dans le chyle des animaux carnivores que dans celui des herbivores.

2° Coloration en rouge. Ce phénomène qui se prononce dans le chyle lorsqu'il subit le contact de l'air indique, ainsi que le précédent, une grande analogie entre ce liquide et le sang. La couleur rouge du chyle ne se manifeste pas instantanément : elle ne se montre qu'après quelques minutes et lorsque la coagulation est elle-même en voie d'accomplissement. Il est inutile d'insister sur la réalité du phénomène; quoiqu'il ait passé inaperçu à quelques expérimentateurs, quoique Muller lui-même dise l'avoir rarement constaté, une foule de physiologistes ont pu vérifier cette intéressante observation sur laquelle Elsner (1) a le premier appelé l'attention. Les parties les plus superficielles du chyle sont les premières qui prennent la couleur rouge; si l'on n'examine qu'une goutte isolée de ce liquide, c'est la périphérie qui d'abord se colore de la manière la plus prononcée; mais peu à peu toute la masse se pénètre de la même nuance et finit par être uniformément colorée. Les nouvelles conditions physiques dans lesquelles le chyle est placé par le fait de sa coagulation exercent une influence sur la rapidité et l'intensité de sa coloration. Quand le chyle est coagulé en masse et que le caillot retient encore le sérum dans ses mailles, le phénomène est peu prononcé; mais lorsque le retrait du caillot exprime le sérum, ou qu'on isole artificiellement ces deux élémens, alors le caillot prend une couleur assez vive. Si on le divise en plusieurs fragmens, de manière à offrir une grande surface à l'action de l'air, sa coloration est manifestement plus rapide, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé.

C'est donc particulièrement dans le caillot que le principe colorant paraît se fixer ou se développer; le sérum conserve son apparence lactescente ou du moins ne la perd que faiblement; mais le caillot qui, en se formant, emprisonne la plus grande partie des globules que nous verrons bientôt exister dans le chyle, se modifie graduellement au contact de l'air. Il revêt d'abord la nuance rosée, passe bientôt au rouge, et enfin, dans quelques circonstances, il prend une couleur écarlate comparable à celle des stries sanguines vermeilles qui accompagnent les crachats dans certaines affections pulmonaires. Le caillot chyleux coloré se comporte d'ailleurs comme le caillot sanguin. On peut le laver et le dépouiller ainsi de sa matière colorante qu'il ne reprend pas de nouveau au contact de l'air, ce qui prouve que les conditions matérielles qui favorisent cette action chimique sont bornées et ne tiennent pas à toute la masse du caillot. L'eau colorée par la matière rouge du chyle ne tarde pas à l'abandonner lorsqu'elle est en repos. Celle-ci forme un sédiment léger que les acides détruisent au rapport de Reuss et d'Emmert.

Tiedemann et Gmelin, E. Burdach et quelques autres ont vu le chyle se coaguler plus promptement dans le gaz oxygène et y prendre une vive couleur de carmin; il avait absorbé pendant ce changement 0,62 de son volume de gaz, suivant les premiers observateurs. Plongé dans le gaz acide carbonique, le chyle en absorbe encore une partie et prend une teinte brune. Cette action est moins prononcée dans l'azote. L'hydrogène sulfuré lui donne une couleur verdâtre. Krimer n'a pas obtenu des résultats parfaitement identiques à ceux que nous venons d'indiquer, sous le rapport de la coloration, mais il a précisé dans ses expérience le phénomène de l'absorption et de l'exhalation des gaz mis en rapport avec le chyle. Celui-ci, plongé dans de l'acide carbonique et retiré après vingt secondes, exhalait ce gaz et absorbait de l'oxigène sous l'influence duquel la couleur rouge se manifestait.

Le développement de la coloration dont nous venons de signaler les principaux détails n'a pas lieu seulement lorsque le chyle est extrait de ses réservoirs. Les premiers expérimentateurs qui ont fait une étude spéciale de ce liquide ont parfaitement reconnu que sa couleur lactescente se nuançait d'une teinte rosée à mesure qu'on observait le chyle plus près de l'embouchure du canal thoracique. Elsner, Hallé, Reuss et Emmert, Vauquelin, Autheurieth et Werner, Tiedemann et Gmelin s'accordent sur la réalité de ce fait dont la cause a suggéré des explications très différentes.

Thomas Bartholin interprétant l'observation d'Elsner qui lui était transmise par Hannemann (1) conjectura que le chyle avait été rougi soit par la putréfaction soit par du sang refiné des veines. Cette dernière explication reproduite récemment par MM. Gruby et Delafond (2) ne peut être acceptée, car on sait que les valvules placées à l'embouchure du canal thoracique lui servent exactement d'opercule et empêchent que le sang ne puisse refluer dans ce canal. Quant à la putréfaction, il est évident qu'elle ne prend aucune part à la rubéfaction du chyle, puisqu'on observe celle-ci immédiatement après la mort et même pendant qu'il existe encore des manifestations vitales.

Reuss et Emmert attribuaient à l'action des ganglions mésentériques la production de la matière colorante rouge du chyle. Burdach (3) a présenté la même opinion avec les considérations suivantes. D'après lui, ces organes sont très riches en artères et le sang que ces vaisseaux contiennent peut abandonner au chyle à travers les parois des lymphatiques l'oxygène qu'il tient lui-même en dissolution. Il se passe dans les ganglions quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans la matrice: Dans l'un comme dans l'autre cas, le sang artériel exerce une influence assimilatrice, en produisant par un échange de substances qui a lieu à travers les parois vasculaires une action pareille à celle de l'air atmosphérique. Sans discuter la nature de l'action des ganglions mésentériques sur laquelle nous aurons à revenir plus tard, on ne peut leur attribuer la création de la matière colorante et son introduction dans le chyle; car il

(1) Miscell. act. nat. curios. dec., 1, 1670, p. 159.

(1) Acta medica et philosophica Hafniensia, t. II, Copenhague, 1675, in-4°.
(2) Mémoire présenté à l'Académie des sciences, 5 juin, 1843.
(3) Traité de physiologie, t. IX, p. 448.

indemnités mesquines et réellement insuffisantes, qui lui sont maintenant allouées, puiserait, dans ces fonctions stables et rétribuées à l'égal de celles des juges, une considération nouvelle.

Arrivons maintenant aux formes de la procédure criminelle qui sont relatives aux expertises. Le premier acte est la citation de l'expert. Cette citation se fait soit par un simple avertissement, soit par une lettre. Cet avertissement, qui doit être donné sans frais par un agent de police, par un garde champêtre ou par un gendarme, est généralement conçu en forme de réquisitoire; il énonce la qualité du magistrat qui le donne, les noms, profession et demeure de celui à qui il est adressé; le lieu où celui-ci doit se transporter; enfin la nature de l'opération à laquelle il est appelé à procéder. Ces renseignemens peuvent être nécessaires lors de la vérification de l'état des frais auquel l'avertissement devra être ultérieurement annexé pour en motiver le paiement. Il nous semble toutefois, en ce qui concerne la forme de cet acte, qu'il serait préférable d'employer celle d'une lettre; la loi n'en a prescrit aucune. Le réquisitoire prend trop souvent les allures d'un ordre, d'un commandement et la juste susceptibilité des médecins peut en être blessée; ils n'ont point d'ordre à recevoir d'une autorité dont ils sont complètement indépendans; ils doivent seulement, dans un intérêt général, obtempérer à ses prières, mettre leurs lumières à sa disposition; ils acceptent ses délégations par le sentiment du devoir de leur profession; et non par obéissance à une réquisition quelconque. Il est donc d'une haute convenance que les médecins soient invités par lettre et non requis par ordonnance de procéder aux opérations judiciaires; la nature des relations qui existent entre le corps judiciaire et le corps médical l'exige, et c'est d'ailleurs le meilleur moyen de maintenir ces relations bienveillantes.

Avant de commencer l'opération et aussitôt après avoir reçu l'avertissement, les médecins, s'ils acceptent la mission qui leur est déléguée, doivent se présenter devant le juge d'instruction et prêter entre les mains de ce magistrat le serment prescrit par l'art. 44 du Code d'instruction criminelle : *de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience.* Ce serment est une formalité essentielle ; ils y puisent le caractère public dont ils sont momentanément revêtus, l'autorité qui est attachée à leurs actes; c'est le titre de leur fonction. S'il était omis, leurs rapports n'auraient plus que la valeur d'un simple renseignement. Ni les magistrats, ni les parties n'ont donc le pouvoir de les en dispenser.

Toutefois, la formule de serment indiquée par l'art. 44 n'est pas sacramentelle ; la jurisprudence a reconnu qu'il ne faut pas s'attacher rigoureusement aux termes de cette formule. La formalité est considérée comme régulièrement accomplie lorsque, par exemple, l'expert a fait serment de remplir les fonctions qui lui sont confiées (arr. cass., 16 juillet 1829), ou lorsque le procès-verbal constate qu'il a prêté le serment *en tel cas requis* (Arr. cass., 16 janv. 1836). Mais il est nécessaire qu'un serment ait été prêté; une promesse, une déclaration, quelque explicite qu'elle fût, qui n'aurait pas été faite sous la garantie du serment, serait insuffisante, et les opérations qui suivraient cette simple promesse seraient privées de toute authenticité, car elles n'émaneraient plus d'un officier revêtu momentanément d'un caractère public.

Mais lorsque les experts ont déjà procédé à quelque opération en vertu d'un serment, s'il est nécessaire qu'ils procèdent, dans la même affaire, à de nouvelles

faudrait au moins que l'on observât la coloration rosée de ce liquide dans la partie du canal thoracique la plus voisine; or nous avons déjà vu que ce n'était que près de la terminaison de ce canal que l'on avait constaté la teinte rosée naturelle du chyle.

Tiedemann et Gmelin (1) ont admis d'autres causes pour rendre compte de ce phénomène. D'après eux, la matière colorante rouge ne peut provenir que de deux sources: ou elle est formée par la digestion aux dépens des alimens, ou elle est sécrétée du sang artériel par divers organes glanduleux tels que les ganglions mésentériques et la rate d'où elle est versée dans le système lymphatique. Les faits s'élèvent contre la première hypothèse, disent-ils, et appuient la seconde, puisque c'est surtout au moment où la lymphe rougeâtre de la rate va aboutir dans le canal thoracique, que le chyle se colore. Ils ajoutent que, d'après leurs expériences, le chyle contient d'autant moins de matière colorante que l'animal dont on l'obtient a été mieux nourri, et que plus les voies que parcourt le chyle sont distendues par ce liquide moins la teinte rosée s'y manifeste, parce que le canal thoracique reçoit alors peu de lymphe splénique, tandis que chez les animaux qui ont jeûné, le chyle est rougeâtre ou jaune rougeâtre. Nous ne saurions partager l'opinion exprimée par Tiedemann et Gmelin, car on peut contester l'exactitude de leurs observations et établir à meilleur droit des propositions opposées. En effet, l'influence d'une bonne nourriture, c'est-à-dire d'une nourriture mixte à prédominance fibrineuse, nous a paru s'exercer sur le chyle de manière à augmenter plutôt qu'à affaiblir son aptitude à la rubéfaction; d'une autre part, si après l'abstinence le liquide contenu dans le canal thoracique paraît rouge, on ne peut tirer aucune conclusion quant au chyle, car on obtient alors de la lymphe pure et les expériences de Collard de Martigny ont démontré que le jeûne a pour premier effet d'augmenter l'action générale du système lymphatique jusqu'au point de favoriser la pénétration de la matière colorante du sang dans ses vaisseaux. Enfin, l'action attribuée à la lymphe de la rate est assurément exagérée, car cette lymphe n'est pas constamment chargée de matière colorante, ainsi que Rudolphi, Seiler et autres s'en étaient déjà assurés. La lymphe splénique est ordinairement transparente, et nous pensons qu'elle ne se montre rouge que lorsque la rate est elle-même le siége d'un afflux sanguin considérable.

Le côté défectueux de ces diverses explications, c'est de ne tenir aucun compte de l'influence des alimens pour la production de la partie cruorique du chyle. L'hématozine dont le fer est la base provient des alimens et fait partie intégrante du chyle dès sa formation; mais elle est à l'état incolore et la teinte rouge ne se manifeste que graduellement. Celle-ci n'est sensible que lorsque la diminution de la matière grasse dont nous aurons plus tard à déterminer les modifications permet d'apercevoir la coloration rosée jusque là voilée par la prédominance de la teinte laiteuse. Le développement de la coloration se complète plus tard par le mélange du chyle avec le sang et par l'action que l'air exerce sur les globules chyleux à travers les capillaires pulmonaires. Cette action que les phénomènes de la respiration mettent en évidence est d'autant plus admissible que l'action de l'air se montre évidente même à travers les parois du canal thoracique. Lorsque celui-ci est mis à découvert, le chyle qu'il renferme rougit, et si après l'avoir retenu dans le canal par une ligature placée vers sa terminaison, on lui donne issue après quelques heures, il est sensiblement coloré au moment où il s'il s'écoule. Pour nous assurer davantage que l'action de l'air s'exerce à travers les parois du canal thoracique, nous avons circonscrit par des ligatures une certaine quantité de chyle dans la partie moyenne du canal, et après avoir détaché celle-ci nous l'avons plongée dans un flacon renfermant de l'oxygène pur; la coloration rouge-carmin n'a pas tardé à se montrer. Monro avait déjà remarqué que lorsque les viscères d'un poisson vivant sont demeurés exposés à l'air libre par l'ouverture de la cavité du corps, la partie supérieure du canal thoracique renferme un liquide rouge.

III. — DES CARACTÈRES MICROSCOPIQUES DU CHYLE.

L'examen microscopique du chyle n'a pas été fait d'une manière aussi minutieuse que celui du sang; néanmoins il existe à ce sujet beaucoup de confusion et d'incertitudes. MM. Gruby et Delafond (1) ont été jusqu'à dire qu'on ne rencontrait dans le chyle aucun des globules signalés par les physiologistes. On comprend qu'il eût été impossible d'arriver à une conviction personnelle en se bornant à choisir, parmi les données rassemblées par les expérimentateurs, les points les plus concordans ou les plus vraisemblables. L'observation directe était le seul moyen de sortir du dédale des opinions; nous nous sommes efforcé d'en combiner les résultats avec ceux qui étaient déjà inscrits dans la science.

Pour examiner le chyle au microscope, il convient de prendre quelques précautions. Si on veut l'observer avant qu'il ait subi les changemens spontanés dont nous avons parlé, il faut chauffer, à une température de 35 degrés environ, le verre qui doit être placé sous le microscope et délayer le chyle dans une goutte d'eau élevée à la même température. Si l'on néglige cette précaution, la gouttelette chyleuse se coagule, se prend en masse, et il devient impossible de reconnaître la constitution intime du fluide. Un plus long délai change encore plus les apparences; la partie réellement liquide s'évapore et le microscope ne fait alors découvrir qu'une couche blanchâtre, demi opaque, feuillée en divers sens. On peut encore attendre, pour examiner le chyle, qu'il se soit décomposé en sérum et en caillot, et soumettre chacune de ses parties à un examen isolé. L'eau qui sert à étendre le chyle n'en altère pas sensiblement les élémens; mais ceux-ci disparaissent ou se déforment par l'emploi de quelques réactifs dont le microscope peut constater le mode d'action. Un grossissement compris entre 250 et 400 diamètres suffit pour faire apercevoir nettement les molécules suspendues dans le chyle.

L'aspect microscopique du chyle varie suivant la partie de son trajet où on le recueille. Celui que l'on obtient de la région moyenne du canal thoracique renferme tous les genres de corpuscules qu'on peut y reconnaître; aussi l'avons-nous choisi pour type de notre description, en ayant soin d'indiquer en quels points des voies chylifères prédominent spécialement tels ou tels des élémens microscopiques.

On découvre deux sortes de corpuscules en suspension dans une goutte de chyle: les uns sont irréguliers, les autres affectent une forme arrondie.

1° Les *corpuscules irréguliers* signalés pour la première fois par

(1) Loc. cit., t. II, p. 85.

(1) Mémoire communiqué à l'Académie des sciences, le 5 juin 1843.

visites et à de nouvelles opérations, soit pour compléter les premières, soit pour vérifier des faits ultérieurement découverts, ils ne doivent point réitérer cette formalité: leur premier serment domine toutes les opérations de l'affaire; ils agissent sous son influence et sous sa foi; il serait dérisoire d'en attacher l'accomplissement à chaque acte de leur fonction. Les formes de la justice ne sont utiles qu'à la condition de contenir une garantie réelle; dès qu'elles n'en ajoutent aucune, elles ne sont plus que des formules vides et stériles. La loi et la jurisprudence ont su, en général, faire cette distinction; les formalités inutiles sont aujourd'hui rejetées de la pratique.

Il est nécessaire que le magistrat qui requiert l'expertise, précise avec soin, dans la lettre qu'il adresse à l'expert, les faits que celui-ci doit vérifier. L'expertise, en effet, n'est qu'une mission; il faut donc, pour la remplir, en connaître clairement les termes et l'objet. Si cet objet n'est pas exprimé avec clarté, l'expert doit s'adresser au magistrat et en exiger une énonciation exacte. Comment lèverait-il les doutes de la justice s'il ne sait pas où ils portent? Comment éclairerait-il sa marche s'il ne connaît pas le but vers lequel elle tend?

Le juge d'instruction a-t-il le droit d'assister aux opérations de l'expertise? Nous croyons que ce droit, dont il n'use pas habituellement, ne peut faire cependant l'objet d'aucun doute. Il importe à la justice que les opérations soient faites avec soin, avec exactitude, puisqu'elles doivent devenir un élément de conviction; il importe surtout qu'elles portent avec précision sur les points qu'elle a besoin d'éclaircir. La présence du magistrat est donc dans la nature des choses; il exerce une sorte de surveillance, un contrôle sur la forme extérieure de l'expertise, sur la direction qu'il convient de lui donner. Mais est-il besoin d'ajouter que cette présence ne doit jamais exercer la plus légère influence sur l'opération elle-même, sur la déclaration des faits qu'elle constate, sur les conclusions auxquelles elle arrive par la voie scientifique? L'expert doit prendre l'avis du juge pour connaître les points qu'il doit vérifier, pour apprécier le but et les limites de sa mission; mais, dans son accomplissement, il en est complètement indépendant; s'il se soumettait à ses suggestions, s'il suivait la voie que celui-ci prétendrait lui tracer, il ne serait plus qu'un instrument stérile; loin d'éclairer la justice, il ne ferait qu'égarer ses pas, en se prêtant à obéir aveuglément à son impulsion. Sa fonction n'est élevée que parce qu'elle est indépendante; elle ne peut être utile qu'à la condition d'exprimer courageusement les résultats que lui apporte la science. S'il rencontre des préjugés, des opinions trop rapidement conçus, des présomptions trop légèrement établies, il doit les combattre, il doit les détruire. Sa mission se résume dans un mot: la véritésur le point sur lequel il est consulté; mais la vérité comme elle se présente à son esprit, c'est-à-dire le résultat de ses expériences, avec ses doutes et son obscurité, si ce résultat demeure obscur et indécis. Ce que la justice lui demande, c'est une opinion consciencieuse et éclairée: il doit la donner tout entière, sans exagération mais sans réserve, sans sortir des points confiés à son examen, mais libre et indépendant dans les limites de cette mission.

F. H.

Bohn, Asch et Berger (1) sont formés par de la matière grasse, ce que l'on démontre à l'aide de l'éther, qui les dissout et les dépose en s'évaporant sous forme de gouttelettes huileuses. On les remarque surtout dans le sérum du chyle où leur présence est quelquefois si prédominante que certains observateurs ont admis leur existence exclusive. On peut croire du moins qu'il en a été ainsi pour M. de Blainville, qui ne signale dans le chyle que des grumeaux. Les corpuscules adipeux occupent ordinairement la superficie de la goutte de liquide que l'on examine; pour les bien distinguer des autres élémens microscopiques, il faut d'abord placer la surface de la goutte à la distance focale qui rend les objets distincts; on les reconnaît alors parfaitement; mais si, à l'aide de la vis de rappel du porte objet, on rapproche davantage la goutte, son fond est mis à la distance focale, et l'on observe de nouveaux corpuscules qui diffèrent des premiers par des caractères bien tranchés que nous examinerons bientôt.

Les corpuscules adipeux ont une forme indéterminée; ils sont dépourvus de noyaux; leur volume est variable. Ils forment quelquefois des grumeaux cohéreus; plus souvent ils sont libres et ressemblent à des taches grisâtres mobiles. En examinant le sérum à un grossissement très considérable, on apprécie plus exactement les différences de volume des corpuscules adipeux; les uns forment ces plaques irrégulières et superficielles signalées par la plupart des observateurs; les autres se présentent à un état de division extrême et semblables à des grains de poussière très ténue; ils produisent l'impression de taches punctiformes d'une coloration plus foncée que les corpuscules volumineux. Ces derniers ont été à peine signalés, soit qu'on les ait confondus avec les globulins dont nous parlerons bientôt, soit qu'ils aient passé inaperçus à cause de leur exiguité. H. Klencke (2), qui les a récemment retrouvés, les compare à de la couleur finement divisée, dit qu'ils sont d'un gris verdâtre, et regarde comme probable qu'ils sont composés de carbone, et qu'ils sont des points de pigment destinés à se fixer plus tard sur la vésicule sanguine. Nous pensons qu'ils ne sont autre chose que la matière grasse à son plus grand état de division, car l'éther les dissout, et d'ailleurs le sérum dans lequel ils existent surtout rougit très peu au contact de l'air, tandis que le caillot où se trouvent les globules est au contraire le siége principal de la coloration rouge. L'ensemble des corpuscules adipeux donne au chyle la teinte opaline qui lui est propre, et tant que leur dissolution ou leur transformation n'est pas opérée, ils troublent le liquide, en lui donnant un aspect analogue à celui que revêt la solution alcoolique d'un corps gras, lorsqu'on précipite ce dernier au moyen de l'eau. Le nombre des corpuscules adipeux va successivement en diminuant à mesure que le chyle s'approche de la veine sous-clavière. Il est en raison inverse de l'aptitude que ce dernier liquide montre à se colorer en rouge. La réduction de la quantité de ces corpuscules a lieu surtout au niveau des ganglions mésentériques.

2° Les *corpuscules réguliers* sont arrondis et diffèrent principalement sous le rapport du volume. Les uns sont très petits, nous les nommerons *globulins*; les autres sont plus développés, ce sont les *globules* proprement dits.

A. Les *globulins* du chyle ont été entrevus par Leeuwenhoeck (3), qui admettait qu'il en fallait six pour former un globule de sang; ils ont encore été mentionnés par Eller (4); et depuis, mieux connus par Hewson (5), Wagner (6), Muller (7), E. Burdach (8) et Donné (9). On les observe dans les vaisseaux chylifères, et surtout dans les ganglions mésentériques et la partie inférieure du canal thoracique, mais on les retrouve aussi dans les derniers points du trajet du chyle et jusque dans le sang. Les globulins commencent à subir, dans les ganglions mésentériques, l'influence particulière qui les dispose à augmenter de volume; à partir de ce point ils s'enveloppent de couches albumineuses; toutefois, ce développement n'est sensible qu'au-delà des ganglions; dans l'épaisseur même de ces derniers, on n'observe pas encore de véritables globules à noyau. Home, qui dit avoir examiné le chyle des ganglions mésentériques extrait d'un cadavre humain, prétend bien que les globules qu'il renfermait étaient d'un volume variable, et que quelques-uns égalaient ceux du sang. Mais il est probable que ces derniers n'étaient autre chose que des globules sanguins eux-mêmes, provenant des capillaires sanguins divisés pour rechercher le chyle dans l'épaisseur des ganglions. Ce n'est qu'au sortir de ces derniers que l'on aperçoit les globules proprement dits dont le volume paraît à l'œil trois ou quatre fois plus considérable que celui des globulins, et va d'ailleurs en s'accroissant jusqu'à ce que la transformation du chyle en sang soit opérée.

Les globulins sont clairs, demi transparens; ils paraissent sphériques, égaux à leur surface; leur diamètre est environ de $\frac{16}{10000}$ de ligne, selon Wagner. Ils sont insolubles dans l'eau et dans l'éther et disparaissent par l'action de l'ammoniaque.

B. Les *globules* proprement dits constituent l'élément organique le plus important du chyle, et celui qui a particulièrement fixé l'attention des observateurs. On les observe exclusivement dans le chyle du canal thoracique; avant la coagulation de ce liquide, ils apparaissent en nombre considérable dans un espace très restreint, et rappellent entièrement l'aspect microscopique du sang, à la différence près de la coloration. Lorsque le chyle se coagule, le plus grand nombre des globules est emprisonné dans le caillot, et il n'en reste qu'une quantité proportionnelle très faible dans le sérum. Ils sont incolores ou blanchâtres dans les premiers momens de l'extraction du chyle et se colorent plus tard en rouge en transmettant leur coloration au caillot. M. Donné a remarqué qu'ils étaient solubles dans l'ammoniaque et insolubles dans l'acide nitrique qui détermine leur contraction.

La *forme* de ces globules n'a pas paru identique à tous les micrographes. Le plus grand nombre les disent sphériques. Muller dit avoir constaté cette forme dans le chyle du lapin, du chat, du chien, du veau et de la chèvre. Rudolphi, et après lui MM. Leuret et Lassaigne affirment avoir également constaté la forme sphérique dans les globules du chyle des animaux qui ont les globules du sang elliptiques. Wagner dit au contraire que les globules du canal thoracique sont aplatis, et que l'on apprécie mieux cette particularité lorsqu'on les compare à ceux des ganglions du mésentère. Nous nous sommes convaincu que la croyance de Wagner était fondée. En examinant les globules du chien et fixant avec beaucoup d'attention quelques-uns d'entre eux, on voit, lorsqu'on imprime un mouvement à la portion du liquide qui les renferme, qu'ils tournent sur eux-mêmes et se présentent, tantôt par une de leurs faces, tantôt par leur circonférence. Lorsqu'ils sont dans cette dernière position, par rapport à l'œil de l'observateur, on voit que leur aplatissement est très prononcé, en sorte qu'ils mériteraient plutôt le nom de *lenticules* que celui de globules. Nous n'avons pas remarqué qu'ils fussent granuleux à leur surface, comme le prétend Baumgærtner; l'aspect inégal dépend de ce que certains d'entre eux présentent plusieurs noyaux.

Le *volume* des globules chyleux s'accroît insensiblement depuis l'origine jusqu'à la fin du canal thoracique; il a été, au reste, diversement estimé. D'après Hewson, ces globules sont plus petits que ceux du sang, ils ont le même volume que les globules lactés, selon Prevost et Dumas (1), et ils varient en dimension suivant les espèces animales, d'après les observations de Muller. Les résultats micrométriques ne sont pas non plus identiques. Wagner estime que, chez l'homme, leur diamètre est de $\frac{60}{10000}$ de ligne; Valentin le réduit à $\frac{24}{10000}$; Prevost et Dumas disent qu'il est d'un trois centième de millimètre. Cette divergence dans les résultats s'explique, soit par la différence réelle que présente le volume des globules chez différens animaux, soit par les variations de leur développement, suivant la hauteur du canal thoracique à laquelle on a recueilli le chyle. Ce qui reste démontré, c'est que les globules chyleux les plus développés n'ont pas encore atteint le diamètre des globules sanguins. Pour faire exactement cette appréciation, j'ai déposé, au milieu d'une goutte de chyle extraite de la fin du canal thoracique d'un chien et étalée sur le verre à observation, une gouttelette de sang du même animal; alors, en changeant les rapports du porte-objet avec le foyer du microscope, j'ai reconnu très facilement la différence de dimension, en même temps que la différence de coloration.

L'*organisation* des globules chyleux est très difficile à connaître; cependant le microscope et les actions chimiques ont permis, après des tentatives multipliées, de se former une idée rationnelle de leur structure organique et de leur composition matérielle. Sous ce dernier rapport, il y a lieu de penser qu'ils sont formés en majeure partie d'albumine coagulée ou de fibrine; car ils se comportent comme ces dernières substances. Cette opinion est même appuyée par la considération de quelques propriétés physiques des globules. C'est ainsi qu'ils sont élastiques comme la fibrine elle-même; nous nous en sommes assuré en tiraillant un frag-

(1) Cités par Vauquelin.

(2) Mémoire sur l'huile de foie de morue; trad. de l'allemand par Berchem (Annales de la Société de médecine d'Anvers); 1843. A l'occasion du mode d'action de ce médicament, l'auteur se livre à d'intéressantes considérations sur la chylification.

(3) Philosophical transactions, 1674, p. 121.

(4) Mémoires de l'Académie de Berlin.

(5) Experimental inquiries, t. III, p. 119.

(6) Vide Burdach.

(7) Loc. cit.

(8) Loc. cit.

(9) Résultats communiqués à l'Académie des sciences, 1842.

(1) Bibliothèque universelle, t. XVII, p. 390.

ment de caillot chyleux disposé en lame sur le verre à observation microscopique. Il était alors facile de reconnaître que les globules devenaient elliptiques et que leur grand diamètre était dirigé dans le sens de l'extension du caillot; en faisant cesser celle-ci, ils reprenaient leur forme normale.

Ascherson (1) a développé une théorie, d'après laquelle la graisse est attirée par une certaine affinité vers l'albumine qui se coagule autour d'elle en donnant naissance à une cellule élémentaire. Cette opinion, qui vient à l'appui des idées de plusieurs physiologistes modernes sur la formation cellulaire, semblerait trouver dans les changemens que subit le chyle et dans les conditions matérielles qu'il présente une application favorable. D'après Ascherson les globules seraient formés d'un centre graisseux autour duquel l'albumine en se coagulant aurait façonné une enveloppe. Ainsi s'expliquerait la relation inverse qui existe entre le nombre de corpuscules adipeux et les globules proprement dits; les premiers ne seraient autre chose que le noyau des seconds et perdraient conséquemment leur existence isolée à mesure que les globules se formeraient. Mais cette opinion n'a pas été sanctionnée par la chimie. Il faudrait que l'analyse exercée sur les globules pût déterminer la présence de la graisse; or les recherches faites jusqu'à aujourd'hui pour la retrouver ont été vaines, ainsi que le fait remarquer Burdach. Des essais du même genre, exécutés sous nos yeux par M. le docteur L. Figuier, ont donné aussi des résultats négatifs. Tout porte donc à penser que la matière des globules est de l'albumine ou de la fibrine arrangée d'une manière particulière.

Quant à cet arrangement sous forme globulaire qui s'accomplit si fréquemment par l'influence de la vie, il a été aussi l'objet d'opinions variées. Eller, acceptant les idées de Leewenhœck, pensait que les globulins du chyle d'abord à l'état d'isolement se réunissaient pour former des globules et se condensaient peu à peu de manière à faire changer leur coloration. Cette modification dans la solidité infinie, d'après lui, sur les rayons lumineux, à peu près comme l'augmentation de densité influe sur la couleur de la neige dont nous voyons la blancheur éblouissante se changer en couleur jaunâtre lorsqu'on la soumet à une forte pression. Quelques observateurs, élaguant cette dernière explication par trop hypothétique ont conservé toutefois l'idée principale d'après laquelle les globules ne sont qu'une agrégation de globulins. M. Donné l'a reproduite en admettant que ces globulins se réunissent trois à trois ou quatre à quatre, et s'enveloppent, en circulant, d'une couche albumineuse. Hewson admet qu'un seul globulin forme le noyau central et qu'il s'accroît successivement par la superposition de couches albumineuses, et enfin par l'addition d'une enveloppe colorée, au moment où il se transforme en sang. Nos propres observations nous porteraient à croire que le noyau des globules chyleux n'est pas constamment disposé de la même manière. Le plus grand nombre des globules ne présente qu'un seul nucléole central, mais d'intervalle à intervalle on aperçoit dans le champ microscopique quelques globules un peu plus volumineux et dont le noyau multiple leur donne un aspect plus foncé. Ces globules à noyau multiple nous ont paru plus nombreux chez les herbivores que chez les carnivores et spécialement chez le lapin que chez le chien.

(La suite prochainement.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UNE NOUVELLE APPLICATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE AUX SECTIONS DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ŒIL; par le docteur BERNARDINO LARGHI (2).

Dans une époque où l'on est généralement d'accord sur l'importance de la méthode sous-cutanée dans la pratique des opérations ténotomiques, il me semble que les chirurgiens pourront accueillir avec quelque intérêt la publication du procédé que j'ai employé pour la section des muscles obliques.

Je me suis proposé : 1° d'attaquer ces muscles en pénétrant avec l'instrument tranchant du côté de la peau, afin d'éviter les inconvéniens inhérens aux ouvertures multiples de la conjonctive, qui sont nécessaires quand on doit pratiquer la myotomie sur différens muscles du même œil.

2° De rendre sous-cutanés les deux obliques qui sont profondément cachés, de les rendre saillans sous les paupières, et par conséquent faciles à diviser par la méthode sous-cutanée.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — Le malade et l'opérateur sont placés comme dans les autres méthodes. Les instrumens nécessaires sont : 1° une pièce solide, simple, avec les branches quelque peu allongées, non parallèles, concaves en dedans, et qui se touchent seulement dans leur extrémité libre.

2° Une paire de ciseaux courbés sur le plat, et à pointe, ou bien un ténotome suivant que le chirurgien préférera faire usage des premiers, ou de l'autre instrument, tous les deux pouvant remplir également l'indication.

SECTION DE L'OBLIQUE SUPÉRIEUR. — La pince étant introduite dans l'angle de réflexion conjonctivo-oculaire, à la partie interne et supérieure, l'opérateur saisit la conjonctive, l'extrémité du tendon du muscle oblique, et il rend ainsi tendu et proéminent le tendon de l'oblique supérieur, au-dessous de la paupière.

Avec un coup des ciseaux il coupe la peau, le muscle orbiculaire, et le tendon de l'oblique supérieur. Au lieu des ciseaux on peut se servir du ténotome, et exécuter la section de ce muscle, comme on coupe le tendon d'Achille, ou quelque autre tendon que ce soit, dans la myotomie par la méthode sous-cutanée.

SECTION DE L'OBLIQUE INFÉRIEUR. — On introduira la pince dans l'angle de réflexion conjonctivo-oculaire externe, et on saisira avec elle l'extrémité du muscle petit oblique, et en tirant en haut, ce muscle deviendra apparent et sous-cutané à la paupière inférieure. On le coupera de la manière déjà indiquée.

J'ai pratiqué plusieurs fois la section de ces muscles (Voyez GAZETTA PIEMONTESE 26 décembre 1842), et j'ai pu me convaincre de la facilité du procédé employé, et de son utilité. Je n'ai eu qu'à me féliciter d'avoir fait, pour l'organe et les muscles nommés, ce que d'autres ont fait pour les muscles génioglosses, et d'avoir ainsi ouvert une voie plus facile aux chirurgiens pour mieux s'assurer de l'efficacité propre de l'opération, en écartant les causes de méprise, ou les complications inséparables de l'opération par les procédés ordinaires.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DU BAUME DE COPAHU ET DU POIVRE CUBÈBE DANS LES AFFECTIONS BLENNORRHAGIQUES DU CANAL DE L'URÈTRE, D'APRÈS DES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. DIDAY, chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille; par M. JACQUETANT, interne des hôpitaux de Lyon.

La thérapeutique a depuis longtemps signalé le baume de copahu et le poivre cubèbe comme des médicamens propres à modifier avantageusement les affections catarrhales des voies urinaires et surtout celles du canal de l'urètre. Des expériences sans nombre sont produites à l'appui.

Ces substances ont donc une spécialité d'action sur la blennorrhagie proprement dite. Mais, à propos d'action spéciale, permettons-nous une réflexion. Si tous les auteurs avouent qu'en thérapeutique il n'est pas de médicamens, pas de médications spéciales ou non qui ne viennent échouer devant l'idiosyncrasie de quelques individus, jusqu'à quel point cet aveu peut-il éclairer la pratique dans l'emploi du baume de copahu et du poivre cubèbe?

D'abord la blennorrhagie, ou plutôt le pus blennorrhagique est-il imprégné d'un virus; peut-il amener par son contact sur la conjonctive, sur la muqueuse des fosses nasales une sécrétion purulente de nature identique à la sienne et guérissant par les mêmes moyens? En un mot, cette objection entraîne-t-elle quelquefois à sa suite une série de symptômes d'une analogie à peu près exacte chez les sujets qui en sont atteints? Ce sont autant de questions encore controversées et que nous ne chercherons pas à développer; seulement on doit tenir pour irrévocablement établi que l'influence thérapeutique du baume de copahu et du poivre cubèbe dans l'ophthalmie blennorrhagique, par exemple, est plus que douteuse, c'est-à-dire qu'elle est réelle, et que l'avantage que l'on peut retirer de ces médicamens se borne à la suppression des blennorrhagies urétrales, n'une manière plus ou moins complète.

Tâchons de résumer les opinions émises sur le mode d'action des mé-

(1) ARCHIVES DE MULLER, 1840.

(2) NOTE DU RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE. — Nous avons vu appliquer sur le cadavre le procédé de M. Larghi; il nous a paru aussi simple qu'ingénieux.

dicamens précités, sur la manière de les administrer, sur leurs inconvéniens et sur leurs propriétés dites spécifiques. Si nous considérons, par exemple, isolément ici le baume de copahu, nous trouvons qu'aux propriétés générales des baumes, des térébenthines, celui-ci en unit une autre incontestable, celle d'agir d'une manière spéciale; mais aussi c'est un drastique assez puissant; or, cet effet immédiat, produit ou non, est-il même utile de l'obtenir? Des auteurs nombreux ont dit avoir observé que le copahu n'agissait efficacement qu'autant qu'il ne provoquait ni coliques, ni diarrhée, ni déjections alvines trop abondantes; qu'il était *toléré*, selon leur expression; en conséquence, ils ont cherché, par des mélanges pharmaceutiques, à neutraliser son effet purgatif. D'autres, au contraire, n'ont constaté l'efficacité du traitement qu'autant qu'il avait amené des selles copieuses. Ainsi des médecins pensent qu'ici la propriété spécifique est dépendante de la médication dérivative, de même qu'on a cru longtemps que le mercure était un puissant antiphlogistique, à la condition de produire de fortes salivations.

Mais l'argument irréfragable qui plaiderait en faveur de la spécificité sans action révulsive serait le résultat suivant.

S'il est vrai que le baume de copahu jouit d'une propriété éminemment anti-blennorrhagique, suffit-il donc de l'introduire dans l'économie par une voie ouverte à l'absorption, quelle qu'elle soit, pour que l'effet curatif soit produit? car le médicament (1) administré à l'intérieur avec toutes les précautions nécessaires pour paralyser sa propriété purgative ou bien introduit dans le torrent circulatoire en le faisant aspirer par la surface cutanée ou la muqueuse bronchique, sont autant de procédés physiologiquement identiques, puisqu'ils sont tous également capables de mettre en relation le traitement dit spécifique et la maladie; de telle sorte que si à côté de la maladie se trouvait le remède, peu importerait le choix de la voie par laquelle il aurait été introduit, puisque le but doit être rempli dès que les humeurs de l'économie seront imprégnées de la substance médicatrice.

Enfin une autre question se présente.

Doit-on atténuer ou au contraire chercher à augmenter dans le baume de copahu son action directe sur les organes gastriques, action que les uns redoutent, tandis que d'autres la trouvent avantageuse? Les observations qui vont suivre mettront le lecteur à même de juger avec nous comment a agi le copahu en nous faisant obtenir les plus beaux succès.

Pendant mon internat à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon où l'on traite spécialement les maladies de la peau et les maladies réputées syphilitiques, il me sembla en général que les anti-blennorrhagiques ne supprimaient manifestement l'urétrite qu'autant que ces derniers (entre sans doute leur spécialité d'action) avaient amené une dérivation plus ou moins forte sur le tube digestif.

Notons bien que ce ne fut d'abord qu'une observation clinique, qu'une sorte d'aperçu, que ne corroboraient point encore des expériences plus exclusives et des faits bien établis. Néanmoins, je fis part de mes observations à M. Diday, chirurgien en chef de l'hospice, qui succéda à M. Baumès en janvier 1843. Il voulut bien les accueillir et me promit de les soumettre au plus tôt à une expérimentation méthodique. Pour tâcher donc de constater dans le baume de copahu le caractère de médicament spécifique sans donner prise à la moindre objection, voici ce que l'on fit.

On essaya d'abord de faire absorber par la peau et la surface bronchique le baume volatilisé par la chaleur. Dans ce but, les malades étant mis dans une chambre étroite et hermétiquement fermée, je me plaçai moi-même dans cette chambre pour surveiller et examiner les effets de ce nouveau mode d'administrer le copahu. La partie huileuse du baume se volatilisait et une odeur pénétrante pouvait me convaincre de sa présence dans le lieu où nous nous trouvions renfermés. La fumigation durait de 60 à 75 minutes environ, la quantité de copahu employée était de 400 grammes de baume mêlé à 400 grammes d'eau, pour trois malades, et on suspendait l'expérience dès qu'une fumée noire et charbonneuse rendait le séjour de la chambre insupportable.

J'avais conservé mes vêtemens; néanmoins, non seulement l'odeur du copahu s'échappait de ces derniers, mais aussi de toute la surface de mon corps, et mon haleine et mes urines décelèrent aussi l'absorption du médicament. Huit malades furent traités de la sorte; on mettait un jour d'intervalle entre chaque fumigation; trois d'entre eux prenaient en outre une dose d'opiat, composée de copahu et de poivre cubèbe, mêlée à de la conserve de roses; chez un de ces derniers seulement on observa une guérison complète après quinze jours de traitement, encore avait-il eu quatre ou cinq selles par jour. Tous étaient tenus à un régime un peu sévère, ils ne mangeaient que le quart. Trois des autres furent traités après les fumigations par des injections astringentes, et guérirent, mais dans une moyenne de deux mois de traitement.

En dernière analyse, les malades chez lesquels, à la même époque, on mit simplement en usage la potion de Chopart, mais surtout l'opiat cité plus haut, furent guéris beaucoup plus promptement. Peut-être objectera-t-on que le copahu administré en fumigation était dénaturé dans l'expérience par la sublimation de ses parties les plus volatiles, tandis que la portion résineuse restait au fond du vase.

Mais il n'y a qu'une chose à répondre, c'est que l'administration du médicament, sous les deux formes à la fois, amena un résultat aussi négatif que là où un élément de la substance avait été surtout absorbé.

Ce peu de succès appela naturellement l'occasion de confirmer ce que je disais avoir observé.

On soumit tous les malades du service affectés de blennorrhagie (depuis le courant de mai 1843, jusqu'à la fin de septembre de la même année) à l'usage d'un opiat que nous employons ordinairement; 2 grammes de poudre de racine de jalap sur 30 ou 40 grammes du mélange y étaient additionnés; on y joignit même parfois quelques décigrammes de coloquinte pour activer l'effet drastique; la poudre de jalap était même parfois remplacée par 2 ou 3 décigrammes de gomme-gutte, que l'on ajouta en remplacement de la coloquinte. On se réglait, en ce point, sur la facilité des organes gastriques à être impressionnés par tel médicament plutôt que par tel autre. Car on voulait surtout des selles copieuses en même temps que l'absorption du médicament; et l'un et l'autre phénomènes eurent constamment lieu chez les sujets soumis à l'observation.

Mais, s'écrieront peut-être quelques praticiens, peut-on, sans danger, en agir de la sorte, et plusieurs jours de suite?

L'expérience clinique a, aujourd'hui, résolu cette question par l'affirmative. Observons d'abord qu'aucun malade atteint d'affection inflammatoire de l'estomac, ou des viscères du bas-ventre, ne fut traité de la sorte et ne doit jamais l'être; tant il est vrai que, même dans les formules de traitement généralement applicables, il est des contre-indications qu'il faut toujours respecter. En second lieu, le traitement durait rarement plus de cinq jours; encore diminuait-on graduellement les doses au fur et à mesure de l'effet produit. On finissait même quand la guérison complète approchait par ne plus donner que quelques capsules de copahu.

Obs. I. — R. C., entré le 27 juin, salle 4, n° 5; blennorrhagie datant de dix-huit jours. Un pharmacien avait pratiqué déjà deux ou trois injections avec le nitrate d'argent, sans aucun résultat marqué. Le malade, à son entrée, avait une orchite blennorrhagique très intense. Il l'attribuait à un régime très excitant qu'il n'avait pu cessé de continuer jusqu'à ce jour.

Le 28, sangsues sur le cordon; grand bain; bouillon. Le 29, même prescription. Le 30, cataplasme.

Le 5 juillet, la douleur a diminué, mais l'engorgement persiste. (Frictions sur le testicule et surtout à la partie postérieure, avec une pommade vésicante : onguent merc., 30 gr.; iod. pot., 2 gr.) Le malade mange la demie.

Le 8, l'engorgement a diminué et l'on pratique la compression avec des bandelettes de diachylon. (On prescrit le même jour 5 pil. avec calomel et ciguë.)

Le 13, on cesse la compression en continuant les pilules. L'engorgement épidydimique diminue tous les jours, mais l'écoulement n'a pas varié en abondance depuis l'entrée du malade.

Le 18, on cesse les pilules et on administre l'opiat. (Dose ordinaire cinq jours de suite, durant lesquels le malade eut des selles très copieuses.)

Le 24, on aperçoit à peine une gouttelette muco-purulente à l'extrémité du canal. On prescrit alors des injections avec le sulfate de zinc; et le 31, le malade sort guéri, n'ayant plus qu'un léger gonflement de l'épidydime.

Obs. II. — C. D. vient le 14 mai à la consultation de l'hospice pour se faire traiter d'une blennorrhagie datant de vingt-cinq jours. On pratique trois fois en huit jours des injections de nitrate d'argent à la dose de 8 décig. de ce sel dans 30 gram. d'eau distillée.

L'écoulement cessa complètement trois jours et recommença comme ci-devant le quatrième. Le malade venait tous les matins à l'hospice, on prescrivit alors la potion de Chopart, à prendre par cuillerée à bouche toutes les trois heures. Le sixième jour, on cessa; l'écoulement n'avait qu'un peu diminué, mais l'estomac fut vivement excité, et des efforts continuels de vomir avec une rougeur érysipélateuse du prépuce et des bourses nécessitèrent l'administration d'un évacuant, et l'on prescrivit 15 centig. de tartre stibié dans une potion; on répéta deux jours après, et la blennorrhagie, l'embarras gastrique et l'érythème, tout avait disparu comme par enchantement. Le traitement avait duré jusqu'au 28 mai.

Obs. III. — Le 11 juin, il se présente à la consultation un jeune homme affecté de blennorrhagie avec réaction inflammatoire très vive et écoulement assez abondant. On prescrit 15 sangsues au périnée, de grands bains, le repos et la diète. Je promis à ce malade de le visiter quatre ou cinq jours après, et de continuer gratuitement à le traiter.

Le 9, je trouvai l'inflammation tombée, plus de réaction fébrile et les voies

(1) Le succès répondrait effectivement ici d'une manière victorieuse.

gastriques en bon état. Je prescris alors 30 grammes de l'opiat ordinaire, avec 2 grammes de jalap, et je lui dis de le continuer trois jours, à moins que le médicament ne causât des vomissemens. Le cinquième jour, il vint me trouver à l'hospice, m'annonçant qu'il avait été rudement purgé, mais qu'il n'avait plus aperçu aucune trace d'écoulement depuis deux jours. Je ne me fiai pas complètement à cette cure, qui me parut un peu extraordinaire, et, par précaution, je conseillai au malade de prendre pendant quatre ou cinq jours encore quelques capsules de Mothes. La guérison persista.

Obs. IV. — Ch. A., entré le 7 septembre 1843, salle 1, n° 2, affecté de blennorrhagie datant de quinze à dix-huit jours, a été traité avant d'entrer à l'hôpital par les injections irritantes à haute dose, sans avoir aperçu une modification notable dans la quantité du pus écoulé et dans la douleur qu'il ressentait en urinant. Cet homme n'offrant aucun symptôme appréciable de lésion morbide à l'intérieur, nous le soumîmes] brusquement au traitement commun, et pendant cinq jours de suite.

Le 13, il n'y avait plus d'écoulement, plus de douleurs; néanmoins, le malade éprouva une soif si intense qu'il but la valeur de 4 litres d'eau dans la nuit suivante.

Le malade sortit le 17, après avoir pris jusqu'à ce jour quelques capsules de copahu.

Obs. V. — J. B., entré le 8 septembre 1843, salle 2, n° 7, est atteint en voyage d'une blennorrhagie. Il reste huit jours en voiture, se pratiquant deux ou trois fois par jour des injections de nitrate d'argent et prenant à l'intérieur des capsules de Mothes. En dépit de ce traitement, le mal s'exaspéra de telle sorte qu'il se vit obligé de prendre du repos, et pour ce vint à l'hospice, où il nous offrit les symptômes suivans : toute la région extérieure des organes génitaux était le siége d'une rougeur érysipélateuse très intense; le passage de l'urine dans le canal réveillait les douleurs les plus violentes; l'hypogastre était sensible au toucher au niveau de la vessie.

On pratiqua une saignée le 9; on fit deux jours après deux applications successives de sangsues sur la région pubienne; on soumit le malade à une diète sévère, aux boissons rafraîchissantes; et enfin le 26, alors que tous les symptômes inflammatoires s'étaient amendés, on ordonna le traitement par la méthode que nous appliquons presque à tous les cas. Le malade fut rudement purgé, comme la plupart de ceux que nous traitons de la sorte. On continua la médication durant huit jours sans qu'il survînt aucun désordre appréciable dans les fonctions des organes gastriques. Au bout de ce temps, l'écoulement était réduit à une gouttelette muqueuse peu apparente, qu'on fit cesser par des injections de vin rouge qu'on prescrivit le 24; il sortit guéri le 30.

Obs. VI.—P. J., étudiant en droit, me demande un jour si je connais un procédé pour suspendre les écoulemens blennorrhagiques dans un espace de temps très limité. Après lui avoir répondu d'une manière quelque peu évasive, je lui conseillai de se soumettre au traitement que j'avais vu réussir tant de fois; il le fit, et mon étonnement fut assez grand, lorsque, quinze jours environ après qu'il m'eut fait cette demande, il vint m'annoncer que je l'avais débarrassé en quatre jours d'un écoulement qui avait résisté huit mois durant à un traitement assez méthodiquement prescrit et exactement observé par le malade dans tous ses détails.

Obs. VII. — L. P., entré le 7 juillet, n° 4, salle 5; blennorrhagie datant de neuf jours, écoulement abondant, douleurs vives; lorsque le malade urine, érections répétées; le canal donne au toucher la sensation d'une corde nouée à intervalles; une rougeur presque érysipélateuse s'est emparée de toute la région pubienne.

Le 8, 15 sangsues sont appliquées au périnée; grand bain après la chute des sangsues. On répète ce traitement le 9. Le 10 et le 11, on ne donne que des grands bains au malade, et on prescrit à l'intérieur 4 pilules camphre et extrait thébaïque.

Le 14, l'acuité inflammatoire est tombée, la douleur est bien moins vive, et nonobstant les érections sont encore fréquentes. Le 15, on donne 30 gram. de l'opiat avec 2 gram. de jalap et 3 décigr. de gomme gutte. Le lendemain, le malade nous ayant dit n'avoir eu que deux ou trois selles, nous prévîmes d'avance que la quantité de pus écoulé n'aurait pas notablement diminué (ce qui fut effectivement trouvé vrai); on répéta l'administration de l'opiat en augmentant la dose des drastiques. Les selles furent [alors très copieuses, et l'écoulement était presque nul; le 20, pour le supprimer complètement, on prescrivit à l'intérieur une dixaine de capsules de copahu, puis des injections dans le canal avec une solution de sulfate de zinc.

Le 28, le malade sortit complètement guéri, sauf une légère induration à la partie postérieure du canal.

Il est à noter que, chez ce malade, les urines ne laissèrent percevoir l'odeur du copahu qu'un seul jour.

Obs. VIII.—P. G., sourd-muet, entré le 2 août 1843, salle 3, n° 1. Blennorrhagie extrêmement intense, écoulement de pus très abondant depuis huit jours. Voies gastriques saines. Homme fortement constitué. On le met à l'usage de l'opiat anti-blennorrhagique et drastique.

Le lendemain 3, le malade a eu quinze selles dans la journée; il nous fait comprendre par des signes énergiques et nullement équivoques qu'il a été rudement purgé; l'écoulement a considérablement diminué. On prescrit de nouveau l'opiat à la même dose et avec addition de 3 décigrammes de gomme gutte.

Le 4, les selles ont été moins fréquentes; l'urine comme la veille laisse percer l'odeur du copahu; on aperçoit à peine une goutte de pus en pressant l'extrémité du canal. Il urine sans douleur.

Le 4, tout a cessé; on laisse le malade trois jours en expectation sans que l'on voie rien apparaître. Il sort le 9.

Obs. IX. — J. G., entré le 4 mai 1843, salle 4, n° 19. Blennorrhagie datant de quinze jours; écoulement abondant sans beaucoup de douleur. Tempérament lymphatique. La santé générale est assez bien. Le 5, on lui prescrit le poivre cubèbe à la dose de 30 grammes; on le continue huit jours à la même dose. Résultat nul.

Le 12, deux injections avec nitrate d'argent dans la journée à la dose d'un gramme sur 30 grammes d'eau distillée. Au bout de quatre jours, l'écoulement semble avoir diminué; mais le 12 il reparaît avec la même acuité; on le soumet aux fumigations de baume de copahu six fois de suite sans aucun résultat. Enfin le 23, on lui donne 30 grammes d'opiat avec addition de 3 grammes de poudre de jalap. Le lendemain, nous lui demandons s'il a été purgé, il répond qu'il n'est allé que deux fois à la selle; nous explorons le canal et nous ne trouvons aucun notable changement; on ajoute alors à la même quantité d'opiat 3 décig. de coloquinte. Le jour qui suit, il va jusqu'à douze fois à la garderobe. En pressant la verge on aperçoit à peine une gouttelette de muco-pus filant. (Même prescription et à la même dose.)

Le lendemain, tout écoulement est supprimé; on continue seulement pendant trois ou quatre jours de lui donner six ou huit capsules de Mothes dans la journée.

Deux jours avant sa sortie, qui eut lieu le 2 juillet, quelques traces de blennorrhagie semblèrent reparaître, mais ce ne fut qu'un suintement éphémère.

Obs. X. — C. J., entré le 13 mai 1843, salle 2, n° 11, tempérament bilieux, teint jaune-paille, prédisposition aux saburres des premières voies. Il est affecté d'une blennorrhagie qui date de 13 jours; l'écoulement est considérable; la douleur que fait éprouver le passage de l'urine dans le canal est très vive. Le 14, quinze sangsues sont appliquées au périnée. Le mouvement fébrile est apaisé. Le lendemain, les douleurs ont un peu diminué, mais l'écoulement est tout aussi abondant. On le met à l'usage des bains. Les émolliens, un régime un peu sévère lui est imposé.

Le 18, on lui fait deux injections de nitrate d'argent à haute dose. On attend quatre jours l'effet produit qui est nul. On applique de nouveau des sangsues.

Le 23, il est soumis aux fumigations de copahu. Ce mode d'administrer ce baume est appliqué six fois en dix jours; la blennorrhagie persiste toujours sans modification appréciable.

Le 2 juin, on lui prescrit 30 grammes de l'opiat au cubèbe et copahu, rendu plus purgatif par l'addition de jalap et de coloquinte à la dose ordinaire.

Le 3, le malade, avant même que nous l'ayons examiné, nous prévient qu'il est allé quinze à vingt fois à la selle, et qu'il n'a pas vu le matin comme à l'ordinaire l'abondante suppuration qu'il faisait habituellement sortir de son canal; cependant on aperçoit encore quelques traces suspectes, et l'on répète la prescription deux jours de suite. Le 6, on n'aperçoit nul vestige de blennorrhagie. Ce succès, en quelque sorte instantané, nous surprit, et craignant que ce ne fût qu'une leurre propre à faire précipiter notre jugement sur la guérison nous attendîmes jusqu'au 12 sans avoir rien vu paraître de nouveau, le malade prenant néanmoins par précaution tous ces jours six ou huit capsules de Mothes.

Obs. XI. — K., entré le 18 juin 1843, salle 2, n° 4. Blennorrhagie datant de douze jours. Le malade urine sans beaucoup de douleurs. On prescrit le 19, 30 grammes d'opiat avec deux grammes de jalap. Le lendemain 20, le malade dit avoir eu dix ou douze selles très copieuses; aussi l'écoulement a-t-il notablement diminué. On répète l'opiat à la même dose six jours de suite; mais le malade habitué au médicament n'en éprouvait plus le même effet et n'avait que deux ou trois selles par jour. (Or notons que pendant ce temps la blennorrhagie restait à peu près stationnaire.) On prescrit alors le 27 au matin d'ajouter aux 30 grammes de l'opiat 3 grammes de jalap et 3 décig. de coloquinte. On répète deux jours cette dose du médicament. Le malade va continuellement à la garderobe et l'écoulement n'a pas paru pendant ce temps; les urines ont l'odeur du copahu.

Le 30, une gouttelette muqueuse tant soit peu blanchâtre apparaît le matin; quatre injections avec E. D. 100 gr., 2 gr. sulfate de zinc suffisent alors pour tout supprimer. Le malade sortit le 4 juillet parfaitement guéri.

Obs. XII. — J. D., entré le 2 juillet, salle 1re, n° 5. Santé générale bonne, blennorrhagie datant de 8 jours; la verge est gonflée, le gland rouge; des douleurs cuisantes se font sentir dans le trajet du canal. Les glandes de l'aine sont tuméfiées; il y a érection continuelle.

Le 3, grand bain, diète. Le 4, saignée du bras. Le 5, application de 15 sangsues au périnée, et on prescrit trois pilules de camphre et extrait thébaïque. Cette médication fait tomber les symptômes inflammatoires, mais l'écoulement continue. On pratique le 8 deux injections de nitrate d'argent à haute dose.

Le 11, la blennorrhagie paraît s'amender; mais le 12 elle revient au même état. Le même jour, 30 grammes d'opiat et 2 grammes de jalap sont prescrits au malade. Les 13, 14 et 15, même prescription.

Le 16, le malade n'aperçoit plus rien. Il sort guéri le 20.

Obs. XIII. — J. R., entré le 23 juillet 1843, salle 1re, n° 8, affecté de blennorrhagie très aiguë, est soumis, immédiatement à son entrée, au traitement ordinaire. Le médicament avait été prescrit le soir dans la nuit; il y eut onze selles assez copieuses; la soif fut si intense que le malade but dans la nuit trois litres d'eau. Le lendemain, ses forces étaient dans une résolution complète. Il y avait abattement considérable, mais la douleur avait cessé et l'écoulement était presque suspendu. On se contenta alors de lui administrer quelques capsules de copahu pendant huit jours, ce qui suffit pour tout faire cesser. Il sortit guéri le 31.

OBS. XIV. — N. R., entré le 1er août 1843, salle 4, n° 6; affecté de blennorrhagie et d'orchite aiguë, l'écoulement n'en était pas moins très abondant; on prescrivit alors la dose de médicament ordinaire. Pendant quatre jours que cette médication fut continuée, les selles furent fréquentes, l'écoulement un peu diminué, mais l'orchite prenait un caractère d'intensité considérable; on suspendit alors l'administration du copahu et on employa les antiphlogistiques simples. (Saignée; sangsues sur le trajet du cordon; cataplasmes émolliens sur le scrotum, etc.) L'inflammation une fois arrêtée dans son acuité, on revint à l'opiat de cubèbe et de copahu; administré sous la forme ordinaire et dans dix-huit jours, toute trace d'inflammation disparut.

Le malade sortit le 27 du même mois.

OBS. XV. — A. C., entré le 17 août 1843, salle 2, n° 3, affecté d'une blennorrhagie datant de 40 jours, avec écoulement abondant traité sans succès par les médecins du dispensaire, au moyen des antiphlogistiques, puis des injections astringentes; le malade se portait bien d'ailleurs; aussi quatre jours du traitement ordinaire suffirent-ils pour supprimer la blennorrhagie. Ce fut le cas le plus extraordinaire que j'aie observé, tant à cause de l'ancienneté de l'affection qu'à cause de sa résistance aux méthodes de traitement qui avaient précédé l'emploi du nôtre.

Le malade sortit le 27 complètement guéri.

OBS. XVI. — L. A., entré le 17 juillet, salle 1, n° 6; la blennorrhagie date de cinq jours, mais il est en même temps affecté d'une gastro-entérite chronique qui date d'un an. Le 18, on prescrit un grand bain et 15 sangsues à l'anus. Le 19, on administre un lavement émollient. Le 20, on met le malade à l'usage de l'opiat (dose ordinaire). Le lendemain, le malade a eu huit selles copieuses; l'écoulement a diminué d'une manière sensible, mais l'opiat a été difficilement supporté; il a occasionné des coliques et des vomissemens; on le prescrit de nouveau néanmoins, mais seulement à la dose de 20 grammes unis à 1 gramme de jalap. Cette seconde administration ne procure que trois selles au malade dans la journée. L'épigastre est devenu plus sensible et l'écoulement a augmenté. On met alors le malade à l'usage des bains, des fomentations émollientes sur le ventre, d'une tisane rafraîchissante et à la diète sévère.

Le 28, les symptômes d'irritation gastrique se sont amendés, et la blennorrhagie n'est plus qu'un suintement qui n'avait pas complètement disparu le 30, après deux injections d'une solution étendue de sulfate de zinc.

Le malade sortit non guéri le 3 août; mais le 5, il revint me trouver dans le même état où il était sorti. Je lui conseillai de garder un régime sévère et de pratiquer dans le canal des injections avec du vin de Bordeaux étendu.

Le 10, il vint me trouver, et m'annonça qu'il n'apercevait rien depuis deux jours.

OBS. XVII. — P. D., entré le 29 juin, salle 2, n° 7; blennorrhagie datant de quatre jours; écoulement tellement considérable que ses bourses sont baignées de pus; la douleur est vive, les érections fréquentes.

Le 30, grand bain; saignée le 31 juillet. On répète le bain le 2 août; la douleur et l'écoulement ont un peu diminué, mais l'épidydime et le cordon gauche sont devenus sensibles. On appliqua alors 15 sangsues sur le trajet du cordon, et le malade prend un grand bain après la chute des sangsues.

Le 3, tous les phénomènes restent stationnaires, et on prescrit l'application d'un cataplasme laudanisé sur les bourses. Le 4, la douleur a diminué; on prescrit alors la dose ordinaire de l'opiat avec les 2 grammes de jalap et 3 décigr. de coloquinte; ce médicament avait procuré sept selles le 5 au matin, et la blennorrhagie avait beaucoup diminué. On répéta encore deux fois la même dose, et le 8 (jour auquel on dut prescrire un lavement huileux pour calmer la vive irritation de l'anus), le malade n'avait plus d'écoulement, ne ressentait aucune douleur, et aucun gonflement ne paraissait aux organes génitaux. Il sortit guéri le 9.

OBS. XVIII. — A. B., entré le 16 juin, salle 3, n° 2, homme d'une forte constitution et se portant bien d'ailleurs, est affecté d'une blennorrhagie qui date de six jours; il n'y a pas beaucoup de douleur; cependant les érections sont fréquentes.

Le 17, on prescrit une injection matin et soir avec 30 gr., nit. d'arg.; 8 décigram., et de camphre et extrait thèb. Le 19, on suspend ces injections. Immédiatement après les injections, l'écoulement devint considérable; mais le 29, au matin, il paraissait avoir complètement cessé, lorsque, le 31, il reparut comme ci-devant. On soumet alors le malade (le 2 juillet) aux fumigations de copahu; on les répéta quatre fois sans que rien fût changé dans l'état de la maladie. Lorsqu'enfin le 9 juillet on administra en quatre jours quatre doses de l'opiat qui, ayant rudement évacué le tube intestinal, amenèrent une guérison complète. Le malade sortit le 16 complètement guéri.

OBS. XIX. — C. J., entré le 27 juillet, salle 4, n° 3, affecté d'une blennorrhagie compliquée de chancres sur le gland, datant de 8 jours; phlogose très vive de toute la sphère génito-urinaire; cystite très prononcée avec épididymite très aiguë, traitée d'abord par les antiphlogistiques et les calmans, puis par les sédatifs, tels que les préparations d'opium, de térébenthine, etc. Les symptômes inflammatoires se calment sous l'influence de cette médication, la blennorrhagie, qui n'avait jusqu'alors fourni que très peu de matière purulente, en donna beaucoup à cette époque. Le 6 août, on prescrit 20 grammes d'opiat avec jalap 2 grammes; le lendemain, amélioration notable. Le 8, disparition de la douleur, l'écoulement est presque imperceptible. Ce jour-là le malade, malgré nos sollicitations, demande à sortir, bien que les chancres existassent encore.

OBS. XX. — D. J., entré le 16 juillet à l'hospice, salle 4, n° 5, avec une blennorrhagie aiguë qui date de 5 jours. Le lendemain, on fait une injection avec une solution de 1 gramme de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée, dans le dessein de juguler et de faire avorter en quelque sorte l'écoulement. Cette injection est répétée à trois reprises dans l'espace de huit jours. Le pus devient moins abondant, mais une épididymite survient et force de cesser les injections irritatnes. Les sangsues sont appliquées sur le trajet du cordon correspondant, et on prescrit l'emploi des cataplasmes et de pommade résolutive. Le 28 juillet, l'état du malade était beaucoup amélioré, mais il n'y avait pas guérison. On en vint alors au traitement par les fumigations de copahu, qui furent pratiquées six fois sans amener aucun résultat. Le 30 juillet, 30 grammes de l'opiat avec 2 grammes de jalap sont prescrits. Le malade a neuf selles copieuses dans les 24 heures. Ce troisième traitement est continué 4 jours, et le malade sort guéri le 11 août, après s'être pratiqué quelques injections avec du vin rouge.

NOTE DE M. DIDAY. Les observations qui précèdent ayant pour la plupart été recueillies dans mon service, je suis heureux d'avoir ici l'occasion de reconnaître publiquement l'exactitude avec laquelle les détails en ont été relevés par M. Jaquetant. Depuis l'époque à laquelle ce mémoire a été rédigé, j'ai continué à employer, soit à l'hôpital, soit dans ma pratique particulière, le système de traitement par les anti-blennorrhagiques associés aux purgatifs; et des succès multipliés ont confirmé l'issue favorable des premiers essais dont M. Jaquetant a consigné l'histoire dans le travail ci-dessus. L'opiat que je prescris le plus habituellement dans mon service est ainsi composé :

Baume de copahu.	12 grammes.
Poivre cubèbe.	18 grammes.
Poudre de jalap.	3 grammes.
Gomme gutte.	3 décigrammes.
Sirop de roses pâles.	q. s.

Pour faire un opiat que l'on prend en deux fois dans la journée.

Mon principal but en ajoutant ces quelques mots au mémoire de M. Jaquetant a été de faire connaître les résultats d'une sorte de vérification à laquelle je crus devoir soumettre les idées qui y sont exprimées. En voyant guérir sous mes yeux tant de malades par l'usage de l'opiat anti-blennorrhagique purgatif, ma première pensée fut d'attribuer la disparition de l'écoulement à la révulsion énergique exercée sur le tube digestif bien plutôt qu'à l'action spécifique du copahu et du cubèbe. M. Ricord, à qui je fis part de ces faits, lors de mon voyage à Paris en février 1844, n'hésita pas à les expliquer de cette manière; il les assimila, je me le rappelle parfaitement, à ces exemples de guérison que les militaires obtiennent assez fréquemment par l'ingestion à doses énormes des drastiques les plus actifs. La raison elle-même semblait m'imposer une pareille manière de voir. Comment comprendre, en effet, qu'un médicament qui, *rationnellement parlant*, ne doit agir qu'à la condition d'être absorbé, agira au contraire d'autant mieux qu'on l'associera à un purgatif qui le fait pour ainsi dire glisser sur la surface absorbante sans s'y arrêter ?... C'était là pourtant ce que démontraient les faits. Forcé de les admettre, je me trouvais donc réduit, pour les expliquer, à choisir entre les deux suppositions suivantes : ou les médicamens anti-blennorrhagiques puisent dans leur union avec les purgatifs un excès de puissance médicatrice bien réelle, quoique sa cause nous échappe; ou bien la supériorité d'action de ce mélange n'est due qu'à l'effet de répulsion opéré par les purgatifs sur le canal intestinal. Un moyen facile se présentait pour décider laquelle de ces deux hypothèses méritait créance : administrer les purgatifs seuls, sans les anti-blennorrhagiques, et observer le résultat; car si ce résultat était une guérison, il tranchait la question et donnait évidemment à l'action révulsive tout l'honneur des succès dont je cherchais à déterminer la cause. J'expérimentai donc dans cette voie. A plusieurs malades affectés de blennorrhagie, je prescrivis un mélange contenant les mêmes substances purgatives, et aux mêmes doses qu'elles se trouvent dans l'opiat formulé ci-dessus, mais sans leur unir le copahu et le cubèbe. La purgation fut ordonnée à la même période de la blennorrhagie que celle où l'opiat réussissait habituellement, et on la renouvela de manière à obtenir un très grand nombre de selles. Malgré la similitude de toutes ces conditions, la blennorrhagie n'éprouva pas dans son cours le moindre amendement, ne perdit rien de son intensité. Les trois observations suivantes recueillies avec beaucoup de soin par mon interne, M. Bruny, mettent ces faits en évidence. Après les avoir lues, il sera, je crois, impossible de penser encore que l'influence curative de l'opiat que je recommande soit due aux purgatifs, puisque les purgatifs seuls, employés dans des circonstances tout à fait pareilles, ont complètement et constamment échoué.

OBS. I. — Claude Mo., âgé de 22 ans, brasseur de bière, entra à l'Antiquaille le 1er mai 1844, pour une blennorrhagie datant de huit jours, avec écoulement assez abondant et symptômes inflammatoires fort modérés. M. Diday prescrit à la visite du 2 l'opiat suivant à prendre dans la journée :

Miel. . . . . 30 grammes.
Poudre de jalap. . . . . 3 grammes.
Gomme gutte. . . . . 3 décigrammes.

Dans la journée, il y eut 6 selles. Le lendemain, 3 mai, même prescription; 7 selles. L'écoulement n'a point diminué. Le 4, on ajoute à la formule ci-dessus 1 gramme de jalap. Sous l'influence de cette médication, le malade a 7 à 8 selles par jour. Aucune amélioration ne se manifestant néanmoins dans la blennorrhagie, on supprime l'opiat, et à partir du 6 on te remplace par 25 grammes de poivre cubèbe. Le 9, l'écoulement a presque totalement disparu. On continue le médicament, et le malade, complètement guéri dès le 12 mai, est gardé jusqu'au 15, pour mieux constater la solidité de la cure.

Obs. II. — Vincent Mc., âgé de 26 ans, entra à l'Antiquaille le 7 mai, ayant depuis neuf jours un écoulement abondant et verdâtre avec douleurs en urinant. On prescrit l'opiat ci-dessus, qui amène, au dire du malade, 12 à 14 selles dans la journée, sans modifier en rien la quantité de l'écoulement. Le 8, même ordonnance; 6 selles. Le 9, 3 évacuations seulement. Aucun changement dans les symptômes. Le 10, on supprime l'opiat et on le remplace par 30 grammes de poivre cubèbe, à prendre en six fois dans la journée. Dès le lendemain, la blennorrhagie a diminué. Cette marche favorable est entretenue par la continuation du cubèbe à la même dose. Le 16 et le 18, deux bains de vapeur. Le malade sort guéri le 24 mai.

Obs. III. — Joseph V., âgé de 23 ans, marié, entre à l'Antiquaille le 24 mai, présentant tous les symptômes d'une blennorrhagie aiguë. L'écoulement dure depuis cinq jours; il est abondant et de couleur blanc verdâtre. Le 25, l'opiat, formulé comme ci-dessus, est administré. Le lendemain 26, lorsqu'on demande au malade combien il a eu de selles, il répond qu'il a été trop fréquemment à la garderobe pour avoir pu compter; la même prescription est réitérée. Il y a sept selles dans la journée. L'écoulement n'a point diminué. Le 27, l'opiat n'amène que quatre évacuations. La blennorrhagie demeurant à l'état de *statu quo*, on supprime le mélange purgatif et on fait prendre 30 grammes de cubèbe par jour. La maladie marche dès lors à la guérison, et, le 8 juin, le malade se trouve si bien qu'il veut s'en aller, malgré l'avis contraire du médecin.

Ce malade, revu depuis, n'est pas encore guéri, chose facile à prévoir, puisque l'écoulement n'était pas entièrement supprimé lorsqu'il voulut quitter l'hôpital. Mais l'insignifiance des purgatifs n'en reste pas moins démontrée par ce fait aussi bien que par les deux autres.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Luxation complète en dehors des os de l'avant-bras sur l'humérus*; par M. Neilson. (L'accident fut occasionné par une chute; le déplacement était très perceptible à travers la peau intacte mais distendue : réduction facile, prompte guérison.) 2° *Cas de syncope causée par l'introduction de l'air dans une veine pendant l'amputation du bras dans l'article*; par M. Bransby Cooper. (C'est après l'amputation et au moment où l'opérateur disséquait une des glandes axillaires qu'il voulait enlever, que l'air pénétra avec un bruit particulier. La plaie fut à l'instant fermée. La malade longtemps souffrante finit par se rétablir. Il n'y a dans ce fait aucune autre circonstance qui le rende instructif.) 3° *Du mécanisme par lequel l'air introduit dans les veines cause la mort*; par M. Elliot. (Au milieu de plusieurs propositions hasardées, l'auteur laisse voir que, pour lui, la mort résulte de ce que l'air se mêlant au sang dans les cavités droites du cœur les empêche de se contracter de manière à faire circuler le sang dans les capillaires du poumon.) 4° *Hernie crurale étranglée*; par M. Burnett. (Opération; guérison. Rien de neuf.) 5° *Observations sur la fièvre*; par M. Wm. Scott. 6° *Observation de corps étranger dans les voies aériennes*; par M. Houston. 7° *Mort subite causée par une masse de matière scrofuleuse obstruant la trachée*; par M. Geoghegan. 8° *Cas de lithotomie heureusement pratiquée chez un homme âgé de 73 ans*; par M. Moffatt. (Rien de nouveau.) 9° *Torticolis dépendant d'un état tétanique du sterno-mastoïdien et de spasmes du trapèze, ainsi que des muscles abdominaux du même côté; désordres produits par une lésion traumatique de la colonne vertébrale*; par M. Labatt. 10° *Naissance de trois enfans en un seul accouchement*; par M. Maxwell. 11° *Sur une forme particulière de maladie régnante*; par M. Coy. 12° *Anévrisme par anastomose*; par le même. (Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Houston a vanté les bons effets du séton dans le traitement des tumeurs érectiles. Il conseille de le passer tout autour de la circonférence de la tumeur, et de le laisser en place jusqu'à ce que la résolution de la maladie soit bien complète.) 13° *Seigle ergoté contre la paralysie de la vessie*; par M. Houston. 14° *De l'influence de la structure normale du corps comme favorisant la production des maladies*; par M. Hargrave. (L'auteur expose surtout les conditions qui rendent les luxations, les fractures et les déviations plus communes dans certaines parties du système osseux.) 15° *Deux cas de hernie compliquée d'hydrocèle*; par M. Sharkey. (Rien de bien neuf.) 16° *Cas de phlegmatia alba dolens et de synovite*; par M. Th. Mayo. 17° *Corne développée sur la peau*; par M. Wilson. (Cette production, de 2 pouces 3/4 de longueur sur 2 pouces de largeur à sa base, fut enlevée sur la cuisse d'une femme âgée.) 18° *Carcinôme étendu des poumons, avec quelques remarques pratiques*; par M. Burrow. 19° *Nouveau sel de mercure et de quinquina*; par M. M'Dermott. 20° *Luxation du fémur dans le trou ovale*; par M. Kennedy. (Cas très simple pour le diagnostic et pour le traitement.) 21° *Insertion du placenta sur le col*; par M. Mitchell. 22° *Tremblement métallique*; par M. Benson.

OBSERVATION DE CORPS ÉTRANGER DANS LES VOIES AÉRIENNES; par M. HOUSTON.

Obs. — Une jeune fille de 16 ans, ayant trouvé un morceau de bois d'une forme qui lui sembla extraordinaire, le plaça dans sa bouche. Saisie en ce moment d'une violente envie de rire, elle sentit le corps étranger glisser dans son gosier. Elle éprouva alors un accès de toux de plus d'une heure de durée. La voix devint rauque; la toux reparut aussi par intervalles. Ce ne fut qu'au bout de huit jours qu'elle fit connaître la cause de son mal. A cette époque, les crachats s'étaient teints de sang, et il lui semblait que le morceau de bois était descendu plus bas.

Lors de son admission à l'hôpital, la voix était faible et rauque; la toux fréquente et donnant parfois lieu à une douleur subite comme une piqûre d'épingle. Un mouvement brusque de rotation de la tête réveillait également la souffrance. Râle trachéal sibilant et muqueux dont le moindre effort augmente l'intensité. Le murmure respiratoire en est masqué, mais ces bruits anormaux ne sont pas plus forts d'un côté que de l'autre. La poitrine est sonore partout. Parfois, lorsque la malade se baisse ou qu'elle parle, il se déclare un paroxisme de toux avec congestion de la face et imminence de suffocation.

D'après ces symptômes et le récit de la malade, M. Houston pratiqua la trachéotomie le trente-quatrième jour de l'accident; mais aucun corps étranger ne sortit. Une sonde flexible, introduite à deux reprises en haut et en bas, vers le larynx et du côté des bronches, ne fit rien reconnaître. Les symptômes persistèrent à peu près comme avant l'opération. Bref, après avoir tenu la plaie ouverte pendant plusieurs jours, on l'abandonna à elle-même, et elle était entièrement cicatrisée lorsque la malade fut renvoyée dans sa famille, soixante-douze jours après l'opération. Mais quel ne fut pas l'étonnement du chirurgien lorsqu'il apprit que, trois semaines après son arrivée chez elle, et à la suite d'un accès de toux qui pensa la suffoquer, la jeune fille avait rendu le corps étranger! C'était une cheville de violon d'enfant. Depuis lors, les accidens cessèrent et la santé se rétablit.

— L'opération, à coup sûr, était parfaitement indiquée dans ce cas. On essaya bien, au moment de l'incision de la trachée, de provoquer la toux en irritant la muqueuse aérienne; mais les quintes que produisirent ces manœuvres n'amenèrent aucun résultat. Eût-on mieux réussi en inclinant, comme dans le cas de M. Brunel (V. Gaz. Méd., 1844), le corps sur l'un de ses côtés, et penchant en même temps la tête en bas?...

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE QUI RÈGNE EN DIVERS POINTS D'ANGLETERRE ET D'ÉCOSSE.

Nous ne citons de cette communication sur la fièvre régnante et dont il a été question récemment dans la Gazette Médicale (v. p. 16, 1844) que ce qui est relatif aux différences signalées entre cette fièvre et celle que l'on désigne ordinairement en Angleterre sous le nom de typhus ou fièvre typhoïde.

1° Fréquence extraordinaire du pouls. Dans l'épidémie actuelle, le pouls est rarement au-dessous de 120 et fréquemment au-dessus de 140 et 145, tandis que dans la fièvre ordinaire rarement il dépasse 100, et quand il arrive à 120 le cas est extrêmement grave. Dans l'épidémie actuelle beaucoup des malades dont le pouls s'est élevé à 145 ont guéri.

2° Rapidité de la convalescence. Dans la fièvre ordinaire, la convalescence ne vient que graduellement; dans l'épidémie actuelle, le malade passe souvent en quelques heures d'un état extrêmement grave, d'une fièvre très intense à une absence complète de fièvre. Malheureusement pour ceux que frappe la fièvre actuelle cette amélioration si subite et si complète n'est pas toujours de longue durée et fait souvent place à de nouveaux accidens.

3° Disposition à la rechute. Si l'on entend par rechute la répétition

de la même maladie on peut dire que les rechutes sont extrêmement rares ou plutôt ne se voient jamais dans la fièvre typhoïde, tandis qu'elles sont extrêmement communes dans la fièvre actuelle, à tel point qu'il est rare qu'une personne n'en éprouve qu'une seule attaque et que souvent la maladie se reproduit trois et même cinq fois, avec des intervalles apyrexiques distincts, avant que la convalescence soit définitive.

La première attaque se prolonge habituellement durant cinq, quelquefois sept et rarement neuf jours; les répétitions sont moins régulières dans l'époque de leurs terminaisons; quelques-unes traversent en vingt-quatre heures les trois périodes du froid, de la chaleur et de la transpiration; cependant chez le plus grand nombre des sujets la répétition se développe dans le même ordre que la première attaque. A Edimbourg et à Glascow, il n'y a peut-être pas eu un seul malade qui n'ait eu qu'une seule attaque.

4° AVORTEMENT DES FEMMES ENCEINTES. C'est à peine si, parmi les femmes enceintes en grand nombre qui ont été atteintes de la fièvre actuelle, on en trouverait quelques-unes qui n'aient pas éprouvé cet accident grave.

5° L'ICTÈRE a été observé dans quelques épidémies de typhus, mais rarement d'une manière aussi fréquente et aussi prononcée que dans l'épidémie actuelle.

6° L'HYPERTROPHIE de la rate, avec tous les symptômes de l'inflammation de cet organe, aurait été observée constamment en Écosse. Dans un cas même, le docteur Graham (d'Édimbourg) aurait trouvé à l'autopsie du pus dans les veines spléniques.

7° ÉTAT DES URINES. Ce produit de secrétion est ordinairement plus coloré; lorsqu'il disparaît complètement, ce qui arrive quelquefois, il en résulte des accidens graves du côté du cerveau, des convulsions, le coma, etc., qu'on attribue dans ces cas à la quantité d'urée qui s'accumule dans le sang et exerce une action si délétère sur le cerveau, et qu'on peut attribuer aussi à la cause qui a produit l'ictère et qui a transporté dans le sang les élémens de la bile, non moins funeste aux fonctions du cerveau que l'urée elle-même.

MORT SUBITE OCCASIONÉE PAR UN AMAS DE MATIÈRES SCROFULEUSES QUI BOUCHENT LA TRACHÉE; par le professeur GEOGHEGAN.

Les cas de suffocation déterminée par l'introduction dans le larynx de corps étrangers sont très fréquens; mais peut-être la science n'avait-elle pas encore enregistré un cas semblable au suivant, et dans lequel la cause de la suffocation a été fournie par l'organisme lui-même.

OBS. — Un enfant, âgé de 5 ans et demi et bien portant huit jours encore avant de mourir, commença à se plaindre d'une légère toux avec quelque douleur un peu au-dessous de la clavicule droite, mais qui ne l'obligea pas de garder le lit. Le quatrième jour, un émétique qui lui fut donné fut suivi de beaucoup de soulagement, et l'enfant continua de prendre ses repas et conserva sa gaîté comme à l'ordinaire. Le sixième jour, un peu de râle muqueux se faisant entendre dans la partie supérieure de la poitrine, on ordonne un vésicatoire et quelques poudres de calomel et d'ipécacuanha. A peine avait-il pris la première de ces poudres depuis cinq minutes qu'il se plaignit de l'estomac, devint livide, et qu'il fut pris d'une extrême difficulté de respirer avec présence d'écume à la bouche, les yeux sortant hors de l'orbite et d'un gonflement général. Un médecin appelé sur le champ, trouvant les symptômes d'une affection cérébrale grave, tire un peu de sang et obtient un soulagement momentané, ce qui n'empêche pas la mort d'arriver une heure environ après le début de ces accidens formidables.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. Le temps frais et un peu humide; il n'y a aucun signe de putréfaction. La cavité crânienne ne présente rien d'anormal. La muqueuse laryngienne est d'un rouge vif et très injectée; la glotte et l'épiglotte paraissent à l'état normal. En pénétrant dans la trachée dont la muqueuse offre une belle injection ramiforme, on trouve sa partie inférieure, près de la bifurcation, complètement obstruée par 3 onces de matières scrofuleuses complètement détachées de tous les tissus, enveloppées d'un mucus visqueux et ayant chacune le volume d'un pois ordinaire. L'enfant ayant, d'après le rapport des parens, mangé quelques instans avant le début des accidens qui auraient amené la mort un biscuit, on crut, malgré la couleur jaune de ces masses et leur consistance ferme, y voir les restes d'un biscuit; mais traitée par la teinture d'iode cette matière ne fournit aucune trace d'amidon, bien que le même moyen en dénotât dans les alimens que contenait l'estomac. Ces petites masses fournirent les caractères de l'albumine coagulée et ressemblaient exactement, pour l'aspect et la structure à des ganglions bronchiques engorgés que l'on trouva ensuite derrière la bifurcation de la trachée, mais qui n'offraient aucune communication avec l'intérieur de cet organe.

En incisant l'une des bronches du poumon droit, on met à découvert une masse d'une matière jaunâtre et caséeuse tout auprès de la racine de cet organe et remplissant une cavité tapissée d'une membrane fine et lisse à laquelle était légèrement adhérent le produit morbide, mais sans connexions organiques. Le dépôt était d'une consistance pâteuse vers sa circonférence, mais beaucoup plus deuse à l'intérieur; sur un point il était en contact avec un ganglion bronchique à l'état normal.

On trouve des ganglions altérés et tout à fait semblables à la matière contenue dans la trachée, derrière l'orifice radial de l'estomac.

Les glandes mésentériques et les viscères abdominaux étaient à l'état normal; les cavités du cœur contenaient une petite quantité de sang noir et fluide. Au moment où l'on incise le thorax, les poumons, à l'état emphysémateux, pâles et ne présentant que très peu de congestion hypogastrique en arrière feront saillie par la plaie; en incisant le poumon droit, on voit de petites gouttelettes de pus exsuder de l'extrémité des tubes bronchiques divisés, et la muqueuse qui tapisse ces derniers, bien que ne présentant pas de traces d'inflammation est couverte du même liquide. Le parenchyme de l'organe est lui-même à l'état normal.

TORTICOLIS DÉPENDANT D'UN ÉTAT TÉTANIQUE DU STERNO-MASTOÏDIEN ET DE SPASMES DU TRAPÈZE, AINSI QUE DES MUSCLES ABDOMINAUX DU MÊME CÔTÉ; DÉSORDRES PRODUITS PAR UNE LÉSION TRAUMATIQUE DE LA COLONNE VERTÉBRALE; par M. LABATT.

L'observation qui suit présente plusieurs points intéressans à discuter, sous les rapports théorique et pratique. Nous en exposerons quelques-uns, après l'avoir racontée sommairement.

OBS. — Un enfant de 4 ans, bien portant auparavant, fut amené le 14 septembre 1841 au dispensaire. Sa mère apprit que, le vendredi précédent, pendant qu'il tirait une fenêtre (dont le poids fut ensuite estimé à près de 85 livres), elle céda et le renversa les genoux en terre, la tête fléchie sous son corps et portant contre un mur, attitude dans laquelle il fut trouvé quand on vint le dégager. A la suite de cet accident, l'enfant ne fut pas malade; il parut seulement un peu assoupi ce jour là et le suivant. Mais le dimanche, sa mère remarqua que le corps s'inclinait du côté droit et que la démarche paraissait embarrassée. C'est alors qu'elle l'amena à la consultation, où l'on constata les symptômes suivans.

Il existe une inclinaison considérable du corps, du côté droit. L'omoplate droite a son angle inférieur 2 pouces plus bas que la gauche. La face est tournée du côté gauche, de telle sorte que le menton dépasse d'un pouce dans ce sens la ligne médiane. Veut-on ramener la tête dans sa situation normale, elle reprend brusquement sa direction vicieuse. Le sterno-mastoïdien droit présente une très grande rigidité, et le trapèze du même côté est tendu. A la paroi abdominale, la tension des muscles du côté droit contraste avec la mollesse, la flaccidité de ceux de l'autre moitié du corps. A part une légère gêne dans la démarche, les mouvemens des bras et des jambes sont entièrement conservés. Une petite ecchymose correspond à la suture frontale; mais le malade ne ressent aucune souffrance en ce point, non plus que dans aucune partie du corps, si ce n'est une douleur fatigante à la partie inférieure du côté droit du tronc.

Nous abrégeons le narré du traitement qui se composa de deux applications de sangsues au cou, de poudre de jalap unie tantôt au calomel, tantôt au sublimé, et de deux vésicatoires à la nuque. La tête se redressa peu à peu, et le 6 octobre l'attitude était régulière.

Cet enfant fut perdu de vue jusqu'au 22 mars 1843, époque où sa mère le ramena encore pour une inclinaison de la tête *du côté droit*. Le sterno-mastoïdien gauche paraissait maintenant plus saillant que le droit, surtout dans son faisceau claviculaire. Aucune rigidité du trapèze; pas d'abaissement de l'omoplate. Les parens ne voulurent l'assujétir à aucun traitement.

Le hasard procura encore à M. Labatt l'occasion de revoir cet enfant le 29 janvier 1844. Le sterno-mastoïdien gauche était alors plus développé que le droit, lequel paraissait aplati et atrophié. La tête était tournée à droite; si on la ramenait à la rectitude, elle ne reprenait que graduellement son attitude déviée. Si on commandait à l'enfant de regarder son épaule gauche, il ne pouvait exécuter qu'un effort impuissant pour accomplir ce mouvement. La santé générale était bonne; il éprouvait encore quelques tressaillemens la nuit. Un vésicatoire et des frictions avec l'onguent mercuriel les dissipèrent. On employa ensuite des frictions avec un liniment contenant de la teinture de noix vomique. Mais, le 12 février, il n'y avait encore eu aucune amélioration. L'auteur termine en disant que la section du muscle lui paraît maintenant être la seule chance de guérison.

— Ce fait offre, en premier lieu, l'exemple d'un torticolis où le rapport de la cause à l'effet apparaît aussi évident qu'on peut le désirer. Bien qu'on s'accorde assez généralement aujourd'hui à reconnaître que les rétractions musculaires, source de tant de difformités congéniales, prennent alors leur origine ordinaire dans une altération des centres nerveux, quelques esprits récalcitrans s'obstinent encore à repousser une doctrine fondée sur tant d'analogies et sur tant de preuves matérielles. Leur principale objection vient de ce qu'une altération du cerveau ou de la moelle ne leur paraît pas susceptible de se traduire par des désordres aussi exactement circonscrits que la contracture d'un seul muscle ou d'un seul faisceau de muscle, et ils ne manquent pas d'invoquer à ce sujet les convulsions générales, les paralysies si étendues qui accompagnent presque toujours les plaies de tête, ou les lésions spontanées de l'axe céphalo-rachidien. Mais si l'analogie leur semble suffisante pour justifier leurs doutes, ils ne peuvent refuser non plus de l'admettre comme suffisante pour les dissiper, après avoir lu l'observation précédente; car elle offre le tableau symptomatologique exact du torticolis qu'on observe ordinairement, du torticolis

dit *spontané*, mais ayant succédé cette fois à une lésion évidente de la moelle. Il demeurera donc établi, par les détails de ce fait, qu'une altération bien réelle des centres nerveux peut exister sans produire de désordres généraux, et sans déterminer dans les fonctions du système locomoteur d'autre modification que la contracture d'un ou de plusieurs muscles bien isolés.

Ajoutons d'ailleurs que la théorie de la rétraction musculaire ne reconnaît pas seulement des lésions du cerveau et de la moelle, mais aussi des lésions des rameaux et même des filets nerveux, c'est-à-dire des lésions aussi bornées que les effets qu'on leur attribue.

L'état dans lequel se trouve maintenant le jeune malade est-il curable? Nous le pensons, sans oser l'affirmer. Mais avant d'en venir à la section du sterno-mastoïdien *du côté sain* que M. Labatt regarde comme le seul moyen désormais efficace, nous insisterions encore et fortement et longtemps sur les moyens propres à rendre au sterno-mastoïdien *paralysé* son irritabilité et sa contractilité normales. Là seulement serait l'espoir d'une guérison véritable; car l'opération proposée n'aboutirait qu'à diminuer la difformité, mais elle serait impuissante pour restituer à la partie ses mouvemens naturels.

EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ CONTRE LA PARALYSIE DE LA VESSIE; par M. HOUSTON.

Nous avions déjà cité (v. GAZ. MÉD., 1844, p. 74) un exemple de guérison due à cet agent. Dans le cas présent, son efficacité paraîtra sans doute moins prouvée, d'autres médications ayant été simultanément employées; mais les circonstances de ce fait n'en sont pas moins intéressantes à connaître surtout à cause de la sagacité avec laquelle l'utilité spéciale de l'ergot dans cette affection a été appréciée par l'auteur.

OBS. — Un homme de 60 ans fut reçu à l'hôpital de Dublin le 14 décembre 1843. Bien portant jusque-là, il éprouvait depuis un an de fréquens besoins d'uriner, avec impossibilité de rendre tout le liquide à la fois, de sorte que, selon son expression, ce malheureux passait tout son temps à uriner. Plusieurs traitemens étaient restés infructueux.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, il était forcé de pisser tous les quarts d'heure. Le jet était suffisamment volumineux, mais il manquait de force. La vessie distendue se laissait percevoir au-dessus du pubis. Après que le malade avait, à ce qu'il croyait, vidé complètement sa vessie, la sonde en retirait encore une quantité assez considérable d'urine. Ce liquide était trouble et contenait une mucosité purulente. Ni rétrécissement de l'urètre, ni hypertrophie de la prostate.

Prescription : un bain chaud tous les deux jours; repos au lit; évacuer l'urine avec la sonde toutes les six heures.

Au bout de dix jours, les besoins d'uriner étaient devenus moins fréquens, l'urine plus claire, et il n'en restait plus que 10 onces dans la vessie après que le malade avait fait des efforts d'excrétion. On essaya alors la teinture de cantharides à l'intérieur, mais elle ne fit qu'augmenter le nombre quotidien des envies d'uriner.

Le 27 décembre, tout en continuant le cathétérisme, on commença à appliquer l'électricité et à administrer la strychnine. Au bout de dix jours de ce traitement, l'amélioration était telle que le malade n'était plus obligé de se lever que quatre ou cinq fois par nuit, et que 6 onces seulement d'urine restaient dans la vessie après qu'il avait pissé. Cependant, le 11 janvier 1844, M. Houston, voyant que l'état demeurait stationnaire malgré la continuation des mêmes moyens, donna six grains de seigle ergoté, en trois fois dans la journée. Cathétérisme continué. Rien ne se manifesta d'abord; mais après quelques jours un changement marqué eut lieu. L'envie d'uriner ne revenait plus que deux fois par nuit, le jet prenait une certaine force, et le cathéter, introduit après que le malade avait pissé, ne donnait plus issue qu'à 2 onces de liquide. Le médicament continué jusqu'au 30 janvier rendit la guérison complète. Le sujet revint encore, huit jours après sa sortie, assurer qu'il ne ressentait plus aucune incommodité.

Malgré l'action très évidemment favorable du seigle ergoté, M. Houston n'hésite pas à déclarer que l'emploi réitéré de la sonde a été non moins utile, et même qu'aucun médicament donné à l'intérieur n'eût eu de succès si la vessie était restée constamment distendue par l'urine. C'est un conseil sur la sagesse duquel s'accordent toutes les autorités compétentes, et que M. Civiale, entre autres, regarde comme dominant toute la thérapeutique de ces affections.

Dans la séance où ce fait a été communiqué, M. Hargrave a cité le cas d'une jeune fille qui, se trouvant dans le même état, fut guérie après avoir pris pendant trois jours dix grains de seigle ergoté.

II. PROVINCIAL MEDICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier, février et mars 1844, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Asphyxie par suspension traitée au moyen de la saignée;* par MM. Bree et Toogood. 2° *Quelques observations sur l'origine des catarrhes;* par M. Harrison. 3° *Observations sur les propriétés contagieuses de la fièvre puerpérale et sur ses rapports avec l'érysipèle;* par M. Elkington. 4° *Cas de persistance du canal de l'ouraque après la naissance;* par M. Starr. 5° *Théorie de la cause prochaine de l'aliénation mentale;* par M. Morris. 6° *Cas extraordinaire d'ulcération grave des deux jambes;* par M. Whitcombe. (Chez une femme de 52 ans, un ulcère avait déjà occupé toute la jambe gauche et nécessité l'amputation au-dessous du genou. L'ulcère se déclara, quelques années après, sur la jambe droite qu'il envahit tout entière, et la malade mourut d'épuisement.) 7° *Hernie inguinale congénitale; opération;* par M. Hawkins. (Fait d'un intérêt très vulgaire.) 8° *Sur la possibilité d'enterrer vivans des sujets présumés morts, et qui ont conscience de leur situation;* par M. Druitt. 9° *Observations sur la coïncidence de la folie avec l'altération d'organes de la vie physique;* par M. Prichard. 10° *Sur la pleurésie chronique avec épanchement;* par M. Chambers. 11° *Cas rares d'accouchement;* par M. Evans. (Rien qui mérite d'être reproduit.) 12° *Remarques sur l'hémorragie et sur l'exfoliation osseuse qui suit les amputations;* par M. Jesse. (Considérations pleines de justesse, mais n'offrant aucune vue nouvelle en théorie ni en pratique.) 13° *Cancer de l'estomac existant chez un sujet qui présentait un vice de conformation rare des reins;* par M. Sandwith. 14° *Coexistence de l'albuminurie et des convulsions puerpérales;* par M. C. Rose. 15° *Hydropisie du cordon ombilical, avec arrêt de développement des muscles abdominaux, des côtes et de la moitié gauche du diaphragme;* par M. Mayne. 16° *Observations de tremblement nerveux chez les enfans;* par M. Hennis Green. 17° *Traitement de l'hémiplégie par le galvanisme;* par M. Lynch.

OBSERVATION D'UN CAS DE CANCER DE L'ESTOMAC SUR UN SUJET CHEZ LEQUEL LES DEUX REINS ÉTAIENT RÉUNIS EN UN SEUL; par le docteur HUMPHRY SANDWITH.

Bien que les cas de rein unique ne soient peut-être pas aussi rares que semble le croire M. Sandwith, cependant il doit arriver bien rarement que cette anomalie existe chez un sujet affecté d'une maladie organique de l'estomac. Sous ce point de vue, l'observation suivante, que nous n'allons rapporter que brièvement, offre pourtant quelque intérêt par la difficulté d'arriver dans ces cas à un diagnostic exact.

OBS. — Field, âgé de 49 ans, entre à l'infirmerie de Hall le 22 septembre 1832, se plaignant de sensibilité à l'épigastre avec tension et plénitude dans l'hypochondre droit. Les antécédens du malade n'offraient aucun autre document qu'un chagrin très violent éprouvé deux ans auparavant à l'occasion de la perte de sa fortune. Il est de tempérament sanguin, fort intelligent, mais d'une irritabilité presque morbide. Les moyens employés n'amenant aucun changement et l'amaigrissement faisant chaque jour de nouveaux progrès, le malade rentre dans sa famille pendant quelque temps, et revient à l'infirmerie le 27 novembre, avec l'expression que donnent les lésions organiques viscérales et la nuance terreuse de la peau, qui annonce le cancer. L'amaigrissement avait marché rapidement et les symptômes du côté de l'estomac étaient bien plus prononcés. Le malade rejette souvent un liquide muqueux mêlé de sang. Pour la première fois on constate (probablement à cause de la maigreur plus avancée du sujet) la présence d'une tumeur vers l'ombilic, donnant aux doigts une forte impulsion, qu'on distingue même à la vue en examinant attentivement. Le stéthoscope transmet aussi à l'oreille un bruit distinct. Cette tumeur ne donne pas la sensation d'un anévrisme; on aurait dit plutôt que ce serait l'aorte arrivée à un degré de dilatation considérable. M. Wollis, professeur d'anatomie, est aussi du même avis, mais pense en outre que la pression exercée par cette portion dilatée de l'aorte abdominale sur le canal thoracique peut rendre compte de la rapidité de l'amaigrissement. Malgré tous les soins, le malade meurt le 5 janvier 1844.

AUTOPSIE. Marasme général. A l'ouverture de l'abdomen, on reconnut que la tumeur, qui avait été prise pour une dilatation de l'aorte, n'était autre chose qu'un rein placé en travers au-devant de l'aorte. Ce rein unique a la forme semi-lunaire, pourvu de deux bassinets et de trois artères rénales; en outre, le corps de la troisième vertèbre lombaire forme une exostose considérable, qui soulève l'aorte et la portion du rein unique qui y correspond. Cette lésion de l'os était probablement le résultat d'une contusion reçue bien des années auparavant, dans une chute sur la tête, faite du haut d'un wagon chargé de paille. Toute l'étendue de la petite courbure de l'estomac, comprenant les deux orifices de cet organe, offre un épaississement considérable, causé par la transformation carcinomateuse des tissus et à l'intérieur une large surface ulcérée; ce qu'explique parfaitement la cessation complète des fonctions gastriques dans les derniers temps de la maladie de Field.

COÏNCIDENCE DE L'ALBUMINURIE ET DES CONVULSIONS PUERPÉRALES; par le docteur ROSE.

Si les conditions dans lesquelles a été recueillie l'observation suivante

se reproduisaient dans tous les cas analogues; c'est-à-dire s'il était démontré que les convulsions qui se développent assez souvent chez les femmes pendant leurs couches ou peu de temps après se présenteraient toujours sous l'influence de l'albuminurie et de la suppression la sécrétion urinaire, comme semble l'annoncer le docteur Caleb Ruse, la science aurait fait un progrès important sur un de ses points les plus obscurs; les convulsions puerpérales devraient être rangées parmi les affections cérébrales qui sont dues à l'action délétère sur le cerveau de l'excès d'urée contenue dans le sang dans les cas où la sécrétion urinaire est suspendue, mais momentanément. Nous ne pouvons qu'appeler des recherches nouvelles sur cette question, en analysant le fait rapporté dans cette communication et quelques-unes des réflexions qu'il a inspirées à l'auteur.

Obs. — E. G., âgée de 20 ans, non mariée, bien portante, passe les huit premiers mois de sa première grossesse dans un état de santé parfaite. Pendant le dernier mois cependant, elle fut prise d'un anasarque général, avec gonflement considérable et pâleur de la face; puis, dans la dernière semaine, elle eut de violentes douleurs de tête.

Le 4 janvier, elle accouche naturellement et sans aucune difficulté d'une fille bien portante; puis, presqu'immédiatement après, elle est prise d'une attaque d'hystérie, dans laquelle elle pousse des soupirs et même des cris violens. Elle reste dans cet état pendant une heure, à la suite éprouve une convulsion régulière, et peu de temps après une seconde.

Appelé auprès d'elle, je la trouve ayant à peine recouvré un peu de connaissance, respirant avec peine et se plaignant d'une forte douleur de tête; les pupilles dilatées et fixes; le pouls fréquent, vif et bondissant. Après une troisième attaque de convulsions qu'elle éprouva devant moi, je lui ouvris la veine, que je fermai après avoir tiré 20 onces de sang, le pouls étant tombé subitement. Je lui fis donner 2 gouttes d'huile de croton et des sinapismes sur les jambes. Trois quarts d'heure après, elle est prise d'une nouvelle attaque de convulsions violentes. Le pouls s'étant relevé, la veine est ouverte de nouveau et fermée après l'écoulement de 6 onces, qui suffit pour la faire retomber de nouveau. Trois heures après, les convulsions étant encore revenues plusieurs fois, je lui tire encore 20 onces de sang, et cette saignée est suivie d'une notable amélioration et de quelques heures de sommeil, bien que les muscles de la face continuassent d'offrir de fréquens spasmes.

La malade n'ayant pas uriné depuis quarante-huit heures qu'elle était accouchée est sondée, et on extrait de la vessie 6 onces d'urine très épaisse et fortement chargée d'albumine.

Pendant les quatre jours suivans, la sécrétion de l'urine fut abondante, la quantité d'albumine qu'elle contenait diminua rapidement, et au bout de huit jours il n'en restait plus de traces. L'anasarque avait aussi disparu complètement.

Si nous en croyons l'auteur, le docteur Lever aurait observé treize fois l'albuminurie sur quatorze femmes qui ont éprouvé à l'hôpital Guy des convulsions puerpérales. Du reste, il est bon aussi de rappeler ici que l'albuminurie peu prononcée est assez fréquente chez les femmes enceintes.

HYDROPISIE DU CORDON OMBILICAL AVEC ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES MUSCLES ABDOMINAUX, DES CÔTES ET DE LA MOITIÉ GAUCHE DU DIAPHRAGME; par M. MAYNE.

Obs. — Une femme, déjà mère de dix enfans, eut, deux jours avant son accouchement, un écoulement très considérable d'eau par le vagin. M. Mayne, appelé ensuite, constata cependant l'intégrité des membranes et une présentation naturelle. Il rompit la poche et l'eau sortit en quantité ordinaire. Au bout d'un quart d'heure, la malade mit au monde, sans beaucoup d'efforts, un enfant à terme, du sexe féminin. Quoiqu'imparfaitement développé, il fit quelques mouvemens des membres et de la face; on remarqua aussi quelques battemens du cœur. Une heure un quart après sa naissance, il avait cessé de vivre.

Du côté gauche de la paroi antérieure du thorax, le squelette manquait jusqu'à la seconde côte. La moitié correspondante de la paroi abdominale n'était constituée que par une membrane que composaient la peau et le péritoine intimement rapprochés. Mais, au niveau de la moitié ou des deux tiers inférieurs, la peau se détachait pour recouvrir l'ombilic et ce qui tenait lieu de cordon.

Relativement à ce cordon, il était suppléé par un prolongement de la peau s'étendant jusqu'au placenta. Après l'avoir lié, l'accoucheur tira doucement sur lui, mais il se sépara du placenta, qu'il fallut détacher, avec la main, de ses adhérences avec l'utérus.

L'abdomen du fœtus contenait 8 ou 9 onces de sérosité. La moitié gauche du diaphragme manquait entièrement. On remarqua en outre sur son squelette une courbure latérale de l'épine extrêmement prononcée, et la torsion d'un pied.

L'auteur pense que le liquide évacué deux jours avant l'accouchement ne sortit pas de l'amnios, mais qu'il était contenu dans la portion du chorion qui aurait entouré le cordon, si celui-ci eût existé dans sa condition ordinaire. C'est par cette supposition, un peu gratuite ce nous semble, qu'il cherche à justifier le titre de *hydropisie du cordon*, placé en tête de son observation. — Du reste, quelque circonstanciés qu'en soient les détails, une lacune importante enlève à ce fait la plus grande partie de son intérêt, c'est l'omission de toute indication relative à l'état des centres nerveux chez ce sujet.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUILLET.

CYSTITE CANTHARIDIENNE.

M. Morel-Lavallée lit un travail intitulé : Vésicatoire dans la vessie, ou fausses membranes développées a la surface interne de ce viscère sous l'influence des cantharides appliquées a la peau. Quoique le plus souvent les cantharides appliquées à la peau n'aient aucune influence sur la vessie, il est des cas où elles y exercent tant action absolument comme si l'on eût posé un vésicatoire à la surface interne de ce viscère. Cette différence paraît tenir à des causes individuelles. La grandeur du vésicatoire paraît avoir une influence considérable sur la production des accidens vésicaux. Dans tous les cas où ils ont été les plus marqués, le topique était très large, quelquefois monstrueux. Dans les trois cas cités par M. Morel, de tous les vésicatoires qui ont agi sur la vessie, un seul avait été appliqué aux environs de cet organe, à l'hypogastre, les autres l'avaient été le plus loin possible, à la poitrine et à la tête.

Les caractères anatomiques de cette affection consistent dans l'état de la vessie et dans les produits que secrète sa surface enflammée. Les fausses membranes, dont la grandeur varie de celle d'une pièce de 50 cent. à celle d'une moitié de carte à jouer, et l'épaisseur de 1 à 3 millim., ont les bords irréguliers et frangés. Les petits lambeaux sortent en pelotons, les autres en rouleaux. Les premiers sont d'un aspect rose-grisâtre, muqueux et à peu près semblables sur leurs deux faces, parsemés de stries de sang mou, peu résislans et d'une texture à peine fibreuse, se réduisant en lames parcheminées et se durcissant à l'alcool. Les seconds, les plus considérables, sont d'un blanc mat d'un côté et rose de l'autre, fermes, élastiques, résistans, et d'une trame composée de faisceaux blanchâtres entrecroisés, et présentent le même aspect d'organisation que la couenne d'un caillot sanguin. Il n'a remarqué de l'albumine dans les urines que dans un cas.

Il est à remarquer que dans tous les cas rapportés par l'auteur, les vésicatoires étaient camphrés, circonstance qui diminue beaucoup la confiance que l'on accorde à ce préservatif.

Quant au traitement, l'auteur conseille d'abord l'enlèvement de tout emplâtre cantharidé, puis des injections émollientes dans la vessie.

SEIGLE ERGOTÉ.

M. Legrip, pharmacien à Chambon, envoie un travail sur l'ergot de seigle, dans lequel il oppose à quelques-unes des opinions le plus récemment émises sur ce sujet des recherches analytiques et des expériences nouvelles. Il résulte de l'analyse que M. Legrip en a faite que cette substance séchée à +50° centigr. contient pour 100 grammes :

Huile grasse, épaisse, très fluide à +25°, d'un beau jaune	34 50
Amidine	2 75
Albumine	1 00
Inuline	2 25
Gomme	2 50
Sucre incristallisable	1 25
Résine très brune	2 75
Fungine	3 50
Matière végéto-animale	13 50
Osmazome	0 75
Acide gras	0 50
Fibro-ligneuse	24 50
Principes colorans { rouge-brun, violacé par un alcali, fauve rosé, par un acide } insoluble dans l'alcool; { d'un beau jaune dans l'ammon., couleur nulle dans les acides } soluble dans l'alcool	0 50
Principe odorant inisolé	» »
Fungate de potasse	2 25
Chlorure de sodium	0 50
Sulfates { de chaux, de magnésie }	0 50
Phosphate de chaux (sous)	1 25
Oxide ferreux	0 25
Silice	0 15
Eau	2 50
Perte	2 35
	100 00

M. Legrip a fait quelques expériences tendant à établir la manière d'agir et le degré d'action de quelques produits immédiats de l'ergot de seigle. Ainsi,

l'huile d'ergot de seigle, que M. Bonjean dit être très toxique, a paru à M. Legrip n'avoir aucune action malfaisante.

L'auteur de ces recherches n'a point trouvé *l'ergotine*, matière cristallisable en paillettes que M. Vallet a dit avoir rencontré dans une analyse qu'il a fait connaître en 1832 à la Société de pharmacie.

BRAS ARTIFICIEL.

M. PEETERSSEN envoie le dessin d'un bras artificiel dont il est l'inventeur.

BAINS DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

M. NUMA-GUÉRIN (de Saint-Séverin d'Aubeterre) annonce qu'il a imaginé un nouveau moyen de faire parvenir la matière des bains généraux dans le vagin et au col de la matrice, et à maintenir le liquide d'une manière continue et permanente sur ces parties. Il se sert, à cet effet, de sondes et de spéculums modifiés comme conducteurs de la matière du bain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le directeur de l'Institution des sourds et muets prévient l'Académie qu'en raison de l'anniversaire de la mort de M. Itard, une messe sera dite dans la chapelle de l'établissement le 8 juillet prochain.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Demangeon, l'un de ses membres titulaires.

M. PARISET donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Geoffroy St-Hilaire. Ce discours, écouté avec une religieuse attention, provoque les applaudissements de l'assemblée.

—L'Académie se formera en comité secret à 4 heures pour entendre le rapport de la commission du prix Itard.

ORTHOPÉDIE.

M. PRAVAZ obtient un tour de faveur pour une lecture. Il lit une note sur l'emploi du bain d'air comprimé comme moyen propre à corriger les déformations du thorax consécutives aux déviations de l'épine. Il met sous les yeux de l'Académie deux plâtres représentant, avant et après le traitement, le dos d'un sujet atteint de déviation de l'épine avec saillie prononcée des côtes. Le second plâtre, pris après quatre mois et demi de traitement, présente un amendement considérable des déformations.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES OPHTHALMIES.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les ophthalmies.

M. GERDY reprend son argumentation. Après avoir parlé un quart d'heure, voyant qu'il n'aurait pas le temps de terminer, il cède la place à M. Rochoux, inscrit après lui.

M. ROCHOUX monte à la tribune et lit le discours suivant :

Messieurs, la discussion sur les tumeurs fibreuses de la mamelle a donné lieu à un voyage de grande circumnavigation où l'on a parlé à peu près de tout, excepté de ce qui était en question, c'est-à-dire l'existence de ces mêmes tumeurs, laquelle est restée aussi problématique après qu'avant. Dans la crainte de voir arriver quelque chose de semblable, j'avais demandé la clôture de la discussion ophthalmologique. Aujourd'hui je viens parler pour en abréger la durée, s'il est possible.

Un de nos collègues disait, en sortant de la séance où mon avis fut rejeté, que la discussion actuelle était du plus haut intérêt ; un autre, au contraire, assurait qu'elle ne conduirait à rien. Vous me permettrez de n'être ni de l'une ni de l'autre opinion. A mon sens, cette discussion se bornera tout simplement à bien montrer l'évidence d'une donnée de pathologie générale dont tout bon élève de seconde année doit être imbu, savoir, que dans la classification des ophthalmies, comme dans beaucoup de cas analogues, on doit avant tout prendre en considération : 1° les causes du mal ; 2° les parties de l'organe sur lesquelles porte l'action de ces mêmes causes. Mais avant d'établir cette thèse, si facile à soutenir, il me faut traiter une première question élémentaire, et dire quelques mots des espèces en pathologie.

M. Gerdy ne veut les admettre qu'avec de grandes restrictions. Il a raison ; mais à condition de traiter de même les espèces de l'histoire naturelle, ce qui découle d'un principe qu'il me sera facile d'établir en peu de mots.

D'anciens philosophes, dans les opinions desquels nous sommes encore englués, Platon en tête, admettait des types, des prototypes, des archétypes, et une foule d'autres chimères parmi lesquelles figuraient très bien les genres et les espèces. Cette manière fantastique d'envisager la nature est encore en grande faveur en Allemagne, si l'on en peut juger par Schelling. Malgré cela, ou plutôt à cause de cela, elle est, on peut le dire hardiment, en opposition directe avec la vérité. Un coup d'œil jeté sur le principe fondamental de la philosophie naturelle, la seule qui puisse trouver accès dans cette enceinte, vous en convaincra facilement.

Si l'atome a une existence réelle, ce que personne ne saurait nier, il n'existe radicalement que des individus. Et comme tout ce qu'il nous est donné d'observer ne peut être que des agrégations d'atomes ou d'individus, ou bien des phénomènes produits par ces mêmes agrégations, on voit qu'en définitive il n'y a dans l'univers que des individus fonctionnant chacun à sa manière, et par conséquent, ni genres, ni espèces, ni variétés. Voyez, par exemple, les trois règnes de la nature. On les a déjà généralement réduits à deux ; le règne organique et le règne inorganique. Bientôt, sans aucun doute, on reconnaîtra d'une façon non moins unanime que ces deux règnes se réduisent à un, comme l'a proclamé, il y a plus de deux mille ans, le seul philosophe de l'antiquité vraiment digne de ce nom, en annonçant au monde stupéfait que les êtres sensibles sont uniquement formés par des matériaux insensibles ou inorganiques.

Cette manière virile de faire main-basse sur les espèces, qui cause un si vif chagrin aux néoplatoniciens, aux cartésiens, aux éclectiques, est unanimement adoptée par tous ceux qui, de près ou de loin, tiennent à la philosophie. Ainsi, Condillac, qui assurément n'était pas un aigle, déclare très explicitement « qu'il » n'existe dans la nature que des individus. » Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille bannir de nos études les genres et les espèces? Non, très assurément; car, même en considérant toutes les méthodes de classification comme artificielles, comme une œuvre de notre esprit, il faut bien vite reconnaître qu'elles sont d'une indispensable nécessité. Aussi n'ont-elles jamais cessé d'être employées, tout en subissant de grands changemens, à mesure que nos connaissances faisaient des progrès: nouvelle preuve que ces classifications n'ont aucune réalité par elles-mêmes. Il s'ensuit, en outre, qu'elles peuvent s'appliquer à la pathologie comme à toute autre partie des sciences naturelles; et que les espèces pathologiques ne sont ni plus ni moins vraies que les autres, bien que ce ne soit pas tout à fait là l'opinion de M. Gerdy.

Cette première question élémentaire traitée, j'en viens à la seconde.

Toute la pathologie repose sur ce fait, sans exception, qu'une même cause morbide affecte différemment des organes dont la structure diffère, et que des causes différentes agissent sur le même organe d'une manière différente. Ainsi l'inflammation, en la supposant la même dans sa nature, affectera différemment la plèvre, le poumon, le cerveau ; tandis qu'un même organe, le réseau muqueux de la peau, par exemple, souffrira différemment, sera différemment affecté dans l'érysipèle, la rougeole, la variole, la scarlatine, la miliaire, etc., parce que, dans chacun de ces cas, c'est une cause différente qui agit sur lui. En pourrait-il être autrement pour l'œil et ses diverses parties? Poser la question, c'est la résoudre; mais établir par là, sans réplique, que des distinctions plus ou moins nombreuses sont commandées par rapport à l'ophthalmie, ce n'est pas avoir résolu la question de détails, d'application pratique. Autant la première s'élève au-dessus des contestations, autant cette dernière y est exposée. Vous allez voir combien cette assertion est vraie.

Si l'on demandait aux dix praticiens qui, parmi nous, ont le mieux étudié les maladies des yeux, un traité d'ophthalmologie; ou si plutôt on adressait la même demande aux dix hommes les plus habiles de France, voire même de l'Europe entière, ils vous demanderaient sans doute, à leur tour, au moins une année pour remplir leur tâche. Eh bien! supposons que dans un an, les dix mémoires vous arrivent. Je ne crois pas beaucoup hasarder en assurant que dans tous on verra l'ophthalmie classée par rapport à ses causes et aux parties de l'œil affectées; mais qu'aucun de ces ouvrages ne s'accordera avec un autre, par rapport à la classification détaillée des diverses espèces d'ophthalmies. Or, bien certainement, vous ne ferez pas en cinq ou six séances de discussion ce que dix hommes spéciaux, travaillant chacun de son côté, ne pourraient exécuter en une année de travail soutenu. Convaincu que, dans la circonstance actuelle, les faits de détail sont très difficiles pour ne pas dire impossibles à bien établir, je me rabattrai sur une troisième donnée générale, une troisième question élémentaire soulevée dès le premier jour par M. Velpeau.

Notre savant collègue rejette, avec raison, l'existence du virus scrofuleux. Il ne veut pas davantage entendre parler du vice scrofuleux. Sur ce, je ne m'y oppose pas. Mais il admet un tempérament scrofuleux. Or, en cela, je ne puis plus être de son avis. En effet, s'il y a quelque chose de bien établi en médecine, c'est que le tempérament, bien que disposant souvent aux maladies, n'est pas par lui-même un état pathologique. Il n'en est pas de même pour les conditions dans lesquelles se trouve un scrofuleux; elles constituent un état vraiment pathologique. On lui donnera le nom que l'on voudra, pourvu qu'on ne l'appelle pas tempérament scrofuleux; je n'ai rien de plus à dire sur ce point. J'ajouterai seulement que chez les sujets qui présentent les conditions morbides dont il s'agit, l'ophthalmie se montre avec des caractères particuliers. Pareille chose se montre chez les sujets atteints d'ophthalmie syphilitique : ce qui faisait dire l'autre jour à M. Lagneau, qu'en regardant seulement l'œil d'un de ses malades il était sûr de reconnaître souvent la nature spéciale de l'affection.

Maintenant un mot sur les faits de détail, malgré mon peu de disposition à vous en entretenir. M. Bérard m'en fournira l'occasion; il pense que l'affection du corps ciliaire doit donner lieu à des symptômes particuliers. C'est aussi mon avis, et voici sur quoi je me fonde.

Ainsi que plusieurs anatomistes l'ont déjà dit, le corps ciliaire est un véritable ganglion; au moins m'a-t-il toujours présenté au microscope tous les caractères du tissu nerveux. Il se continue manifestement avec la lame antérieure, entièrement nerveuse aussi, celle de l'iris, dont la lame postérieure est une continuation des procès ciliaires, comme elle, d'une structure purement nerveuse. A la petite circonférence de l'iris, ces deux lames s'unissent par des anses anastomotiques qu'il est très facile de voir chez le lapin. Partout ailleurs, elles sont séparées l'une de l'autre par un lacis vasculaire non interrompu, qui forme une troisième couche ou lame d'une nature différente des deux autres. Or, si un organe aussi spécial n'avait pas une manière spéciale de souffrir, il ne resterait pas à la pathologie un seul principe sur lequel elle pût s'appuyer avec confiance. Mais rien de pareil, fort heureusement, n'est à redouter. Loin de là, le fait dont M. Gerdy a cru pouvoir se faire un appui doit, comme une foule d'autres, nous convaincre

qu'il est indispensable, malgré la difficulté de la tâche, d'établir des distinctions nombreuses en opthalmologie. Aussi leur nombre va-t-il toujours croissant, et, voyons-nous dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui se rattachent à l'étude des sciences naturelles, la victoire, c'est-à-dire la vérité, toujours être du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

Condillac, à qui l'on peut sans doute à bon droit refuser une grande portée, mais non pas une grande justesse d'esprit, enseigne qu'un livre bien fait doit être le développement d'une proposition. Si cela est d'un ouvrage de longue haleine, ce doit l'être à plus forte raison pour un discours ou pour une dissertation scientifique d'une petite étendue. D'après cela il doit être facile à quiconque possède bien son sujet de reproduire à la fin, en manière de conclusion, la proposition qui lui sert de base.

Pour ma part, je ne serais pas fâché de voir nos discours soumis à une épreuve que plus d'un beau parleur a pu trouver difficile à supporter, en s'entendant dire par Napoléon, pressé d'en finir : *Quelle est votre conclusion?* Sa majesté aimait aussi à dire que la répétition est la plus éloquente des figures de rhétorique. Par toutes ces raisons, vous me permettrez, j'espère, de répéter la proposition sur laquelle repose ma petite dissertation : La vérité est toujours du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

Il est quatre heures. — L'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES CAUSES DES MALADIES SCROFULEUSES; par le docteur LUGOL, médecin de l'hôpital St-Louis, etc. — 372 pages in-8°. Paris, 1844. Chez Fortin, Masson et comp.

Les diverses formes sous lesquelles se manifeste la scrofule, le grand nombre de sujets qui en sont atteints et dont le chiffre semble aller en croissant continuellement avec les progrès de la civilisation, la longue durée des accidens qui, s'ils ne se terminent pas d'une manière funeste dans beaucoup de cas, laissent souvent pour toute la vie, et même dans les générations suivantes de tristes traces de leur existence, ces diverses circonstances et une foule d'autres font, du sujet indiqué dans le titre de l'ouvrage que nous avons en main, une des questions les plus dignes de fixer l'attention spéciale du médecin. De nombreuses recherches ont déjà été tentées et faites à diverses reprises sur les causes de cet état morbide, dont l'origine se confond avec celles de la plupart des maux physiques qui frappent l'espèce humaine, et d'utiles documens existaient sur ce point dans la science; cependant, il y avait un tel vague dans cette étude, tant de causes différentes, opposées même, étaient invoquées par les mêmes auteurs ou par des auteurs différens, que la question de la cause réelle de la scrofule devait évidemment être soumise à de nouvelles investigations. C'est ce qu'a entrepris M. Lugol, qui, placé dans les conditions les plus favorables à ces sortes de recherches, a trouvé, dans les faits nombreux recueillis à l'hôpital St-Louis et dans sa vaste pratique particulière, des matériaux d'une valeur non douteuse et les élémens d'une doctrine que nous pouvons dire, avec lui, nouvelle, en la prenant exclusive comme il l'a donnée.

Le principe sur lequel repose cette doctrine, et vers lequel convergent comme autant de preuves les faits nombreux cités dans l'ouvrage, c'est que les maladies scrofuleuses sont toutes d'une même espèce, qu'elles n'ont entre elles aucune différence essentielle, et que, quand on remonte à leur origine, on découvre qu'elles sont toutes héréditaires. « L'hérédité est effectivement, dit M. Lugol, la cause générale des maladies scrofuleuses; cette cause est la seule que nous ayons pu reconnaître et constater. Les études auxquelles nous nous sommes livré sur les causes dites pathologiques et sur les causes extérieures occasionnelles nous ont démontré qu'elles étaient vaines et controuvées; tandis que nos recherches sur la santé des parens qui engendrent des enfans scrofuleux nous ont donné des résultats constamment les mêmes. » Quant à la valeur des faits sur lesquels l'auteur a établi cette double proposition, voici ce qu'il en dit lui-même en parlant des conditions dans lesquelles il les a recueillis. « Nous ne parlons que de ce que nous avons vu; nous n'écrivons que pour exposer les observations que nous avons recueillies nous-même au lit des malades; nous avons la conviction la plus intime de leur exactitude; nous oserons même avancer que les praticiens ont tous vu des faits pareils à ceux qui pourront leur paraître les plus singuliers; ceux-ci cependant ne sont pas moins exacts que les plus ordinaires en apparence, et le récit que nous en avons donné leur rappellera des faits semblables qu'ils ont vus au milieu d'autres préoccupations, et que, pour cette raison, ils n'ont point analysés.

» Nous nous exprimons avec une entière franchise par suite de la sincérité de nos convictions, et parce que nous n'avons jamais eu en vue aucune critique personnelle. Un médecin qui écrit à la fin de sa carrière jouit du double avantage de pouvoir parler d'après son expérience propre et d'être dégagé une fois pour toutes de la partialité, qui trop souvent est une cause d'erreur dans un âge moins avancé. »

On trouve en tête de l'ouvrage un tableau indiquant les principales divisions que l'auteur a établies dans la disposition et la discussion de ces matériaux, et qui permet de reconnaître d'une première vue toute l'étendue de la question. Des trois parties qu'il comprend, la première est consacrée à l'analyse des causes héréditaires, celles qui ont été reconnues dans la grande majorité des observations. Dans la seconde, où il est question des causes dites pathologiques, après avoir analysé les rapports de causes de la scrofule avec la plupart des maladies de l'enfance, on démontre que ces maladies ne rendent point les enfans scrofuleux, que lorsque la scrofule se montre à leur suite la prédisposition individuelle existait antérieurement, et qu'elle est en outre manifeste dans la famille. Loin d'être, dans ces cas, un effet des maladies de l'enfance, c'est la scrofule au contraire qui complique le plus souvent ces maladies et les rend plus graves et souvent mortelles. La troisième partie est consacrée aux recherches sur les causes extérieures occasionnelles. Ici encore l'auteur avait à prouver, contre l'opinion reçue, qu'aucune cause occasionnelle n'a des effets nécessaires, comme le sont ceux de l'hérédité; que l'humidité, pour citer celle de ces causes qu'on a regardée comme la plus commune, ne donne pas toujours naissance à la scrofule endémique; que cette dernière espèce ne s'observe point dans certaines localités très humides, tandis qu'elle existe et qu'elle est très répandue dans d'autres lieux qui sont très élevés, très secs et très sains. De même encore la scrofule sporadique affecte tous les âges, tous les sexes, toutes les positions sociales, en toute saison, dans toutes les contrées, étant spécifiquement toujours la même, quelque variables que puissent être les conditions dans lesquelles se trouvent les individus et le degré de latitude qu'ils habitent. Cette similitude de la scrofule, au milieu des influences les plus diverses et même les plus contraires, n'est-elle pas la preuve complète que la cause de cette maladie n'est pas hors des individus, mais qu'elle réside en eux-mêmes?

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le développement de ces différentes parties, dont nous ne venons de tracer que les extrêmes limites. Les faits, dégagés de tout ce qui est étranger à la scrofule, et cependant rapportés avec tous les détails utiles, sont en trop grand nombre pour que nous en citions même quelques-uns; d'ailleurs, ils ne diffèrent point, comme l'a dit M. Lugol lui-même, de ceux que chacun de nous peut observer chaque jour. Nous préférons, en parcourant l'ouvrage, noter quelques points spéciaux qui auront appelé notre attention; et d'abord, disons quelques mots sur l'hérédité des maladies scrofuleuses, qui, nous croyons, n'est niée par personne, mais que l'auteur considère comme l'unique cause de cette affection. Cette hérédité se manifeste par deux caractères principaux : la généralité de la maladie dans la famille et la très grande mortalité qu'elle y occasionne. Le premier caractère n'entraîne pas nécessairement l'existence de la scrofule à tout instant et chez tous les membres de la famille; le plus souvent il ne consiste qu'en une complexion commune à tous les enfans, complexion scrofuleuse qui révèle la disposition funeste qu'ils portent en eux, et que l'auteur décrit avec une exactitude et une finesse d'observation dont nous allons chercher à donner une légère idée en reproduisant ce qu'il dit de cette complexion observée chez les femmes jeunes, chez lesquelles elle passe pour une beauté réelle et pour l'apanage d'une bonne organisation, tandis qu'elle n'est le plus souvent que le présage certain des maladies scrofuleuses qui survien-dront spontanément dans un temps plus éloigné. « Quelqu'avantageuse que puisse paraître cette complexion, dit M. Lugol, elle présente néanmoins le défaut d'harmonie que nous avons signalé. Ces belles apparences de santé forment contraste avec quelques-uns des signes suivans, qui appartiennent à la scrofule. La pupille est trop dilatée; il y a un léger épiphora, des orgelets sur les paupières, un coryza habituel, des engelures rebelles; la bouche est en ogive, les dents sont blanches, mais trop longues et trop serrées; souvent même les dents sont noires et frappées de carie; le col est trop gros en avant, les maux de gorge sont très fréquens; il y a des sueurs partielles d'une odeur pénétrante; les cheveux sont rares, mal nourris, ils sont trop secs ou trop gras; il existe une leucorrhée habituelle qui, en certains cas, est fort abondante; il y a souvent dysménorrhée, quelquefois aménorrhée, et rarement la menstruation est régulière. Il est très commun que des femmes qui ont beaucoup d'embonpoint manquent d'appétit et ne prennent que fort peu de nourriture; très souvent les femmes de cette complexion sont sujettes à des migraines dont elles ont beaucoup à souffrir toute leur vie. Enfin, cet embonpoint ne résiste pas aux progrès de la prédisposition scrofuleuse, et il n'est pas rare qu'il soit remplacé par un amaigrissement assez prompt qui ride profondément et pour toujours des femmes encore jeunes. »

Après cette description dont il est impossible de ne pas reconnaître

l'exactitude viennent de nombreux exemples de ces désenchantemens si pénibles, de ces fleurs brillantes d'éclat et entourées de tous les soins désirables et qui portent en elles-mêmes un principe de dessèchement et de mort rapide qu'elles ont reçu de leurs parens. Qui n'a vu de ces exemples? qui n'a vu également de ces exemples de familles dont tous les enfans succombent à un âge plus ou moins avancé à quelqu'un des accidens de la scrofule? Rien n'est plus fréquent et rien ne vient mieux à l'appui du premier caractère attribué par M. Lugol à l'hérédité de la scrofule; et dont il cite de très nombreux exemples puisés à trois sources principales: dans la famille, dans les diverses branches issues d'une origine commune et dans la santé particulière des différens lits. Dans tous ces cas, les causes d'hérédité sont transmises par des parens qui en ont eux-même hérité, et ces maladies peuvent ainsi remonter à plusieurs générations qui, livrées à une inexorable fatalité, sont moissonnées jusqu'à l'extinction complète de la race. Mais il y a encore un autre ordre de causes héréditaires, dans lequel l'homme originairement bien constitué peut acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfans sous quelques-unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient l'origine, la source d'une famille scrofuleuse qui commence à lui. Ces états de santé sont tous ceux dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énumération incomplète de ces divers états parmi lesquels il range surtout la syphilis, l'abus des plaisirs vénériens, les mariages précoces et tardifs, une trop grande disproportion dans l'âge et les forces des deux époux; puis certaines maladies, telles que l'épilepsie, l'aliénation, etc.

On lira avec intérêt quelques observations sur les parens qui n'offrent de symptômes de scrofules qu'après avoir engendré des enfans scrofuleux; sur quelques cas où l'hérédité semble avoir sauté une génération, et spécialement quelques considérations générales sur le mariage considéré comme la cause la plus ordinaire de la propagation des maladies scrofuleuses. Nous nous bornons à citer le passage suivant qui résume la discussion établie sur ce point: « Les divers états de santé que nous avons étudiés sont à nos yeux autant de raisons pour les sujets tuberculeux de garder le célibat; mais ils ne sont pas tous également susceptibles d'être constatés. Dans quelques cas, la science doit donc se contenter d'éclairer l'opinion, mais il en est d'autres dans lesquels il serait à souhaiter que la loi prononçât l'empêchement du mariage. En reconnaissant des cas d'empêchement, la loi atteindrait le mal à sa source; elle préviendrait le progrès des maladies scrofuleuses qui ont déjà envahi le cinquième au moins de la population et qui sont incessamment importées dans les familles saines par les mariages. » Nous nous abstenons de tout commentaire sur ces considérations qui ne manquent pas de valeur, mais qui nous semblent cependant en perdre un peu quand nous les rapprochons d'une assertion de l'auteur relative à la fréquence des cas où des ressemblances étrangères ou bien l'absence de maladies scrofuleuses dans des familles où ces maladies auraient dû exister, le père étant évidemment scrofuleux, ne seraient expliquées que par l'adultère.

Nous chercherions vainement à reproduire même en abrégé les principales considérations émises à l'occasion des causes pathologiques et occasionelles de la scrofule; déjà nous avons indiqué le point de vue d'où l'auteur les avait considérées et avait expliqué leur action, soutenant que bien qu'elles ne lui paraissent pas suffisantes pour rendre scrofuleux des sujets originairement bien organisés, cependant elles sont fort nuisibles lorsqu'il existe une prédisposition à la scrofule et parce que réunies elles débilitent certaines populations au point que celles-ci ne peuvent plus guère engendrer que des enfans scrofuleux.

Il est encore bien des questions que nous devrions indiquer au moins et qui ont été traitées d'une manière généralement heureuse dans l'ouvrage que nous examinons. Mais notre analyse, même avec beaucoup de développemens, serait encore très incomplète et ne pourrait tenir lieu de l'ouvrage lui-même pour tous ceux qui désireraient étudier sérieusement les questions de divers genres que soulève M. Lugol dans cette publication; c'est dans son travail qu'ils doivent les chercher. Ils y trouveront, en outre, une conviction très prononcée sur plusieurs des questions que l'auteur croit avoir décidées, une profonde instruction clinique, un raisonnement juste et souvent serré, et enfin un amour ardent de l'humanité à laquelle il voudrait épargner des souffrances physiques et des angoisses morales bien pénibles. Peut-être cependant sera-t-on un peu étonné que l'auteur n'ait fait que très peu de citations et n'ait fait aucune mention de quelques travaux modernes sur le sujet de son livre et qu'il aurait pu citer; mais son travail est une étude clinique et dans laquelle les matériaux personnels ont une tout autre valeur que ceux recueillis par d'autres mains; aussi recommandons-nous son ouvrage comme une œuvre de conscience et d'application à la fois non seulement aux médecins qui y trouveront la solution de plusieurs questions importantes de pathologie, mais aux législateurs et même à tous les pères de famille qui pourront y puiser des règles de conduite dans les affaires les plus importantes de la vie humaine, celles qui se rapportent à la législation et à la conservation de l'espèce.

VARIÉTÉS.

— Par décision ministérielle du 13 mars dernier, une commission composée de MM. Tholosé, lieutenant-général, président; Genty de Bussy, intendant militaire; Moizin, Gasc, médecins-inspecteurs; Pasquier, Bégin, chirurgiens-inspecteurs; Brault, pharmacien-inspecteur; Michel, médecin principal adjoint au conseil de santé; Gilberton, lieutenant-colonel du génie; Soudan, chirurgien-principal; Rollin, pharmacien-major, a été chargée de l'examen des rapports sanitaires qui ont été produits aux inspections générales de 1843 par les chirurgiens militaires, chefs du service de santé dans les corps de troupe, et de signaler ceux de ces officiers de santé qui ont rédigé les meilleurs mémoires.

Sur la proposition de cette commission, le président du conseil, ministre secrétaire d'état de la guerre, a décidé que les noms des officiers de santé désignés ci-après seraient cités au JOURNAL MILITAIRE; savoir :

MM. les chirurgiens-majors : Mutel, au 52e de ligne; Warmé, au 50e de ligne; Lasserre, au 9e de ligne; Judas, au 8e cuirassiers; Pigrenon, au 15e d'artillerie-pontonniers; Pommier dit Boulet, au 6e dragon; Frébault, au 4e artillerie; Antoine, au 3e artillerie; Fortuner, au 23e de ligne; Clever, au 60e de ligne; Teinturier, au 19e léger; Sergent, au 3e dragons; Regard au 70e de ligne; Morgue, au 8e d'artillerie; Aubert, au 74e de ligne; Guérin, au 12e d'artillerie; Wiequart, au 28e de ligne; Dunays, au 4e bataillon de chasseurs d'Orléans; Gilgencrantz, au 5e léger; Brian, au 3e du génie; Guérin, au 69e de ligne; Thomas, au 13e chasseurs à cheval; Huart, au 9e dragons; Rieumes, au 12e léger; Villaret, au 7e dragons; Maupin, au 18e de ligne; Dulac, au 7e hussards; Germain, au 9e hussards; Piollet, au 6e escadron du train des parcs; Agnès, au 22e de ligne.

Le ministre a également approuvé la mention au JOURNAL MILITAIRE des médecins civils qui ont été éventuellement chargés du service de santé des troupes, savoir :

MM. Brémond, médecin civil au Pont-St-Esprit; Massot, médecin civil à l'île Ste-Marguerite, requis en qualité de chirurgien aide-major.

— A la librairie de veuve Lenormant, rue de Seine-Saint-Germain, 8, on trouve :

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par F. L. J. VALLEIX, médecin des hôpitaux; etc.

En vente, le 4e volume, qui traite des maladies des voies digestives. Prix, au bureau, 8 fr. 50 c., et par la poste 10 fr.

Les trois premiers volumes contiennent les TRAITÉS DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET CIRCULATOIRES. Prix: 25 fr. 50 c., et chaque volume 8 fr. 50 c.

— NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, ou Traité théorique et pratique de médecine et de chirurgie; par L. Ch. ROCHE, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, etc.; L. J. SANSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc., et A. LENOIR, chirurgien à l'hôpital Necker, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 4e édition corrigée et augmentée. — T. V et dernier. — Prix des 5 vol. in-8° : 36 fr.

— RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME ET LETTRE SUR LES CAUSES PREMIÈRES, par P. J. G. CABANIS; avec une table analytique par DESTUTT DE TRACY. 8e édition augmentée de notes et précédée d'une notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. PEISSE. Un vol. in-8° de LXVIII-712 p. Prix : 7 fr. 50.

On trouve ces deux ouvrage :

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— A céder de suite et à des conditions avantageuses, par suite de décès, une bonne clientèle de médecin, à Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne).

S'adresser à Me Pigoizaro, notaire à Brie-Comte-Robert, chargé de la vente d'une pharmacie dans la même ville, et au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, rue Racine, 16.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DE L'EXTIRPATION DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Cette opération préoccupe en ce moment tous les esprits en Angleterre. Il est curieux de voir comment elle est appréciée dans le pays même où on cherche à la remettre en honneur et par ceux qui sont journellement les témoins de ces nouveaux essais. Dans ce but, nous empruntons à la rédaction du journal anglais The Lancet l'article suivant. Nous ne faisons ici que traduire le texte du rédacteur, tout en nous réservant d'exprimer ailleurs notre opinion personnelle sur cette méthode, en analysant les faits de ce genre que nous fournira la revue des journaux anglais.

L'excision de l'ovaire hydropique au moyen d'une grande incision à l'abdomen ayant récemment attiré à un haut degré l'attention du monde chirurgical, nous nous proposons, soit en faisant appel à l'expérience générale, soit par la statistique des faits jusqu'ici publiés, de chercher à fixer la question de savoir si cette opération est justifiable dans les circonstances ordinaires. Comme toute question relative à l'ablation de parties malades, la solution de celle-ci repose principalement sur les considérations suivantes: 1° Quelle est la somme de dangers ou de souffrances causées par l'affection? 2° Quelles sont les chances de mort qui résultent de l'opération? 3° Jusqu'à quel point l'opération atteint-elle le but proposé? 4° D'autres moyens, comparativement innocens ne peuvent-ils pas avec succès être employés pour combattre les symptômes? 5° Enfin, est-il possible de diagnostiquer préalablement la maladie avec certitude, point de la plus haute importance toutes les fois qu'il s'agit d'une opération aussi grave.

1° *Quelle est la somme de souffrances ou de dangers causés par la maladie?* Les affections dont il s'agit sont rarement de nature cancéreuse, car bien que la plupart des tumeurs de l'ovaire contiennent des masses de matière d'une dureté squirrheuse, ces productions sont ordinairement de structure sarcomateuse bien plutôt que vraiment squirrheuse, et ne se terminent point par ulcération. L'affection, dans un petit nombre de cas, marche avec rapidité; mais le plus souvent elle a un caractère indolent. Chez plusieurs sujets, elle n'atteint jamais un volume considérable, quoique chez d'autres la tumeur prenne un immense développement, contracte des adhérences étendues, et puisse déterminer, par le seul effet de la traction qu'elle exerce, une irritation générale, une phlegmasie péritonéale et autres fâcheuses conséquences. Tant que le kyste n'est pas arrivé à un grand volume, il est rare qu'il cause quelque désordre sérieux de l'économie. Un très grand nombre de femmes portent de semblables tumeurs pendant une longue partie de leur vie, sans aucun trouble de leur santé et meurent en définitive de quelqu'autre maladie. En somme, nous nous croyons, d'après l'expérience générale, autorisés à affirmer 1° que l'hydropisie de l'ovaire est souvent mortelle; 2° que,

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ DANS LA MARINE ROYALE DE L'ANGLETERRE; DES CAUSES QUI ONT CONTRIBUÉ A L'ABAISSER, ET DE CELLES QUI DOIVENT A L'AVENIR PRODUIRE LE MÊME EFFET.

(Suite. — Voir le numéro 23.)

Commandement des Indes orientales. Ce commandement occupe une très grande étendue; car il comprend plus de 70 degrés de latitude et 100 degrés de longitude; s'étendant, dans une direction, du tropique du cancer au 45e degré de latitude sud, et, dans l'autre, du 50e au 150e degré de longitude est. Il est limité au nord par l'isthme de Suez, et au midi par l'île de Tasmanie. Il renferme toute cette partie de la côte d'Asie qui est baignée par l'océan Indien, les îles de cet océan, les possessions anglaises de la Nouvelle-Hollande et de la Tasmanie, et les îles de la mer Pacifique du nord. En 1830, l'île de France, bien que se trouvant dans les limites que nous venons de tracer, fut rattachée au cap de Bonne-Espérance; mais, au bout de quelque temps, elle fut rendue au commandement des Indes orientales, auquel elle appartient par sa position géographique.

Maladies.	Chiffre total.	Malades sur 1000 annuellement.	Réformés sur 1000 annuellement.	Morts sur 1000 annuellement.
Fièvres { continues... 1544; rémittentes... 433; intermittentes. 325 }	2307	177,9	2,0	3,0
Maladies organiques du cerveau.	33	2,5	0,4	0,7
Inflammation des poumons.....	214	16,5	0,5	0,3
Catarrhe.....................	2259	174,5	0,2	0,1
Phthisie.....................	37	2,9	0,9	1,2
Hémoptysie...................	20	1,5	0,7	0,2
Inflammation du tube digestif...	45	3,5	—	0,3
Diarrhée.....................	1294	100,0	0,2	0,1
Dysenterie...................	871	62,3	3,9	4,2
Inflammation du foie.........	358	27,7	3,9	1,5
Choléra......................	220	17,0	—	2,4
Delirium tremens.............	8	0,6	—	—
Rhumatisme...................	845	65,3	4,0	0,2
Syphilis.....................	526	40,6	0,8	—
Gonorrhée....................	273	21,1	—	—
Ulcères......................	863	66,7	1,4	0,2
Inflammation superficielle des extrémités..............	2398	185,3	0,1	—
Blessures, contusions, accidens..	2511	194,0	1,7	2,2
Autres maladies..............	3289	154,2	12,8	0,9
Total..................	18371	Moy. 1,419,1	33,5	17,3

plus souvent, elle n'exerce que peu d'influence sur la durée de la vie; 3° qu'elle s'accompagne rarement de souffrances bien pénibles, excepté à une période avancée de son évolution, évolution qui, la plupart du temps, met plusieurs années à s'accomplir; 4° qu'enfin, dans un nombre considérable de cas, elle n'abrège pas sensiblement l'existence, et n'atteint pas un assez grand développement pour causer de vives douleurs ou pour déranger la santé d'une manière notable. Il est déjà entièrement évident que, pour une telle maladie, aucune opération qui met la vie en danger ne saurait, d'une manière générale, être justifiée. Poursuivons cependant.

2° *Quelles sont les chances de mort qui résultent de l'opération elle-même?* On ne peut répondre à cette question d'une manière exacte qu'en consultant tous les cas où le résultat de l'opération a été mentionné. Autant que nous pouvons le savoir, le nombre de ces cas s'élève maintenant à 33. (Nous entendons 33 opérations où une incision étendue a été pratiquée à l'abdomen dans le but d'extraire l'ovaire malade.) Sur ces 33 malades 10 ont succombé, donnant ainsi une mortalité de presqu'un tiers. — Nous pourrions arrêter ici cette enquête, car évidemment une opération qui ne promet que deux chances de salut contre une de mort ne saurait, absolument parlant, être sérieusement proposée contre une maladie qui, dans la majorité des cas, ne cause ni péril, ni souffrances bien grandes. Nous continuerons cependant, parce que, tout sévère que paraît être le langage des faits ainsi livrés sans commentaires, il serait encore trop favorable à l'opération. C'est ce que nous allons faire voir par l'examen de la question suivante.

3° *Jusqu'à quel point l'opération atteint-elle le but proposé, c'est-à-dire l'ablation de la partie malade?* Consultons encore les chiffres. Dans 7 des 33 cas rapportés ci-dessus, nous trouvons que tantôt on ne rencontra aucune maladie de l'ovaire, tantôt l'extirpation de la tumeur fut empêchée par d'insurmontables obstacles. Ainsi, d'après ces données, et en mettant de côté la chance de mourir par le fait de l'opération, le patient court une chance sur cinq d'en avoir subi les souffrances et les dangers en pure perte, sans être délivré de son mal. Bien plus, il semble naturel de penser que ces tentatives infructueuses doivent être plus graves, sous le rapport de leurs suites, que l'extirpation régulièrement terminée; et, par le fait, l'expérience confirme cette présomption, car nous trouvons que sur sept opérations commencées mais non terminées trois malades ont succombé.

4° *D'autres moyens, comparativement innocens, ne peuvent-ils pas être employés avec succès pour combattre les symptômes?* Communément une tumeur ovarique, telle qu'on la rencontre en général, ne cause aucun danger pour la vie dans sa première période; et le plus souvent il est permis d'espérer qu'elle n'en causera jamais. Dans un tel état de choses, ce serait à nos yeux un acte de folie, pour ne pas dire pis, d'entreprendre pour son extirpation une opération qui compromet la vie aussi fortement que nous venons de le voir démontré. D'un autre côté, quand la tumeur a acquis un grand développement, lorsqu'elle devient une source de dangers et de souffrances, on peut, en général, procurer du soulagement par la ponction, les antiphlogistiques, les anodins, etc.; à la vérité, l'emploi de ces moyens demande à être souvent répété; mais ne sont-ils pas préférables à une opération où le patient n'a que deux chances de salut sur trois, sans même pouvoir espérer à ce prix d'être débarrassé de son mal? Nous pensons donc que lorsque la tumeur est de cette espèce, on doit s'en tenir aux moyens palliatifs, et nous adoptons entièrement l'opinion de William Hunter « que les malades qui ont le plus de chances de vivre longtemps avec une pareille affection sont celles qui chercheront le moins à s'en faire débarrasser. »

5° Enfin, *est-il possible de diagnostiquer préalablement la maladie avec certitude?* Les traités de chirurgie fournissent de nombreux moyens pour distinguer l'hydropisie ovarique d'avec l'ascite, et ce diagnostic ne présente assurément aucune difficulté. Mais il y a des tumeurs enkistées de l'abdomen de diverse nature, dont il est peu aisé de différencier le kyste ovarique. Enfin certaines tumeurs de l'utérus rendent le diagnostic encore plus embarrassant; le docteur Henri Lee déclare même que la distinction entre ces maladies est impossible. Nous pensons donc que ceux qui ont jusqu'ici entrepris la périlleuse opération de l'ablation des ovaires ont été plus heureux dans leur diagnostic que les opérateurs ne peuvent espérer de l'être à l'avenir. M. Lizars a cité avec candeur un cas dans lequel, après avoir ouvert l'abdomen, il ne trouva aucune tumeur; et c'est néanmoins un de nos chirurgiens les plus expérimentés et les plus capables.

Concluons : en exprimant notre conviction bien décidée que l'extirpation de l'ovaire malade ne doit pas être admise au nombre des opérations chirurgicales usuelles, nous nous appuyons moins sur l'expérience générale (mot tout à fait synonyme d'*opinion commune*) que sur l'appréciation statistique du résultat des cas publiés jusqu'à ce jour. Nous le demandons à tout homme raisonnable dont l'esprit n'est pas sous l'empire de préoccupations personnelles, ces résultats sont-ils de nature à justifier celui qui répéterait l'opération, dans les circonstances ordinaires?... Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet émettent des opinions très diverses. Le travail du docteur Clay est un véritable plaidoyer en faveur de l'opération (1) basé sur une altération complète, quoique de bonne foi sans doute, des faits. Ainsi il porte le nombre des cas connus à l'époque de sa publication à treize, dont douze auraient été heureux et un seul fatal, tandis que le nombre réel des opérations publiées alors était de 28, sur lesquelles on comptait 9 morts. Parmi les cas heureux, il en cite deux de M. Lizars, dans l'un desquels on ne trouva pas de tumeur, tandis que dans l'autre il fut impossible de l'extraire. Il place aussi dans la même catégorie un fait de Laumonier où un abcès de la trompe de Fallope fut pris pour une hydropisie de l'ovaire : beau succès, vraiment, que celui où la malade courut risque de la vie pour le seul honneur d'avoir été l'objet d'une nouvelle expérience chirurgicale? Quelques-uns des cas rapportés par différens auteurs manquent des détails suffisans. M. Lizars, M. Walne, au contraire, et quelques autres, ont mis dans leur récit la plus entière candeur, ainsi que, dans le manuel opératoire, une habileté et un courage qui leur font le plus grand honneur. Toutefois nous ne pouvons que regretter de voir tant de savoir et de hardiesse

(1) Nos lecteurs n'auront sans doute pas attendu jusqu'à présent pour s'apercevoir qu'on pourrait à juste titre adresser le même reproche en sens inverse à l'écrivain dont nous reproduisons ici le travail. Quelque juste que nous paraisse en général son argumentation, quelque modérée surtout qu'en soit la forme, le too'd'un *plaidoyer contre* l'opération y perce néanmoins un peu trop souvent. C'est une bonne cause, mais une bonne cause défendue avec passion. La critique de ce document trouvera du reste prochainement sa place dans nos colonnes. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

La flotte qui a fourni ces malades pendant sept années a été composée, suivant les années, de 10 à 14 navires, parmi lesquels il y avait toujours un vaisseau de ligne ou plusieurs frégates. Aucun des navires n'était armé de moins de 18 canons. Le chiffre total des forces s'est élevé, pour tout ce temps, à 12,442 hommes, ce qui donne pour force moyenne, chaque année, 1,849 marins, lesquels ont compté par année 2624 malades représentant 1419 malades pour 1000 marins. Il résulte donc de ces chiffres que chacun des marins de ce commandement a été porté sur la liste des malades une fois tous les huit mois et demi. La somme des pertes en hommes (morts et réformés) a été de beaucoup moins élevée que celle du cap de Bonne-Espérance, puisqu'elle n'a monté qu'à 50 hommes sur 1000 annuellement.

Nous donnons ici le chiffre de la mortalité et des réformes pour chacune des sept années comprises dans le rapport.

	Morts sur 1000.	Réformés sur 1000.
1830	17,9	15,4
1831	15,8	57,8
1832	14,1	35,8
1833	22,7	42,6
1834	21,1	20,2
1835	12,9	23,5
1836	8,9	44,1
Moyennes	17,3	33,1

Le chiffre de la mortalité, bien que plus élevé que celui des deux autres commandements, peut cependant être regardé comme avantageux, quand on le compare à celui des rivages africains et des Indes occidentales, surtout quand on remarque que la plus grande partie du commandement comprise entre les tropiques et près de l'équateur est toujours sous une température extrêmement élevée, et que la fréquence des pluies torrentielles ne permet d'établir qu'une ventilation très imparfaite dans les entreponts où des masses considérables d'hommes sont accumulées. Ces circonstances et quelques autres, telles que les abondantes émanations fournies par un sol continuellement couvert de matières végétales et animales, à tous les degrés de croissance et de décomposition, semblent devoir agir d'une manière très défavorable sur la santé et élever la mortalité annuelle; et cependant nous venons de constater que la moyenne de la mortalité pendant une période de sept années ne s'est pas élevée au-delà de 15 sur 1000 annuellement (avec 2,2 morts par suite d'accidents), ou d'1 mort sur 66 par an. Ce chiffre peu élevé est d'autant plus remarquable que celui des malades a été plus considérable que dans aucun des commandements dont nous avons étudié jusqu'ici l'influence hygiénique, à l'exception cependant des Indes occidentales où ce dernier chiffre a atteint 1486.

Le nombre des hommes réformés a été plus considérable bien qu'au-dessous de celui de deux autres commandements, et quoiqu'il y ait, dans le commandement, des hôpitaux où les malades pouvaient être traités. Au reste, on chercherait en vain dans les résultats des Indes-Orientales, comme dans ceux de tous les autres commandements, l'explication du grand nombre des réformés dans la gravité ou dans le nombre des maladies; il ressort évidemment de la comparaison de tous les résultats qu'on ne peut trouver aucun rapport appréciable entre

prodigués dans une entreprise que condamne le langage des faits loyalement consultés. Nous n'affirmons point qu'il ne puisse se présenter un ensemble de circonstances telles que l'opération soit indiquée; mais il serait bien difficile, nous le craignons, de dire *à priori* quelles devraient être ces circonstances, et en général, à notre avis, cette opération ne saurait être trop sévèrement proscrite.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU COEUR; par C. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. — Voir les numéros 14, 15, 23 et 24.)

Article II. — Altérations de la valvule mitrale seule.

Après avoir étudié les effets du rétrécissement isolé de l'orifice aortique, recherchons quels sont ceux du rétrécissement de l'orifice mitral.

Ici, comme pour l'orifice aortique, l'insuffisance est presque toujours liée au rétrécissement; et cette double altération résulte d'une lésion organique constituée par l'épaississement, la déformation, la dégénérescence cartilagineuse, ossiforme ou autre des tissus constituant les valvules. Ici encore les signes les plus expressifs consistent dans des bruits de soufflet plus ou moins rudes, mais disposés dans un ordre inverse de ceux qui caractérisent la lésion de l'orifice aortique; c'est-à-dire que le rétrécissement mitral donne lieu à un bruit de soufflet isochrone à la diastole ou au second temps, tandis que le bruit occasionné par l'insuffisance coïncide avec le premier temps ou la cystole du cœur, ce qui s'explique très bien par le mécanisme des valvules. Mais comme ces deux bruits, lorsqu'ils existent ensemble ou séparément, pourraient tout aussi bien être attribués à la lésion de l'orifice aortique, on assigne pour caractère spécial aux bruits résultant de la lésion mitrale de n'être percevables à l'oreille de l'explorateur que dans un espace circonscrit par les limites du cœur, tandis que les bruits de l'orifice aortique se propagent le plus ordinairement dans l'aorte ascendante. On constate, en effet, que le souffle mitral ne dépasse guère l'espace occupé par le cœur; mais comme, d'une part, les bruits de l'orifice aortique ne se propagent pas toujours dans l'aorte, et que, d'autre part, les altérations des orifices mitral et aortique coïncident fréquemment, cette localisation des bruits est extrêmement fallacieuse en pratique, puisqu'un bruit aortique non propagé dans l'aorte peut être pris pour une lésion mitrale, et que des lésions à la fois mitrale et aortique peuvent faire croire à une lésion de l'orifice aortique seul, lorsque les bruits sont perçus dans l'aorte ascendante.

Eh bien! il est une conséquence anatomique de la lésion mitrale *isolée* qui ne laisserait aucun doute sur la réalité de cette lésion, si l'on parvenait à la constater clairement pendant la vie; cette conséquence que nous ne craignons pas d'ériger en axiôme est celle-ci: « Le rétrécissement isolé de l'orifice mitral existe toujours sans dilatation et le plus souvent sans notable hypertrophie du ventricule gauche. » Cela résulte de la grande loi qui domine toute la pathologie de l'anévrisme du cœur, à savoir que *la dilatation avec ou sans hypertrophie existe toujours en arrière de l'obstacle au cours du sang*, loi qui ressortira de l'ensemble de notre travail.

Non seulement le rétrécissement mitral isolé ne donne pas lieu à la dilatation du ventricule gauche, mais encore il occasionne le plus souvent le rétrécissement de ce ventricule, rétrécissement qui peut exister avec ou sans hypertrophie. Nous n'avons en vue, dans cet article, que la non dilatation ou le rétrécissement sans hypertrophie, le rétrécissement avec hypertrophie constituant ce qu'on appelle l'*hypertrophie concentrique*, dont nous traiterons spécialement dans un chapitre à part, cette lésion ne reconnaissant pas pour cause unique le rétrécissement mitral, et devant donner lieu, par conséquent, à des considérations toutes particulières. Néanmoins, réservant la plupart de nos observations de lésion mitrale isolée pour élucider l'histoire de l'hypertrophie concentrique, celle-ci servira de complément à l'article actuel, qu'il nous sera ainsi permis de beaucoup abréger, nous bornant à un exemple lui-même emprunté à un travail par nous publié dans la Gazette Médicale en 1837. (Lettre a M. Rayer sur l'albuminurie.)

ANASARQUE; MALADIE DU COEUR; URINES ALBUMINEUSES; MORT; RÉTRÉCISSEMENT ET INSUFFISANCE DE LA VALVULE MITRALE.

Obs. XXII. — Femme de 48 ans, de constitution sanguine, lymphatique, journalière. Elle a cessé d'être réglée il y a un an. Depuis plusieurs années elle éprouvait des palpitations, de la dyspnée, de la toux, phénomènes qui, dit-elle, se sont accrus depuis la cessation des règles. Elle n'a jamais eu de rhumatismes ni de fièvres intermittentes. Il y a quatre mois qu'elle fut obligée de s'aliter. Un œdème qui, depuis longtemps, occupait les pieds, s'étendit aux jambes, puis aux cuisses. Il y a six semaines que l'abdomen commença à se tuméfier. Elle a toujours négligé son état et n'a point fait de médication active. Elle entre à la Clinique le 6 juin 1837.

Etat actuel: orthopnée; toux fréquente, crachats rares et muqueux, sans douleur thoracique; poitrine sonore; quelques ronchus disséminés; la région précordiale présente une matité de 4 à 5 pouces en tous sens; point de voussure appréciable; les battemens du cœur sont assez forts, tumultueux, irréguliers, étendus; la petitesse du pouls contraste avec la force d'impulsion du cœur, qui, du reste, ne laisse apercevoir à tous ceux qui l'auscultent aucun bruit anormal; anorexie, soif vive, langue blanche; l'abdomen, un peu rénitent, est sensible à la région hépatique; le foie dépasse de deux à trois doigts les fausses côtes. On ne perçoit pas dans l'abdomen de fluctuation bien manifeste. Selles régulières; urines rares, troubles, expulsées avec douleur. Les jambes, les cuisses, sont œdématiées, froides, livides. La face, un peu bouffie, est légèrement cyanosée; reflux veineux dans les sous-clavières.

Diagnostic: dilatation avec légère hypertrophie du cœur, affectant surtout les cavités droites; rétrécissement probable de l'orifice aortique. (Saignée de 8 onces; looch avec teinture de digitale, 1 scrupule; frictions avec teinture de scille et de digitale sur les membres; chiendent oilré.)

Le 7, la malade crache un peu de sang; point de soulagement. Pouls toujours petit et fréquent. (Même traitement, moins la saignée.)

Le 8, même état. La malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures. Nous pratiquons le cathétérisme, qui ne donne que quelques onces d'urines foncées en couleur, et qui, traitées par l'acide nitrique, fournissent un précipité blanc, caillebotté, formant la moitié du liquide qui ne perd pas sa couleur foncée. Alors nous prononçons qu'il existe une affection des reins, accompagnant ou peut-être ayant précédé l'affection du cœur. (Même traitement; 15 ventouses scarifiées

---

le nombre des malades ou des morts et celui des réformés.

On trouve malheureusement peu de documens sur ces différences si considérables; aussi le docteur Wilson, dans l'impossibilité d'en donner une explication réellement satisfaisante, s'est-il borné à proposer la suivante qui s'éloigne trop des doctrines généralement répandues parmi nous pour que nous ayons besoin de faire voir combien elle est peu fondée, bien que ne présentant rien d'absurde ni d'impossible. Suivant le statisticien anglais, cette différence pourrait tenir à l'action d'une influence épidémique qui, sans déterminer aucun état morbide distinct, s'opposerait à la guérison prompte et complète des maladies communes et dans les proportions ordinaires. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse il n'en est pas moins vrai qu'une des circonstances qui contribuent le plus à l'absence de précision dans l'indication des causes qui ont motivé la réforme des marins, c'est la nécessité où sont quelquefois les capitaines ou commandans de se débarrasser, dans une longue expédition, de quelques hommes qui, sans être malades, sont cependant impropres au service. Ne pouvant faire autrement, ils aiment mieux les réformer, sous un prétexte quelconque, quand l'occasion s'en présente, que de garder des hommes inutiles ou même embarrassans.

Nous nous bornerons ici à faire remarquer combien a été faible le nombre des cas d'inflammation des poumons et surtout le chiffre de ceux qui ont succombé à ces phlegmasies et qui n'a été que de 1 mort sur 53 malades. Si les marins des Indes orientales ont eu peu à souffrir de l'inflammation des poumons, il en est tout autrement des maladies du foie qui sont désignées, dans le tableau, sous le nom d'inflammations; mais qui, dans beaucoup de cas, ont pu, dans l'origine, être d'une toute autre nature. On remarquera aussi combien ces maladies étaient peu graves, surtout en raison de l'opinion généralement admise de l'extrême fréquence des affections du foie aux Indes, opinion qui, jusqu'à un certain point, est exacte, et est encore confirmée par le tableau que nous avons sous les yeux, mais non dans toute l'extension qu'on lui donne communément.

On n'est pas étonné de voir dans ce tableau une place accordée au choléra qui est si endémique et si spécial à l'Inde, que le docteur Wilson paraît disposé à ne pas reconnaître d'identité entre la maladie de l'Inde et celle qui visite, depuis une douzaine d'années, tant de points importans de l'Europe, de l'Afrique septentrionale et de l'Amérique du nord; pour lui ce seraient deux maladies différentes désignées par le même nom et ayant quelques phénomènes morbides et des plus graves en commun. Cette hypothèse à l'appui de laquelle nous ne trouvons d'autre fait que la disparition de la maladie dans toutes les autres contrées où elle s'était montrée momentanément, et, au contraire, sa permanence dans l'Inde où elle reparaît et fait de très grands ravages à des époques très rapprochées, ne peut point être soutenue en face de la marche graduelle qu'a suivie la maladie depuis 1817 jusqu'en 1834 et 1835.

Commandemens d'Angleterre et forces détachées. Il y a aujourd'hui trois commandemens maritimes pour toute l'Angleterre dont les stations sont à Portsmouth, Plymouth et à Sheerness et où en temps de paix les forces se composent des marins nécessaires pour le vaisseau pavillon et le service des ports, de quelques vaisseaux croiseurs destinés à empêcher la contrebande (indépendamment des navires qui sont constamment aux ordres de la douane) et de vaisseaux surveillans. Outre le vaisseau qui porte le pavillon de commandement, il

sur la région lombaire; quelques mouchetures sur les jambes, qui sont extrêmement infiltrées.)

Un peu de soulagement les jours suivans.

Le 12 au matin, l'état n'est pas plus grave que celui de la veille: cyanose, petitesse du pouls, orthopnée persistante (Chiendent nitré; frictions de teinture de digitale.) Pilules:

Prenez: Calomel. . . . . 4 gr.
Poudre de scille 3
— de digitale 2
Extrait de chicorée . . . . . q. s.

Pour quatre pilules à prendre dans la journée.

Vers le soir, la respiration s'embarrasse davantage; mort.

Nécroscopie trente-six heures après la mort.

(Nous négligeons les autres détails de l'autopsie pour arriver immédiatement à l'état du cœur.) Point d'épanchement dans le péricarde. Le cœur est volumineux, aplati, plus large dans le sens transversal (cœur en gibecière). Les cavités droites sont remplies de caillots de sang noir et d'un coagulum ambré occupant l'orifice auriculo-ventriculaire. L'oreillette droite est sensiblement dilatée, légèrement hypertrophiée; la valvule tricuspide est sans altération. Le ventricule droit est dilaté et sensiblement hypertrophié (2 lignes 1/2 d'épaisseur). L'orifice de l'artère pulmonaire n'offre rien de particulier. L'oreillette gauche contient un peu de sang en caillots, elle est légèrement dilatée et hypertrophiée comme la droite; son auricule est considérablement dilatée et hypertrophiée, et forme un appendice de près de 3 pouces de longueur. Le ventricule gauche n'est ni dilaté, ni hypertrophié; il paraît même plus étroit qu'à l'état normal. Les valvules de l'orifice mitral sont relevées, adhérentes l'une à l'autre, épaissies, ossifiées et comme incrustées de stalactites constituant un orifice solide, circulaire, admettant à peine l'extrémité du petit doigt. Les valvules aortiques et l'aorte elle-même sont parfaitement saines.....

Reins de volume normal, non déformés, de couleur naturelle, un peu mous; à la section, ils offrent un tissu parfaitement sain, sans anémie, ni granulations. Les urines retirées de la vessie donnent un précipité d'albumine par l'acide nitrique et la chaleur, etc.

Quelque intéressante que soit cette observation d'hydropisie, avec urines albumineuses, sans lésion des reins, une des premières qui aient été publiées, nous passons sur les considérations relatives à cet objet pour nous en tenir à ce qui nous occupe actuellement. Il y a, dans le diagnostic que nous portâmes alors, deux erreurs que nous ne commettrions pas aujourd'hui: la première est d'avoir affirmé la lésion des reins; la seconde est d'avoir admis comme probable le rétrécissement de l'orifice aortique. Les symptômes militaient évidemment pour un rétrécissement de l'orifice mitral. Aussi est-ce la lésion que nous rencontrâmes à l'autopsie; et voici les réflexions que j'émettais à ce sujet: « Voyez cette ossification avec rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale produire la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche, puis l'engorgement des poumons, puis la dilatation et l'hypertrophie des cavités droites.... J'avais diagnostiqué rétrécissement probable de l'orifice aortique, et en vérité j'étais bien excusable, car je n'avais aucun bruit pour m'éclairer.... Je n'avais donc que la petitesse du pouls comparée à la force d'impulsion du cœur, etc. » Or, j'omettais un signe tiré précisément de la circonstance suivante, que j'ai signalée sans en déduire la valeur diagnostique, à laquelle je ne pensais pas alors: « Le ventricule gauche recevant peu de sang par l'orifice mitral rétréci ne pouvait en pousser beaucoup dans l'aorte, puis le peu de sang refluait encore pendant la systole par cet orifice mitral resté béant. *Aussi ce ventricule gauche était-il la seule des quatre cavités qui ne fût pas dilatée.* »

Ces remarques, faites il y a sept ans, ont d'autant plus de valeur qu'elles prouvent que nos principes d'aujourd'hui ne sont pas le produit d'un aperçu récent, superficiel et d'une idée préconçue; ils résultent au contraire d'une observation longtemps et fréquemment répétée, et recevront la confirmation de faits nombreux dans la suite de ce travail. Nous pouvons donc, par anticipation, formuler les règles suivantes.

Dans les cas de dilatation avec ou sans hypertrophie du cœur, on pourra reconnaître que l'orifice mitral est seul affecté ou du moins principalement affecté aux symptômes que voici:

1° Voussure précordiale nulle ou prononcée; car la voussure est ordinairement le produit de la force d'impulsion du ventricule gauche hypertrophié.

2° Matité précordiale plus étendue ou au moins aussi étendue dans le sens transversal que dans le sens vertical; car c'est dans les cas de lésion mitrale dominante qu'on rencontre principalement le *cœur en gibecière*.

3° Les battemens du cœur seront moins forts; repousseront moins énergiquement l'oreille de l'observateur que dans les cas d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.

4° Le pouls sera petit, comme dans les cas de rétrécissement aortique, mais moins dur, moins serré, poussé que sera le sang par un ventricule gauche moins énergique.

5° Il serait heureux que tous les praticiens pussent acquérir le degré d'habileté plessimétrique, qui, selon M. Piorry, lui permet de limiter par la percussion les diverses cavités du cœur; car on aurait alors un moyen de constater directement la non dilatation et le défaut d'hypertrophie du ventricule gauche.

6° En attendant, les quatre signes précédens qui dérivent rigoureusement de la lésion mitrale sans altération du ventricule gauche suffiront, dans la plupart des cas, pour diagnostiquer cette lésion qu'il nous arrive journellement de préciser sur le vivant, sans trop de difficulté et sans trop d'erreurs,

7° De ce qui précède, il résulte que les bruits du cœur, dont nous avons signalé plus haut les caractères ambigus, ne sont plus que des signes acccessoires, dont il faut tenir compte sans doute, mais à titre de simples élémens confirmatifs.

8° Quant aux conséquences thérapeutiques à déduire des faits précédens, sans avoir d'importance fondamentale, elles ne manquent pas néanmoins d'une certaine valeur; en effet, il est clair que la non hypertrophie du ventricule gauche étant constatée, on pourra se dispenser d'employer des débilitans très énergiques; car le ventricule gauche n'aura pas trop de sa force normale pour pousser dans les artères le peu de sang qu'il reçoit par l'orifice mitral rétréci, orifice insuffisant par lequel reflue encore ce peu de sang pendant la systole. Ainsi l'on sera sobre de saignées larges et répétées et l'on se montrera discret dans l'emploi de la digitale et des autres sédatifs. Ces cas sont sans doute de ceux où, trompant l'espoir des praticiens, le système banal de traitement de l'anévrisme cause plus de mal que de bien et donne lieu parfois à des catastrophes imprévues.

y a, dans chaque port, d'autres vaisseaux portant le pavillon ou le guidon des officiers directeurs des docks, et enfin les bâtimens employés en service ordinaire. Dans ces cas les bâtimens sont habituellement des trois ponts dont l'équipage n'est pas au complet. Il y en a deux de ce genre dans la Medway, à Woolwich, à Milford-Haven et à Falmouth.

Les opérations de cette portion de la marine anglaise ne s'étendent pas au-delà des côtes de la Grande-Bretagne, de l'Irlande et de leurs îles respectives, et les croisières comprennent le canal Brelon, la mer du Nord, le canal de Saint-George et l'Océan atlantique jusqu'aux limites du commandement des Indes occidentales, de l'Afrique occidentale et de la Péninsule.

Il y a toujours dans les ports d'une nation qui est le centre de tant de relations maritimes un grand nombre de navires qui n'y restent que passagèrement, et dont il serait irrationnel d'attribuer les maladies au climat de ces ports; ainsi quelques frégates qui attachées au service des commandemens d'Angleterre sont souvent envoyées sur des points quelquefois fort éloignés pour porter des instructions aux officiers ou aux agens diplomatiques; ainsi encore les nombreux vaisseaux destinés ou ayant appartenu à d'autres commandemens qui sont armés ou désarmés dans les ports de l'Angleterre, les paquebots qui sont non seulement armés et désarmés dans les arsenaux du royaume, mais qui font des retours périodiques dans ses ports ne pourraient être rangés parmi les navires qui restent constamment dans les commandemens de l'intérieur, sans que les résultats obtenus fussent complètement bouleversés et perdissent toute espèce de valeur; c'est pour éviter cel inconvénient que M. Wilson a partagé en deux classes tous les navires qui séjournent dans les ports et dans les mers de l'Angleterre; la première comprend, sous le titre de *service intérieur* (*home service*), tous les navires qui, par la nature de leur service, restent constamment dans les commandemens, et la seconde contient, sous le titre de *services divers*, tous ceux qui n'y sont restés que passagèrement. Cette distinction était indispensable pour arriver à constater l'influence réelle qu'exerce le climat de la mère patrie sur les marins, et comparer ce résultat avec celui qu'ont fourni les climats éloignés où les intérêts de l'état appellent tant de fils de l'Angleterre, mais elle offre en outre l'avantage d'étudier dans la classe des navires compris sous le titre de *services divers* l'influence sur la santé des variations fréquentes de climats et de la comparer à celle que produit un séjour stationnaire dans les mêmes conditions climatériques.

En présentant les résultats principaux fournis par ces deux différentes parties du service, nous insisterons spécialement sur ceux qui sont propres au service intérieur par lequel nous allons commencer.

Service intérieur. Le chiffre total des hommes qui ont pris part à ce service pendant les sept années a été de 21,493, ce qui donne une moyenne annuelle de 3,070. Le nombre des vaisseaux employés a varié avec les années de 10 à 38, et comme parmi ces bâtimens il y avait toujours un grand nombre de vaisseaux de première ligne, on serait étonné du chiffre peu élevé de marins pour un matériel aussi considérable si nous ne rappelions que les équipages de la plupart de ces navires n'étaient point au complet.

Art. III. — Altérations simultanées des valvules mitrale et aortique.

De toutes les altérations organiques du cœur, une des plus fréquentes, sinon la plus commune, est la lésion simultanée des orifices aortique et mitral. On pense généralement que c'est la lésion de l'orifice aortique qui se présente le plus souvent; or il résulterait des chiffres énoncés au commencement de ce chapitre que cette lésion ne se présenterait isolément que dans un tiers des cas environ, tandis que les deux autres tiers seraient représentés soit par la lésion de l'orifice mitral seule, soit par la lésion simultanée des orifices aortique et mitral. Après avoir étudié ces lésions dans leur état d'isolement, il est donc important de les examiner dans leurs combinaisons. Or les notions que nous possédons déjà peuvent nous faire pressentir ce qui doit arriver lorsque cette double lésion existe; mais pour ne rien préjuger exposons d'abord les faits et voyons s'ils confirment pleinement les données de la théorie.

LÉSION SIMULTANÉE DES ORIFICES MITRAL ET AORTIQUE; ABSENCE DE DILATATION ET D'HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE.

Obs XXIII. — Une fille de 26 ans, de belle constitution, tempérament sanguin, servante, entre à la Clinique le 30 octobre 1839. Elle raconte qu'il y a trois ans elle a été affectée d'un rhumatisme aigu de très longue durée, dans le cours duquel elle a eu des palpitations, de la dyspnée et de l'infiltration des jambes. Cependant ces symptômes se dissipèrent ou à peu près. Il y a six mois que, de nouveau, la respiration devint courte, essoufflée; puis elle s'aperçut que ses jambes et son ventre gonflaient. Ces symptômes s'aggravant l'obligent à entrer à l'hôpital. Nous constatons l'état suivant : face bouffie, légèrement cyanosée; yeux brillans, injectés; veines variqueuses avec reflux veineux au col; pouls médiocrement développé, fréquent, parfois irrégulier. Point de voussure appréciable, mais matité étendue de la région précordiale surtout à droite. Frémissement cataire au toucher; bruit de souffle râpeux au premier temps; dyspnée extrême, poitrine sonore, bruit respiratoire normal, sauf quelques bulles de râle d'œdème. Ascite énorme; membres abdominaux considérablement infiltrés, bleuâtres. Appareil digestif à l'état normal; urines rouges et rares. (Infus. de genièvre, pilules de poudre de digitale 5 centig. matin et soir, fomentations de solution de teinture de scille et de digitale sur l'abdomen. Le quart d'alimens.)

Le 3 novembre, même état (*ut suprà*, saignée de 240 grammes); le mieux qui s'en suit fait répéter la saignée deux jours après. On continue les diurétiques (digitale, nitre, oximel scillitique); les fomentations sur le ventre déterminent un érysipèle; il survient des sueurs; les urines sont plus abondantes.

Vers la fin du mois, l'infiltration a beaucoup diminué, la malade est bien mieux, mais la dyspnée persiste, ainsi que le souffle râpeux au premier temps; le pouls est petit, assez lent, irrégulier. (Diurétiques, laxatifs.)

Vers le milieu de décembre, la malade se trouve assez bien; l'ascite est presque dissipée; cependant on a découvert du souffle tubaire et de l'égophonie dans un côté du thorax. La matité précordiale est toujours plus étendue en largeur qu'en hauteur et la malade paraît s'affaiblir. Elle se traîne ainsi pendant longtemps.

Le 2 mars, on trouve que la faiblesse et l'œdème ont fait de nouveau des progrès. Bruit de souffle au deuxième temps, qu'on distingue à peine à travers le tumulte du cœur. (Diurétiques, sédatifs, alimentation légère.)

Le 4, imminence de suffocation le soir. Dans la nuit du 6, délire.

Le 10, coloration livide de la face et des muqueuses, orthopnée, battemens du cœur tumultueux, pouls filiforme, manquant au poignet gauche; affaissement extrême. (Sinapismes, potion excitante.)

Le 11, mort assez paisible.

Nécroscopie, 30 heures après la mort.

Cavité crânienne. Sinus injectés, un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux.

Cavité thoracique. Epanchement séreux, limpide, dans la plèvre gauche qui est tapissée d'une pseudo-membrane, mais ancienne, vasculaire, organisée. Poumon de ce côté refoulé et comme ratatiné; poumon droit à l'état sain, sauf un peu d'engouement séro-sanguin. Un peu de sérosité dans le péricarde, vestiges de péricardite ancienne.

Cœur : portion charnue peu volumineuse. Oreillettes gorgées de sang. Les ventricules ne paraissent pas sensiblement dilatés ni hypertrophiés; les orifices mitral et aortique sont également ossifiés, déformés, rétrécis et insuffisans.

Cavité abdominale. Sérosité trouble dans le péritoine qui est arborisé et semé de petites tumeurs blanches, comme pustuleuses (péritonite dite tuberculeuse). Foie hypertrophié, etc.

Cette observation est, sous tous les rapports, un type de l'altération simultanée des orifices mitral et aortique. Peu de voussure, matité étendue transversalement, surtout à droite, point de force d'impulsion du cœur, bruits de souffle râpeux, pouls petit, sans beaucoup de résistance; et à l'autopsie, point d'hypertrophie ni de dilatation du ventricule gauche, mais développement considérable des oreillettes donnant au cœur la forme en gibecière. Eh bien! vous reconnaissez là les caractères que nous avons assignés à la lésion mitrale isolée; c'est qu'en effet c'est là que gît l'obstacle capital; la lésion aortique est en quelque sorte superflue, en tant qu'elle ne surpasse pas la lésion mitrale. Il y avait ici égalité d'altérations, ce qui explique pourquoi le ventricule gauche n'est ni dilaté ni rétréci; il reçoit autant de sang qu'il en peut transmettre par des orifices égaux, d'où la conservation de ses proportions normales. Dans le fait suivant, l'égalité de lésion est moins complète, mais les résultats sont à peu près les mêmes.

LÉSION SIMULTANÉE DES ORIFICES MITRAL ET AORTIQUE, SANS ALTÉRATION DU VENTRICULE GAUCHE; POINT D'HYDROPISIE.

Obs. XXIV. — Une femme de 65 ans, affectée de catarrhe chronique, dit avoir éprouvé, pour la première fois, il y a seulement quelques mois, des palpitations avec dyspnée. A son entrée à la Clinique le 6 décembre 1837, on constate: toux, crachats puriformes, dyspnée extrême, râles divers disséminés dans le thorax. Bruits du cœur assez forts, tumultueux, obscurcis par les râles pulmonaires. Pouls petit, irrégulier; pulsations manquant quelquefois. Extrémités froides, cyanosées, sans beaucoup d'infiltration. (Petite saignée, looch avec soufre doré d'antimoine, 5 centig., sinapismes aux jambes, soupe.)

Pendant deux jours, il paraît y avoir un peu d'amélioration; mais bientôt la respiration s'embarrasse de plus en plus, le cœur et le pouls deviennent plus faibles, plus irréguliers; la cyanose devient plus foncée (laxatifs, stimulans, révulsifs), et la malade succombe le 15, sept jours après son entrée.

Nécroscopie, 48 heures après la mort.

Cavité thoracique. Poumons engoués de sérosité et de mucus sanguinolens; muqueuse bronchique d'un rouge sombre. La portion charnue du cœur ne paraît pas augmentée de volume, mais les oreillettes sont considérablement distendues par des caillots. La valvule mitrale est transformée en une sorte d'anneau osseux admettant à peine la pulpe de l'index (rétrécissement et insuffisance); les valvules aortiques sont ossifiées, déformées, insuffisantes, mais à un moindre degré que l'orifice mitral. Au-delà de l'orifice, l'aorte paraît sensiblement dilatée et présente quelques incrustations. Les deux ventricules n'offrent

Maladies.		Chiffre total.	Malades sur 1000 annuellement.	Réformés sur 1000 annuellement.	Morts sur 1000 annuellement.
Fièvres	continues..... 882				
	rémittentes... 1	1101	51,2	1,1	0,8
	intermittentes. 228				
Maladies organiques du cerveau.		46	2,1	0,1	0,7
Inflammation des poumons.....		754	35,1	0,2	1,5
Catarrhe pulmonaire..........		5008	233,1	0,7	0,4
Phthisie		88	4,1	0,6	1,4
Hémoptysie		86	4,0	0,1	0,3
Inflammation du tube digestif...		58	2,7	—	0,2
Diarrhée		1104	51,4	0,1	0,1
Dysenterie		56	2,6	—	0,1
Inflammation du foie.........		187	8,7	0,3	0,5
Choléra		48	2,2	—	0,7
Delirium tremens.............		14	0,7	—	0,1
Rhumatisme...................		1705	79,3	2,6	0,2
Syphilis.....................		1525	71,0	—	—
Gonorrhée		840	39,1	—	—
Inflammation superficielle des extrémités..................		2501	116,4	—	—
Ulcères		1080	50,2	0,5	0,1
Plaies et accidens...........		4433	206,3	4,0	1,9
Autres maladies..............		5952	130,4	27,8	1,6
Total............		25586	Moy. 1,190,6	38,1	10,7

Les résultats de ce tableau sont fort importans, puisqu'ils permettent de comparer, par le nombre des malades, des réformés et des morts, l'influence du climat propre à l'Angleterre avec celle des autres climats sur la santé des marins, qui, sous la plupart des points de vue, se trouvent dans des conditions à peu près identiques, mais plus favorables cependant pour ceux qui sont attachés au service intérieur; car le régime des marins est plus salubre sur les côtes ou dans les ports de l'Angleterre que dans les commandemens éloignés; puis qu'ils y reçoivent plus fréquemment de la viande fraîche et des légumes, et obtiennent plus facilement accès dans les hôpitaux lorsqu'ils sont atteints de quelque affection grave. N'est-il pas vraiment étonnant que, malgré ces avantages et celui de leur climat indigène, les marins qui servent dans les ports de l'Angleterre et sur les mers voisines perdent un plus grand nombre d'hommes par la mort que ceux qui sont appelés par le service dans les mers de l'Amérique du sud, qui étaient regardées, il y a quelques années, comme si malfaisantes, et où ta mortalité causée par les maladies ne s'est élevée, pendant les mêmes sept années, qu'à 7,7 pour 1000 annuellement, tandis que le chiffre de la même mortalité, pour le service intérieur des îles britanniques, a été (déduction faite des morts accidentelles) de 8,8 pour 1000, résultat important que nous constatons, mais dont nous ne pouvons donner ici l'explication? Cependant le tableau suivant, qui établit la moyenne du nombre des malades et de la mortalité pour chacune des années dont il est question, prouve déjà que le nombre des morts est loin d'avoir été toujours en raison du chiffre des malades.

ni dilatation ni hypertrophie appréciables, sauf un peu de distension du droit par des caillots, etc.

Ainsi, lésion simultanée des orifices mitral et aortique avec prédominance d'altération de l'orifice mitral. Signes de cette lésion bien dessinés, sauf les bruits anormaux que peut être la faiblesse du cœur empêche de se produire, et l'hydropisie qui n'a pas eu lieu, on ne sait pourquoi, peut-être à cause de la pénurie du sang. L'orifice aortique étant plus libre que le mitral, il est probable que la cavité du ventricule gauche était plutôt rétrécie que suffisamment dilatée.

Nous épargnons au lecteur plusieurs observations, toutes semblables aux précédentes, pour arriver à une catégorie de faits un peu différens. Jusqu'ici le ventricule gauche s'est montré sans dilatation et sans hypertrophie sensibles ; nous allons maintenant le voir offrant ces lésions à un certain degré.

LÉSIONS MITRALE ET AORTIQUE ; MORT PAR PNEUMONIE ; HYPERTROPHIE ET DILATATION LÉGÈRES DU VENTRICULE GAUCHE.

OBS. XXV. — Une fille de 16 ans, d'assez belle constitution, de tempérament nerveux sanguin, couturière, entre à la Clinique le 17 juin 1840. Elle dit n'avoir jamais eu de rhumatisme ni d'affection de poitrine grave. Depuis deux ans, elle éprouve des palpitations qui, de jour en jour, deviennent plus incommodes. Il y a sept jours que, pour la première fois, de l'œdème est apparu aux extrémités inférieures ; dyspnée intense, teinte cyanosée de la face, augmentant quand elle fait des efforts musculaires.

Etat actuel : facies normal, léger reflux des jugulaires ; légère voussure, matité précordiale de 12 centim. en carré, impulsion du cœur assez forte, battemens peu fréquens, avec frémissement cataire ; souffle rude et prolongé au premier temps ; souffle doux et court au deuxième temps : le premier s'entend dans une grande étendue. Pouls lent, régulier, peu développé. Dyspnée légère, bruit respiratoire normal, œdème des pieds, augmentant lorsque la malade reste levée. (Saignée, chiendent nitré, potion gommée avec teinture de digitale, 15 gouttes.)

Les jours suivans, l'œdème disparaît ; les bruits de souffle varient journellement d'intensité. (Diurétiques, alimentation légère.)

Vers le milieu de juillet, de la cardialgie, des vertiges font suspendre la digitale. De temps en temps de petites saignées pour calmer les palpitations.

Le 4 août, la malade se trouve assez bien pour sortir de l'hôpital, six semaines après son entrée.

Mais peu de jours après son départ, les palpitations, la dyspnée renaissent de plus belle. La malade rentre le 22 août.

Facies animé, dyspnée intense, toux, crachats striés de sang ; râle muqueux, sibilans, disséminés dans le thorax ; tous les symptômes circulatoires signalés ci-dessus ; pouls petit, vif et fréquent. (Saignée, chiend. nitré, potion gommée avec teint. de digitale, 10 gouttes.)

23. Vomissemens, diarrhée, crachats sanguinolens, submatité, râle sous-crépitant à la partie postérieure droite du thorax. (Ventouses scarifiées, potion gommée.)

Les symptômes pectoraux s'aggravent. Le 25, dyspnée suffocante (vésicat. aux cuisses) ; mort dans la soirée.

NÉCROSCOPIE, 36 heures après la mort.

THORAX. Pneumonie au deuxième degré à la base du poumon droit ; engouement hypostatique du poumon gauche.

Un peu de sérosité dans le péricarde. Cœur volumineux, généralement dilaté, gorgé de caillots sanguins ; ventricule gauche sensiblement dilaté et hypertrophié ; dilatation sans hypertrophie bien prononcée des autres cavités. L'orifice mitral est ossifié, déformé, rétréci, de manière à n'admettre que l'extrémité de l'indicateur ; l'orifice aortique est également ossifié, rétréci et insuffisant. Rien de particulier dans les orifices du cœur droit.

Rien de particulier dans les autres organes, si ce n'est l'hypertrophie du foie et l'engorgement veineux des tissus, en général.

De même que les faits précédens se rapprochaient des cas où l'orifice mitral est seul affecté, de même celui-ci se rapprocherait de ceux où il existe une lésion isolée de l'orifice aortique ; car le cœur gauche est sensiblement dilaté et hypertrophié, coïncidemment avec une grave lésion mitrale il est vrai ; mais il faut considérer que l'orifice aortique était aussi profondément altéré. Or lorsque la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche accompagne la lésion des deux orifices, il faut admettre que l'orifice aortique est *relativement* plus étroit que le mitral. Admettant même que cette disproportion n'ait pas actuellement lieu, ne peut-on pas concevoir que si le rétrécissement aortique a précédé le rétrécissement mitral, l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche a pu se produire, et persister alors même que l'orifice mitral est ensuite devenu plus étroit que l'aortique ? Faisons remarquer d'ailleurs que l'orifice aortique étant naturellement plus circonscrit que le mitral, une altération égale des deux orifices pourra détruire l'équilibre au détriment du premier. Ceci soit dit comme explication rationnelle, mais pourtant hypothétique de ces faits opposés en apparence aux principes généraux.

L'observation suivante ressemble à celle-ci, quant aux lésions anatomiques, mais elle en diffère par quelques circonstances assez remarquables.

ALTÉRATIONS MITRALE ET AORTIQUE ; PLEURÉSIE ET RHUMATISME INTERCURRENS ; MORT ; DILATATION ET LÉGÈRE HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE.

OBS. XXVI. — Un homme de 41 ans, d'assez forte constitution, serrurier, entre à la Clinique le 8 décembre 1841. Il y a cinq ans qu'il fut traité à la Clinique d'un rhumatisme articulaire. Depuis lors il se portait bien, à part quelques palpitations passagères qui ne l'empêchaient pas de travailler. Il y a un mois, les battemens du cœur devinrent plus continus, plus incommodes ; la dyspnée s'y joignit ; il survint des épistaxis.

Etat actuel : dyspnée, toux rare, sans expectoration ; matité, souffle tubaire, égophonie prononcée en arrière et à gauche. Pouls petit, irrégulier ; légère voussure précordiale, matité de 6 centim. en tous sens, impulsion du cœur de force moyenne, bruit de soufflet un peu rude au deuxième temps. Point d'œdème des extrémités. (Saignée, 20 ventouses scarif. au thorax, potion gommée avec digitale 20 gouttes.)

Les jours suivans, même état. L'épanchement persiste, malgré les saignées locales, le nitre et la digitale. L'ampliation du côté gauche du thorax devient manifeste à l'œil ; la mensuration fait constater 2 centim. en plus de ce côté. (Ventouses scarifiées, diurétiques, onctions mercurielles sur le thorax, vésicatoires au bras.)

Le 31 décembre, douleurs supposées rhumatismales dans les jambes ; œdème des malléoles ; dyspnée croissante ; le malade ne peut plus se lever.

Les jours suivans, les articulations des membres sont successivement affectées de gonflement rhumatismal. (Saignée, plusieurs applications de sangsues aux articulations douloureuses, potion avec teinture de semences de colchique, 4 grammes ; pilules d'extrait d'aconit.)

Le 12 janvier, diarrhée. (On supprime le colchique.)

Le 15, le rhumatisme est disparu ; restent l'épanchement pleurétique et la lésion valvulaire : souffle au deuxième temps. (Pilules d'aconit, laxatifs, emplâtre de poix de Bourgogne sur le thorax, puis vésicatoire.)

	Malades sur 1000 annuellement.	Morts sur 1000 annuellement.
1830	1,152,6	6,4
1831	1,285,1	16,5
1832	1,375,5	14,9
1833	1,527,5	16,9
1834	1,416,2	16,8
1835	1,140,5	10,0
1836	1,156,0	7,9

SERVICES DIVERS. Le nombre total des hommes employés dans ce service s'est élevé à 16250, ou en moyenne à 3221 marins chaque année, le nombre des vaisseaux attachés à ce service ayant varié, pendant ces sept années, de 50 à 91.

Maladies.	Chiffre total.	Malades sur 1000 annuellement.	Réformés sur 1000 annuellement.	Morts sur 1000 annuellement.
Fièvres { continues 857, rémittentes 13, intermittentes 106 }	976	60,1	0,7	1,6
Maladies organiques du cerveau	39	2,4	0,1	0,7
Inflammation des poumons	486	29,9	0,2	1,5
Catarrhe pulmonaire	3897	232,8	0,2	0,4
Phthisie	68	3,4	0,7	1,8
Hémoptysie	61	3,1	—	0,4
Inflammation du tube digestif	63	3,9	—	0,3
Diarrhée	878	54,1	0,1	0,2
Dysenterie	153	9,4	0,2	0,6
Inflammation du foie	137	8,4	0,4	0,2
Choléra	61	3,8	—	0,4
Delirium tremens	16	1,0	—	—
Rhumatisme	1228	75,6	1,6	0,3
Syphilis	1441	88,7	0,9	—
Gonorrhée	921	56,7	—	—
Inflammation superficielle des extrémités	2102	129,4	—	—
Plaies, accidens, contusions	3657	225,0	4,6	3,3
Autres maladies	4127	262,4	26,5	1,9
Total	21189	1,304,2	37,1	13,6

Si nous comparons les moyennes de ce tableau avec celles qu'ont fournies les résultats du service intérieur, et qui ont été recueillies dans des conditions ayant au moins en apparence une grande analogie, nous serons frappés de la différence remarquable qui existe entre les chiffres des malades et des morts, différence dont il nous semble important de chercher la cause ; mais, avant de le faire, nous devons reproduire le nombre des malades et des morts de cette partie de la marine pendant chacune des sept années indiquées.

1er février. Le côté gauche du thorax est rempli par l'épanchement; oppression, faiblesse, pâleur, amaigrissement, pouls petit, irrégulier; point d'infiltration. (Diurétiques, laxatifs.)

1er mars. L'épanchement thoracique est diminué; les côtes gauches paraissent même déprimées; matité, faiblesse du bruit respiratoire sans égophonie.

9. L'épanchement thoracique est dissipé; on perçoit quelques râles dans le poumon gauche. (Diurétiques; alimentation légère.)

Les jours suivans, un accès de suffocation imminente nécessite une saignée. Le bruit de souffle au deuxième temps persiste; râle d'œdème dans les poumons. Le malade s'épuise graduellement. (Tilleul; frictions stimulantes sur les membres.) Pilules aloétiques martiales :

Prenez :	Poudre d'aloès	0,20
	Sous-carbonate de fer . . .	0,50
	Savon médicinal	q. s.

Pour quatre bols, à prendre deux par jour.

Le 20 mars, dyspnée extrême, lèvres cyanosées, peau froide, pouls petit, irrégulier. Bruits du cœur faibles, sans souffle; œdème du bras gauche. (Vésicatoires à la région précordiale; frictions de teinture de quinquina sur les jambes.) Potion :

Prenez :	Eau de mélisse.	120,0
	Teinture de cannelle.	2,0
	Liqueur d'Hoffmann.	1,0
	Sirop d'écorces d'oranges . .	30,0

Le malade expire le 21, trois mois et demi après son entrée.

Nécroscopie quarante heures après la mort.

Thorax. Adhérences peu anciennes et pseudo-membranes recouvrant toute la plèvre gauche. Collection de sérosité circonscrite entre le diaphragme et la base du poumon gauche. Poumon droit fortement engoué; tubercules granuleux disséminés dans toute sa substance.

Sérosité dans le péricarde; cœur volumineux. Ventricule gauche sensiblement dilaté et hypertrophié (2 centim. d'épaisseur); les trois autres cavités sont dilatées et paraissent légèrement épaissies. La valvule mitrale est ossifiée; ses angles sont soudés de manière à lui donner la forme d'un anneau étroit. Les valvules aortiques sont également ossifiées, déformées, rétrécies et insuffisantes. Rien de particulier dans les autres organes.

Ici, comme dans le cas précédent, la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche ne peut être attribuée qu'à l'excès de rétrécissement *relatif* de l'orifice aortique. Deux nouveaux élémens ont concouru, dans ce dernier cas, à entraîner la mort. Ce sont la pleurésie chronique du côté gauche et la tuberculisation miliaire du poumon droit. Il est remarquable que la pleurésie et le rhumatisme articulaire se soient développés chez un malade soumis au traitement antiphlogistique; ces accidens, du reste, ne sont pas très rares; c'est ainsi que font invasion ces phlegmasies dites *ultimes* qui surviennent dans les affections chroniques avancées. (Pneumonies, pleurésies, érysipèles, etc.)

Les observations suivantes ont trait à des épiphénomènes qui ne se lient pas essentiellement, il est vrai, à la lésion simultanée des deux orifices, mais qui, s'étant rencontrés avec elle, appartiennent à cet article, et offrent d'ailleurs assez d'intérêt pour être signalés.

LÉSION SIMULTANÉE DES ORIFICES MITRAL ET AORTIQUE; BRUIT MUSICAL DU COEUR (PIAULEMENT) OBSERVÉ PENDANT TROIS ANS; MORT PAR PLEURO-PNEUMONIE; NÉCROSCOPIE.

Obs. XXVII. — Une fille de 29 ans, de belle constitution, tempérament sanguin, servante, entre à la Clinique le 6 mars 1839. Elle raconte avoir fait quelques maladies qui nous paraissent sans relation probable avec son état actuel. Il y a trois mois qu'elle a commencé à ressentir des battemens de cœur. Son état s'est aggravé, malgré plusieurs saignées.

A son entrée, on observe : facies coloré en rouge bleuâtre (lie-de-vin); dyspnée intense; palpitations fortes lorsqu'elle exerce de grands mouvemens. Point de voussure appréciable, matité précordiale de 4 pouces (12 centim.). Bruit de souffle râpeux aux deux temps; le second bruit est suivi d'un son musical manifeste, ressemblant au piaulement d'un petit poulet. Ce bruit qui s'entend mieux dans la région droite du cœur qu'à gauche ne dépasse pas les limites de l'organe, tandis que le double bruit de soufflet se propage dans l'aorte ascendante. Pouls petit et faible, eu égard à la force d'impulsion du cœur. Menstruation actuelle. (Chiendent nitré; potion avec teinture de digitale, 15 gouttes; 3 soupes.)

Au bout de huit jours, la malade se trouve suffisamment soulagée et demande à sortir, conservant toujours son bruit de piaulement.

Un an après, cette fille nous revient (6 avril 1840); nous constatons les mêmes phénomènes que ci-dessus, sauf une teinte cyanosée plus prononcée et de l'œdème aux pieds. Le bruit musical s'entend parfois aux deux temps et imite très bien le chant du coucou. Les palpitations, la dyspnée sont plus intenses, plus fréquentes qu'autrefois. Une petite saignée, le nitre, la digitale, la scille, quelques antispasmodiques, tels sont les moyens qu'on met en usage, et qui procurent assez de soulagement pour que la malade sorte de nouveau le 29 avril, vingt-trois jours après sa seconde entrée.

Enfin, dix mois après, le 20 fév. 1841, cette fille revient pour la troisième fois. Elle raconte que, depuis trois ans qu'elle est malade, elle a bien été saignée une trentaine de fois, la dernière il y a six semaines. Elle éprouve actuellement peu d'oppression. C'est une amygdalite suppurée qui l'amène à l'hôpital. En examinant le cœur, nous retrouvons les bruits constatés depuis deux ans : le bruit musical a repris le timbre de piaulement de poulet. Nous constatons de plus une hypertrophie considérable du foie. (Gargarisme émollient; potion avec digitale; chiendent nitré.)

Les jours suivans, on applique des ventouses scarifiées et des frictions mercurielles sur la région du foie.

Le 6 mars, un point de côté, du râle sous-crépitant constaté dans le côté droit du thorax font prescrire une saignée.

Le 8, tout à coup, oppression considérable, toux, douleur pongitive à droite. (Saignée; cataplasme *loc. dol.*)

A partir de ce moment, la douleur persiste avec vivacité, arrachant des cris à la malade. Les ventouses, les topiques calmans, les révulsifs ne soulagent pas; la malade s'affaisse et expire le 13 mars, vingt-un jours après son troisième séjour à l'hôpital.

Nécroscopie vingt-cinq heures après la mort.

Thorax. Léger épanchement dans la plèvre droite; adhérences récentes; pneumonie au deuxième degré à la base et en arrière. Poumon gauche sain.

Sérosité assez abondante dans le péricarde. Cœur très volumineux, distendu par des caillots sanguins. Les ventricules dilatés par des caillots ne paraissent pas sensiblement hypertrophiés. L'orifice mitral est ossifié, rétréci, insuffisant, transformé en une espèce d'entonnoir osseux, évasé du côté de l'oreillette. Les valvules sont altérées à un moindre degré, deux d'entre elles sont réunies par un point d'ossification. (Rétrécissement et insuffisance.)

Abdomen. Foie hypertrophié; prédominance de la substance jaune (cyrrhose). La vésicule biliaire est remplie de calculs. Rien de remarquable dans les autres organes.

Ce cas, assez analogue aux précédens, en diffère surtout par ce bruit de *piaulement*, ce chant du *coucou*, qui, très certainement, ne sont que des modifications du bruit de souffle. Nous trouverons plus loin un cas semblable où l'orifice mitral était aussi gravement altéré; et si l'on songe que ces bruits étaient circonscrits à la région du cœur, on aura lieu de

---

	Malades sur 1000 annuellement.		Morts sur 1000 annuellement.
1830.	1,152,6	. . . . . .	6,4
1831.	1,285,1	. . . . . .	18,5
1832.	1,375,5	. . . . . .	14,9
1833.	1,575,5	. . . . . .	16,9
1834.	1,416,2	. . . . . .	16,8
1835.	1,140,5	. . . . . .	10,0
1836.	1,156,0	. . . . . .	7,9

D'après ce que nous avons dit du genre de service que fait cette partie de la marine, on devrait s'attendre à trouver le chiffre de la mortalité peu élevé; car on connaît l'influence bienfaisante des voyages, du changement de lieu et surtout de climat sur la santé, et on sait que si quelquefois ces grands et rapides déplacemens augmentent pour quelque temps le chiffre des malades, ils ont pour effet de guérir promptement un grand nombre d'affections qui avaient jusque-là résisté à tous les moyens de curation et de diminuer en réalité le chiffre définitif de la mortalité. Si toutes les autres conditions avaient été les mêmes, la mortalité aurait donc été moindre sur les navires qui font si fréquemment de longs déplacemens et qu'on voit passer en quelque temps de Spithead à Malte et au cap de Bonne-Espérance ou ailleurs et en revenir. Or, comme elle est supérieure, il doit donc y avoir une circonstance bien défavorable qui contrebalance ces avantages; et cette circonstance, c'est le grand nombre de navires en armement qui appartiennent à de ce service. La plupart des hommes qui font partie de ces nouveaux armemens sont dans des conditions hygiéniques peu favorables. Le plus grand nombre, classés seulement depuis quelque temps et après être sortis quelquefois depuis longtemps, les uns de l'armée, les autres de la marine marchande, se sont livrés pendant l'intervalle dans les repaires de diverses espèces que contiennent tous les ports de mer à des excès et à des irrégularités qui les rendent, au moins pour quelque temps, peu propres au service de la marine. De là des maladies plus fréquentes et plus graves que dans des équipages en pleine activité depuis longtemps, avant même que le bâtiment ait pris la mer.

On ne peut s'empêcher d'être étonné en comparant la mortalité des sept années dans les deux tableaux précédens, de l'énorme différence entre les différentes années, et qui triple d'une année à l'autre le chiffre de la mortalité sans qu'on puisse en assigner aucune explication rationnelle. On est peu surpris de voir sur certains points du globe considérés comme malsains, près des tropiques par exemple, une année meurtrière succéder à une année favorable, ou une série d'années où la mortalité atteint un chiffre élevé succéder à une série où, au contraire, il avait été très-bas, parce qu'on admet généralement qu'il règne dans ces contrées des influences épidémiques qui expliquent cet excès de mortalité pendant certaines années; mais on ne peut comprendre comment les forces dont nous nous occupons et qui sont répandues dans les ports et sur les rivages de la Grande-Bretagne et de l'Irlande et sur les mers voisines peuvent offrir d'une année à l'autre une mortalité triple, et dans l'absence d'aucune maladie épidémique extraordinaire.

Nous devrions, d'après la marche que nous avons suivie jusqu'ici, présenter quelques remarques sur les chiffres de plusieurs des maladies dont il est mention dans les deux tableaux précédens; mais nous reviendrons sur ce point et avec bien plus de facilité après que nous aurons réuni dans un seul tableau le résultat de tous les services dont il a été question dans cet article et dans les précédens,

soupçonner avec nous que ces sons musicaux sont dus à l'altération de l'orifice mitral.

Nous avons vu à l'article I deux cas de lésion de l'orifice aortique seul qui, par l'intensité des bruits propagés, simulaient l'anévrisme de l'aorte. En voici un autre où ces apparences coïncidaient avec une lésion simultanée des orifices mitral et aortique. On y remarquera, de plus, un signe que nous avons rencontré dans d'autres cas analogues, la dépression de l'épigastre qu'on a donnée comme un indice d'adhérence du cœur avec le péricarde.

LÉSIONS AORTIQUE ET MITRALE SIMULTANÉES ; SIGNES DE DILATATION AORTIQUE ; MORT ; ÉNORME HYPERTROPHIE AVEC DILATATION DU COEUR, SANS LÉSION DE L'AORTE ; SIGNE DE SANDER, TROMPEUR.

OBS. XXVIII. — Un homme de 22 ans, d'assez bonne constitution, quoique affecté d'une déviation assez prononcée de la colonne vertébrale, jardinier, entre à la Clinique le 15 janvier 1838. Il raconte avoir antérieurement éprouvé quelques accidens du côté de la poitrine et quelques atteintes de douleurs rhumatismales, par suite desquelles il éprouve, depuis plusieurs mois, des palpitations, de la dyspnée et un affaiblissement graduel qui l'obligent à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : facies livide, vultueux ; lèvres épaisses, fortement cyanosées ; dyspnée intense ; sentiment de constriction à la base du thorax ; poitrine bombée, ce qui peut s'expliquer par la courbure du rachis. Matité précordiale étendue (de 12 à 15 centim.) ; impulsion du cœur forte ; frémissement cataire ; double bruit de souffle râpeux, intense, qui s'entend dans toute la poitrine, paraît plus fort dans la courbure de l'aorte que dans le cœur lui-même, et se propage en haut jusque dans la carotide, en bas jusque dans la crurale. Pouls serré, vif, parfois irrégulier, sans fréquence. Toux, quelques crachats muqueux, râles d'œdème disséminés dans les deux poumons. Point d'infiltration notable des jambes.

L'étendue, l'intensité du souffle râpeux dans l'aorte ascendante nous font soupçonner une dilatation de ce vaisseau. (Saignée ; boissons nitrées ; potion avec digitale ; alimentation légère.)

Les jours suivans, le malade est soulagé ; mais la dyspnée, les palpitations s'exaspèrent quelquefois. Il survient de légères épistaxis. Ces accidens sont combattus par les moyens appropriés, et le malade sort soulagé deux mois après son entrée, conservant ses bruits anormaux.

Un an après, le 9 janvier 1839, le malade rentre, présentant les mêmes symptômes. C'est alors que nous observons une *dépression marquée au creux de l'épigastre pendant la systole du cœur*, phénomène donné par le docteur Sander comme signe d'adhérence du péricarde. De plus, le malade est affecté de gale mêlée de prurigo. (Saignée ; nitre ; digitale ; frictions matin et soir, dans la paume des mains, avec le sulfure de chaux. (Méthode antipsorique de Pyhorel.)

Le 14 février, le malade sort de nouveau, soulagé de ses accidens du côté du cœur et guéri de sa gale deux mois après sa rentrée.

Il rentre pour la troisième fois, un mois après, le 14 mars, présentant les mêmes symptômes d'affection du cœur. Il est soulagé par les mêmes moyens (saignée, diurétiques), et sort au bout de quinze jours.

Il rentre pour la quatrième fois, le 17 août 1839, et sort le 10 septembre.

Enfin, il revient pour la cinquième fois, le 15 novembre 1839. Toujours mêmes symptômes : œdème léger avec cyanose de la face et des extrémités ; conjonctives injectées ; reflux des jugulaires. Oppression forte ; battemens du cœur tumultueux ; matité étendue ; frémissement cataire ; double souffle râpeux, entendu dans toute la poitrine et se prolongeant dans les gros vaisseaux ; pouls petit, serré, fréquent ; toux sèche ; râles d'œdème dans les poumons. Appareil digestif à l'état normal. (Saignée locale ; digitale ; pédiluves sinapisés ; diète.)

Les jours suivans ; soulagement. (Ventouses scarifiées ; diurétiques ; laxatifs ; sédatifs.) Les retours de dyspnée obligent parfois à renouveler la saignée qui soulage momentanément.

En janvier 1840, l'anasarque a fait des progrès, l'ascite se prononce, les urines sont rares et foncées, sans précipité par l'acide nitrique. (Diurétiques, laxatifs, mercuriaux.)

En février, nous expérimentons la racine de caïnça contre l'hydropisie.

Prenez : Racine de caïnça... 15,0
Eau............. 150,0

Faites bouillir, édulcorez. A prendre par cuillerée, de deux en deux heures.

En quatre jours, nous portons la dose de caïnça à 35 grammes par potion : il en résulte des nausées ; point de diarrhée ; les urines restent rares et l'hydropisie augmente toujours.

Enfin, l'anasarque devient énorme. La dyspnée, l'anxiété s'aggravent ; les scarifications des membres sont sans résultat et le malade succombe, le 4 mars 1840, deux ans et deux mois après sa première entrée à l'hôpital.

NÉCROSCOPIE trente heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

THORAX. Adhérences pleurétiques anciennes, engouement séreux sanguin généralisé dans les deux poumons.

Sérosité dans le péricarde, *sans vestige d'adhérences* ni même de péricardite ancienne.

Cœur très volumineux, gorgé de caillots sanguins. Le ventricule gauche est dilaté et considérablement hypertrophié (3 centimètres d'épaisseur). Le ventricule droit est très dilaté, sans épaississisement notable. Les orifices mitral et aortique sont ossifiés, déformés, manifestement rétrécis et insuffisans ; mais *le calibre de l'aorte n'a subi aucune modification ;* à peine trouve-t-on dans son tissu quelques légers points d'ossification.

Le cœur, vide de sang et séparé des gros vaisseaux, pèse vingt-deux onces (680 grammes.)

La colonne épinière offre une déviation latérale considérable, à concavité gauche, où est logé le cœur.

Ainsi, altération profonde des orifices mitral et aortique ; hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, ce qui suppose un obstacle plus grand à l'orifice aortique ; énorme bruit de souffle, plus intense dans l'aorte que dans le cœur, et qui devait rationnellement faire croire à une altération de la première. Néanmoins, nous n'avons pas persisté dans cette dernière opinion, car avant la mort de ce sujet, nous en avions observé d'autres où le même phénomène de bruit plus intense de l'aorte avait coïncidé avec un état normal de l'aorte elle-même, constaté à l'autopsie ; et dès lors nous nous sommes borné à diagnostiquer une lésion valvulaire de l'orifice aortique, attribuant ce bruit intense propagé à l'énergie de contraction

TABLEAU GÉNÉRAL DE LA

	AMÉRIQUE DU SUD.			INDES OCCIDENTALES ET AMÉRIQUE DU NORD.			MÉDITERRANÉE.			INDES ORIENTALES.		
FORCE MOYENNE ANNUELLE	2,465			3,362			7,958			1,849		
Sur 1000 hommes il y a eu annuellement	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.
MALADIES PRINCIPALES.												
Fièvres continues et intermittentes	115,0	0,8	1,3	209,8	2,9	11,2	84,0	0,5	1,8	177,9	2,0	3,0
Maladies organiques du cerveau	1,2	0,0	0,5	1,4	0,3	0,3	2,0	0,2	0,8	2,5	0,4	0,7
Inflammation des poumons	28,3	1,0	0,4	22,1	1,1	0,9	31,8	0,6	1,0	16,5	0,5	0,3
Catarrhe	166,9	1,5	0,0	181,8	0,4	0,1	201,7	0,6	0,2	174,5	0,3	0,1
Phthisie	3,2	0,8	1,5	4,8	2,4	1,9	5,1	1,3	1,9	2,9	0,9	1,2
Hémoptysie	2,7	0,6	0,2	2,6	0,8	0,0	2,6	0,2	0,0	1,5	0,7	0,2
Inflammation du tube digestif	3,1	0,0	0,6	4,2	0,3	0,3	2,5	0,0	0,2	3,5	0,0	0,3
Diarrhée	80,6	0,4	0,0	110,0	0,1	0,1	78,1	0,2	0,1	100,0	0,2	0,1
Dysenterie	21,8	0,8	1,0	12,2	0,6	0,3	13,3	0,3	0,3	67,3	3,9	4,2
Inflammation du foie	16,4	2,1	0,4	15,0	4,0	0,2	7,2	0,5	0,2	27,7	3,9	1,5
Choléra	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,5	1,7	0,0	0,4	17,0	0,0	2,4
Delirium tremens	0,8	0,0	0,1	1,1	0,0	0,2	1,1	0,0	0,1	0,6	0,0	0,0
Rhumatisme	72,3	2,5	0,2	69,0	5,1	0,2	63,9	2,3	0,1	65,3	4,0	0,2
Syphilis	34,3	0,8	0,0	25,1	0,8	0,0	49,9	0,0	0,0	40,6	0,8	0,0
Gonorrée	18,7	0,0	0,0	13,6	0,0	0,0	26,0	0,0	0,0	21,1	0,0	0,0
Inflammat. superficielle des extrémités	166,9	0,1	0,0	228,3	0,3	0,0	180,8	0,1	0,0	185,3	0,1	0,0
Ulcères	100,6	2,5	0,0	83,1	1,7	0,0	71,2	0,8	0,1	66,7	1,4	0,2
Plaies et accidens	239,0	1,6	1,2	206,9	1,7	1,5	222,9	1,8	1,8	194,0	1,7	2,2
Autres maladies	239,3	12,5	1,5	293,5	17,2	2,4	261,2	18,4	2,5	254,2	12,7	0,7
Totaux	1310,7	28,0	8,9	1486,3	39,3	19,6	1304,6	25,8	11,1	1419,1	33,5	17,3
Après déduction des accidens	1071,8	26,3	7,7	1279,6	37,8	18,1	1081,7	23,9	9,3	1225,5	31,9	15,1

de ce cœur énorme. Quant à la lésion mitrale, nous ne pouvions la rejeter ni l'admettre, car les signes qui lui sont propres se confondaient inextricablement avec ceux qui caractérisent l'altération de l'orifice aortique. Bref, nous avions ici les signes de la lésion aortique dominante, sinon unique, ce qui, au point de vue du diagnostic, revient absolument au même, ainsi que nous l'avons dit.

Nous ferons remarquer ici que dans les observations où nous avons trouvé lésion simultanée des orifices mitral et aortique, *sans prédominance du rétrécissement aortique*, nous n'avons pas noté de bruit de souffle propagé dans l'aorte. Peut-être avons-nous parfois négligé de rechercher ou de noter l'existence de cette propagation; mais nous sommes convaincu qu'elle doit au moins rarement exister alors, et pour deux raisons : la première, c'est que la colonne de sang qui traverse l'orifice aortique étant peu considérable, la vibration qu'elle imprime aux valvules doit être moins forte ; la seconde, c'est que le ventricule gauche n'étant pas hypertrophié, cette colonne de sang, déjà diminuée, n'est pas poussée avec assez d'énergie pour donner lieu à la propagation des bruits.

Nous avons vu à *l'article I* que la dilatation aortique pouvait produire la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. Voici une observation nouvelle qui milite en faveur de cette opinion :

DILATATION AVEC HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DU COEUR; LÉSION MITRALE SANS LÉSION DE L'ORIFICE AORTIQUE; MAIS DILATATION ET RUGOSITÉS DE LA CROSSE DE L'AORTE.

OBS. XXIX. — Un homme de 55 ans, de constitution chétive, détériorée, journalier, entre à la Clinique le 5 septembre 1841. Il se dit affecté de catarrhe chronique depuis longues années. Depuis quelque temps, ses forces ont rapidement décliné sous l'influence de chagrins domestiques.

ÉTAT ACTUEL. Amaigrissement extrême, infiltration des extrémités inférieures et du bras droit. Facies cyanosé; les veines du col sont généralement dilatées; reflux veineux des jugulaires. Légère voussure précordiale ; matité de 9 centim., battemens du cœur faibles, obscurs, confus, irréguliers ; ses bruits sont couverts par les râles disséminés dans les poumons. Toux fatigante, crachats muqueux, puriformes ; orthopnée, faiblesse extrême de la voix. (Tilleul, sinapismes aux jambes.) Il expire dans la soirée du même jour.

NÉCROSCOPIE 36 heures après la mort.

THORAX. Les deux plèvres contiennent une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Les deux poumons sont emphysémateux dans une grande partie de leur étendue, surtout à leurs bords tranchans, où existe quantité de petites tumeurs saillantes, formées par des vésicules aériennes dilatées.

Le péricarde contient un peu de sérosité jaunâtre. Le cœur est énormement dilaté, parsemé par de petites taches, indices d'une ancienne péricardite ; toutes ses cavités sont remplies de sang noir ; le ventricule gauche est dilaté et légèrement épaissi, ainsi que les oreillettes ; la valvule mitrale est cartilagineuse, déformée, insuffisante surtout par dilatation des parois du cœur. L'orifice aortique ne paraît pas altéré, mais l'aorte est considérablement dilatée dans sa courbure, sa membrane interne paraît épaissie et rugueuse, soulevée qu'elle est par des points cartilagineux.

Nous n'avons ici d'autre moyen d'expliquer cette dilatation avec légère hypertrophie du ventricule gauche que d'invoquer, comme nous l'avons fait déjà, le trouble au cours du sang qui naît d'une dilatation avec rugosités de la crosse aortique.

Les quelques faits que nous venons de produire, et qu'il nous eût été facile de multiplier, suffiront, je pense, pour légitimer les propositions suivantes :

Lorsqu'il existe altération organique (rétrécissement, insuffisance) tout à la fois à l'orifice mitral et à l'orifice aortique,

1° Si le rétrécissement aortique est plus considérable que le mitral, il y a dilatation et hypertrophie générales du cœur, comme dans les cas de rétrécissement aortique isolé ; seulement la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche, qui reçoit moins de sang que lorsque l'orifice mitral est libre, seront en général moins prononcées ; par contre, la dilatation des trois autres cavités pourra être plus considérable.

2° Si le rétrécissement mitral est plus considérable que l'aortique, il y a absence de dilatation et souvent hypertrophie du ventricule gauche, comme dans les cas de rétrécissement mitral isolé.

3° Si les deux rétrécissemens sont à peu près égaux, les résultats sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent.

4° Le diagnostic de la lésion simultanée des orifices mitral et aortique est fort difficile, en tant qu'on s'en refère uniquement aux bruits anormaux du cœur, les deux lésions pouvant donner lieu à des bruits à peu près semblables et ces bruits pouvant se simuler mutuellement.

5° Le diagnostic ne peut guère atteindre que celle des deux lésions qui prédominerait sur l'autre : signes de la lésion aortique isolée, si celle-ci l'emporte; signes de la lésion mitrale isolée, si c'est le rétrécissement mitral qui est le plus prononcé.

6° Néanmoins, des bruits de soufflet se prolongeant dans l'aorte et existant concurremment avec le défaut de dilatation du ventricule gauche, les autres signes de l'anévrisme étant prononcés, on serait autorisé à admettre la lésion simultanée des deux orifices, soit à égal degré, soit avec prédominance de la lésion mitrale. Or, dans ce dernier cas, le souffle propagé manque ordinairement.

7° En résumé, les effets de la lésion simultanée des deux orifices sont ceux résultant de la lésion isolée de l'orifice où le rétrécissement est le plus marqué : anévrisme général si c'est l'orifice aortique, anévrisme borné à trois cavités si c'est à l'orifice mitral que l'obstacle est le plus prononcé.

8° Les conséquences thérapeutiques découlent naturellement des données précédentes : on appliquera le traitement nécessité par la lésion de l'orifice qui domine sur l'autre ; on celui qui s'applique au rétrécissement mitral isolé, lorsque les deux rétrécissemens sont à peu près égaux.

(La suite prochainement.)

MORTALITÉ DANS LA MARINE.

	CAP ET CÔTE OCCIDENTALE D'AFRIQUE.			ANGLETERRE. (Service intérieur.)			ANGLETERRE. (Services divers.)			LE SERVICE TOUT ENTIER.		
FORCE MOYENNE ANNUELLE	1,513			3,070			2,321			22,539		
Sur 1000 hommes il y a eu annuellement	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.	Malades.	Réformés.	Morts.
MALADIES PRINCIPALES.												
Fièvres continues et intermittentes	149,8	5,4	12,7	51,2	1,1	0,8	60,1	0,7	1,6	111,3	1,4	3,7
Maladies organiques du cerveau	2,9	0,6	0,8	2,1	0,1	0,7	2,4	0,1	0,7	2,0	0,2	0,6
Inflammation des poumons	20,0	0,8	0,6	35,1	0,2	1,5	29,9	0,2	1,5	28,0	0,6	1,0
Catarrhe	180,7	0,9	0,2	233,1	0,7	0,4	232,8	0,2	0,4	185,6	0,6	0,2
Phthisie	3,4	0,9	1,5	4,1	0,6	1,4	4,2	0,7	1,8	4,3	1,2	1,6
Hémoptysie	2,0	0,3	0,2	4,0	0,1	0,3	3,8	0,0	0,1	2,9	0,3	0,1
Inflammation du tube digestif	3,3	0,2	0,5	2,7	0,0	0,2	3,9	0,0	0,3	3,1	0,0	0,3
Diarrhée	83,8	0,2	0,1	51,4	0,1	0,1	54,1	0,1	0,2	79,2	0,2	0,1
Dysenterie	49,8	1,4	3,4	2,6	0,0	0,1	9,4	0,2	0,6	19,7	0,6	0,9
Inflammation du foie	16,9	2,3	0,4	8,7	0,3	0,5	8,4	0,4	0,2	12,0	1,5	0,4
Choléra	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,7	3,8	0,0	0,4	3,0	0,0	0,6
Delirium tremens	0,9	0,2	0,2	0,7	0,0	0,1	1,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1
Rhumatisme	78,6	4,2	0,4	79,3	2,6	0,2	75,6	1,6	0,3	70,0	3,0	0,2
Syphilis	38,5	0,8	0,2	71,0	0,0	0,0	88,7	0,9	0,0	49,8	0,4	0,0
Gonorrée	19,5	0,0	0,0	39,1	0,0	0,0	56,7	0,0	0,0	27,5	0,0	0,0
Inflammation superficielle des extrémités	171,0	0,1	0,0	116,4	0,0	0,0	129,4	0,0	0,0	171,9	0,0	0,0
Ulcères	83,2	2,0	0,0	50,2	0,5	0,1	54,1	0,9	0,2	72,2	1,1	0,0
Plaies et accidens	217,4	2,5	2,5	206,3	4,0	1,9	225,0	4,6	3,3	217,5	2,4	1,9
Autres maladies	181,5	22,8	1,5	230,4	27,8	1,7	260,9	26,5	2,2	271,9	19,4	2,1
Totaux	1403,2	45,6	25,2	1190,6	38,1	10,7	1304,0	37,1	13,8	1332,8	32,9	13,8
Après déduction des accidens	1185,7	43,6	22,5	984,4	34,2	8,8	1079,3	32,3	10,3	1115,3	30,5	11,8

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite, — Voir le numéro précédent.)

IV. THE MEDICAL TIMES.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans 1° *Cas de cure spontanée d'un anévrisme de la fémorale*; par M. Ebsworth. 2° *De l'amaurose, ou goutte sereine, avec observations*; par M. Tuson. (L'auteur insiste sur la nécessité, partout proclamée d'ailleurs, de chercher à bien préciser la cause si l'on veut instituer un traitement rationnel et efficace.) 3° *Nouvelle méthode pour traiter la fièvre*; par M. Skerrett. 4° *Naissance d'un enfant à deux têtes*; par M. Ehsworth. 5° *Hydropisie de l'ovaire*; par M. John Bernard. (Guérison radicale d'un kyste ovarique par le calomel et l'opium à l'intérieur.) 6° *Administration du poivre cubèbe dans la blennorrhagie, suivie d'une affection inflammatoire des poignets*; par M. Annan. (Le cubèbe avait été donné pendant la période aiguë et l'écoulement supprimé en huit jours.) 7° *Cas d'hématurie*; par M. Leney. (Une chûte de cheval fut la cause de cet accident.) 8° *Du climat, de la durée de la vie et des maladies les plus communes dans les colonies, comparées à l'état de ces mêmes conditions en Europe*; par M. James Thompson. 9° *Contusion à la hanche avec raccourcissement du membre*; par M. Davison. (L'auteur ne pense pas qu'il y eût fracture; cependant le raccourcissement était d'un pouce trois semaines après l'accident, et il a continué depuis, la malade ayant ensuite marché, de sorte que le membre est plus court aujourd'hui de trois pouces que celui du côté opposé.) 10° *De l'efficacité du sulfate de strychnine dans les névralgies*; par M. Waters. 11° *De quelques maladies de la gorge et du larynx, guéries par la trachéotomie*; par MM. Wilson et P. Stuart. 12° *Purpura hemorragica*; par M. Leary. 13° *Extirpation d'un kyste ovarique*; par M. F. Bird.

CAS DE CURE SPONTANÉE D'UN ANÉVRISME DE LA FÉMORALE; par M. EBSWORTH.

Voici, en deux mots, ce fait dont le côté saillant est surtont dans la précision avec laquelle avait été constatée la gravité de l'affection locale.

OBS. — Un marin de 47 ans entra à l'hôpital Saint-Georges en novembre 1841, portant sous le ligament de Fallope un anévrisme du volume d'un œuf de pigeon. Les chirurgiens réunis en consultation déclarèrent que la ligature de l'iliaque externe était la seule chance de salut; mais le malade refusa de s'y soumettre.

L'auteur continua de le voir; la tumeur augmenta graduellement de grosseur, et elle avait pris enfin un tel développement que M. Babington regarda en dernier lieu le cas comme n'étant plus opérable. Le sujet, d'aprés les conseils de M. Ebsworth, se mit alors à un régime sévère et garda le repos absolu, la cuisse demi-fléchie sur le bassin. Il prit aussi quelque laxatifs. Sous l'effet de ce traitement, sa force et son embonpoint diminuèrent. Mais aussi, au bout d'un mois, la tumeur, quoiqu'ayant conservé le même diamètre, ne présentait plus de battemens aussi marqués.

An bout de deux mois, les pulsations avaient complètement cessé; on ne sentait même plus battre l'iliaque externe au-dessus.

Dans l'été de 1843, le malade se présenta lui-même à l'hôpital complètement guéri. L'anévrisme était réduit à un petit noyau dur, non pulsatile. L'artère iliaque externe et la fémorale n'offrent plus de battemens; on n'en sent dans les tibiales antérieure et postérieure que d'à peine perceptibles. Il n'existe d'apparence d'anévrisme dans aucune autre partie du corps.

Il est positif que l'influence bien réelle du repos et de la diète enlève à cette cure le titre de spontanée que l'auteur a cru pouvoir lui donner. Malgré cela, les exemples de guérisons achetées à aussi peu de frais que celle-ci et obtenues à un degré aussi avancé de la maladie ne sont pas assez communs pour que cette circonstance fasse perdre à l'observation ci-dessus une grande partie de son intérêt au point de vue clinique.

DE QUELQUES MALADIES DE LA GORGE ET DU LARYNX GUÉRIES PAR LA TRACHÉOTOMIE; par MM. WILSON et P. STUART.

Les trois observations qui suivent sont curieuses en ce qu'elles donnent une idée de la manière dont les indications de la trachéotomie sont comprises par quelques chirurgiens en Angleterre. Dans les deux premiers cas, les malades, après avoir eu une canule placée dans l'ouverture artificielle, ont respiré presque immédiatement par les voies naturelles que l'on avait cru oblitérées, puisque c'est en conséquence de cette prétendue obstruction et pour y remédier que l'opération avait été décidée. Dans le troisième, on n'exécuta de la trachéotomie que le premier temps parce que, chemin faisant, une circonstance accidentelle montra qu'il était inutile de pratiquer un tube aérien l'ouverture que l'on avait d'abord jugée indispensable. Ces trois faits ont été communiqués à la société royale médico-chirurgicale, et, malgré quelques remarques critiques, de M. Mayo entre autres, le sentiment que leur lecture a soulevé n'a point paru être celui d'une désapprobation explicite.

OBS. I. — Un homme de 27 ans, ayant un léger mal de gorge, s'échauffa beaucoup à danser. Le soir (7 juillet 1843) la dyspnée avait augmenté. Le 8, sangsues, calomel, saignée de 24 onces. Le soir, le malade respirant avec peine semblait dans un état presque comateux. A neuf heures la trachéotomie est exécutée. Par l'ouverture faite au-dessous de la glande thyroïde, on place une canule, ce qui procure un soulagement instantané. Mais deux minutes après, la suffocation reparaît plus menaçante. On enlève la canule et on absterge les bords de la plaie. Quelques instans après, une grande quantité de mucosités sanguinolentes est rendue par la bouche, et le malade respire librement par le larynx. On supprime la canule. Il passe une bonne nuit et entre ensuite promptement en convalescence. (Obs. par M. Wilson.)

OBS. II. — Une dame de 20 ans souffrant depuis quelques jours de l'*influenza* fut atteinte de laryngite. Les sangsues et le calomel amenèrent d'abord un peu d'amendement. Mais, le 7 février, M. Frogley fut appelé en toute hâte. Le pouls était à peine perceptible, l'aspect déplorable; c'était l'état, en un mot, d'une personne près de périr de suffocation. Une incision est faite à la trachée immédiatement au-dessus du sternum, et on introduit une canule. A peine le pre-

---

Les résultats fournis par ce tableau offrent un grand intérêt, soit qu'on les examine isolément, soit qu'on les compare entre eux. Ce qui nous paraît devoir frapper le plus l'attention au premier abord, c'est le chiffre peu élevé de la mortalité pour le service de la marine tout entier et qui ne s'élève qu'à 11, 8 morts sur 1,000 hommes annuellement, causées par des maladies, et à 13,8 déterminées par toute espèce de causes, maladies et accidens de tous genres; or, parmi ces derniers sont comprises même les morts par submersion et par naufrage. Il serait sans doute bien important de pouvoir comparer cette mortalité avec celle des hommes du même âge dans les autres circonstances de la vie; mais l'organisation actuelle de la marine royale en Angleterre ne permettant pas de connaître exactement l'âge des marins, on ne peut établir cette comparaison avec précision. Cependant, comme cet âge ne varie que dans certaines limites, c'est-à-dire depuis 14 jusqu'à 50 ans, et que le plus grand nombre des marins sont âgés de 20 à 40 ans, on reconnaît que le chiffre de la mortalité n'est pas supérieur à celui de toute la population de l'Angleterre. Il est, au contraire, bien inférieur à celui des classes ouvrières prises au même âge et dans les villes. Ce résultat est d'autant plus important que le service de la marine s'étend sur tous les points du monde, et qu'une partie de son effectif est employée sur les rives pestilentielles des Indes et de l'Afrique occidentales, ce qui suppose une grande force antagoniste dans les propriétés hygiéniques de l'air de la mer, dans l'économie générale des vaisseaux de guerre et dans la direction du régime.

Si la différence qui existe entre la mortalité de la marine et celle de toute la population et des troupes de terre est si considérable, combien ne le serait-elle pas plus si on établissait la comparaison entre la marine actuelle et l'état où elle était à une époque éloignée! Au lieu de 11,8 ou de 13,8 pour 1,000, c'est à 91 et même à 125 pour 1,000 que s'élèverait ce chiffre si l'on comparait l'état actuel avec ce qu'il était il y a 30 et 60 ans.

Sir Gilbert Bine disait dans un travail qu'il a publié en 1822 que le chiffre de la mortalité chez les marins ne devrait pas s'élever au-delà de 1 sur 80 annuellement, si les conditions auxquelles ils sont exposés n'étaient pas plus insalubres que celles qui influent sur les autres classes de la population et aux mêmes âges. Ayant calculé, d'après les documens qu'il avait entre les mains, que le chiffre des morts s'élevait vers la fin de la guerre à 1 sur 31 et une fraction, il croyait, en exprimant le souhait qu'il descendît à 1 sur 80, avoir demandé une amélioration dont l'exécution était fort éloignée. Aujourd'hui, ce progrès est déjà dépassé, puisque le chiffre des morts causées dans ce service par les maladies n'est plus que de 1 sur 85.

Il est vrai qu'on tentera d'expliquer cette diminution de la mortalité par le soin avec lequel on repousse du service de la marine tous les hommes faibles ou évidemment malades, en n'y admettant pour ainsi dire que l'élite de la population; mais les avantages réels qui résultent de cette circonstance sont moins considérables qu'on ne serait disposé à le supposer. Les jeunes gens à l'époque où ils sont admis dans la marine pour la première fois ne présentent il est vrai aucun signe de maladie, mais ils portent trop souvent le germe d'affections qui ne se développeront que plus tard, et peu de temps après leur embarquement comme elles l'auraient fait, mais peut être plus promptement, s'ils étaient restés à terre. Quant à ceux qui entrent au service de la marine à une époque plus avancée de la vie, soit qu'ils sortent de la marine marchande, soit qu'ils quittent

mier courant d'air était-il entré que la malade ouvrit les yeux en s'écriant: « Oh! maintenant je puis respirer. » Le calme se rétablit.

L'opération avait été faite le matin : à quatre heures du soir, l'auteur revit la malade. Il la trouva sans douleur ; l'air ne passait plus par la canule : elle fut supprimée. Trente heures environ après l'opération, un accès de toux amena l'expectoration de matières membraneuses informes. A partir de ce moment, la respiration ne se fit plus à travers la plaie trachéale. La guérison s'acheva en peu de temps. (Obs. par M. Wilson.)

Obs. III. — Dans un cas semblable à ceux-ci, le chirurgien avait commencé l'opération. Mais une branche veineuse considérable ayant été lésée, on jugea convenable d'attendre un quart d'heure avant de continuer l'incision de peur de voir le sang s'épancher dans la trachée. Au bout de ce temps, le patient se trouva tellement soulagé qu'on put se dispenser de terminer l'opération. (Obs. par M. P. Stuart.)

Ces trois observations sont significatives. La différence qu'elles expriment entre notre pratique et celle des chirurgiens anglais sous le rapport du diagnostic et des indications opératoires est assez tranchée, ce nous semble, à notre avantage pour qu'il soit inutile de s'attacher à la faire ressortir plus catégoriquement.

EXTIRPATION D'UN KYSTE OVARIQUE ; par M. F. Bird.

L'observation suivante complète l'ensemble des données nouvelles que les récentes recherches des chirurgiens anglais apportent sur cette opération. On y trouvera un exemple et des conseils propres, sinon à rassurer tout à fait sur la gravité de ces essais, du moins à rendre les esprits plus disposés désormais à en peser froidement les chances et les dangers.

Obs. — Une femme de 35 ans vit il y a six ans une petite tumeur se développer du côté droit de l'abdomen. Devenue à peu près stationnaire sous l'influence d'un traitement médical, elle commença de nouveau il y a un an à augmenter de grosseur, et son volume devint tel que la personne se crut enceinte. La santé générale s'altérant, la malade demanda à être opérée. Une incision aux parois abdominales mit la tumeur à découvert, mais on la trouva complètement entourée d'adhérences. En cherchant à les diviser avec le bistouri, le kyste fut ouvert et une masse fongoïde vint faire saillie au dehors. L'incision fut alors portée jusqu'à 4 ou 5 pouces : en examinant les adhérences, on les trouva générales mais peu solides. On les détacha avec la main, puis on agrandit encore l'incision, et on ouvrit la tumeur afin de diminuer son volume en évacuant une partie de son contenu. On en retira effectivement avec peine 8 à 10 livres ; mais comme l'extraction du kyste n'en restait pas pour cela moins impossible, on porta la longueur de l'incision à 8 ou 9 pouces, après quoi on put faire sortir l'ovaire malade. Trois ligatures furent placées sur le pédicule. Elles tombèrent le vingt-sixième jour. La convalescence s'établit promptement et la malade guérit.

Des détails de ce fait l'auteur tire les conclusions suivantes. D'abord, il est remarquable que la face externe du kyste eût contracté autant d'adhérences, quoique la malade n'eût jamais offert de signes de péritonite.

Quant aux moyens d'en reconnaître l'existence, M. Bird fait observer que, après l'incision des parois abdominales, si la tumeur est mobile elle vient à chaque inspiration se présenter et saillir à travers l'ouverture ; phénomène qui manque entièrement dans le cas d'adhérences. Cette remarque lui a donné l'idée d'un instrument dont l'emploi serait propre à éclairer le diagnostic sous ce rapport. Ce sont deux aiguilles implantées par leur extrémité mousse dans une plaque d'ivoire. On les enfonce dans la tumeur, et si celle-ci est libre d'adhérences on voit à chaque respiration la plaque d'ivoire subir un mouvement de va-et-vient. Il assure avoir retiré deux fois un avantage marqué de l'emploi de ce moyen.

Nous avons à enregistrer aussi une invention de M. Marshall-Hall, destinée à remplir le même objet. Il propose de faire d'abord une petite ponction à la paroi abdominale. On introduirait par là une sonde d'argent de longueur et de forme appropriées à ce but, et l'on chercherait à lui faire contourner la tumeur ; ce qui donnerait au chirurgien une idée de l'étendue en même temps que des connexions plus ou moins intimes que présente la surface de celle-ci. — Sous le rapport de son innocuité aussi bien que sous celui des lumières qu'il fournirait au diagnostic, ce moyen nous parait tenir le milieu entre l'acupuncture exploratrice de M. F. Bird et l'incision préalable que conseille pour le même objet M. Walne.

Enfin, M. Bird, partageant l'opinion de M. Walne, s'attache surtout à faire tomber la ligature aussi promptement que possible ; car il pense que la patiente n'est pas en sûreté tant qu'il reste un fil dans son abdomen. Pour remplir ce but, il a, dans un cas, coupé en partie la trompe de Fallope avant d'y appliquer la ligature, ce qui a diminué d'autant le volume des parties à diviser par le fil et conséquemment la durée du temps pendant lequel celui-ci a dû rester en place. Il recommande enfin lorsqu'il y a plusieurs fils de les réunir entre eux, de les tordre, avant de les fixer à l'extérieur. Sans cette précaution, ils forment une sorte de ganse où l'intestin pourrait s'engager et s'étrangler. Dans un cas récent, cité à cette occasion par M. Pilcher, une malade, qui avait subi heureusement la même opération d'extirpation d'un kyste ovarique, présenta tous les symptômes de l'étranglement herniaire et succomba. A l'autopsie, il fut reconnu qu'en effet une ligature portait sur l'intestin qui avait ainsi subi une véritable constriction.

L'avenir prononcera sur la valeur des corrections que propose M. Bird. Ce qui tend néanmoins dès à présent à faire porter sur elles un jugement favorable, c'est la gravité extrême de l'opération qui, sous leur influence, a eu une issue favorable. Un mot qui a circulé à ce sujet dans la Société médicale de Londres donnera une idée du danger que cette malade a couru. En quittant la chambre de la patiente, un chirurgien, M. Locock, qui venait d'assister à l'opération ne put s'empêcher de s'écrier, en s'adressant aux médecins présens : « Messieurs, si la malade en revient, demain je vous invite tous à dîner dans mon péritoine ! »

V. THE LANCET.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Remarques sur la valeur comparative de l'auscultation pratiquée avec ou sans stéthoscope*; par H. Bennett. 2° *Des muscles obliques de l'œil considérés comme exécutant l'ajustement focal de l'organe de la vision*; par un étudiant. 3° *Cas d'asphyxie par suspension guérie à l'aide des saignées ; plan de traitement basé sur*

---

une autre carrière où ils n'avaient pas réussi, ils portent souvent des dispositions à des maladies ou à une mort prochaines causées chez les uns par de durs travaux, les chagrins ou la mauvaise conduite ; chez d'autres par les malheurs, ou l'impéritie, les privations ou la misère qui leur font regarder le séjour d'un vaisseau de guerre comme le seul asile qui leur fût ouvert. Il y a encore quelques autres circonstances qui contribuent à restreindre l'exercice du droit de choisir les hommes destinés à la marine ; parmi elles, nous citerons surtout cette disposition qu'ont tant de marins et qui cependant a si notablement diminué depuis quelques années, à quitter la marine royale pour entrer dans la marine marchande et qui a souvent forcé les officiers de marine d'admettre, dans le service, des hommes dont les forces physiques et l'instruction laissaient beaucoup à désirer. Si les matériaux sur lesquels s'opère leur choix étaient plus abondans, et s'ils pouvaient apporter plus de sévérité qu'ils ne le font ordinairement dans l'exercice de ce droit, il n'est pas douteux que la mortalité de ce service ne présentât encore de notables améliorations.

Si le chiffre actuel de la mortalité dans le service de la marine est, comparé à celui des autres parties de la population et surtout à celui du même service à une époque encore peu éloignée de nous, l'un des plus brillans résultats des temps modernes, nous ne devons pas oublier que la marine n'éprouve pas des pertes seulement par la maladie et par la mort, mais qu'à côté de cette cause de tant de sacrifices, il en est encore une autre moins pénible peut être sous le point de vue de l'humanité, mais plus encore sous celui de l'économie, nous voulons parler du chiffre des réformés qui s'est élevé pendant les sept années comprises dans le rapport à 32,9 par an sur 1000 et qui, réuni à celui des morts, forme une perte de 46,7 hommes annuellement sur 1000.

Déjà nous avons fait allusion à plusieurs des causes qui contribuent à l'accroissement considérable, dans quelques commandemens, du chiffre des réformes, telles que l'absence, le petit nombre ou l'éloignement des hôpitaux, la nature des maladies qui passent plus souvent, dans quelques-uns de ces commandemens, à l'état chronique ; enfin, certaines influences générales qu'il est difficile de méconnaître, à la résistance qu'offrent en certains lieux et dans certains temps, aux moyens qui suffisent habituellement, des maladies peu graves de leur nature et qui nécessitent alors la réforme. Malgré l'action évidente de toutes ces causes, il y a pourtant encore un grand nombre de cas où l'on ne peut expliquer l'accroissement ou la diminution qu'offre, dans des limites données, le chiffre des réformes ; on verra combien varie ce chiffre, en le comparant dans les deux commandemens maritimes où ce nombre a été le plus et le moins élevé.

	Nombre des réformés dans le commandement de la Méditerranée.		Nombre des réformés dans le commandement des Indes et de l'Afrique occidentales.
1830............	28,7 pour 1000.	......	65,9 pour 1000.
1831............	23,4 —	......	48,1 —
1832............	22,2 —	......	49,9 —
1833............	23,1 —	......	40,5 —
1834............	22,3 —	......	41,9 —
1835............	25,8 —	......	38,1 —
1836............	19,2 —	......	29,5 —

la physiologie; par M. Shearman. 4° *Nouveau procédé pour administrer les lavemens et autres injections;* par M. Carson. (Le moyen est vraiment singulier : attachez an malade un court caleçon de caoutchouc avec une ceinture qui serre fortement ses reins et deux ligatures placées à la racine de chaque cuisse. Remplissez ce caleçon du liquide à injecter et exercez ensuite sur lui une certaine pression hydrostatique. Le liquide ne trouvant pas d'autre issue s'introduira dans l'anus.) 5° *Observations de consomption pulmonaire traitée sans succès par la naphte;* par M. May. 6° *Guérison d'une fracture compliquée du crâne;* par M. Banon. (Le sentiment n'était pas aboli : les purgatifs et les mercuriaux firent le fond du traitement.) 7° *Cas de névralgie faciale guérie par l'aconitine;* par M. Brookes. (On usa de la formule suivante : aconitine, 2 grains; alcool, q. s., pour dissoudre la substance et la mêler avec 2 grammes d'axonge. Frotter la face avec un peu de cette pommade au moment des accès.) 8° *Traitement de l'épididymite blennorrhagique par l'opium;* par M. Gay. 9° *Des effets du chlorure de zinc et du chlorure de plomb dans le traitement du cancer;* par M. Tuson. (L'auteur préconise l'administration à l'intérieur de ces substances. Des deux observations qu'il cite à l'appui, l'une est celle d'une femme porteur d'un cancer mammaire; elle mourut des suites du mal, malgré le remède. A la vérité, M. Tuson pense que, sans lui, elle serait morte beaucoup plus tôt. L'autre femme subit deux applications de pâte de Canquoin, pendant qu'elle prenait aussi le chlorure de zinc à l'intérieur. L'ulcère du sein se cicatrisa (sous l'influence, sans doute, de la cautérisation); mais quelques mois après, une récidive au même sein emporta la patiente. Cette courte analyse nous dispense de toutes réflexions critiques.) 10° *Recherches analytiques sur la nature et le mécanisme de la digestion et de la nutrition;* par M. G. Ross. 11° *Sur l'hydrothérapie;* par M. Hutchinson. 12° *Epilepsie; deux tentatives de suicide; emploi du sulfate de zinc;* observation par M. Ryan. 13° *Observations d'hématémèse;* par M. Epps. 14° *Influence des impressions de la mère sur le fœtus;* par M. O'shea. (Exemples de ces difformités congéniales qu'avec un peu de bonne volonté on peut toujours rapporter à un objet plus ou moins semblable vu par la mère durant sa grossesse.) 15° *Remarques sur l'épanchement de sang dans la chambre antérieure de l'œil;* par M. Coote. (Rien de neuf.) 16° *Cas d'accumulation de fèces dans le cæcum;* par M. Caster. 17° *Emploi de l'électricité et de l'électro-magnétisme dans l'empoisonnement par le laudanum;* par M. Curfe. 18° *Hémorragie par un doigt coupé, substitutive de la menstruation;* par M. Gay. 19° *Cas de pierre dans la vessie et dans l'urètre;* par M. Liston. (Rien de bien important.) 20° *Observations et remarques pratiques;* par M. Marshall-Hall. 21° *Cas de pied-bot équin guéri par l'opération;* par M. Page. 22° *Objections à l'origine végétale assignée au porrigo decalvans;* par M. Horne. 23° *Anévrisme ombilical;* par M. Dougall. (Une tumeur située à l'extrémité placentaire du cordon communiquait par une ouverture avec la veine ombilicale. Nul autre détail n'est donné sur ce fait.) 24° *De l'administration à hautes doses du nitrate de potasse;* par Henry Bennett. 25° *Cas de luxation du carpe en arrière;* par M. Barker. 26° *Traitement homéopatique de l'hématémèse;* par M. Mackin. 27° *Observation de vomissement et de purgation terminés par la mort;* par M. Leigh. 28° *Cas de rupture au point de jonction de l'aorte avec le cœur;* par M. Ryan. 29° *Physiologie et pathologie de l'urine;* par M. G. Day. 30° *Observations d'arachnitis chez des enfans;* par M. Dunn. 31° *Cas de grossesse extra-utérine;* par M. Wheatcroft. (Une femme, après avoir présenté les signes de la grossesse extra-utérine, rendit quelques os de fœtus par l'anus. Elle mourut, et l'on trouva dans l'abdomen un kyste contenant le reste du squelette. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, quoique ce kyste communiquât largement avec l'utérus aussi bien qu'avec le rectum, aucun débris n'était jamais sorti par le vagin.) 32° *Observations de fièvre gastro-entérique, suivies de remarques cliniques;* par M. Basham. 33° *Observations de maladies cancéreuses;* par M. Fergusson. 34° *Sur la fibrine du sang dans l'inflammation;* par M. Ayres. 35° *Cas de gastrite aiguë;* par M. Berncastle. 36° *Remarques sur la déchirure du périnée pendant la parturition;* par M. Craig. (Pour l'auteur, le périnée ne se déchire que lorsqu'il est dans un état de rigidité anormale; et cette rigidité est une maladie qu'il faut, selon les indications, combattre d'avance par les saignées, ou les opiacés, ou les purgatifs, si elle tient à l'accumulation des fèces dans le rectum.) 37° *Sur la stérilité;* par M. Marshall-Hall. 38° *Sur le véritable caractère de l'érysipèle idiopathique;* par M. Arthur Wilson. 39° *Cas d'hydrophobie, avec autopsie;* par M. H. Bateman. 40° *Du diagnostic de la paralysie faciale;* par M. Marshall-Hall. (On reconnaît la paralysie par lésion du nerf facial, et on la distingue de celle due à une lésion cérébrale, en ce que : 1° le malade n'a pas mal à la tête; 2° la langue n'est point déviée; 3° il n'y a aucune paralysie des membres; 4° souvent un courant d'air froid a frappé peu de temps auparavant sur le côté de la face qui est affecté de paralysie.) 41° *La dualité de l'âme prouvée par la structure, les fonctions et les maladies du cerveau;* par M. Wigan. 42° *Des propriétés sédatives de l'alun dans les maladies de poitrine;* par M. Andrews. 43° *Avortement et hémorragie utérine;* par M. J. Symons. (Lorsque le fœtus a été expulsé à quatre ou cinq mois de gestation et que le placenta reste dans l'utérus, M. Symons emploie avec succès le seigle ergoté à fortes doses.)

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE PAR L'OPIUM; par M. GAY.

Ce traitement, que M. Gay dit avoir vu réussir dans plus de 100 cas, est appliqué par lui dès le début de l'affection. Il a surtout pour but et pour effet de calmer la douleur parfois extrême qui accompagne la première période de cette phlegmasie. Mais, pour que l'opium produise son action, il faut qu'il ait été précédé de l'administration d'un purgatif. Voici du reste un specimen des formules usitées par l'auteur. Le malade prend d'abord 5 grains de calomel avec 25 grains de poudre de jalap. Puis, un peu plus tard, on lui donne 15 ou 20 gouttes de teinture d'opium toutes les quatre heures. Dès le second jour, en général, la douleur a cédé.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ OU DE L'ÉLECTRO-MAGNÉTISME DANS LE TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM.

Le fait suivant, dont nous ne reproduisons que les principaux traits, prouve que, dans les empoisonnemens par l'opium, on ne doit pas désespérer du salut du malade si l'amélioration ne suit pas immédiatement l'emploi des moyens thérapeutiques, et que parmi ceux-ci c'est surtout au galvanisme ou à l'électro-galvanisme que l'on doit avoir recours quand il est possible, après avoir évacué l'estomac et satisfait aux premières indications.

On remarquera avec intérêt que ces chiffres, comme aussi ceux que nous avons donnés pour la mortalité de chaque commandement et pour chaque année, vont plutôt en diminuant qu'en augmentant, et nous croyons y voir une preuve que l'amélioration signalée entre l'époque dont il est question et des époques plus éloignées continue chaque année de faire des progrès. Nous espérons en trouver la preuve dans de nouvelles recherches semblables à celles-ci et faites, nous en témoignons le désir, sur des faits plus complets.

Parmi les maladies qui ont causé le plus de réformes, nous trouvons en première ligne le rhumatisme, pour lequel seulement on n'a pas réformé moins de 3 hommes chaque année sur 1,000 pour tout le corps de la marine, chiffre qui s'est élevé à 5,1 aux Indes occidentales, à 4,2 sur les côtes occidentales de l'Afrique, et à 4 aux Indes orientales, tandis qu'en Angleterre et dans les services divers il n'a été que de 2,6 et 1,6. Il est à remarquer que malgré une différence aussi notable dans le chiffre des réformés, celui des malades affectés de rhumatisme n'a offert que peu de différence puisqu'il n'a varié qu'entre 63 et 79 pour 1,000 annuellement, et que les commandemens où le chiffre des malades a été le plus élevé n'ont pas été ceux qui ont compté le plus de réformés pour cette maladie.

Les autres maladies où le nombre des réformes a été considérable sont, après les « plaies et accidens » qui ne dépendent pas de maladies, les fièvres, les maladies du foie, la phthisie et enfin la dysenterie.

G...t.

(La fin prochainement.)

Obs. — Freegrave, très robuste, âgé de 54 ans, est apporté à l'hôpital de Middlesex le 14 septembre à trois heures du matin, sans connaissance, sans mouvement, la pupille de la largeur de la tête d'une épingle, le pouls intermittent et s'élevant à peine à 40 par minute. La respiration ne se faisait que d'une manière convulsive et à un intervalle d'une demi-minute, la face livide, les extrémités froides et bleuâtres, enfin tout l'aspect d'un cadavre plutôt que d'un homme encore doué de la vie. Après avoir vidé l'estomac par l'usage de la pompe gastrique, et avoir ingéré dans le même organe du thé vert avec de l'ammoniaque, et avoir appliqué des sinapismes sur les extrémités, après avoir employé la flagellation, les lotions froides et même la douche froide, et retiré de la vessie, par le cathétérisme de 6 à 8 onces d'urine, on eut recours à l'emploi de l'appareil électro-magnétique vers quatre heures du matin. Au bout de quelques instans, le pouls prit de la force et devint moins rare, et la respiration sembla reprendre un peu d'activité. Des étincelles électriques tirées de la tête, de la poitrine, de l'épine et de l'abdomen n'ont d'autre effet que de déterminer de violentes convulsions et des contorsions musculaires par tout le corps. Ce n'est qu'au bout d'une heure de l'emploi continuel de ce moyen que le malade donne un signe de connaissance, par une exclamation de docteur, et demandant qu'on le laisse tranquille. Ses yeux étaient hagards et il retombe aussitôt dans le même état; puis un nouveau contact lui fait pousser de nouveaux cris et faire de nouvelles contorsions. A sept heures, on cesse l'opération, on met le malade au lit, et le lendemain matin il quitte l'hôpital à pied et en bon état.

HÉMORRAGIE PAR UN DOIGT COUPÉ, SUBSTITUTIVE DE LA MENSTRUATION; par M. Gay.

Obs. — Une jeune personne de 17 ans, délicate, de diathèse strumeuse, avait, sans cause connue, cessé d'être réglée depuis trois ans, lorsqu'en août 1842, elle se coupa accidentellement une portion du doigt indicateur gauche. Faute de soins, la peau se rétracta laissant l'os saillant. En novembre, le moignon exhala pendant deux ou trois jours une grande quantité de sang ressemblant au liquide menstruel; et cette hémorragie se reproduisit ensuite tous les mois. Elle entra alors à l'hôpital, où on s'efforça durant plusieurs semaines, mais sans succès, de rappeler les règles par les moyens ordinaires. Comme le tronçon du doigt était dans un état d'altération marquée, on fit l'amputation dans la contiguïté du métacarpien correspondant. Cette opération fut pratiquée le 22 juin, époque à laquelle l'hémorragie venait d'avoir lieu et où l'excitation locale qui l'accompagnait ordinairement avait disparu. On dut faire un grand nombre de ligatures. Dans la portion de doigt amputé, on trouva l'os spongieux et très vasculaire et les artères dorsales volumineuses.

La malade alla bien jusqu'au 15 juillet. Elle accusa alors des douleurs dans l'épaule et dans la main, ainsi qu'une sensation de pulsations le long des gros vaisseaux. (12 sangsues vers la région pubienne; aloès à dose purgative.) Les douleurs continuent, la radiale et la cubitale battent avec force, le membre s'échauffe, les doigts sont raidis dans la flexion, la main est gonflée, la peau prend une teinte bleuâtre. (Le lendemain, encore 12 sangsoes aux jambes, purgation saline.)

Par ce traitement, le 31, les doigts avaient repris leur volume normal; on les enveloppa alors, ainsi que la main, d'un bandage roulé qui fut laissé à demeure.

Après un intervalle de santé parfaite, les mêmes symptômes reparurent de nouveau le 16 août. (Ventouses sèches aux lombes, injections, dans le vagin, de lait chaud contenant une forte solution d'ammoniaque.) Les douleurs durèrent jusqu'au 20; mais, grâce au bandage, il n'y eut pas cette fois tuméfaction. Le 30, on enleva ce bandage.

Dès les 11 et 14 septembre, les douleurs revinrent encore avec tension considérable du membre. Ventouses sèches, d'abord aux lombes, puis au cou, où la douleur s'était en second lieu transportée. Les injections, quoique continuées longtemps et combinées avec les emménagogues usoels, ne rétablirent point le flux menstruel.

La jeune malade quitta l'hôpital, promettant de garder le bandage et de revenir si quelque symptôme nouveau se manifestait. — Depuis lors, on n'a pas eu de ses nouvelles.

— Malgré les accidens qui ont suivi l'amputation du doigt, cette opération était bien indiquée, ce nous semble; et ces accidens même serviraient au besoin à la justifier; car ils montrent de quelle fluxion active cet organe était accidentellement devenu le siége. D'un autre côté, les retours si périodiques de cette congestion locale prouvent que l'*effort menstruel* était encore dans l'économie à son type normal; et si l'on considère que l'aménorrhée existait depuis longtemps déjà avant la blessure du doigt, on sera porté comme nous à regarder celle-ci comme avantageuse plutôt que fâcheuse pour la malade, puisqu'elle a servi à ramener un flux que la nature avait laissé s'éteindre, quoique ses voies naturelles d'élimination lui fussent ouvertes. Nous aurions désiré que l'auteur eût donné plus de détails sur les causes présumées de cette aménorrhée, qu'il eût surtout indiqué l'état des parties génitales chez cette jeune fille; car, d'après la marche des choses, on serait conduit par exclusion à placer ici l'obstacle à la fonction menstruelle dans quelque altération, matérielle ou dynamique, des organes de la génération; et il est à regretter qu'une exploration attentive n'ait pas permis de juger jusqu'à quel point cette présomption était fondée.

CAS DE LUXATION DU CARPE EN ARRIÈRE; par M. Barker.

Obs. — Je fus appelé, dit l'auteur, il y a deux ou trois semaines, auprès d'un jeune homme qui venait de tomber d'une hauteur de 7 à 8 pieds sur la paume de la main. La face dorsale du poignet offrait une saillie marquée et au-dessus une dépression; à la face palmaire une dépression surmontée d'une saillie; raccourcissement du membre. Après avoir soigneusement examiné, je procédai à la réduction, qui s'obtint aisément, en tirant sur la main et pressant simultanément sur la saillie formée par le carpe. Pensant qu'il serait possible de découvrir, si elle existait, une fracture de l'un des os de l'avant-bras à son extrémité inférieure, j'imprimai aux os tous les genres de mouvement que je pus imaginer, mais je n'obtins pas la moindre crépitation. C'était donc un cas de luxation pure et simple. Je plaçai des attelles de chaque côté du poignet (lisez vraisemblablement : *sur l'une et l'autre face*), et le malade a maintenant le libre osage de son membre.

— Ce sont là tous les détails que donne l'auteur. Nous avons pris soin de conserver son texte et autant que possible ses propres expressions. Il est à peine besoin d'ajouter que, pour nous, cette prétendue luxation du poignet n'est en réalité qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. On sait que, pour un œil peu exercé, le déplacement qui suit cette fracture simule au premier abord, et de la manière la plus frappante, l'apparence d'une luxation du poignet; et nous ne doutons nullement que le chirurgien anglais n'ait commis dans ce cas une méprise que bien souvent nous-mêmes nous avons vu reproduire sous nos yeux par de jeunes praticiens. Il serait injuste de l'en blâmer; car on ne peut exiger d'un auteur l'infaillibilité en matière d'observation. Mais ce qu'on a du moins le droit de lui demander, c'est un examen attentif et complet. Or, sous ce rapport, M. Barker serait à plus juste titre, répréhensible. Apportant un exemple d'une lésion contestée par plusieurs maîtres de l'art, niée formellement par Dupuytren, ne pouvant surtout en fournir la preuve matérielle, l'autopsie, il semble que c'était pour lui un devoir de rendre aussi complet que possible le tableau des signes observés, afin de suppléer par leur langage au silence du seul témoin irrécusable. Et cependant il ne parle ni de l'inclinaison de la main sur le bord radial, ni du contraste que forme à la face dorsale la tête radiale saillante à côté du cubitus, resté à son niveau normal, ni de la gêne spéciale des mouvemens de pronation et de supination, etc. Tous ces phénomènes sont des signes de la fracture, il est vrai, mais ils n'en étaient pas moins importans pour cela à mentionner, car pour établir l'existence d'une luxation, il était indispensable de spécifier nettement qu'ils manquaient tous.

Nous aurions également une partie de ces observations à faire et quelques-unes de ces omissions à reprocher à M. Kisser, qui a récemment publié dans ce journal (v. Gaz. Méd., 1844, p. 160) un cas, d'ailleurs fort intéressant, de luxation présumée du poignet en arrière. Chez sa malade nous trouvons que, trente jours après la réduction, et au moment où l'on voulut prématurément enlever l'appareil, le déplacement primitif du poignet se reproduisit spontanément, circonstance qui nous paraît bien difficile à expliquer dans l'hypothèse d'une luxation, et qui serait, au contraire, d'une simplicité toute vulgaire si l'on veut bien, contre l'avis de l'auteur, admettre l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Une dernière remarque, c'est que le chirurgien français, comme le chirurgien anglais (mais ce dernier surtout), s'appuient sur ce qu'ils n'ont pu sentir la crépitation pour conclure à l'existence d'une luxation. Or, tout le monde sait, et cette observation est inscrite en grosses lettres dans tous nos traités classiques, que la difficulté, souvent l'impossibilité bien réelle de percevoir la crépitation est précisément un des traits caractéristiques des fractures de l'extrémité carpienne du radius.

Aucun de ces deux faits ne nous paraît donc capable d'être rapporté aux luxations du poignet; et comme les cas analogues produits par MM. Padien, Voillemier, Marjolin fils et Scoutetten présentent (ainsi que l'ont bien dit MM. Blandin et Bérard lors de la discussion soulevée à l'Académie de médecine à l'occasion de ce dernier fait) des circonstances toutes particulières, tout exceptionnelles dans le mécanisme de leur production, la doctrine de Dupuytren sur l'impossibilité de ces sortes de luxations, telle du moins que cet illustre chirurgien l'avait comprise et exprimée, reste absolument intacte.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JUILLET.

RENOUVELLEMENT ET RÉGÉNÉRATION DU VACCIN.

M. le docteur JAMES lit un travail ayant pour titre : NOTE SUR L'ANCIENNE ET LA NOUVELLE VACCINE ET SUR L'APPLICATION DE LA VACCINATION NATURELLE PAR LE MOYEN DU VIRUS REPRIS SANS CESSE SUR L'ESPÈCE BOVINE AU MOMENT MÊME DE L'INOCULATION.

L'auteur commence par rappeler les travaux auxquels il s'est livré depuis 1827, dans le but de réformer la pratique de l'ancienne vaccination dite de bras à bras. C'est ainsi que, le premier, il a inoculé des génisses avec le vaccin pris sur le bras d'un enfant, et qu'il a constamment régénéré de cette manière le virus, en le reprenant sur ces génisses au degré d'énergie voulu. Il se livre ensuite à une critique du mode d'opérer suivi par MM. Magendie et Fiard, et indiqué par ce dernier dans la communication qu'il a faite récemment devant l'Académie. Quand il s'agit, dit-il, de porter du vaccin naturel sur l'espèce humaine, c'est directement de la vache qu'il faut le prendre ; il faut recueillir du virus dans les pustules assez récentes encore pour que l'inoculation réussisse.

La régénération de la vaccine, telle que M. James conseille de la pratiquer, consiste à reporter, des bras des enfans sur des génisses, du vaccin usé par un nombre de transmissions déterminé, en sorte que la vaccination puisse toujours se faire en reprenant le vaccin après qu'il a ainsi passé de nouveau dans la circulation de la vache. Ce moyen, suivant M. James, permet de conserver constamment le vaccin au degré d'énergie nécessaire pour garantir dans tous les cas contre la variole, en évitant les accidens qui pourraient résulter de la trop grande force d'un vaccin repris à sa source naturelle. La même génisse peut servir à la vaccination naturelle d'un très grand nombre d'individus. Une seule vache a suffi, l'année dernière, pour vacciner à Belleville, à la Villette, à la Chapelle et dans deux régimens.

En résumé, M. James distingue le *renouvellement* et la *régénération* du vaccin. Le renouvellement a lieu quand on prend le vaccin sur une vache atteinte du cowpox naturel ; et, dans ce cas, outre que l'inoculation échoue souvent, elle peut donner lieu à des boutons qui se développent et s'enflamment avec excès. Aussi M. James préfère-t-il toujours le vaccin régénéré pour le transport du bras de l'enfant à la génisse, sur laquelle on le reprend ensuite.

CONSTITUTION CHIMIQUE DES GLOBULES SANGUINS ; NOUVELLE MÉTHODE D'ANALYSE DU SANG ; par M. FIGUIER.

M. DUMAS rend compte d'un travail qui lui a été communiqué par M. Figuier, sur une méthode nouvelle pour l'analyse du sang et sur la constitution chimique des globules sanguins.

Nous reproduisons textuellement cet important travail.

Le principe de ce mode nouveau d'analyse repose sur un fait observé depuis plusieurs années par M. Berzelius. Ce chimiste trouva que si l'on ajoute à du sang défibriné par le battage une solution d'un sel neutre, comme du sulfate de soude, du sel marin ou de l'eau sucrée, on peut retenir sur le filtre la plus grande partie des globules, tandis que dans les conditions ordinaires, le sang défibriné jeté sur un filtre traverse le papier avec tous ses globules. Je suis parvenu, après plusieurs tâtonnemens, à réaliser ce fait curieux, de manière à le rendre applicable à l'analyse rigoureuse du sang. Ainsi, j'ai trouvé qu'en employant une dissolution de sulfate de soude marquant 16 à 18° à l'aréomètre de Baumé et en prenant deux volumes de la solution saline pour un volume de sang, tous les globules restent à la surface du filtre. Si on examine, en effet, au microscope le liquide qui a traversé le papier, on aperçoit à peine cinq ou six globules échappés à l'action du filtre, tandis que la couche restée sur le papier remplit le champ de l'instrument de globules pressés, ne laissant entre eux que fort peu d'intervalle.

D'après cela, l'analyse se résume dans ces quelques opérations fort simples. L'opération du battage donne le poids de la fibrine. Le poids des globules est obtenu en recueillant ceux-ci sur un filtre par l'artifice de la dissolution saline, celui de l'albumine en coagulant par la chaleur le liquide filtré. Enfin, la proportion de l'eau est déterminée par l'évaporation d'une petite quantité de liquide d'un poids connu.

Telle est l'idée générale de ce moyen d'analyse. On ne peut présenter dans cette note la description détaillée des précautions, fort simples d'ailleurs, que l'opération peut exiger. On comprend sans peine tous les avantages d'une méthode qui permet d'isoler et de doser directement tous les élémens du sang. Les avantages ressortiront d'ailleurs avec beaucoup d'évidence si on la met en regard de la méthode universellement suivie aujourd'hui et que nous devons à M. Dumas. Ce procédé, que nous ne pouvons rapporter ici, exige, comme on le sait, des opérations longues et assez nombreuses. Tel qu'il est cependant, il a suffi à MM. Andral et Gavarret pour enrichir la science des beaux résultats que l'on connaît. Aussi, je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur réelle des chances légères d'erreurs que cette méthode peut offrir. Les personnes qui se sont imposé cette tâche oubliaient sans doute que l'analyse des matières complexes de l'économie ne peut aspirer à la rigueur de nos analyses minérales. Toutefois, en ce qui touche la valeur comparée de ces deux méthodes d'analyse, il suffit, je pense, pour faire ressortir la supériorité de celle dont je propose l'adoption, de dire que, par son emploi, tous les élémens du sang étant isolés et déterminés par des pesées directes, toute chance d'erreur semble écartée. On me permettra seulement d'ajouter qu'elle offre encore deux avantages particuliers. Le premier, c'est de n'exiger qu'un temps fort court et que des opérations très simples. Le second et le plus remarquable, c'est de permettre d'opérer sur une quantité de sang très petite. Ainsi, l'on verra que 80 ou 90 grammes de sang sont la quantité la plus convenable pour déterminer le rapport des globules, de l'albumine et de l'eau. Or, comme les maladies dans lesquelles l'étude chimique du sang offre le plus d'intérêt sont précisément celles dans lesquelles les malades sont le moins saignés (phthisie, scorbut, chlorose, affections cancéreuses et dégénérescences organiques), on comprend que cette circonstance offre un assez haut degré d'intérêt. — La faible quantité de sang exigée par l'analyse permettra donc désormais de pouvoir le soumettre à un examen d'un autre genre et de rechercher si les altérations chimiques qui se produisent sous l'influence des maladies ne se traduiraient pas par l'apparition de substances nouvelles, ou bien par une modification de nature survenue dans ses élémens habituels. On sait que, par le procédé actuel, cette recherche n'est pas possible, attendu que la totalité du sang de la saignée se trouve consommée par l'analyse.

Les observations précédentes ont été faites à l'occasion de quelques recherches sur la constitution chimique des globules sanguins dont je dirai un mot en terminant.

On sait que les opinions sont partagées sur la nature chimique des globules sanguins. Plusieurs chimistes adoptent l'opinion de M. Berzelius qui regarde le globule du sang comme une matière chimiquement homogène et représentant l'hématosine ou la matière colorante du sang. L'examen microscopique a conduit d'autres observateurs à regarder le globule du sang des mammifères ou des autres animaux vertébrés comme formé d'un anneau extérieur, ou bien d'un noyau central qui diffère par sa composition de la matière colorante elle-même. Je crois que l'on peut démontrer dans le globule du sang l'existence de trois matières bien distinctes : 1° la matière colorante ou l'hématosine ; 2° l'albumine ; 3° une petite quantité de fibrine appartenant sans doute au noyau central admis par quelques physiologistes.

1° Si l'on traite, en effet, les globules séparés par un filtre à l'aide de sulfate de soude, par de l'alcool ammoniacal, on dissout très facilement la matière colorante du sang en laissant un coagulum brun. C'est même là un procédé extrêmement facile pour obtenir sans aucune espèce d'altération la matière colorante du sang. L'évaporation de l'alcool fournit une masse d'un beau rouge de bistre, offrant tous les caractères que M. Lecanu a signalés dans l'hématosine.

2° Si l'on délaie dans l'eau les globules isolés sur le filtre, on obtient une liqueur rouge de sang qui, filtrée, précipite abondamment par les acides et par l'alcool, et se coagule par l'ébullition (M. Berzelius a déjà indiqué la coagulation des globules par l'action de la chaleur). Comme l'hématosine, dans sa dissolution dans l'alcool ammoniacal, ne se coagule point par la chaleur et n'est pas précipitée par l'acide nitrique en excès, il est probable que dans le globule du sang il existe à la fois de l'albumine et de la matière colorante.

3° Les globules du sang isolés et traités par une grande quantité d'eau laissent déposer au bout de douze heures de repos une matière rouge qui, lavée par décantation, présente tous les caractères de la fibrine du sang.

L'expérience est plus longue à exécuter avec les globules du sang humain, en raison de l'extrême petitesse des globules ; mais le fait se constate promptement ainsi avec le sang de grenouille. Müller a, de plus, montré que le sang de grenouille défibriné et simplement étendu d'eau laisse précipiter des noyaux semblables blanchissant par les lavages.

Il est donc probable que les globules du sang contiennent à la fois une petite quantité de fibrine, de l'albumine et de la matière colorante du sang. Cette constitution a déjà été soupçonnée par quelques micrographes.

Je dirai, en terminant, que l'emploi du sulfate de soude ou des dissolutions salines pour isoler et retenir sur un filtre les matières globulaires en suspension dans les liquides animaux est susceptible de prendre, je crois, une extension digne d'intérêt, et de s'appliquer avec succès, sinon à l'analyse quantitative, ce qui n'est pas toujours nécessaire, du moins à la séparation des matières complexes qui constituent les liquides animaux, tels que le lait, le mucus, le chyle, la lymphe. Ainsi le lait, traité comme le sang par le sulfate de soude, laisse sur le filtre toute la matière grasse, et le liquide après un certain temps passe limpide et chargé de caséum, susceptible d'être précipité par l'action de l'acide acétique à l'ébullition.

SUR L'EXHALATION D'AZOTE PENDANT LA RESPIRATION DES GRANIVORES.

M. BOUSSINGAULT adresse un long mémoire ayant pour titre : ANALYSES COMPARÉES DE L'ALIMENT CONSOMMÉ ET DES EXCRÉMENS RENDUS PAR UNE TOURTERELLE. Ces expériences ont été entreprises pour rechercher s'il y a exhalation d'azote pendant la respiration des granivores ; en d'autres termes, si un oiseau adulte, nourri d'une manière régulière et dont le poids n'augmente pas, rend dans ses déjections la totalité de l'azote qui faisait partie des alimens qu'il a consommés.

En prenant les moyennes des résultats obtenus par M. Boussingault dans ces expériences, on trouve qu'une tourterelle, pesant environ 187 gr., brûle, en respirant pendant 24 heures, gr. 5,10 de carbone ; elle émet, en conséquence, dans le même espace de temps, gr. 18,70 d'acide carbonique et gr. 0,16 d'azote ; soit, en volume, acide carbonique, 9,441 ; azote 0,126. D'où il résulte que l'azote exhalé provenant de l'organisme est à peu près 1/100 en volume de l'acide carbonique produit, résultat conforme, quant au fait de l'exhalation de l'azote, à

celui qu'ont obtenu dans leurs expériences sur le même sujet Dulong et M. Despretz, mais qui en diffère notablement sous le rapport quantitatif.

En considérant la respiration comme un phénomène de combustion, les données contenues dans le résumé des expériences de M. Boussingault indiqueraient qu'une tourterelle du poids de 187 grammes, respirant librement dans une atmosphère à 8° ou 10° c., où elle brûle en 2 heures gr. 5,1 de carbone et gr. 0,07 d'hydrogène, peut dégager assez de chaleur pour entretenir sa masse à une température à peu près constante de 41° à 42°, tout en volatilisant l'eau qui sort par la transpiration pulmonaire et cutanée.

DIABÈTE SUCRÉ GUÉRI PAR LES ALCALIS ET LES SUDORIFIQUES.

MM. Mialhe et Contour communiquent une observation relative à un cas de diabète sucré qu'ils ont traité et guéri par l'usage des alcalis et des sudorifiques. Le sujet est un homme de 43 ans, chez lequel les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent à la suite d'un flux hémorrhoïdal des plus abondants. La présence du sucre dans les urines avait été constatée depuis dix-huit mois ; la quantité en était de 45 grammes par litre. La faiblesse du malade était extrême, la transpiration nulle, et le besoin de la défécation ne se faisait jamais sentir. Le malade a été mis à un régime très animalisé, à l'usage des bains de vapeur et de la flanelle. On lui a fait prendre pendant huit jours le mélange suivant : bi-carbonate de soude, 4 grammes ; magnésie calcinée, 1 gramme. Au bout de huit jours, la dose du bi-carbonate de soude fut graduellement augmentée et portée successivement à 6, 8, 10 et 12 grammes, la dose de la magnésie restant toujours la même.

Sous l'influence de ce traitement, la quantité de sucre a été toujours en décroissant dans les urines ; aujourd'hui, elles n'en présentent plus aucune trace, quoique le sujet prenne du lait, du pain, des fruits, etc., et ses forces, ainsi que toutes ses fonctions, sont complètement rétablies.

Les auteurs de cette observation expliquent la guérison, dans ce cas, par ce fait que l'un d'eux avait déjà fait connaître dans un précédent travail, savoir : que, sous l'influence des alcalis, l'assimilation du sucre est redevenue possible, l'affection diabétique ne consistant pas dans une saccharification stomacale outrée, mais bien dans un défaut d'assimilation du sucre provenant des alimens. Ce défaut d'assimilation tiendrait lui-même, selon ces messieurs, à ce que le sang des diabétiques ne contient pas la proportion d'alcali libre ou carbonaté nécessaire pour opérer la décomposition du sucre.

RECHERCHES SUR LA CRÉOSOTE.

M. Deville communique le résultat de recherches qu'il a faites sur la créosote. Ces recherches l'ont conduit à reconnaître qu'il y a une analogie complète de composition chimique et de caractères physiques entre l'hydrure de gayac et la créosote, au point que le premier pourrait être considéré à ses yeux comme un oxyde du dernier.

Voici les formules de ces deux corps :

Hydrure de gayac ($C^{28}H^{16}O^{4}$). Créosote ($C^{28}H^{16}O^{2}+2$ de vapeur).

Le premier prend une couleur brune lorsqu'on y ajoute une solution d'un sel de fer ; le second devient bleu sous l'influence de la même addition.

Le brôme uni à la créosote forme un acide cristallisable, la moitié de l'hydrogène de la créosote étant remplacée par une même quantité de brôme ; tous deux, avec l'acide sulfurique et le chrômate de potasse, forment un sel de chrôme analogue à l'acide tartro-chrômique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUILLET.

Le président et le vice-président étant absens, M. P. Dubois, dernier président sortant, occupe le fauteuil.

Le procès-verbal est lu et adopté. La correspondance ne contient rien de saillant.

M. Bally demande qu'il soit accordé un tour de faveur à M. Landouzy pour une lecture. L'Académie, consultée, décide que M. Landouzy sera immédiatement entendu.

MORVE AIGUË COMMUNIQUÉE DU CHEVAL A L'HOMME PAR MORSURE (1).

M. Landouzy : Il s'agit d'un vigneron qui s'aperçut, quinze jours après avoir acheté un cheval, en janvier 1843, que l'animal était atteint de la morve. La maladie fut communiquée à un âne qui habitait la même écurie. Pour ingérer des boissons et des médicamens à son cheval, le vigneron écartait violemment les mâchoires de son cheval à l'aide d'une corde. Un jour, la corde casse, et les mâchoires, se refermant brusquement, font une blessure à la joue du vigneron. Deux jours après, c'était le 20 décembre, tous les accidens de la morve aiguë se manifestent : éruption pustuleuse, jetage très abondant, dypsnée, matité des poumons, diminution du murmure respiratoire, abcès, etc., et au milieu de tous ces symptômes un phénomène non encore décrit, savoir, l'opacité des cornées. Le malade mourut le 2 janvier. A l'autopsie, on trouve une éruption abondante sur le thorax et l'abdomen, les bronches couvertes d'une éruption miliaire, le poumon criblé d'abcès, le foie et la rate manifestement augmentés de volume ; dans les intestins, une éruption miliaire au-dessous et au-dessus du cœcum, et dans le cœcum lui-même sept ulcérations, altération non encore décrite.

En résumé, cette observation est remarquable par les circonstances suivantes : 1° inoculation de la morve par morsure ; 2° parmi les symptômes, opacité de la cornée ; dans les altérations anatomiques, les ulcérations du cœcum.

M. Nacquart demande si l'on n'a pas cautérisé la morsure et pourquoi on ne l'a point fait. Il regrette qu'on n'adopte pas cette pratique pour les morsures faites par des chevaux morveux comme on le fait pour les morsures des chiens enragés.

M. Landouzy : Le malade en question a été cautérisé avec le beurre d'antimoine ; mais comme il n'a appelé des secours que trois ou quatre jours après l'invasion des accidens, la cautérisation pratiquée aussi tard n'a eu aucun effet.

M. Nacquart pense qu'il y a toujours lieu de cautériser, si tard que ce soit, et que l'on doit recourir de préférence au feu.

M. Barthélemy : Qu'est devenu le cheval ?

M. Landouzy : Il a été abattu.

M. Barthélemy : Sait-on depuis combien de temps il était malade ?

M. Landouzy : Sa maladie remontait à plusieurs mois.

M. Barthélemy : C'était par conséquent une morve chronique. Un animal atteint de morve chronique peut donc communiquer une morve aiguë ; j'insiste sur ce fait, parce qu'il prouve que c'est à tort que l'on a voulu distinguer la morve chronique de la morve aiguë, et faire de ces deux formes de la même maladie deux maladies différentes.

M. Londe : Je ferai la même réflexion que M. Nacquart au sujet de la cautérisation ; je ne diffère seulement d'opinion avec lui qu'en ce que je crois que la cautérisation doit être faite immédiatement, sinon elle deviendrait inutile.

M. Nacquart : Nous ignorons quelle est la durée de la période d'incubation de la morve, par conséquent je suis d'avis qu'on doit cautériser dans tous les cas et quel que soit le temps écoulé depuis la morsure.

DEMANDE DE MISSION SCIENTIFIQUE.

M. Martin-Solon est appelé à la tribune pour un rapport officiel. Ce rapport est fait au nom des deux commissions réunies de topographie médicale et des épidémies, en réponse à la lettre ministérielle lue dans la précédente séance. On se rappelle que le ministre du commerce consultait l'Académie sur la demande d'un jeune médecin qui sollicitait une mission spéciale pour l'étude des fièvres intermittentes de la Charente-Inférieure. Le rapporteur propose, au nom de la commission, d'écrire à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu d'autoriser la mission demandée. Le refus de la commission est motivé sur ce qu'un grand nombre de médecins s'occupent spontanément et avec une grande activité de toutes les questions qui touchent aux maladies dont il s'agit, et qu'une mission spéciale pour l'étude de ces mêmes questions serait sans objet. Le rapporteur se hâte d'ajouter que, loin que ce refus ait rien de personnel pour le médecin qui a fait cette demande, il se plaît à reconnaître qu'il eût été digne de la confiance de la commission.

Après quelques mots échangés entre MM. Dubois (d'Amiens), Rochoux et le rapporteur, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour serait la suite de la discussion sur les ophthalmies ; mais plusieurs médecins des départemens ayant demandé des tours de faveur, le président consulte l'Académie.

L'Académie décide, à l'unanimité moins une voix, qu'on entendra immédiatement les lectures.

EXTIRPATION D'UN POLYPE UTÉRIN PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ.

M. Hullin (de Mortagne) lit une observation de polype utérin énorme dont il a fait l'extraction en plusieurs fragmens à l'aide de ligatures multiples appliquées coup sur coup.

Après la lecture de l'observation, l'auteur se livre à des considérations sur les procédés d'extraction des polypes et à un examen critique des procédés le plus récemment proposés, notamment celui de M. Lucien Boyer.

ABLATION DE LA RATE.

M. Berthet (de Gray) lit une observation très curieuse d'ablation de la rate sur l'homme.

Un individu reçoit dans une rixe un coup de couteau dans le flanc gauche ; l'auteur, appelé huit jours après l'accident, reconnaît une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Il l'excisa, et après des pansemens méthodiques le malade guérit et vécut treize ans et demi. Les digestions se faisaient généralement bien, ce qui fait supposer que la rate n'est pas un organe plus essentiel à la vie chez l'homme que chez les animaux auxquels les vivisecteurs l'enlèvent. Au bout de ce temps, il périt de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très faible partie de la rate, grosse comme une aveline appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

(1) Nous publierons dans notre prochain numéro l'histoire détaillée de ce cas, ainsi que la discussion dont l'auteur l'a fait suivre.

FISTULES VÉSICO-VAGINALE.

Le même médecin lit trois observations de guérison de fistules vésico-vaginales obtenue à l'aide de la cautérisation et de l'insufflation. Son procédé consiste, après les préparations de rigueur, à insuffler la vessie d'une manière incessante pendant toute l'opération, et à faire saillir la fistule et écarter ses lèvres dans le vagin, par où ces fistules sont seulement attaquables; et alors, au moyen d'un cautère incandescent, il ravive les bords de la plaie, puis, par des cautérisations avec le nitrate d'argent, et des tamponnements avec des cylindres de coton cardé placés avec le spéculum, il termine le traitement chirurgical.

Il a soin de placer ses malades dans une position telle, qu'il est impossible à l'urine d'arriver aux bords de la plaie, de les irriter, et d'empêcher ainsi leur réunion. M. Berthet ajoute, comme complément nécessaire à son traitement, un régime alimentaire qui a une efficacité d'autant plus prompte qu'il est plus sévère. Par exemple, il ne donne de boissons à ses malades que par cuillerée à café, et encore à de longs intervalles; puis il ne fait manger que des alimens secs, tels que le pain rassis ou torréfié, ou du biscuit et des viandes blanches bouillies ou rôties, le tout en petite quantité.

Ce régime sévère favorise le but de son auteur en diminuant d'une manière notable la quantité de l'urine, seul obstacle à la guérison de ces graves infirmités, qui résultent ordinairement d'un travail trop pénible et trop prolongé de l'accouchement. Sur quatre cas de fistules vésico-vaginales assez considérables, il en a guéri trois.

DIABÈTE SUCRÉ.

M. MIALHE communique une observation de guérison de diabète sucré. (Voir au compte-rendu de l'Acad. des sc.)

FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

M. ROBERT commence la lecture d'un mémoire sur les fractures du col du fémur avec pénétration de la partie spongieuse du trochanter.

La fin de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE.

M. GERDY montre un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Il met ensuite sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques qui mettent, suivant lui, hors de doute la possibilité de la dégénérescence des tumeurs fibreuses.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA PHTHISIE; par M. LOUIS. — Deuxième édition, considérablement augmentée. Paris, 1843. Un vol. in-8° de 688 pages. Chez J.-B. Baillière.

C'était presque de la témérité que d'oser entreprendre peu après Bayle et Laennec des recherches nouvelles sur la phthisie. Cependant, malgré un aussi redoutable parallèle, M. Louis parvint, il y a bientôt vingt ans, à enrichir notre littérature d'un livre remarquable autant par les résultats nouveaux qu'il renfermait que par la manière dont il avait été conçu. Chacun sait que le TRAITÉ DE PHTHISIE, digne précurseur des recherches du même auteur sur l'affection typhoïde, fut exécuté d'après la méthode analytique et numérique, méthode puissante dont M. Louis fut sans contredit le créateur, et qui a opéré une heureuse révolution en médecine, en imposant à l'observation une sévérité, une rigueur jusqu'alors inconnues.

Les auteurs éminens qui s'étaient occupés de la phthisie avant M. Louis avaient surtout insisté sur les symptômes propres de la maladie et sur sa lésion caractéristique; mais ils avaient à peu près négligé les autres altérations organiques et fonctionnelles si communes dans les maladies chroniques, et qui sont surtout fréquentes dans le cours de la tuberculisation pulmonaire, altérations qu'il importe beaucoup de connaître: M. Louis a comblé cette lacune. Les résultats auxquels il est parvenu sont connus aujourd'hui de tous ceux qui sont au courant de la science; aussi croyons-nous inutile de les rappeler ici. Disons seulement que les faits nouveaux qu'il a recueillis depuis sa première publication n'ont fait que confirmer les résultats énoncés dans la première édition de son livre, et leur ont par conséquent donné une nouvelle autorité. On ne saurait plus surtout contester désormais l'exactitude de cette loi importante qu'après quinze ans, si l'on trouve des tubercules dans un organe quelconque, il doit en exister aussi dans les poumons, car jusqu'à présent sur le nombre considérable de cadavres qu'il a ouverts, M. Louis n'a rencontré que deux faits contraires. Ces exceptions, par leur rareté même, ne font donc que démontrer l'importance et l'universalité de la loi, l'une des plus remarquables de la pathologie, l'une aussi des plus éminemment pratiques, car elle permet d'annoncer l'existence de tubercules pulmonaires dans les cas où les méthodes d'exploration, en fournissant des résultats négatifs, feraient précisément supposer le contraire.

Comme nous l'avons dit, M. Louis a fait à son travail des additions très importantes et tellement nombreuses, que ses premières recherches sont augmentées de plus de moitié. Dans l'anatomie pathologique, il n'est aucun organe à la description duquel il n'ait ajouté des choses utiles. Initié à tous les travaux contemporains, il les a analysés et jugés avec la sagacité d'un esprit supérieur et l'autorité d'un homme qui a beaucoup vu. Des points qui n'avaient été qu'ébauchés dans la première édition ont été traités de la manière la plus complète. Ainsi, on ne saurait rien ajouter aux chapitres consacrés à la marche de la maladie, à l'histoire de la phthisie aiguë; et l'article consacré au diagnostic différentiel, l'un des plus remarquables de tout l'ouvrage, peut être cité comme un modèle de description et de logique. On ne doit pas oublier non plus deux articles nouveaux sur la péritonite et la méningite tuberculeuses, lésions secondaires qui ne sont point rares chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte.

Les causes ont été étudiées par M. Louis avec le plus grand soin; mais les faits ont manqué à cet observateur pour qu'il donnât à cette partie de son œuvre le degré de certitude et de précision désirable. Malgré les travaux et les efforts louables tentés par plusieurs contemporains, on peut dire que la plupart des questions que l'étiologie de la phthisie soulève sont encore à résoudre, et que la science possède sur ce sujet bien moins de faits rigoureusement observés que des assertions qui attendent encore leurs preuves. Ce n'est en effet que par une observation ultérieure qu'on pourra être fixé sur l'influence qu'exercent sur la production de la phthisie les constitutions, les professions et la plupart des conditions hygiéniques. M. Louis ne pense pas qu'une telle tâche puisse être accomplie par un seul homme; aussi fait-il des vœux pour qu'un grand nombre de médecins, bannissant tout faux calcul d'égoïsme, réunissent leurs efforts pour résoudre des problèmes qui intéressent au plus haut degré la société entière. Il désire le même concours pour élucider le traitement de la phthisie; car de l'examen critique auquel M. Louis s'est livré, il résulte que de tous les moyens empiriques ou rationnels qu'on a tour à tour préconisés contre la tuberculisation pulmonaire, il n'en est aucun qui mérite confiance, et il convient avec tous les hommes expérimentés que le traitement palliatif est le seul auquel on puisse avoir recours. M. Louis a fait connaître ce traitement dans tous ses détails. Il a démontré l'inutilité et les dangers des exutoires et du régime lacté, moyens employés d'une manière presque banale, et qui, sans action contre le mal, n'ont d'autre effet que d'augmenter la débilité des sujets. On ne saurait trop méditer cette partie de l'ouvrage de M. Louis, si l'on veut apprendre quels sont les moyens rationnels que l'on possède pour modérer les souffrances et les accidens qui épuisent les malades, ce qui est à peu près le seul service que nous puissions leur rendre.

En résumé, l'ouvrage dont nous venons de présenter une esquisse rapide n'est pas seulement le meilleur traité qui existe sur la phthisie; mais c'est en outre un des livres les plus importans de la littérature médicale contemporaine, un des meilleurs modèles de la méthode d'analyse rigoureuse, sur laquelle repose tout l'avenir de la science.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 20 JUILLET 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

EMBRYOLOGIE.

Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œuf et le corpus luteum de la femme et des mammifères; extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 15 juillet 1844, par M. le docteur Deschamps, (de Melun).

Les ovaires des animaux vertébrés mammifères furent regardés par les premiers anatomistes, comme des testicules destinés à sécréter le fluide séminal des femelles. Galien ne trouvait qu'une différence de volume entre les testicules et les ovaires. Stenon, le premier, démontra l'analogie qui existe entre les vésicules de l'ovaire et les œufs à la grappe des ovipares.

D'après Sharagli, Vésale, avant Fallope, a signalé l'existence de l'humeur jaunâtre des vésicules. On a attribué à Mathœus de Gradibus la découverte de petits corps glanduleux, et de petits œufs dans les ovaires. R. de Graaf a dit de l'œuf à l'ovaire : « *Quæ in ovario reperiuntur, non ova perfecta censenda sunt, sed horum primordia sive rudimenta.* » Et en même temps que Swammerdam, il fit une étude plus approfondie des vésicules ovariques : tous deux virent les œufs détachés de l'ovaire, traverser la trompe de Fallope, et parvenir dans l'utérus; nouvel organe destiné, chez les mammifères, à se prêter à l'*évolution* de l'*embryon*, comme l'ovaire s'était prêté à l'*évolution* de l'*œuf*.

La vésicule de Graaf, ou l'*œuf* des *anciens*, est généralement considérée comme une erreur d'ovologie par trois raisons principales. La première, qui paraît péremptoire à Cruiskanch, repose sur le défaut d'harmonie qui existe entre le volume des vésicules de Graaf à l'ovaire, et la grosseur diminuée, amoindrie des ovules arrivés dans la trompe de Fallope. De Graaf réfute la seconde raison touchant le défaut d'harmonie qui existe entre le volume de la vésicule et celui de la trompe, en disant que la trompe qui est élastique, s'élargit pour recevoir l'œuf. Enfin si l'œuf se détachait du parenchyme utérin, il présenterait une surface chagrinée, rugueuse, tandis que sa superficie est lisse et unie.

C'est dans l'intérieur même de la vésicule de Graaf, que Baer de Kunisberg a été chercher l'œuf primitif à l'ovaire des mammifères. Ayant trouvé un petit globule sphérique, libre et flottant, au milieu des vésicules de l'ovaire, et comparant l'exiguité de ce globule au petit œuf, ou à l'*ovule*, contenu dans la trompe de Fallope, il annonça que ce petit corps rond était l'œuf des mammifères. L'*ovule* qui se trouve contenu dans la vésicule de Graaf constitue donc l'*œuf* des *modernes*.

Cependant, si, comme on le suppose, l'ovule détaché de la vésicule ovarique se trouve enveloppé par la membrane vitelline, comment expliquer la formation du chorion, ou de la tunique générale extérieure de l'œuf? Les faits prouvent que la vitelline demeure toujours en rapport avec le jaune, ou vitellus, et que la vesicule de Purkinge ne sert qu'à former la cicatricule, limitée, bornée à un point de la sphère du vitellus.

Feuilleton.

De la mortalité dans la marine royale d'Angleterre; des causes qui ont contribué à l'abaisser, et de celles qui doivent à l'avenir produire le même effet.

(Suite. — Voir les numéros 23 et 28.)

Après ce que nous avons déjà dit à l'occasion des divers états morbides désignés sous le nom de fièvres et compris dans la même colonne du tableau, nous n'avons pas besoin d'apprendre à nos lecteurs que le chiffre qui les énonce, quelqu'intérêt qu'il ait pour l'administration, n'en a presqu'aucun pour le pathologiste, puisque sous le nom de *fièvres* sont désignées dans ces tableaux non seulement les fièvres intermittentes, qui sont si fréquentes sur un très grand nombre de points où pénètrent les vaisseaux de la marine anglaise, mais encore les fièvres continues de tous les pays, les cas de typhus et de fièvre typhoïde et même un certain nombre de phlegmasies peu prononcées, et où les accidens fébriles avaient seulement frappé l'attention des observateurs. Il nous suffira de dire que ces documens auraient offert un tout autre intérêt pour nous si ces différens cas avaient été distingués et si les formes qu'affectent les fièvres continues dans les diverses parties du globe où elles ont été observées avaient été décrites avec plus de soin; c'est une recommandation à l'adresse de ceux qui recueillent ces matériaux et surtout des hommes qui dirigeront à l'avenir ces vastes et précieuses recherches.

Parmi les maladies graves, l'une des plus fréquentes est l'inflammation des poumons, ou la pleuro-pneumonie, qui est représentée dans le résultat général par le chiffre 28,0 malades, 0,6 réformés et 1,0 mort sur 1000 marins annuellement, chiffre peu considérable sous le point de vue du nombre des hommes atteints et très favorable sous celui de la mortalité, qui ne s'est élevée pour tout le service qu'à un mort sur 28 malades. Mais si, quittant le résultat général, nous examinons les chiffres des divers commandemens, nous trouvons des différences assez notables, et qu'il semble rationnel d'attribuer spécialement à l'influence du climat.

	Nombre des malades atteints de pneumonie.	Réformés.	Morts.	
Commandement des Indes orientales...	15,5	0,5	0,3	sur 1000.
— du Cap et des côtes de l'Afrique occidentale.	20,0	0,8	0,6	
— des Indes occidentales et Amérique du Nord..	22,1	1,1	0,9	
— de l'Amérique du Sud..	28,3	1,0	0,4	
— de l'Angleterre (services divers).............	29,9	0,2	1,5	
— de la Méditerranée.....	31,3	0,6	1,0	
— de l'Angleterre (service intérieur)...........	35,1	0,2	1,5	

D'ailleurs, la membrane vitelline est alors une membrane anhyste, tandis que le chorion constitue déjà une membrane vasculaire.

En résumé, si de Graaf a méconnu l'ovule et le mécanisme de l'accouchement ovarique, Baër, prenant la partie pour le tout, ignore complètement les usages du corps jaune et de la vésicule de Graaf.

L'œuf complet de la femme et des autres mammifères se compose à l'ovaire, d'après nos travaux : 1° de la vésicule ovarique; 2° de l'ovule. A l'ovaire, nous démontrons presque tous les élémens constitutifs de l'œuf, tels que : le chorion, le fluide albumineux, ou blanc de l'œuf, la membrane vitelline, le vitellus, ou le jaune de l'œuf. Je possède plusieurs pièces anatomiques, prises au moment de la fécondation, et qui mettent ces faits en lumière. Ayant saisi la trompe appliquée sur l'ovaire d'une vache immédiatement après la fécondation, j'ai placé l'ovaire dans l'eau bouillante, et par une coupe verticale, j'ai distingué très nettement le chorion, le blanc et le vitellus jaune, point central très apparent. Sur une autre pièce anatomique, l'embryon s'est développé à l'ovaire, et la vitelline semble allongée sous la forme d'un spermatozoaire jaunâtre, au centre même de l'albumine blanche, concrétée par l'eau chaude. Laissons aux micrographes le soin de décrire la vésicule de Purkinge; vésicule qui est le berceau de l'embryon, de l'amnios, et sans doute de l'allantoïde.

§ I. — DU CORPS JAUNE (CORPUS LUTEUM).

L'origine, la structure intime et les usages du *corpus luteum* sont encore des sujets de vives controverses en ovologie.

L'acte de la fécondation détermine toujours le développement du corps jaune à l'ovaire : autant il y a d'œufs fécondés, autant il se trouve de corps jaunes. Toutefois, il y aurait de la témérité à affirmer avec certains auteurs, que, par la simple inspection des corps jaunes, on peut indiquer exactement le nombre des petits contenus dans la matrice. Nous sommes, il est vrai, très souvent arrivés à ce résultat numérique; mais l'ovule détaché de l'ovaire est soumis à une foule de vicissitudes qui le détruisent, et parmi lesquelles se trouve son expulsion totale, ou son arrêt de développement.

La présence du corps jaune est l'indice certain de la réunion fructueuse des deux sexes : phénomène aussi important à connaître pour la médecine légale que pour l'histoire ovologique de cette singulière production. Ce témoin de la fécondation est passager, transitoire, tandis que la cicatrice qui résulte de la rupture du péritoine ovarique est un témoin fixe et permanent. Mais alors, la preuve devient infidèle, parce que les *cicatrices menstruelles* se confondent, après la résorption du *corpus luteum*, avec les *cicatrices* de la *fécondation*. Chez une vieille femme, morte vierge, à la Salpêtrière, les ovaires étaient criblés de cicatrices qui indiquaient les époques menstruelles. Dans les ovaires de jeunes vierges, mortes menstruées, ou après l'époque de la puberté, on trouve toujours des cicatrices menstruelles à l'ovaire.

L'expérimentation règle le fait. J'ai élevé des lapines, des chiennes et des chattes jusqu'à la puberté, elles étaient sequestrées de façon qu'aucun mâle ne pouvait les approcher. A l'époque de la maturité des œufs, annoncée par le rut, j'ai vu les vésicules de Graaf rompues, et l'ovule, ou les ovules engagés dans l'oviducte. *Jamais* il n'y avait de *véritable corpus luteum.*

Le corps jaune, membrane caduque ovarique, et qui résulte de la transformation du tissu cellulo-vasculaire qui entoure le chorion, forme une petite masse globuleuse qui environne et isole l'œuf de l'ovaire. Ce corps isolant revient sur lui-même après la sortie de l'œuf pour former une boule à surface inégale, bosselée, jaunâtre, dont le diamètre toujours croissant lui fait acquérir des dimensions si considérables que, dans la vache, par exemple, le tissu propre de l'ovaire se trouve comme refoulé et atrophié. Dans la truie, le corps jaune remplace, presque en totalité, la vésicule ovarique. Les corps jaunes rentrent quelquefois au sein de l'ovaire, de sorte qu'à l'extérieur ils se dérobent à la vue. Le volume des corps jaunes diminue lentement, et ne disparaît que longtemps après la parturition. J'ai constaté l'existence des corps jaunes, huit mois et demi après les couches. La résorption de cette production ovologique se fait de la circonférence au centre, de sorte que l'on trouve toujours les débris celluleux de sa cavité centrale et ses irradiations cellulaires.

Si l'on coupe le corps jaune, on trouve à son centre la cavité cupulaire qui renfermait l'œuf. Cette cavité contient du sang, ou des caillots fibrineux, ou bien ses parois s'adossent, et sa trace dernière se révèle par les lames celluleuses agglomérées. Le tissu cellulaire central, plus proche de la périphérie de l'ovaire que du centre du corps jaune, présente des embranchemens qui, sous forme de rayons, séparent le corps jaune en un certain nombre de lobules. Il existe toujours un sillon tortueux, quelquefois rectiligne, très considérable, perpendiculaire à la surface de l'ovaire, et qui résulte de l'oblitération du *conduit émissaire de l'œuf;* c'est par ce sillon que l'œuf s'échappe de l'ovaire. Sbaragli doutait que l'ovaire eût des œufs, précisément parce qu'il ne trouvait pas de conduit émissaire. Il dit : « *In his supposita ova intra densam membranam includuntur et ex omni parte valide connectuntur..... Efficacius dubitatur quod prædicta vesicula non sit ovum ex defectu ostioli, per quod ex ovario excludi deberet.* »

Les vaisseaux sanguins parviennent à l'œuf par les espaces ou intervalles celluleux des lobules. J'y ai trouvé des filets nerveux, et des vaisseaux lymphatiques.

Chaque lobule est composé d'un tissu vésiculaire, aréolaire et sécréteur qui renferme dans ses petites loges ou cellules une substance globuleuse, granulée, colorée en jaune foncé comme de l'ocre, et qui se modifie en brun, en rouge-brique, en noir dans certains cas, et pendant le temps de la résorption. Les granules colorés ne s'échappent pas par l'incision, en raison même de cette structure multiloculaire de chaque lobule. La couleur jaune se dissout dans l'eau de macération, et elle tache le papier et le linge. Quoique molle et flasque, cette substance jaunâtre acquiert de la solidité par la cuisson, l'alcool et les eaux acidulées.

Le *corpus luteum* ne résulte pas de la transformation de la vésicule de Graaf, par une sorte d'hypertrophie, ou d'un simple dépôt de substance jaune, en dedans, en dehors, ou entre ses feuillets membraneux; car s'il en était ainsi, le corps jaune ne devrait pas contenir à son intérieur la vésicule de Graaf, et la cavité centrale devrait être semblable à la cavité de la vésicule, lisse et polie. Ce petit trou médian du corps jaune après l'expulsion de l'œuf est, au contraire, chagriné, infructueux, et si l'on place l'ovaire sous l'eau, on voit flotter les lames celluleuses qui unissaient le chorion au corps jaune. L'erreur des ovologistes est évidente sur ce point de structure.

Le corps jaune, par sa structure aréolaire, ses granules jaunes, sa cavité centrale, ses irradiations, et surtout son conduit émissaire, se diffé-

---

N'est-on pas en droit de conclure de ces résultats que l'Europe offre des conditions plus favorables au développement des phlegmasies pulmonaires que les contrées intertropicales, et que les lieux où ces maladies sont le plus fréquentes sont aussi celles où elles sont le plus souvent mortelles?

Dans deux commandemens, il est vrai, le chiffre des marins réformés pour des inflammations du poumon, est notablement plus élevé que dans les autres; mais cela tient à des circonstances toutes locales, et d'abord pour celui de l'Amérique du Sud à ce que sur toutes les vastes côtes que comprend ce commandement, il n'y a pas la plus petite portion de terrain qui appartienne à l'Angleterre et où l'on eût pu établir un hôpital pour y déposer les malades de la station. Il en résulte que quand une maladie traîne en longueur à bord on est obligé de se hâter, pour sauver le marin, de le réformer; tandis que s'il y avait eu quelques hôpitaux dans cette station un grand nombre d'hommes au lieu d'être réformés auraient été conservés au service. Quant au commandement des Indes occidentales qui s'étend jusque sur l'Amérique septentrionale, les marins étant souvent obligés, dans ce service, à passer, en un petit nombre de jours, de la mer des Caraïbes qui se trouve presque sous l'équateur aux glaces perpétuelles de la baie de Baffin, ils doivent éprouver, de ces variations extrêmes et si rapides de la température auxquelles ils sont fréquemment exposés, une susceptibilité qui nécessite la réforme. Cependant on aurait tort de croire que cette disposition spéciale du commandement des Indes occidentales et de l'Amérique du nord qui soumet fréquemment les mêmes hommes et à de très courtes distances à des températures si différentes ne produit que des désavantages; il paraîtrait même qu'elle produirait des avantages au moins équivalens, et que beaucoup d'Européens débilités, rendus presqu'incapables de continuer le service par le climat des Indes occidentales, et conséquemment destinés à la réforme, retrouveraient dans un voyage à Halifax ou au golfe Saint-Laurent une partie des forces qu'ils auraient perdues et pourraient continuer encore leur service pendant plusieurs années, même sous le climat énervant des Indes occidentales.

Le chiffre des marins atteints de phthisie est remarquable par son peu d'élévation quand on le compare à celui des troupes de terre et du reste de la population; et il est bien évident que cette influence protectrice dont jouissent les marins dépend bien plus des conditions et surtout de la manière de vivre que leur impose le service que de l'influence du climat, puisque ce chiffre est presque le même, ainsi qu'il est facile de le voir par le tableau général dans les localités les plus différentes, tandis que celui des soldats atteints de la même maladie dans les mêmes contrées offre des différences très importantes suivant les climats, et ici nous entendons par climats les conditions atmosphériques indiquées par le thermomètre, le baromètre et l'hygromètre, et spécialement par le premier de ces instrumens. Le chiffre des morts par la phthisie est encore plus uniforme que celui des malades; cependant on ne doit pas croire qu'il représente exactement tous ceux qui ont succombé à cette maladie; car alors on devrait accorder au service de la marine une influence médicatrice d'une grande puissance et qui lui a été attribuée déjà par plusieurs écrivains, mais sans preuves réelles. Ainsi du chiffre des guérisons qui sembleraient avoir eu lieu dans ces cas et qui serait de plus de la moitié des malades, on doit retrancher d'abord quelques-uns des réformés qui ont succombé à une époque plus éloignée et dont

rentie très bien de toutes les colorations accidentelles du parenchyme ovarien; de sorte que, la division admise dans ces derniers temps du *corpus luteum verum*, et du *corpus luteum falsum*, ne représente aucune utilité, et pourrait donner une idée fausse d'une substance *sui generis*.

§ II. — DE LA GESTATION OVARIQUE.

L'évolution des œufs à l'ovaire jusqu'à leur maturité constitue le temps que j'appelle *gestation ovarique*.

Resserrés dans l'ovaire, les œufs des mammifères devaient se plier au petit espace qui leur était destiné; c'est pourquoi leur forme n'est pas toujours régulièrement ovoïde : les uns sont ellipsoïdes, les autres aplatis, beaucoup sont amorphes. Dès que le développement d'un œuf commence, il prend la forme sphérique, globuleuse, chemine sans cesse vers la superficie de l'organe à tel point que, avant la fécondation, l'hémisphère péritonéal de l'œuf fait un plus grand relief que l'hémisphère parenchymateux. Ainsi placés, les œufs périphériques acquièrent de fortes dimensions sans nuire aux œufs centraux. Le nombre des œufs en est très variable ; j'ai compté vingt-sept œufs développés à divers degrés à l'ovaire d'une femme adulte.

Les œufs n'arrivent que progressivement à cet état de maturité ou d'organisation complète qui les rend propres à être expulsés en totalité sous l'influence de la fécondation, ou en partie par le simple jeu des organes génitaux en éréthisme aux époques de la menstruation et du rut. Je partage en trois époques les modifications appréciables qui arrivent dans la composition des œufs à l'ovaire.

Dans les fœtus (époque primitive ou fœtale), on aperçoit de *petits points opaques*, amorphes, au milieu du parenchyme ovarien : ces petits points sont les rudimens des vésicules de Graaf. Ils ne commencent à être visibles que vers la fin du développement du fœtus. Sont-ils le produit d'une sécrétion? Non, sans doute, car la texture de l'ovaire se compose des mêmes élémens que le tissu utérin ; or, ce dernier n'engendre pas des œufs. Les petits points rudimentaires opaques étant déposés à l'ovaire au moment de la formation des organes présentent un fait très favorable à l'emboîtement des germes. L'œuf ne résulte donc pas d'une sécrétion. M. Carus a vu des vésicules développées à cette époque de première formation ; d'où il résulte que l'œuf à l'ovaire précède de loin l'acte de la fécondation. Alors la surface de l'ovaire est lisse et unie.

Depuis la naissance jusqu'à la puberté, il y a une *époque mixte* pendant laquelle s'opère l'évolution des œufs. La surface des ovaires restant lisse et sans traces de cicatrices, les petits points opaques sécrètent à leur intérieur un liquide blanchâtre, puis de couleur citrine qui les rend visibles à la simple vue. Leur volume augmente de plus en plus, et ils ne tardent pas à apparaître, suivant l'expression d'un ovologiste célèbre, comme des petites pierres précieuses à la périphérie de l'ovaire. L'adhérence des œufs au tissu ovarien est très intime et les vésicules se rompent avec la plus grande facilité.

Arrive enfin la puberté ; c'est l'époque de formation complète des œufs (époque menstruelle et du rut). La vésicule contient l'ovule et l'œuf complet est facile à étudier : il n'a jamais plus d'une ligne à une ligne et demie de grandeur. La connexion avec le tissu propre de l'ovaire n'est plus assez forte pour soustraire l'œuf à une séparation totale de son receptacle. On rend la dissection très facile en plongeant préalablement l'ovaire dans l'eau bouillante. L'œuf durcit, il se sépare très bien par énucléation de la cupule ovarique dans laquelle il était contenu. Tel est, à son époque de maturité, l'œuf des mammifères.

Avec l'âge quelques vésicules de Graaf s'hypertrophient, et le plus grand nombre ne subit pas de métamorphoses. Les ovaires se crispent, se flétrissent et la menstruation cesse aussi bien que le rut.

Si l'acte de la fécondation n'a pas lieu à l'époque de la maturité, l'œuf ne reste donc pas dans un état stationnaire. D'après sa tendance au développement excentrique, il augmente de volume, s'hypertrophie. La membrane vitelline aussi bien que le chorion participent à ce développement, et il arrive même que ces deux tuniques s'adossent immédiatement, comme on le prouve en remplaçant la sérosité albumineuse par de l'eau, liquide moins visqueux qui détruit les rapports de contiguité des deux membranes et fait flotter la vitelline en dedans du chorion. Cette évolution avait échappé à Baër, qui décrit toujours un petit ovule au centre de toutes les vésicules de Graaf. Les œufs, parvenus à une grosseur exagérée, perdent leurs qualités germinatives : ils ne sont plus expulsés en totalité de l'ovaire et ils se brisent. Les ovologistes comparant les vésicules hypertrophiées avec l'œuf dans l'oviducte, tombent dans une erreur d'autant plus grave, qu'ils établissent leur jugement sur de simples apparences de dimension, et qu'ils ignorent la formation du chorion, le rôle du *corpus luteum* et celui de l'ovule.

L'examen des œufs à la grappe des ovipares contribue encore sous une apparente analogie à embrouiller la structure de l'œuf des vivipares. A l'ovaire des oiseaux et des reptiles, le vitellus domine et l'œuf acquiert chemin faisant dans l'oviducte ses autres élémens constitutifs. L'œuf de la femme et des mammifères est complet à l'ovaire, et le blanc ou l'albumine se trouve l'élément dominateur. Ce fait incontestable, pour nous, prouve que la gestation ovarique s'établit en sens inverse dans les vertébrés ovipares et vivipares.

§ III. — DE L'ACCOUCHEMENT OVARIQUE.

L'œuf s'échappe de l'ovaire par un mécanisme très compliqué que je nomme accouchement ovarique.

L'agent provocateur de cet important phénomène est la fécondation, et les agens auxiliaires qui le favorisent sont le corps jaune, la cupule du tissu élastique, de l'ovaire et de la trompe utérine.

Disons ici que lorsque la trompe de Fallope s'applique sur l'ovaire pour recevoir les œufs fécondés, ces œufs sont contenus dans le corps jaune, et le corps jaune à son tour est renfermé dans une cupule de tissu fibreux ovarique. Or, les puissances à la fois érectiles et élastiques de la trompe et de l'ovaire, sollicitées par l'acte de la fécondation, favorisent la sortie de l'œuf du centre du corps jaune par le conduit émissaire de ce même corps jaune qui transmet doucement et mollement son produit fragile au canal de la trompe de Fallope. Alors le pavillon frangé se requoquille, se contourne sur lui-même et l'œuf chemine promptement vers la cavité utérine. Tels sont les phénomènes que j'ai suivis sur deux chiennes de très petite taille, auxquelles j'ouvris le ventre au moment de l'acte de la copulation.

Un premier fait digne d'intérêt par sa nouveauté est relatif au rôle physiologique du *corpus luteum*. Ce corps jaune, tissu de nouvelle formation, remplit absolument à l'ovaire le même office que la membrane ca-

---

on n'a pu constater le décès malgré les soins qu'on a pris de suivre leurs traces le plus longtemps qu'il a été possible, puis un certain nombre de cas douteux, et qu'on aura classés parmi les phthisiques dans l'intérêt de leur conservation. Mais si le chiffre des morts atteints de phthisie a pu être un peu exagéré par l'effet même de ces mesures; il se retrouverait probablement le même si on y rétablissait ceux des hommes déclarés atteints d'hémoptisie qui étaient réellement tuberculeux. Nous rapprochons ici ces résultats pour qu'on les compare à ceux que nous avons obtenus de l'examen des cas d'inflammation du poumon.

	Nombre des malades atteints de phthisie.	Réformés.	Morts sur 1000.
Commandement des Indes orientales.	2,9	0,9	1,2
Angleterre (service intérieur)	4,1	0,6	1,4
Amérique du Sud	3,2	0,8	1,5
Afrique	3,4	0,9	1,5
Angleterre (services divers)	4,2	0,7	1,8
Indes occident. et Amérique du Nord.	4,8	2,4	1,9
Méditerranée	5,1	1,3	1,9

Nous reconnaissons ici encore que dans les stations où le chiffre des malades a été le plus élevé la mortalité a été aussi plus élevée ; ainsi dans le commandement de la Méditerranée, non seulement le chiffre des cas a été plus considérable, mais celui des morts a été encore plus élevé, tandis que la station des Indes orientales a présenté, comme pour l'inflammation du poumon, le chiffre le plus favorable. Nous verrons plus loin que si le service des Indes orientales a eu peu à souffrir, comparativement à quelques autres, des affections thoraciques, il en a été autrement des maladies gastro-intestinales.

Le catarrhe pulmonaire est une affection très commune chez les marins. Les variations subites et fréquentes de température auxquelles ils sont si exposés, les transitions rapides d'un climat à un autre et surtout la nature de leur service dont les veilles de nuit font nécessairement partie suffisent bien pour expliquer le nombre élevé de ceux qui en sont atteints et qui offre à peu près les mêmes différences entre les différentes contrées que les autres affections pulmonaires dont il vient d'être question, c'est-à-dire une prédominance marquée dans les contrées européennes.

	Nombre des marins atteints de catarrhe.	Réformés.	Morts sur 1000
Amérique du Sud	166,9	1,5	—
Indes orientales	174,5	0,3	0,1
Afrique	180,7	0,9	0,2
Indes occident. et Amérique du Nord.	181,8	0,4	0,1
Méditerranée	201,7	0,6	0,2
Angleterre (services divers)	252,8	0,2	0,4
Angleterre (service intérieur)	233,1	0,7	0,4

Les maladies organiques du cerveau et de l'appareil nerveux comprennent surtout les cas d'apoplexie et de paralysie; les inflammations primitives qui déter-

duque dans l'accouchement utérin. Il isole l'œuf du tissu fibreux de l'ovaire, le circonscrit; de sorte que, au moment de son expulsion, on peut dire avec plus de vérité que l'œuf tombe dans le pavillon frangé ou évasé de l'oviducte, plutôt qu'il n'est violemment arraché du parenchyme ovarien.

Un second fait qu'il importe de bien établir, c'est la connexion du tissu propre de l'ovaire, d'abord avec l'œuf, ensuite avec le corps jaune. J'ai prouvé qu'à mesure de son développement l'œuf se dégageait insensiblement du parenchyme ovarien, à tel point, que vers l'époque de la puberté, la moitié de sa petite sphère est en relief à l'extérieur de l'organe. Ce mouvement nous représente assez bien la dilatation du col utérin vers la fin de la gestation.

Un troisième fait important à la physiologie est relatif au moment de l'application du pavillon de la trompe sur l'ovaire et à la durée de cette application. J'ai vu le mécanisme se faire au moment de la copulation dans les chiennes, et offrir dans les lapines, les vaches et les brebis, des intervalles extrêmement variables.

L'œuf passe dans la trompe de la soixante-quatrième à la soixante-dixième heure dans les lapines, et quelquefois, d'après un physiologiste habile, M. Bischoff, de la neuvième à la dixième heure après la copulation: depuis le moment de la jonction sexuelle jusqu'à la cent trente-sixième à la cent cinquantième heure dans les chiennes: entre la quatre-vingt-seizième et cent dix-septième heure dans les brebis et les vaches, etc.

Au moment de l'accouchement ovarique il survient une petite hémorrhagie par la rupture des vaisseaux sanguins chorio-ovariques, et le sang s'amasse très souvent dans la cupule ou cavité du corps jaune; il s'opère de plus une rupture du péritoine, hymen ovarique protecteur de la virginité de l'œuf, lorsque la trompe à vagin de l'ovaire reçoit l'œuf par l'action combinée du corps isolant jaune et des puissances élastiques et érectiles. Esprit fertile en comparaison, Drelincourt a dit que les œufs, quand ils sont mûrs, se détachent de l'ovaire, de même que les fruits se détachent de la tige de l'arbre qui les fait naître.

Au moment des règles chez la femme et du rut dans les animaux, les phénomènes ne se passent pas ainsi. Les œufs qui se détachent de l'ovaire sans la fécondation sont incomplets; car ils manquent tous de chorion. Dans plusieurs expériences de ligatures des trompes et d'extirpation de l'utérus, j'ai vu les œufs se développer à l'ovaire, se rompre à l'époque de leur maturité au moment du rut, et jamais il n'y avait formation de *corpus luteum*.

M. Flourens a donné, le premier, une idée très exacte de la ponte des mammifères, et je m'étonne que, dans les publications récentes, on ait omis de citer ce passage de son cours fait en 1835, fait de nouveau et publié par moi en 1836, au Muséum d'histoire naturelle: « L'excitation » imprimée par la fécondation ne concourt pas seule à favoriser le déta- » chement de l'œuf; car les observateurs citent des exemples de cica- » trices bien évidentes sur les ovaires de jeunes filles vierges. » Et le savant professeur complète sa pensée en ces termes: « L'ovule, d'ailleurs, » ne se détache-t-il pas spontanément chez les femelles vierges des » oiseaux et dans beaucoup de classes animales pour les fécondations » extérieures? » L'ovulation spontanée est actuellement un fait bien établi. Je diffère, avec les auteurs de quelques publications récentes, et sur le mécanisme de l'ovulation spontanée et de l'accouchement ovarique.

Buissière avait déjà trouvé, sur une jeune femme, la trompe adhérente à l'ovaire et une vésicule qui sortait de l'ovaire pour entrer dans l'oviducte (SUR LES TROMPES DE FALLOPE, J. DES SAV., 1695). Chez une femme phthisique, morte en 1834, pendant sa menstruation, j'ai manifestement observé une rupture de la vésicule de Graaf et un petit corps ovoïde dans la trompe de Fallope.

Dans les animaux, il m'a fallu distinguer le commencement et la fin du rut pour arriver à des notions positives. Les œufs sont à l'état de maturité dès que les mammifères entrent en folie, et rapidement, sous l'influence de la surexcitation de l'organisme, les œufs acquièrent de fortes dimensions, deviennent inféconds et se brisent à la fin du rut par l'application de la trompe et l'issue de l'albumine et des débris de l'œuf en général. Jamais il n'y a formation de *corpus luteum*; car le corps jaune appartient à l'acte de la fécondation.

Si vous examinez la vésicule de l'ovaire en laissant tomber un filet d'eau, il s'échappe des débris albumineux, membraneux, et la surface interne de la vésicule de Graaf ou du chorion est lisse, unie, brillante.

Il y a donc un signe différentiel certain entre la sortie de l'œuf à l'ovaire par la conception ou par retour périodique: dans le premier cas, phénomène inconnu, l'œuf entier est expulsé de l'ovaire par le conduit émissaire du *corpus luteum*, et, de plus, le corps jaune subsiste; dans le second cas, il y a rupture de l'œuf sous l'influence excitatrice des règles et du rut, et dans la séparation qui s'opère, la vésicule de Graaf reste fixée à l'ovaire, l'ovule s'échappe seul par la trompe, et le *corpus luteum* n'existe pas. L'imagination seule a pu établir que le *corpus luteum* a pour usage de fermer l'ouverture de sortie de l'ovule: comme si l'ovaire avait besoin d'un corps jaune pour se cicatriser!

Les ovipares n'ont que la gestation et l'accouchement ovariques, tandis que les mammifères possèdent une double grossesse et une double parturition, l'une de l'ovaire, l'autre de la matrice.

PATHOGÉNIE.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE COMMUNIQUÉE DU CHEVAL A L'HOMME PAR MORSURE; **lue à l'Académie royale de médecine dans la séance du 9 juillet; par M. H. Landouzy, de Reims, membre correspondant, ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.**

Bien que tous les travaux particuliers qui ont précédé et suivi les savantes discussions de l'Académie royale de médecine aient presqu'entièrement résolu la plupart des questions pathologiques relatives à la morve, je crois devoir faire part à la compagnie, au nom de M. Mozer et au mien, d'un cas récent, très remarquable, et qui, sous le rapport du mode d'inoculation, du début des accidens et des lésions nécroscopiques, n'a point encore, je crois, son analogue dans la science.

Voici les faits:

OBS. — Un vigneron de Verzy (Marne), le nommé Beuzard, âgé de 55 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, d'une bonne santé ha-

---

minent rarement la mort ne sont pas fréquentes dans la marine. La presque identité qui existe dans le chiffre de ces affections pour les divers commandemens est un indice qu'elles ne dépendent pas autant qu'on le pense communément de l'influence du climat; bien plus même on trouverait dans l'examen de ces chiffres des preuves que l'élévation de la température n'a aucune influence sur leur production puisque les moins élevés sont fournis par deux commandemens (Amérique du Sud et Indes occidentales) où la température est toujours extrêmement élevée. L'épilepsie n'est pas comprise dans le chiffre de ces maladies du cerveau, qu'elle aurait beaucoup exagéré, car cette maladie est assez fréquente dans la marine; mais comme elle est souvent simulée on l'a fait disparaître du tableau.

On a dit et avec raison que les maladies du foie sont plus fréquentes dans les climats où la température est fort élevée que dans ceux qui se trouvent dans des conditions opposées. Peut-être cependant a-t-on exagéré l'influence de la chaleur sur la production de ces maladies; car le relevé des chiffres fournis par les différentes contrées indique qu'il est d'autres conditions encore qui sont indispensables pour le développement des maladies du foie. C'est vers la recherche de ces conditions encore inconnues que doivent être dirigées les investigations futures. En attendant, nous ferons remarquer que le résultat général de 12,0 malades, 1,5 réformés et 0,4 morts pour tout le service de la marine anglaise est un chiffre peu élevé. Quand on se rappelle que la plus grande partie de ses forces se trouve dans les régions intertropicales et qu'on considère la nature du service, la manière de vivre et les habitudes bien connues du marin anglais, on ne peut qu'être étonné du petit nombre de ceux qu'enlèvent ces maladies.

	Nombre des marins atteints de maladies du foie.		Réformés.		Morts.
Méditerranée	7,2	....	0,5	....	0,2
Angleterre (services divers)	8,4	....	0,4	....	0,2
Angleterre (service intérieur)	8,7	....	0,3	....	0,5
Indes occident., Amérique du Nord	15,0	....	4,0	....	0,2
Amérique du Sud	16,4	....	2,t	....	0,4
Afrique	16,8	....	2,3	....	0,4
Indes orientales	27,7	....	3,9	....	1,5

L'influence de la chaleur solaire qui n'est pas plus forte aux Indes orientales que dans les autres commandemens situés entre les tropiques n'a pu seule déterminer une différence aussi considérable dans le chiffre des malades, des morts et des réformés pour cause d'affection du foie.

Les partisans de l'école physiologique, s'il en était encore, croiraient à peine que sur 1,332 maladies de divers genres observées sur 1000 marins pendant le cours d'une année, on n'ait compté que trois cas d'inflammation des voies digestives; tel est cependant le chiffre qui résulte de l'observation pour tout le service de la marine et qui offre si peu de variations dans les différens commandemens qu'il nous semble inutile de nous arrêter plus longtemps sur ce point, sinon pour exprimer l'opinion que ce chiffre ne représente pas plus le nombre exact des inflammations du tube digestif que celui des fièvres ne représente le chiffre réel des fièvres continues. Il n'en est pas de même du chiffre de la dy-

hitnelle, soignait depuis plusieurs mois, avec la plus grande assiduité, un cheval morveux qu'il avait acheté au mois de juillet, et qui avait déjà communiqué la morve à un âne placé dans la même écurie.

Le mardi 19 décembre 1843 il ouvrait, suivant sa coutume, au moyen d'une corde, la bouche du cheval pour lui faire prendre plus facilement un breuvage ordonné par le vétérinaire, quand tout à coup, la corde ayant glissé, il en résulta entre la tête de l'homme et celle du cheval un choc tel qu'une des dents de la mâchoire supérieure de l'animal fit une plaie profonde à la joue du vigneron.

La peau fut déchirée dans l'espace de trois centimètres environ ; il y eut une hémorragie assez considérable, qui s'arrêta spontanément. La plaie, préalablement lavée avec de l'eau salée, fut recouverte de fleurs de lys imbibées d'eau-de-vie (procédé usuel dans les campagnes), et le malade, sans s'en inquiéter davantage, se livra à ses travaux habituels et passa une très bonne nuit.

Le lendemain, après avoir bêché sa vigne une grande partie de la journée, il fut pris, dans l'après-midi d'un malaise général et de frissons répétés, qui cependant ne l'empêchèrent pas de continuer son travail jusqu'au soir.

Rentré chez lui et en proie à une fièvre déjà violente, il soupa néanmoins comme d'ordinaire avec sa famille et se coucha aussitôt, en accusant des frissons dans le dos et dans les épaules.

Benzard passa toute la nuit dans une agitation extrême, se plaigant de grands maux de tête, de douleurs dans toutes les parties du corps et particulièrement vers le siége de la blessure. Sa famille, qui l'avait vu plein de courage dans toutes les circonstances, et notamment dans plusieurs maladies graves, ne pouvait concevoir l'abattement subit où il était plongé ; c'est alors, c'est-à-dire 48 heures environ après l'accident, que M. Mozer est appelé à visiter le malade (21 décembre, à huit heures du matin).

Une plaie contuse et déchirée, de 4 centimètres environ d'étendue, existe à la région malaire gauche, et jusqu'à l'os de la pommette, qu'on sent à nu avec un stylet.

Toute la face est le siége d'une rougeur érysipélateuse, plus prononcée du côté gauche. Les environs de la plaie offrent une teinte blafarde et sont couverts de nombreuses phlyctènes. La prostration et l'abattement sont extrêmes, la parole lente et embarrassée, la respiration difficile, le pouls petit et très fréquent. Le malade accuse une céphalalgie opiniâtre et très vive, des douleurs sourdes dans tous les membres, mais surtout aux articulations coxo-fémorale gauche, tibio-fémorale droite et à la partie inférieure de la jambe droite, au-dessus de la malléole externe.

La plaie, agrandie en tout sens avec le bistouri, est cautérisée avec le beurre d'antimoine et pansée le soir avec l'onguent digestif camphré.

Prescription. Décoction de quinquina ; potion purgative d'eau de menthe et de sulfate de magnésie.

24. L'état du malade semble amélioré, l'inflammation érysipélateuse de la face a cessé ; la plaie est moins blafarde, le pouls moins fréquent, le moral moins abattu.

26. Nuit très mauvaise ; pouls petit, facilement dépressible, très fréquent ; prostration considérable ; écoulement sanieux, rougeâtre, peu abondant par la narine droite. Taches ecchymotiques disséminées sur toutes les parties du corps. Douleur intolérable à la hanche gauche, empâtement prononcé à la région coxo-fémorale dans l'étendue de 10 centimètres au moins en tous sens. Délire le 26 décembre.

Tous ces phénomènes vont en augmentant, sans rien présenter de spécial, jusqu'au lundi 1er janvier, jour de la consultation avec M. Landouzy.

Lundi 1er janvier, quatrième jour de l'accident, treizième jour de la manifestation des premiers symptômes, le malade est dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, abattement profond, stupeur prononcée, intelligence obtuse, réponses lentes, difficiles et sans justesse, céphalalgie continuelle, bourdonnement d'oreilles, délire fugace, paupières œdématiées, d'un rouge obscur, muqueuse palpébrale et oculaire fortement injectée en rouge brun ; opacité commençante des cornées, vue trouble.

Suppuration abondante, assez homogène, provenant de la plaie, dont les bords présentent un aspect livide. Une sonde introduite dans cette plaie fait constater un décollement considérable des tissus et une dénudation étendue des os. La pression sur le sommet de la narine gauche, sur la joue et sur la peau qui entoure la plaie ramène en tous sens du pus sanguinolent.

Nez fortement gonflé au sommet ; écoulement purulent par les deux narines, très abondant surtout par la narine droite.

La muqueuse nasale essuyée est rouge, parsemée de croûtes sanguinolentes prêtes à se détacher, exempte d'ulcérations apparentes.

Respiration nasale difficile et bruyante.

Lèvres fuligineuses, langue sale, jaunâtre, desséchée, muqueuse buccale d'un rouge livide ; aucune saillie des amygdales entre les piliers.

Déglutition très pénible, soif inextinguible ; anorexie incomplète, le malade ayant persisté à prendre chaque jour un ou deux potages et du vin sucré.

Éructations très fréquentes.

Taches brunes, saillantes, entourées d'une auréole rougeâtre, sur toute la face, confluentes au sommet du nez et sur les paupières inférieures.

40 respirations par minute.

Diminution notable de la sonorité sur les parois thoraciques antérieures ; obscurité de la respiration dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière, mais bien plus prononcée au sommet qu'à la base des poumons ; léger roncus muqueux, sibilant, plus prononcé en arrière.

Toux légère, expectoration moyenne de mucosités opaques.

Battemens du cœur réguliers, sans bruits anormaux. 136 pulsations par minute.

Abdomen météorisé, insensible ; pas de selles depuis deux jours.

Empâtement énorme, sans fluctuation, à la région coxo-fémorale gauche.

Fluctuation évidente, sans saillie, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de la malléole externe de la jambe droite.

Eruption analogue à celle de la variole bénigne, discrète sur les membres, confluente sur l'abdomen et la poitrine. Entre les pustules se voient des phlyctènes et des taches grises, livides, semblables à celles qui existent sur le nez, et que nous avons appelées gangreneuses.

Pronostic : Mort prochaine.

Mort à 6 heures du matin le 2 janvier.

Nous procédons à l'autopsie le 3 janvier à 10 heures du matin, aidés de MM. Lesur et Leconte, internes à l'Hôtel-Dieu de Reims.

(Temps sec ; gelée à 4°—0.)

Aucune trace de décomposition. Rigidité cadavérique très prononcée, surtout au niveau des articulations temporo-maxillaires.

Peau. Hors la plaie de la région malaire et les altérations de la peau signalées pendant la vie, on ne remarque ni écorchures aux mains ni trace de blessure récente sur aucune partie du corps.

Taches d'apparence gangréneuse ardoisée, saillantes au toucher, larges de 5 à 10 millimètres environ, sur la face, particulièrement sur le front et autour des orbites ; les plus larges siégent au-dessus de la morsure.

Éruption fixée principalement sur le thorax, l'abdomen et les cuisses, et composée de simples phlyctènes, de vésicules et de pustules non ombiliquées de différens diamètres. Ces élevures sont plus nombreuses dans l'espace compris entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, où l'on en compte plus d'une centaine.

Les taches gangréneuses, livides, occupant l'intervalle des pustules, et signalées pendant la vie, sont à peine visibles.

Les phlyctènes et les vésicules sont déprimées et contiennent un peu de sérosité trouble et sanguinolente.

En examinant avec attention plusieurs pustules, on voit qu'elles sont constituées par une matière épaisse, comme pseudo-membraneuse, entourée d'une très petite quantité de pus sanguinolent.

Les pustules les plus petites ne paraissent contenir que cette matière plastique sans aucune trace de suppuration.

A la partie interne du genou droit se trouve la première pustule qui a paru ; elle est la seule qui se soit ouverte spontanément ; il s'en écoule par la pression un peu de pus sanguinolent.

---

senterie qui a varié d'une manière fort notable dans les différens commandemens de 2 à 67 pour 1000 sans que l'on puisse cependant attribuer, comme on le fait communément, la production de cette maladie à l'influence d'une température élevée.

En Angleterre, où l'ivrognerie est plus fréquente que chez nous, on y attache aussi plus d'importance qu'en France au chiffre des malades atteints de *delirium tremens*, chiffre qui indique assez exactement la proportion qu'atteint l'ivrognerie dans les classes où on l'observe, et qui était très forte autrefois dans les armées et la marine anglaises. Le nombre des cas de cette affection, qui ne s'est élevé pour toute la marine et pendant les sept années qu'à 148, ou à 9 cas sur 10,000 hommes annuellement, paraît aux statisticiens anglais extrêmement favorable ; car, regardant comme certain le rapport constant entre l'ivrognerie et le *delirium tremens*, ils croient qu'on pourrait conclure, de la faiblesse de ce chiffre, si déjà le fait n'était démontré par une foule de preuves d'une autre origine, que la tempérance est aujourd'hui une vertu commune parmi les marins.

Quatre cas seulement de suicide ont été signalés pendant les sept années et dans tout le service. Il serait possible cependant qu'il y en eût eu quelques cas de plus ; mais, lors même qu'il en serait ainsi, il n'en résulterait pas moins que ces accidens sont très rares dans l'ordre actuel des choses.

L'une des causes les plus énergiques de l'affaiblissement passager des équipages est sans contredit le chiffre élevé des affections vénériennes dont il est curieux d'étudier la différence dans les différens commandemens.

Dans le tableau suivant, nous réunissons dans un seul chiffre celui de la syphilis et de la blennorrhagie.

	Chiffre des marins atteints de syphilis ou de blennorrhagie.	Réformés.	Morts sur 1,000.
Indes occidentales et Amérique du Nord.	38,7	0,6	0,0
Amérique du Sud	53,0	0,8	0,0
Afrique	58,0	0,8	0,2
Indes orientales	61,7	0,8	0,0
Méditerranée	75,9	0,0	0,0
Angleterre (service intérieur)	110,1	0,0	0,0
Angleterre (services divers)	145,4	0,9	0,0
Moyenne	77,3	0,7	0,0

Ces nombres, malgré la grande différence qui existe entre eux, sont cependant, pris en masse, supérieurs à ceux que fourniraient toutes les autres classes de la population, bien qu'il n'y ait aucun document officiel à cet égard. On remarquera que ces maladies sont beaucoup plus fréquentes dans les commandemens européens, où les rapports sur la terre sont bien plus faciles et réellement plus nombreux que dans les stations éloignées, où les navires restent bien plus longtemps en mer sans que les équipages puissent venir à terre. On remarquera

L'abcès de la jambe droite s'étend de 7 à 8 centimètres au-dessus de la malléole externe; il est sous-aponévrotique et pénètre dans l'épaisseur des muscles. On en recueille une grande quantité de pus sanguinolent, sans homogénéité, composé de parties liquides et d'autres comme plastiques.

PLAIE. La plaie produite par la morsure du cheval, et déjà décrite plus haut, a 5 centimètres de longueur et s'étend de la partie moyenne de l'os malaire du côté gauche jusqu'à l'os nasal du même côté. Les tissus sont à nu jusqu'aux os et des clapiers s'étendent sur l'os malaire jusqu'à l'apophyse zygomatique d'un côté, remontant vers l'angle interne de l'œil, au-dessus de la suture frontenasale. Le périoste manque complètement au centre même de la plaie, et il est décollé dans les clapiers.

YEUX. Un mucus purulent tapisse de chaque côté la face interne des paupières, qui sont fortement œdématiées. La muqueuse palpébrale et oculaire est d'un brun terne et uniforme. Les cornées sont presque complètement opaques.

FOSSES NASALES. Les fosses nasales sont remplies d'une matière sanguinolente et puriforme, mais semblable encore au mucus nasal par sa consistance. Cette matière est plus abondante dans la narine droite que dans la gauche.

La muqueuse tapissée par cette matière est manifestement ramollie; elle offre une coloration noire, plus prononcée dans la narine gauche que dans la droite.

Tissu cellulaire sous-muqueux boursoufflé et infiltré de pus.

Pustules disséminées sur les cornets, mais principalement sur le cornet inférieur. Plusieurs de ces pustules sont ulcérées au sommet, comme les pustules varioliques.

Taches ecchymotiques entre les pustules.

La muqueuse de la cloison offre le même aspect de chaque côté que celle qui revêt les cornets; seulement on y remarque moins de pustules et plus de taches ecchymotiques.

Du reste, en aucun point des fosses nasales on ne constate d'ulcération complète.

CAVITÉ BUCCALE. Muqueuse naturelle, langue normale, glande sous-maxillaire gauche beaucoup plus volumineuse que la droite, mais sans apparence de suppuration.

Luette très rouge, fortement œdématiée; péristaphylins internes et externes infiltrés d'un pus liquide, qui s'écoule par l'incision de leur tissu.

Les amygdales, et surtout la gauche, sont imprégnées de matière purulente.

APPAREIL RESPIRATOIRE. L'épiglotte œdématiée, sans éruption ni suppuration, présente à la partie postérieure de petits épanchemens sanguins du volume d'une grosse tête d'épingle.

Quelques élevures pustuleuses sur les replis aryténo-épiglottiques.

La muqueuse du larynx de la trachée et des bronches est fortement injectée.

A partir des premiers anneaux, la trachée et les bronches sont criblées de points blancs arrondis, très saillans, semblables aux pustules cutanées commençantes, et mieux encore, aux éruptions miliaires confluentes. Cette éruption, encore très visible dans les premières ramifications bronchiques, se perd insensiblement dans les divisions secondaires.

Tissus cellulaires sous-sternal et sous-pleural infiltrés d'air.

Épanchement séreux considérable dans la plèvre gauche, avec adhérences lâches au sommet.

Poumons crépitans, présentant de nombreux noyaux qui font une saillie marquée sous la plèvre, et qui contiennent une sanie purulente semblable à celle de la plaie. Ces foyers variant du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon sont plus nombreux dans le poumon droit que dans le gauche. A la partie postérieure et surtout inférieure existent tous les caractères de la pneumonie dite hypostatique.

CŒUR. Le péricarde contient environ 30 grammes de sérosité louche.

Le cœur est très volumineux; l'oreillette droite surtout est énormément développée. Adhérences anciennes entre la séreuse pariétale et la séreuse viscérale sur toute l'étendue du ventricule gauche.

Le sang contenu dans le cœur et dans les principaux vaisseaux est très noir; mais dépourvu de caillots. On ne remarque de trace de pus dans aucune partie du système circulatoire.

APPAREIL DIGESTIF. Pharynx et œsophage à l'état normal; ganglions œsophagiens considérablement développés, sans ramollissement et sans altération appréciable du tissu.

L'estomac et les intestins renferment une grande quantité de gaz et présentent une couleur rouge vif prononcée, surtout dans les dernières circonvolutions de l'intestin grêle et dans le colon.

Le cœcum offre sept ulcérations de la largeur d'une grosse lentille, à bords taillés à pic, comme faites à l'emporte-pièce et ne laissant que la tunique péritonéale.

Entre ces ulcérations, la muqueuse est couverte de petites élevures blanches, miliaires. Cette éruption commence à s'apercevoir à 25 centimètres environ au-dessus du cœcum et se perd à 10 centimètres au-dessous, sans saillie apparente des plaques de Peyer.

Le foie, la rate et les reins sont très notablement augmentés de volume. Ils ne présentent aucun foyer purulent, aucun noyau induré, aucune trace de lésion appréciable.

Des incisions faites dans les muscles et les articulations ne font découvrir ni collection purulente, ni infiltration sanguine autres que celles dont nous avons parlé plus haut.

(L'encéphale n'a pu être examiné faute de temps, les détails de l'autopsie ayant déjà apporté un long retard à l'inhumation du cadavre.)

EXP. Le 1er janv. 1844, à trois heures après midi, veille de la mort du malade, nous inoculâmes à un âne âgé de 14 ans, très sain et très vigoureux, la matière provenant de l'abcès qui venait d'être ouvert à la malléole et celle qui avait été recueillie dans les fosses nasales. L'inoculation fut faite par plusieurs piqûres profondes aux régions scapulo-humérales.

Dès le deuxième jour de l'inoculation, on remarquait un abattement et une faiblesse manifestes, de l'anorexie, un gonflement considérable des parties sur lesquelles s'était faite l'inoculation.

Bientôt on put constater les signes les plus caractéristiques de la morve aiguë: jetage très abondant, d'une couleur jaunâtre, gonflement des ganglions de l'auge, dyspnée progressive, etc.

Chaque jour l'animal fut visité et ausculté au moins une fois; nous ne connaissions pas assez le type normal de la respiration chez l'âne pour noter les altérations de caractère du murmure respiratoire; mais nous avons pu facilement tenir compte des altérations d'intensité, et sous ce rapport la respiration nous parut diminuée à chaque exploration.

L'odeur fétide exhalée par l'animal était telle que bien qu'il fût placé en plein air, entre deux meules de foin, le palefrenier qui le soignait était forcé de changer de vêtemens à chaque pansement.

Mort spontanée le sept janvier, c'est-à-dire sept jours après l'inoculation.

Parmi les lésions les plus importantes notées à l'autopsie de l'animal, nous mentionnerons l'épaississement de la membrane pituitaire, l'éruption pustuleuse confluente des fosses nasales, l'existence d'innombrables taches ecchymotiques d'une rouge vif sur les cornets et jusque dans les points les plus reculés des sinus frontaux et maxillaires.

Ces cavités contenaient un mucus abondant jaunâtre, strié de sang.

Les deux poumons étaient criblés jusqu'au centre du parenchyme de noyaux en suppuration tellement semblables à ceux signalés chez le malade de Verzy que les internes de l'Hôtel-Dieu qui avaient fait avec nous l'autopsie remarquèrent immédiatement cette analogie complète.

Le volume de ces noyaux variait entre celui d'un pois et celui d'une noisette; le tissu pulmonaire qui entourait chacun de ces lobules était crépitant et paraissait sain.

Nous ajouterons enfin que M. Demilly, vétérinaire de l'arrondissement et praticien des plus distingués, qui partageait au sujet de la morve les idées de l'école d'Alfort, et qui avait avant l'autopsie manifesté franchement tous ses doutes sur le résultat des recherches auxquelles nous allions nous livrer, de-

---

surtout que, des trois commandemens européens, c'est celui des services détachés, et dont font partie tous les vaisseaux en armement et désarmement dans les ports d'Angleterre, qui a été le plus infecté et qui présente le maximum des cas de syphilis et de blennorrhagie (en tout 145,4 annuellement sur 1,000), tandis que le minimum est fourni par les Indes occidentales, dont le chiffre a été, pour les deux maladies réunies, de 33,7 pour 1,000 chaque année. On se fera une idée exacte du peu de gravité de ces maladies quand on saura que, sur 12,187 cas de ces deux affections qui ont frappé les marins pendant sept années, on a compté trois morts, et dont une au moins a été causée par une maladie intercurrente, et 7 réformés sur 1,000 annuellement.

Le chiffre le plus élevé du tableau pour les maladies proprement dites est, après le catarrhe, celui des inflammations superficielles des extrémités. On désigne sous ce nom certaines affections peu graves, si l'on ne considère que le chiffre des morts et des réformes qu'elles entraînent, mais produisant en réalité de très longues et nombreuses incapacités de travail, qui affectent presque exclusivement le marin lorsqu'il est à bord. Ces inflammations occupent le plus souvent les extrémités inférieures et même leurs points les plus éloignés, puisqu'elles s'élèvent rarement au-dessus des genoux. Elles paraissent être causées par les travaux spéciaux du service, tels que l'obligation de nettoyer le pont à l'eau ou à la pierre, et peut-être aussi par certaines influences du climat qui aggravent encore certaines lésions peu graves par elles-mêmes. Elles se terminent souvent par des abcès qui, bien que le plus fréquemment n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, gagnent quelquefois beaucoup et en profondeur et en largeur, et exigent un traitement très long et très pénible. Quoiqu'il paraisse certain que ces inflammations sont spécialement le produit des circonstances particulières dans lesquelles le marin se trouve à bord, pourtant le rapprochement du chiffre des différens commandemens prouve aussi que le climat n'est pas sans influence sur leur développement; la différence qui se trouve entre le chiffre des services propres à l'Angleterre et celui des stations où règne constamment une température élevée ne pouvant être expliquée d'aucune autre manière.

	Malades atteints d'inflammation des extrémités.	Réformés.	Morts sur 1,000.
Angleterre (service intérieur)	116,4	0,0	0,0
Angleterre (services divers)	129,4	0,0	0,0
Amérique du Sud	166,9	2,5	0,0
Afrique	171,0	0,1	0,0
Méditerranée	180,6	0,1	0,0
Indes orientales	185,3	0,1	0,0
Indes occidentales, Amérique du Nord	228,3	0,3	0,0

Nous aurions pu réunir à ce qui précède ce que nous aurions eu à dire des ulcères, qui sont si fréquens chez les marins et dont le chiffre a été également beaucoup plus élevé dans les régions où règne une température élevée que dans les commandemens dont le climat est tempéré. Ces ulcères, qui succèdent souvent à des abcès ou à des plaies accidentelles, et qui ont, dans quelques cas rares il est vrai, offert plusieurs des caractères du scorbut, sont la cause fréquente

meura complètement convaincu de la spécificité de toutes ces lésions et n'hésita pas à les regarder comme appartenant à la morve aiguë la mieux caractérisée.

Parmi les remarques auxquelles peut donner lieu cette observation, nous noterons d'abord le mode particulier de contagion et l'invasion si brusque de tous les signes de la maladie.

Le cheval qui a communiqué la morve à Beuzard ayant été abattu et enterré aussitôt l'accident et n'ayant pu par conséquent être examiné par les hommes de l'art nous devons commencer par établir nettement les conditions dans lesquelles il se trouvait.

Ce cheval, âgé de 8 ans, fut acheté en juillet 1843 ; peu de jours après, Beuzard s'aperçut que l'animal jetait par les deux naseaux, mais surtout par le naseau droit. Des boutons nombreux sur le corps et sur les membres, un engorgement prononcé des ganglions de l'auge, et enfin un écoulement nasal puriforme furent constatés par le vétérinaire, et le cheval fut déclaré morveux.

Peu de temps après l'arrivée du cheval, un âne de 4 ans, bien portant et qui habitait la même écurie depuis plusieurs mois, fut pris subitement de tous les symptômes de la morve aiguë à laquelle il succomba en quinze jours. Le gonflement de la pituitaire était tel chez le baudet que les voisins se plaignaient d'entendre le sifflement produit par l'embarras de la respiration.

Beuzard soignait seul son âne et son cheval, mais sa santé était restée bonne jusqu'au jour de l'accident ; l'intégrité de sa santé auparavant, les troubles si caractéristiques qui l'ont suivi immédiatement ne laissent donc pas le moindre doute sur son origine.

La contagion une fois établie doit-on admettre que la seule application des dents, des lèvres, des sécrétions salivaires, etc., sur une plaie vive, ait pu la produire ? L'attribuera-t-on, au contraire, à l'imprégnation de la plaie par le mucus nasal au moment du choc ? Ces deux hypothèses sont également admissibles, sans contredit, mais les nombreux faits d'inoculation inscrits dans la science ne permettent pas de douter que tous les tissus et les liquides d'un animal morveux puissent communiquer la morve, et nous ne voyons aucune raison pour rejeter l'inoculation directe par la dent qui a perforé la joue.

Si maintenant nous rapprochons cette observation de celles qui ont déjà été publiées, nous verrons qu'il existe bien entre toutes une complète analogie, mais qu'elles diffèrent assez cependant sur plusieurs points nécroscopiques pour qu'on ne puisse encore regarder comme définitive l'histoire anatomo-pathologique de cette affection.

Ainsi, on remarquera, pour le cas dont nous venons de donner la description, une opacité considérable des cornées, que nous n'avons vue indiquée nulle part, et qui, du reste, ne peut être attribuée à un effet cadavérique, car nous l'avions étudiée avec soin pendant la vie.

L'inflammation, l'ulcération de la conjonctive, le chémosis ont été notées plusieurs fois dans les autres cas, et cette opacité de la cornée n'est qu'un degré plus élevé sans doute de ces lésions qui, sauf les ulcérations, existaient aussi chez notre malade.

Mais le point le plus important que nous ayons à signaler à l'attention des observateurs pour les autopsies futures, c'est l'état du tube intestinal.

Jusqu'ici, en effet, l'injection des vaisseaux, les altérations de couleur ou de consistance de la mnqueuse digestive, ont été seules constatées parmi les lésions anatomiques de la morve ; or, nous avons rencontré dans le cœcum, au milieu d'une éruption assez abondante de grains miliaires, des ulcérations tellement prononcées que la membrane séreuse seule se trouvait épargnée et que nous faisions remarquer aux élèves combien elles étaient voisines de la perforation complète.

Quant à cette éruption de grains blanchâtres qui remontaient au-delà du cœcum de chaque côté, sans doute elle appartenait au développement des follicules isolés de Brunner.

Loin de nous l'idée de conclure à une relation de cause à effet entre la morve, affection ulcéreuse et éruptive, si l'on peut ainsi dire, et l'ulcération et l'éruption intestinales ; car nous n'ignorons pas que les ulcérations du cœcum se manifestent dans toutes les formes de la dothiénenterie, dans la phthisie, dans la dysenterie ; que l'éruption des cryptes solitaires se rencontre et dans les affections précédentes et dans le choléra asiatique, la suette miliaire, la scarlatine, la péritonite puerpérale, etc. ; mais nous ferons remarquer seulement, comme un fait de la plus haute importance, l'absence complète de développement des plaques elliptiques coïncidant ici avec l'ulcération et l'éruption cœcales.

En présence de ces accidens, beaucoup plus fréquens qu'on ne pense, mais rarement signalés, en raison sans doute de leur analogie extérieure avec d'autres maladies, on ne peut trouver superflues quelques considérations sur les mesures hygiéniques qu'il serait important de prendre pour conjurer le retour de la contagion.

La manière la plus large et la plus logique d'envisager la question consiste à chercher les moyens de prévenir les effets de la morve chez l'homme, en en détruisant la cause chez le cheval ; en empêchant, en d'autres termes, son développement dans la race chevaline, puisque, dans la race chevaline seule, elle peut naître spontanément ; mais c'est une habitude de notre vanité de commencer toujours par les moyens les plus complexes, comme si l'art, qui doit être l'imitation de la nature, ne devait pas toujours procéder par les voies les plus simples qui sont celles de la vérité. Nous cherchons à grand'peine les moyens de guérir le mal avant de songer aux moyens beaucoup plus faciles de le prévenir, et l'hygiène qui, sans contredit, dans des temps plus éclairés, constituera seule presque toute la médecine, est tellement négligée maintenant qu'on trouve difficilement, non pas un bon ouvrage, mais seulement quelques documens précis sur cette première de toutes les sciences humaines, puisque c'est la science de la santé.

Ainsi, j'ai été frappé, en lisant tout récemment les ouvrages de médecine vétérinaire, des vains efforts qu'on fait encore pour guérir la morve, quand on possède aujourd'hui le secret presque infaillible de la prévenir.

Il résulte, en effet, du rapport communiqué en 1840 à l'Académie des sciences par le ministre de la guerre, que l'encombrement des écuries est la principale sinon l'unique cause de la maladie.

« La commission, dit le ministre, chargée de présenter le projet d'une »écurie-modèle et d'indiquer les conditions que devait réunir une écurie »pour que les chevaux y fussent dans la meilleure situation physique, a »proposé d'espacer et de barrer les chevaux à 1m50, de les placer sur »deux rangs dans une écurie de 13m de largeur sur 6m de hauteur. Ces »dimensions sont à peu près celles qui ont été adoptées dans les établis»semens militaires des puissances voisines, qui ont vu ainsi la morve dis»paraître entièrement de leurs régimens. »

---

des réformes parmi les marins ; et, bien qu'ils n'aient que très rarement amené la mort, cependant ils sont l'un des états morbides qui diminuent le plus l'effectif du service par leur fréquence, par leur longue durée et par le nombre des réformes qu'ils nécessitent. Ces chiffres, en effet, se sont élevés, dans le seul commandement de l'Amérique du Sud, à 100 cas et 2,5 réformés sur 1,000 annuellement.

Les accidens sont encore une cause fréquente de maladies, de réformes et même de mort parmi les marins, et sur laquelle les progrès à venir auront probablement moins d'action que sur la plupart de celles dont nous avons parlé jusqu'ici ; il est bien difficile d'espérer que, quelques améliorations que l'on introduise dans les divers services de la marine, on diminue notablement les dangers d'une carrière aussi périlleuse. Cependant, quand on considère combien ces accidens de tout genre sont beaucoup moins fréquens dans la marine royale que dans la marine marchande, par le bon choix des matériaux employés, par l'habileté, la vigueur et l'habitude des hommes admis, il peut rester quelque espoir de voir encore décroître le nombre de ces maux presqu'inévitables. On remarquera que ces accidens ont déterminé dans les services détachés, outre une incapacité de travail pour 225 hommes sur 1,000 annuellement, une perte complète pour le service de 7,9 hommes sur le même effectif, savoir, 4,6 par la réforme et 3,3 par la mort. Le chiffre élevé de ces pertes, qui ne se reproduit au même degré dans aucun autre commandement, tient à la fréquence des accidens dans l'armement et le désarmement des vaisseaux, et aussi au défaut d'ensemble dans le travail des équipages nouvellement formés dans les cas d'armement.

Nous venons de passer en revue les principales maladies qui frappent les marins sur les points nombreux où ils sont disséminés, et nous avons fait exactement la part que chacune d'elles prend aux pertes que la mort et la réforme font éprouver continuellement à ce service important. Il aurait été également intéressant de connaître exactement la perte qu'ont fait éprouver au même service les incapacités de travail plus ou moins longues causées par les maladies qui se sont terminées par la guérison ; mais les élémens recueillis par les statisticiens anglais ne contenaient aucun des documens nécessaires pour ces recherches, et d'ailleurs sortaient du cercle des études purement hygiéniques que leur avait tracé le gouvernement.

Nous ne quitterons pas le tableau général de la mortalité de tout le service de la marine sans faire remarquer qu'une maladie, autrefois si commune sur les vaisseaux qu'elle a plusieurs fois privé des flottes entières de la plus grande partie des hommes qu'elles portaient, que cette maladie, le scorbut, a si complètement disparu de la marine royale anglaise, qu'il n'en a été question, dans les vastes rapports que nous avons en main, qu'une seule fois. C'est à l'occasion de deux navires qui, après avoir croisé longtemps à l'ouest de l'Australie, présentèrent, l'un 18, et l'autre 8 cas de scorbut maritime bien tranché, mais qui disparut aussitôt qu'on put procurer à l'équipage de la viande fraîche et des légumes, dont il était privé depuis longtemps, et, bien qu'il eût continué chaque jour de recevoir la quantité prescrite de jus de citron, le prétendu antidote de cette maladie. Comme par compensation le choléra asiatique s'est montré, dans l'intervalle de ces sept années, dans plusieurs des commandemens où l'on n'avait vu jusqu'alors que des cas de choléra spasmodique ; mais si nous exceptons le commande-

Or pourquoi, dès que la contagion est reconnue positivement pour la race chevaline, pour la race humaine et pour plusieurs espèces animales ordinairement libres, ne pas faire de cette question une question de santé publique, et ne pas forcer les propriétaires à disposer leurs écuries de telle sorte qu'elles ne puissent devenir des foyers de contagion pour les animaux et pour les hommes qui en approchent ?

Non seulement ces mesures hygiéniques bien observées auraient pour résultat de faire disparaître la morve dans nos fermes, comme elles l'ont fait disparaître *entièrement*, j'insiste sur ce mot, chez les puissances voisines, mais elles amélioreraient promptement la race chevaline, en mettant dans les meilleures conditions de santé possible; et l'on peut s'étonner, à bon droit, de voir le gouvernement qui fait de si grands frais pour les remontes et pour les haras, omettre l'une des principales bases de tout progrès, en négligeant de faire participer les cultivateurs aux conseils qu'il reçoit des corps savans, et dont il fait, d'une manière si utile, l'application à l'armée.

Je sais qu'on pourra dire : pourquoi tant de sollicitude pour l'espèce chevaline quand on en a si peu pour l'espèce humaine ? Pouquoi vouloir que les chevaux et les ânes respirent tout à l'aise une atmosphère pure et suffisante, quand on voit entassées dans des chambières ou dans des greniers sans air, sans lumière, des familles entières qui s'étiolent et propagent parmi les générations futures la scrofule, le rachitisme ou la phthisie ?

Pourquoi exiger, par un réglement d'administration publique, 50 mètres cubes d'air pour les chevaux, quand nous voyons les enfans des salles d'asile ne pas avoir à respirer la cinquième partie de l'air qui leur serait indispensable ?

Mais, outre que cette sollicitude pour les chevaux s'exerce surtout en ce qui touche la santé humaine, nous ne voyons pas pourquoi, sachant quelle est la somme d'air sans laquelle l'intégrité de la santé ne peut se maintenir, on n'exigerait pas que cette première condition de toute salubrité publique ou privée se trouvât remplie de par la loi. On a bien pu empêcher légalement les habitans des campagnes de couvrir leurs maisons en chaume afin d'éviter la propagation de l'incendie, pourquoi ne les obligerait-on pas à avoir des habitations salubres, au moins quant à l'air et à la lumière, afin d'éviter la propagation du typhus et de la phthisie, bien autrement cruels que le feu ? Et s'il fallait d'autres considérations que des considérations d'amélioration physique absolue pour être autorisé à de semblables mesures, on ne manquerait pas de les tronver dans la fréquence du typhus contagieux confondu chaque jour avec la fièvre typhoïde (1).

(1) Peut-on s'étonner que l'antorité omette d'éclairer le peuple sur ces premières conditions, aussi essentielles que le pain, quand elle néglige de se faire éclairer elle-même par les corps savans ou par les hommes spéciaux sur les meilleures dispositions hygiéoiques à donner aux asiles qu'elle offre à toutes les misères ?

L'administratioo municipale de Reims vient de donner cependant on exemple salutaire, en demandaot aux médecins des rapports périodiques sur la salubrité des écoles communales ; mais c'est avant de construire les établissemens qu'il importerait surtout de consulter, et, sous ce rapport, on doit regretter de ne pas voir exécuter en province l'arrêté ministériel qui interdit au conseil des hôpitaux de Paris toute construction non approuvée préalablement par la commissioo des médecins.

Cette question incidente est trop grave, du reste, pour que j'y insiste accessoirement, et je restreins à la race chevaline les observations que je veux présenter aujourd'hui, me proposant de revenir bientôt sur l'hygiène des habitations et sur les réglemens spéciaux qui pourraient l'améliorer.

Il ressort donc de ce que nous avons dit plus haut sur la disposition des écuries, qu'en les mettant dans de meilleures conditions, on détruirait entièrement la morve, puisqu'elle a été ainsi détruite dans les pays voisins où elle sévissait comme chez nous.

Or, qu'on jette les yeux sur le tableau suivant, dans lequel sont indiqués les résultats du cubage des douze principales écuries de Reims, et l'on verra combien nous sommes loin des conditions de salubrité prescrites au ministre de la guerre, et l'on comprendra comment, selon les

L'écurie n° 1	donne pour chaque cheval	39 m. c. d'air (1).
2 —	—	27
3 —	—	22
4 —	—	22
5 —	—	21
6 —	—	20
7 —	—	15
8 —	—	13
9 —	—	12
10 —	—	11
11 —	—	11
12 —	—	5

paroles textnelles d'un savaot professenr d'Alfort : « La morve étend chaque jour ses ravages snr l'espèce chevaline dans une progression réellement effrayante (2).

Dans l'écurie n° 3, l'une des plus salubres de Reims par son excellente tenne (c'est celle de la poste aux chevaux), les chevaux n'oot donc pas même moitié de la somme d'air reconnue indispensable à la respiration normale. Ils n'en auraient pas le quart dans la plupart des autres, si l'on tenait compte du volume du cheval lui-même, du défaut d'aérage, de la présence d'un, deux, quelquefois trois palefreniers qui conchent près des chevaux, etc., etc.; enfin, dans l'écurie n° 12, l'une des plus malsaines, ils n'en ont pas le dixième, c'est-à-dire le tiers à peine de ce qu'il fandrait à un chien de moyenne taille. Aussi, dans cette écurie, trois chevaux sur sept ont snccombé à la morve en un seul hiver.

Dans l'écurie n° 6, onze chevaux sur douze ont été abattus comme morveux en moins d'une année.

Dans l'écurie n° 2 qui donne à chaque cheval une somme d'air supérieure aux dix premières, il y a eu constamment des chevaux morveux.

Il y en a eu fréquemment dans les écuries n°s 2, 4, 5, 6 ; il n'y en a eu qu'un seul depuis trois ans dans l'écurie n° 3 ; enfin le propriétaire de l'écurie n° 1, qui se rapproche le plus des conditions exigées par l'expérience, assure que, depuis plus de quarante ans, il ne s'est pas manifesté un seul cas de morve parmi ses chevaux.

(1) H. Bouley. De la morve sous forme chronique. Février 1843.

(2) Oo comprend la réserve qui m'empêche de dooner le nom des propriétaires, dont cette indiscrétion scieotifique pourrait compromettre l'industrie, mais les noms correspoodans aux numéros sont inscrits sur le tableau déposé aux archives de l'Académie.

ment des Iodes orientales, où il existait depnis longtemps, comme on le sait, il o'a fait que peu de victimes parmi les marins, et même il ne s'est pas montré du tout dans le commandement de l'Amérique du Sud ni daos celui de l'Afrique.

Après avoir exposé avec tous les développemens nécessaires les résultats coostatés par les recherches de M. Wilson, il ne sera pas sans ntilité d'indiquer quelques-unes des cooclusions qu'il est permis de tirer de ces recherches, et de signaler les points de vue nouveaux qui en ressortent pour l'avenir de l'humanité et aussi pour l'hygièoe et la pathologie.

Oo ne peut comparer le sort actnel des marios avec ce qu'il était à des époques encore peu éloignées de nous sans reconnaître que, quelques améliorations qu'aient éprouvées depnis un demi-siècle la plupart des classes de la société dans leur état physique et social, il n'en est pas une seule qui ait fait autant et d'aussi rapides progrès que la marine, progrès qu'on peut résumer en quelques chiffres indiquant quelle a été la mortalité à trois époques différentes, quoique peu éloignées.

En 1779,	on comptait	1	mort sur	8	marins chaque année.
1811	—	1	—	32	—
De 1830 à 1836	—	1	—	72	—

Ces chiffres sont plus éloquens que toutes les expressions qu'on pourrait employer, et, quelqu'étonnement qu'ils inspirent, oe peuvent laisser aucun doute sur la canse d'une différence aussi considérable. Il est vrai que les deux années 1779 et 1811 étaient des années de guerre, tandis qoe celles de 1830 à 1836 ont été des années de paix ; mais, en temps de guerre, le fer de l'ennemi tue beaucoup moins d'hommes qu'on ne le pense communément. Ainsi, dans l'anoée 1779, le chiffre des morts ponr toute la marine s'éleva à 5,277, savoir 551 causées par accidens on par l'ennemi, et 4,726 par maladies. On ne connaît pas le chiffre des différens genres de mort pour l'année 1811 ; mais comme il o'y eut pas de grands engagemens, on doit croire que celui des hommes tués par l'ennemi ne fut pas plus élevé qu'eo 1779. Même aux époques où les hostilités étaient le plus actives et à la suite des grandes actions générales, la perte d'hommes qui en résulte est peu importante, comparativement à celle que détermineot les maladies. Or, c'est précisément sur cette portion des pertes que l'amélioration a porté dans ces dernières années, et les moyens auxquels soot dues ces améliorations sont parfaitement connus et peuvent, comme nous l'avons dit en commençant ces recherches, être rapportés à quatre points principanx : 1° l'augmentation en quantité et une grande sévérité sur le choix des alimens ; 2° l'emploi d'une eau parfaitement conservée dans les tonnes de fer ; 3° le remplacement de la moitié de la distributioo d'eau-de-vie par du thé ou du café, et la remise d'nne partie des gages à la fin de chaque mois ; 4° la culture de l'intelligence et du moral des marins. Ces améliorations, et une foule d'autres qui se groupent autour, nons sembleot aujourd'hui faciles et naturelles, et pourtant elles ont exigé bien des efforts et de loogues luttes aujourd'hui oubliées ; mais les progrès dans cette branche importante du service public ne sont pas épuisés ; il reste encore bien des améliorations à introduire et qui peuvent être rapportées à quatre objets principaux qu'il est bon d'iodiquer sommairement : 1° les moyens de ventilation employés dans les vaisseaux laissent encore beaucoup à

On voit qu'il serait impossible d'établir, par les chiffres de ce tableau, une relation exacte entre l'insuffisance de l'air et la fréquence de la morve, puisque le n° 6, qui donne quinze fois plus d'air à chaque cheval que le n° 12, perd onze chevaux sur douze, tandis que le n° 12 n'en perd que trois sur sept. Mais qu'en dehors de l'origine spontanée de la maladie, on tienne compte de la contagion, de l'infection, de l'obscurité (1), du défaut d'aérage et de mille autres circonstances dont il est impossible de méconnaître l'influence, mais dont il est impossible aussi de constater la valeur en chiffres, on comprendra comment le n° 2, par exemple, peut être considéré comme des plus insalubres quoique des mieux protégés sous le rapport absolu du volume d'air.

En résumé, la moyenne générale de l'air fourni aux chevaux dans les douze principales écuries de Reims est de 19 mètres cubes environ au lieu de 50 ; aussi n'est-il qu'une seule de ces écuries, et c'est la plus vaste, dans laquelle la morve n'ait point pénétré.

Une circonstance bien propre à démontrer la nécessité d'instructions pratiques, si ce n'est de règles administratives sur l'hygiène chevaline, c'est le soin avec lequel tout est renouvelé à grands frais dans la plupart des écuries qui ont logé des animaux morveux ; les murs sont blanchis à neuf, tout est lavé, gratté, passé au chlorure, depuis le ratelier jusqu'aux plus simples objets de pansage ; tout est changé, tout est modifié, tout, excepté la cause génitrice. Je me trompe : elle est quelquefois rendue plus puissante encore. Ainsi, je visitais ce matin même un cultivateur (indiqué au n° 9 du tableau précédent), qui, après des pertes considérables, changea trois fois ses écuries, en diminuant chaque fois les dimensions, de sorte qu'après d'immenses sacrifices ses chances de perte sont aujourd'hui plus grandes qu'elles ne l'étaient avant ses premiers efforts pour détruire la morve.

De pareilles erreurs, aussi fatales à la fortune privée qu'à la salubrité publique, seraient-elles donc si difficiles à prévenir ?

Nul doute que les droits de l'administration ne soient en rapport avec ses devoirs ; or les lois appelant spécialement l'attention des magistrats municipaux sur la salubrité publique ont dû leur donner le pouvoir d'arrêter toutes les mesures propres à la maintenir, et je ne vois pas en quoi la défense de mettre dans une écurie plus de chevaux qu'elle ne doit en contenir serait plus tyrannique que la défense d'établir dans sa propre maison une industrie réputée insalubre ou que mille autres mesures qui entravent avec tant de raison la liberté de nuire.

De pareilles réformes, si simples et si utiles qu'elles soient à ceux mêmes qui les subiraient, ne s'obtiennent pas facilement, j'en conviens ; à défaut de la cause, il faut donc s'attaquer aux effets ; car, malgré tous les efforts de la science, la morve sévira trop longtemps encore pour qu'on puisse se dispenser de prévenir désormais de trop graves infractions à la salubrité et à la sécurité publiques.

Je sais que l'arrêt de 1784 ordonnant *la déclaration, la visite, la marque, la séquestration, l'occision des chevaux morveux et l'enfouissement de leurs cadavres dans la terre*, s'opposerait de la manière la plus efficace à tout danger s'il était exécuté dans toute sa rigueur ; mais les *comme* de la jurisprudence vétérinaire laissent à l'expertise un champ si vaste que les articles les plus rigoureux ont fini par tomber en désuétude. Et quand les auteurs du traité de police sanitaire le plus moderne mettent en doute à chaque page la contagion de la morve aiguë à l'homme, et de la morve chronique au cheval, peut-on condamner l'hésitation, l'indulgence et la longanimité parfois funestes des médecins vétérinaires, même les plus distingués, appelés chaque jour à statuer sur un arrêt que condamnent les plus grands maîtres de leur science ?

Je n'ignore pas que le Code pénal punit de peines très sévères les infractions à ce réglement ; mais n'est-on pas en droit de demander des arrêtés particuliers pour remédier à l'impuissance de la loi, quand on voit aux portes de Reims, par exemple, une cour ouverte à tout venant, dans laquelle des chevaux morveux sont équarris sans surveillance, à l'insu de toute autorité, et livrés en pâture à des chiens qui peuvent s'inoculer le mal et le transmettre aux hommes ou aux autres animaux ?

Sans aucun doute, les faits négatifs sont incomparablement plus nombreux ici que les faits affirmatifs, et ces trois chiens que je mets en état de suspicion pour avoir mangé sous mes yeux un âne morveux, je les ai vus encore aujourd'hui parfaitement sains ; mais s'ils ont échappé à l'inoculation hier, ils peuvent ne pas y échapper demain.

Sans aucun doute, la règle générale, c'est que les chiens de Reims mangent impunément, comme ceux de Paris et de Montfaucon, les chevaux morveux ; l'exception, c'est qu'ils s'inoculent la morve et l'inoculent à l'homme ou à d'autres animaux ; mais, dès que la science a prévu le cas, personne ne doit avoir à craindre de constituer par sa mort une nouvelle exception à la règle générale. Or, les observations de MM. Rayer, Breschet, Rossi, Hamont, etc., démontrent de la manière la plus catégorique la transmission de la morve au lion, au chien, au chevreau et au mouton. Loin de moi l'idée de demander l'entière exécution de l'arrêt de 1784, et d'interdire, par exemple, l'emploi des débris cadavériques. Ce n'est pas que je regarde, comme M. Delafond, auteur du dernier TRAITÉ DE POLICE SANITAIRE, « *les manipulations faites sur ces débris comme n'exposant les hommes à aucun accident* ; » l'expérience a prouvé très souvent le contraire ; mais de simples précautions suffisent pour conjurer le danger ; et, livré à des gens qui en font leur unique occupation, ce métier n'expose pas plus que cent autres dont on ne parle pas.

Je ne pense pas non plus que la chair des animaux morveux puisse être impunément donnée pour nourriture à des animaux libres ; mais, donnée à des animaux captifs, et chez lesquels l'expérience a prouvé l'innocuité de la morve, tout danger disparaît.

Je livrerais donc à l'industrie, qui en tire un très grand parti, les débris des animaux morveux ; mais l'abattage et l'équarrissage auraient lieu dans un enclos spécial établi à 500 mètres au nord de la ville, et sous certaines conditions de surveillance fixées par l'autorité.

On comprendra la nécessité de pareilles mesures quand on saura qu'à Reims, comme dans beaucoup d'autres villes sans doute, le premier venu peut abattre et dépecer les chevaux morveux. Des femmes même se livrent à ce métier difficile et exposent chaque jour leur vie par leur inhabileté et leur ignorance du danger. Ainsi m'étant rendu, il y a quinze jours, à la fabrique de noir animal pour examiner les poumons d'un cheval morveux, j'arrivai avec le directeur de l'établissement, M. Velly, pen-

(1) Le rapport au ministre de la guerre ne fait, je crois, aucune mention de la lumière, ce qui me paraît une lacune manifeste. On sait, en effet, de quelle manière le scorbut se produit dans les appartemens les plus salubres d'ailleurs, dès que la lumière n'y pénètre pas ; or les élémens qui sont indispensables à l'homme doivent l'être aussi, dans certaines limites, aux animaux dont la conformation se rapproche le plus de la sienne.

désirer ; mais les progrès que font tous les jours les sciences physiques ne permettent pas de douter qu'on n'arrive prochainement à des résultats satisfaisans ; 2° la propreté intérieure du navire est loin d'être arrivée aux dernières limites que l'homme puisse atteindre ; il reste encore à trouver le moyen d'enlever toutes les substances susceptibles de se décomposer et d'amener l'intérieur des navires à l'état de sécheresse convenable ; 3° si la nourriture des marins est suffisante et d'une qualité qui ne laisse rien à désirer, elle est trop uniforme et on doit chercher à la rendre plus variée ; il est probable qu'on y arrivera sans trop de difficultés et surtout sans augmenter d'une manière trop notable les dépenses actuelles ; 4° le point qui réclamera le plus de recherches à l'avenir est relatif aux émanations qui se dégagent des bâtimens eux-mêmes et deviennent des causes toutes locales de maladie. Il est difficile de prévoir à quels résultats mèneront ces recherches ; mais il est certain qu'elles doivent être faites ; car une partie des maladies et de la mortalité dans le service de la marine, surtout dans les climats chauds, est évidemment causée par une altération délétère de l'atmosphère des vaisseaux, et qui paraît se lier à quelque modification éprouvée par les matériaux qui entrent dans leur construction.

Quand ces améliorations auront été ajoutées à celles déjà obtenues, il n'est pas douteux que le chiffre des malades et des morts n'éprouve une notable diminution, et alors les préjugés qui s'élèvent encore dans l'esprit du peuple contre le service de la marine disparaîtraient, le nombre des volontaires irait en augmentant et le choix fait sur un plus grand nombre permettrait de n'admettre dans le service que des hommes doués des qualités physiques et morales indispensables, d'où résulterait encore une nouvelle amélioration dans l'état sanitaire du service et une diminution dans le chiffre des malades et même des accidens. Nous avons dit que l'hygiène et la pathologie gagneront aussi aux recherches dont nous venons de présenter les principaux résultats, et ce n'est pas à une époque où de toutes parts on renonce à l'admission des causes occultes qui, dans la science ancienne, jouaient un si grand rôle, où l'on s'efforce à remplacer par des observations directes, par des inductions légitimes, cette foule de croyances sur les influences atmosphériques, la plupart plus ou moins erronées, mais presque toutes dépourvues de preuves véritables que nous aurions besoin d'entrer dans beaucoup de développemens pour faire comprendre la part du progrès que l'hygiène et la pathologie doivent gagner à ces recherches. Les faits que nous avons signalés dans les pages précédentes, et à l'occasion de chacun des commandemens maritimes, la comparaison que nous avons établie entre les résultats fournis par ces différens commandemens et les résultats généraux de toutes ces recherches doivent suffire pour indiquer tout leur prix sous le point de vue dont nous parlons ; citons cependant quelques exemples.

Les résultats fournis par la phthisie pulmonaire observés sur tous les points du globe où les vaisseaux anglais ont pénétré ayant démontré que cette maladie s'offre avec les mêmes formes, avec la même durée et presque la même fréquence sous tous les climats et que s'il existe quelque différence sous le point de vue de la fréquence, entre l'Angleterre et les bords de la Méditerranée, elle penche plutôt en faveur de la première de ces deux contrées, on conçoit de quelle utilité étaient ces voyages que faisaient faire et que prescrivent encore les médecins anglais aux phthisiques qu'ils envoyaient d'Angleterre sur les bords de la Méditerranée et sans autres résultats que de hâter la mort qui les

dant qu'en l'absence de l'équarrisseur habituel un ouvrier étranger à ce métier et blessé récemment à la main droite s'occupait à panser une plaie qu'il venait de se faire à la main gauche en aiguisant l'instrument d'équarrissage. Il fallut toute mon insistance et surtout la défense formelle de M. Velly pour empêcher cet homme de plonger ses deux mains blessées dans des tissus imprégnés d'un virus mortel.

« *La morve aiguë*, dit M. Bouley (loc. cit.), *est une maladie contagieuse; contagieuse par le produit de la sécrétion nasale, contagieuse par l'air expiré, contagieuse par le sang, contagieuse par tous les tissus du cadavre. Après la fièvre d'incubation, lorsque s'opère l'éruption virulente, l'animal infecté sue pour ainsi dire le virus par tous ses pores.* »

Comment donc expliquer, en présence de ces déclarations si catégoriques, le laisser-aller des auteurs de la jurisprudence vétérinaire?

On conçoit, du reste, jusqu'à un certain point, la témérité de M. Delafond; car son livre remonte à une époque où la question de la contagion, quoique résolue de la manière la plus affirmative, l'était trop nouvellement encore pour convertir les incrédules de l'école d'Alfort; mais depuis qu'on a vu la morve se transmettre, non plus seulement du cheval à l'homme, mais de l'homme à l'homme, c'est-à-dire du malade au médecin; depuis qu'un malheureux élève de l'hôpital Necker a succombé à tous les accidens de la morve la mieux caractérisée, après avoir soigné un palefrenier morveux et assisté comme aide à son autopsie, on ne saurait trop exagérer les précautions. Sous ce rapport nous n'hésitons pas à regarder le TRAITÉ DE POLICE SANITAIRE de M. Delafond comme un ouvrage des plus dangereux entre les mains des hommes trop éloignés du centre pour pouvoir souvent contrôler les livres par les documens scientifiques.

J'accorde donc qu'on ne retire pas à l'industrie des produits utiles. J'accorde qu'on nourrisse de ces débris des porcs captifs, et que même, dans une année de trop grande disette, on livre à la consommation, comme on le fit en 93 à St-Germain et à Vincennes, la chair préalablement cuite des chevaux morveux, la cuisson décomposant toute espèce de virus. Mais qu'on laisse ouverte sur la grande route une cour où chacun peut entrer sans savoir qu'il s'expose à l'infection, à la contagion et à l'inoculation d'un poison mortel! mais qu'on laisse circuler librement des chiens qui peuvent aller flairer et lécher quiconque, homme ou cheval, en venant de plonger leur mufle dans des plaies virulentes, c'est ce qu'on a peine à concevoir quand on sait qu'en moins de trois ans (de 1837 à 1840), il est mort dans Paris seul 26 personnes de la morve.

Quant à des différences à établir selon l'état aigu ou chronique de la morve, on ne pourrait les admettre sans entretenir la plus fatale sécurité. Il existe maintenant de nombreux et irrécusables exemples de farcin communiqué du cheval à l'homme et de l'homme au cheval. M. le docteur Mopinot (de Sismes) en signalait encore, il y a quelques jours, un nouveau cas des plus remarquables; et si l'identité des deux affections, si leur passage de l'état aigu à l'état chronique et de l'état chronique à l'état aigu permettent encore d'établir certaines distinctions scientifiques, elles ne permettent d'établir, sans témérité, aucune distinction légale.

En résumé, et d'après les considérations qui précèdent, nous proposerions le projet suivant, dans le cas où l'autorité voudrait réglementer cette partie, l'une des plus importantes de l'hygiène publique.

ART. 1er. — Toute écurie destinée à loger d'une manière permanente des chevaux employés aux services publics ne devra contenir que le nombre de chevaux fixé d'après les dimensions de l'écurie, à raison de 50 mètres cubes d'air et de 1 mètre et demi d'espacement par cheval.

ART. 2. — Tout propriétaire ou détenteur d'animaux morveux est tenu d'en faire immédiatement la déclaration à l'autorité, et d'isoler l'animal réputé morveux avant la visite même du médecin vétérinaire, qui, du reste, devra avoir lieu dans le plus bref délai.

ART. 3. — Si l'animal est reconnu morveux, incurable, par le vétérinaire, et si le propriétaire consent à le sacrifier sans autre formalité, l'abattage se fera dans le clos d'équarrissage public en présence du vétérinaire ou de tout autre préposé de l'administration qui en dresseront procès-verbal.

ART. 4.—« Si le propriétaire ne consent pas à l'abattage, il nommera un » vétérinaire breveté des écoles pour visiter contradictoirement l'animal; » en cas de dissidence, l'autorité nommera un tiers expert, suivant le rap- » port de qui il sera statué. » (*Règlement proposé au préfet de police par le conseil de salubrité de Paris.* Art. 9.)

ART. 5. — Aucun animal ne pourra être abattu ou équarri dans un établissement particulier sans autorisation.

ART. 6. — Les débris cadavériques des animaux morveux ne pourront être livrés à l'industrie sans autorisation.

ART. 7. — Nul ne pourra exercer le métier d'équarrisseur sans permission préalable.

ART. 8. — « Il est défendu à qui que ce soit de coucher ou de faire » coucher des palefreniers dans les écuries où il se trouverait des che- » vaux seulement suspectés de morve. Il est défendu même de coucher » ou de faire coucher des palefreniers dans des écuries servant d'infirme- » ries de chevaux, et même dans tout local servant à loger des animaux » malades, de quelque espèce qu'ils soient. » (*Préfecture de police.* Art. 1er.)

ART. 9. — De fréquentes visites seront faites par un médecin-vétérinaire désigné chez les propriétaires de chevaux, accompagné d'un commissaire de police ou d'un délégué du maire, afin d'assurer l'exécution des mesures prescrites par le règlement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BALLE APLATIE BOUCHANT UNE PERFORATION DE L'ARTÈRE FÉMORALE; observation communiquée par M. BERTRAND, D. M. P., chirurgien-major de la marine à Toulon.

OBS. — Le 27 décembre 1841, le cadavre d'un vieillard de 75 ans, mort la veille d'une attaque d'apoplexie foudroyante, était étendu sur l'une des tables de la salle de dissection de l'hôpital de la marine à Toulon. Les deux membres inférieurs ne présentaient pas la même longueur; celui du côté droit était raccourci de six à sept centimètres; son articulation tibio-fémorale était ankylosée dans l'extension. On parvint à fléchir, par des moyens violens, la jambe sur la cuisse; mais cette flexion violente donna lieu à des déchirures de tissus dans l'articulation, et ce fut en allant à la recherche de ces déchirures que je fus conduit à rencontrer la disposition pathologique curieuse qui fait le sujet de cette observation.

---

aurait frappés plus tard dans leur pays, au milieu de leurs amis et entourés de tous les soins désirables!

Citons encore le rhumatisme qui, sur toutes les mers et sous tous les climats, se développe presqu'uniformément et avec une intensité presque égale.

N'oublions pas surtout l'Amérique du Sud dont les mers exercent une si bienfaisante et inexplicable influence sur la santé des marins. Si on compare ces mers avec celles qui entourent l'Angleterre, elles paraissent, dans tous les cas, sous un point de vue défavorable; elles sont presque toutes sous les tropiques, et une grande partie des rives qu'elles baignent sont encore à l'état où les laissa la nature, toutes couvertes des produits animaux et végétaux qui croissent et se décomposent avec une grande rapidité. Les pluies qui tombent par torrens y sont rapidement évaporées par la température élevée de l'atmosphère. Les grands vents y sont rares et les longs calmes y sont très fréquens. Et cependant malgré ces élémens apparens de maladies et de destruction la mortalité des navires employés sur ces mers de 1830 à 1836 a été moins élevée que celle d'un même nombre d'hommes employés pendant les mêmes années dans les ports et sur les mers de l'Angleterre. Comparée avec les autres contrées tropicales, surtout avec la côte d'Afrique et les Indes occidentales, l'Amérique du Sud n'offre aucune condition en sa faveur; comparée surtout avec les dernières, elle offre même des conditions défavorables dans l'état du sol et dans l'abondance des débris organiques qui la recouvrent, et cependant la mortalité s'élève à peine au tiers de celle des Indes occidentales. Ces faits et quelques autres signalés dans les pages précédentes prouvent combien des recherches analogues à celles que nous venons de passer en revue peuvent être utiles à l'hygiène et à la pathologie, en même temps qu'elles nous montrent combien nous savons peu sur les rapports du climat avec la santé; aussi, en terminant, nous dirons avec M. Wilson qu'il y a encore beaucoup à oublier et à apprendre avant que l'on puisse accorder le nom de *science* à l'ensemble des faits qui se rattachent à ce sujet important.

— Un journal annonce qu'on fait en ce moment, dans un des services de chirurgie de la Charité, des expériences sur le traitement des hydartroses par les bandelettes de diachylum gommé. Il y a plus de deux ans que cette pratique est généralement employée et recommandée par M. J. Guérin à la consultation de l'Hôpital des Enfans. M. J. Guérin n'emploie pas seulement les bandelettes contre les hydartroses, mais contre plusieurs autres espèces d'engorgemens dont il veut hâter la résolution. Pour lui les emplâtres résolutifs doivent en grande partie cette propriété au fait de l'occlusion des orifices cutanés à la perméabilité de l'air. Partant de cette vue, toute espèce d'enduit ou d'application qui a la propriété d'intercepter la pénétration de l'air possède la vertu résolutive: et la résolution porte aussi bien sur les engorgemens des tissus que sur les épanchemens dans les cavités. Une expérience de plus deux années, variée de toutes les manières, a confirmé les inductions de la théorie, et cette théorie se rattache à des idées et des faits physiologiques plus généraux, que l'auteur fera connaître en temps convenable.

Extérieur du membre. Indépendamment du raccourcissement que j'ai déjà signalé, il existait au tiers inférieur de la face interne de la cuisse une vaste cicatrice, au centre de laquelle se montraient deux petites ouvertures fistuleuses, très rapprochées l'une de l'autre et sur la même ligne. Une sonde cannelée introduite dans l'ouverture antérieure arrivait sur le col d'une ancienne fracture de la moitié inférieure du fémur, et l'on pouvait constater, à l'aide de cet instrument, l'existence dans ce point d'une esquille mobile et dénudée. Par la seconde ouverture, on pénétrait dans un long trajet fistuleux qui se dirigeait en bas et en arrière, vers l'espace qui sépare postérieurement les deux condyles du fémur.

L'aponévrose fémorale fut mise à découvert par l'enlèvement de la peau; elle était évidemment plus épaisse qu'à l'état normal dans les parties interne et antérieure de la cuisse; dans ces points, sa résistance était augmentée.

Le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique était rougeâtre, épaissi et de consistance lardacée autour des trajets fistuleux; aussi existait-il une adhérence assez forte entre la peau et l'aponévrose

A l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la face externe de la cuisse, et entre l'aponévrose fémorale et le muscle vaste externe, se trouvait une balle de plomb du poids de 30 grammes, aplatie absolument comme les balles du même métal que l'on a tirées sur une plaque métallique; elle était enveloppée d'une couche de tissu cellulaire; sa surface adhérait assez fortement à cette espèce de kyste. Une très grande étendue de cette surface était revêtue de sels calcaires disposés sous forme d'incrustation osseuse.

Les muscles triceps crural et crural antérieur étaient tout à fait décolorés dans leur moitié inférieure. Il en était de même du muscle couturier. Les fibres musculaires avaient conservé leur volume; mais elles étaient réunies entre elles par un tissu cellulaire condensé, que l'on rencontrait également entre les corps musculaires eux-mêmes.

L'artère fémorale avait subi une altération notable. Son volume était considérablement augmenté, depuis l'origine de la profonde jusqu'au creux poplité. Elle était légèrement flexueuse; ses parois présentaient plus d'épaisseur; toutes les branches qu'elle fournissait dans cette étendue étaient plus volumineuses qu'à l'état normal. Des incrustations calcaires étaient disséminées par petites plaques à sa face interne, surtout dans la portion, qui était logée dans le canal du grand adducteur. Vers le milieu de ce canal, l'artère était séparée du corps du fémur par une balle de plomb aplatie comme celle qui existait à la face externe du membre. L'artère qui reposait immédiatement sur ce projectile fut ouverte dans le sens de sa longueur et par le côté diamétralement opposé à celui qui était en contact avec la balle. On aperçut alors sur la paroi du vaisseau adossée au corps étranger une ouverture de plusieurs millimètres de diamètre; ses bords étaient épais et arrondis; on touchait facilement la balle à travers cette ouverture, et l'on distinguait très bien la couleur du métal. Un stylet promené sur le projectile n'en détacha aucune pellicule obturatrice. Voulant conserver intacte cette singulière disposition pathologique, on n'a pas cherché à reconnaître par la dissection quels étaient les rapports de la balle avec le fémur, mais il était facile de constater que ce corps étranger était entouré par un kyste celluleux.

Le nerf sciatique avait subi aussi des changemens; il était deux fois plus gros que celui du côté gauche. De nombreux vaisseaux rampaient à sa surface.

La veine fémorale dont le calibre était augmenté avait des parois très épaisses; un cal énorme occupait le corps du fémur, à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. A la partie antérieure de ce cal se trouvait enchassée une esquille grisâtre et mobile qu'il ne fut néanmoins pas possible d'arracher avec des pinces.

A la face interne de chaque condyle du fémur existaient des rugosités dues à une altération de l'os. Le même état pathologique se présentait à la partie supérieure de la face articulaire de la rotule. L'angle inférieur de cet os avait été détaché par la violence employée pour opérer la flexion du membre et adhérait au ligament rotulien.

Ce fait curieux d'anatomie pathologique soulève plusieurs questions. D'abord, comment s'est formée la perforation artérielle? elle a pu être faite traumatiquement par la balle, au moment même de la blessure; peut-être n'a-t-elle été déterminée que consécutivement et par ulcération. La première hypothèse est à mes yeux plus probable que la seconde. En admettant la formation traumatique de la lésion de l'artère fémorale, il reste à décider comment le projectile a divisé le vaisseau. J'ai cru d'abord que l'une des artères articulaires avait été coupée par la balle, à sa naissance, et que c'était son orifice dans le tronc artériel qui avait constitué l'ouverture anormale qui était sous mes yeux. Mais il m'a été facile de constater que les articulaires existaient au-dessous du point où se trouvait cette ouverture. J'ai été conduit à croire que, divisée d'abord irrégulièrement, l'artère s'était rétractée partiellement au pourtour de la blessure vasculaire, ce qui avait donné à la perforation la forme arrondie, et que les bords de cette perforation s'étaient cicatrisés, comme cela arrive dans certains ulcères de la peau.

Si, comme je le pense, la perforation artérielle s'est formée traumatiquement, on doit supposer qu'un anévrisme faux primitif diffus a dû être la conséquence immédiate de la lésion de la fémorale; et alors on ne peut s'empêcher d'admirer les ressources immenses de la nature aidée par l'art, qui a pu conserver un membre atteint de fracture comminutive et compliquée d'anévrisme traumatique et de la présence de plusieurs corps étrangers. Quoique l'on ignore complètement comment les choses se sont passées, on est autorisé pourtant à admettre que ce n'est qu'après un temps très long, que la consolidation de la fracture a pu se faire. Le cal a dû d'abord comprendre dans son épaisseur non seulement les fragmens de l'os, mais encore une assez grande quantité des parties molles qui les entouraient. Plus tard la résorption a fait disparaître les caillots sanguins et les portions exubérantes du cal. L'artère fémorale et la balle se sont trouvées ainsi dégagées; mais il est resté autour de cette dernière un véritable kyste isolant et dont une portion était constituée par la paroi artérielle qui reposait sur le projectile. L'anatomie pathologique nous a appris depuis longtemps que les corps métalliques lisses pouvaient rester en paix dans le sein des tissus; mais à la condition cependant qu'ils s'envelopperaient d'une couche fibro celluleuse.

Il n'est pas facile, suivant moi, d'expliquer pourquoi il ne s'est pas formé un anévrisme faux consécutif. Aucune membrane ne séparait la surface de la balle du courant sanguin qui traversait l'artère. Pourquoi donc le sang ne s'est-il pas insinué entre la balle et son kyste. Des adhérences existaient probablement entre ces deux parties; mais l'impulsion du sang aurait pu les détruire, puisqu'elle fait disparaître facilement celles qui existent entre les tuniques artérielles. Certes, ce n'est pas le temps qui a manqué pour ce travail; car il est vraisemblable que la lésion artérielle existait depuis plus de vingt ans.

Il est fort heureux qu'on n'ait jamais songé à combattre les trajets fistuleux qui accompagnaient cette altération, en extrayant les corps étrangers que la cuisse renfermait. La balle obturatrice enlevée de sa place, le sang se serait échappé de son conduit et la ligature de la crurale serait devenue indispensable; et il est facile de comprendre combien une pareille opération aurait présenté de dangers sur un vieillard dont l'artère était altérée jusqu'à l'arcade crurale.

Nous avons dit que l'articulation du genou était enkylosée; il convient d'examiner si l'on pouvait faire disparaître cette enkylose et par quel traitement.

L'examen anatomique a démontré des altérations dans les parties dures et sur les parties molles. Sur les surfaces articulaires il n'existait que des rugosités qui pouvaient bien rendre, pendant la vie, les mouvemens plus difficiles et douloureux, mais qui évidemment ne devaient pas les rendre impossibles. Du reste, après la mort, la flexion aurait dû être opérée sans une grande résistance. C'est donc dans les parties molles que résidait la cause de l'ankylose; celles qui forment les liens d'union des extrémités articulaires n'offraient rien de particulier; mais les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse étaient fortement décolorés; il est probable que ces muscles avaient perdu leur contractilité et que leurs fibres et leurs masses étaient devenues adhérentes entre elles et avec les parties voisines. C'est cette adhérence, avec perte de la contractilité due à l'altération nutritive de la fibre musculaire, qui ne permettait pas aux extenseurs de monter et de descendre, suivant les besoins de la flexion et de l'extension.

Cette cause de l'ankylose étant admise, nul traitement ne pouvait la faire disparaître.

La flexion forcée aurait pu, il est vrai, être obtenue, mais avec rupture du ligament rotulien ou de la rotule, comme cela est arrivé sur le cadavre. Un pareil résultat n'aurait pas rendu les mouvemens au membre.

La ténotomie aurait été elle-même impuissante. Quels tendons, quels muscles aurait-on coupés? Le crural antérieur et le triceps, sans doute; mais cette section n'aurait pas détruit les adhérences de ces organes avec les parties qu'elles recouvraient, à leur partie inférieure. Une seule opération aurait pu faire disparaître l'ankylose; elle eût consisté à séparer du col et de l'extrémité inférieure du fémur le triceps crural, sinon en totalité, du moins dans une grande étendue. Les adhérences des corps musculaires ayant été ainsi détruites, la portion intacte des muscles extenseurs aurait pu agir avec efficacité, et l'action des muscles fléchisseurs n'aurait plus rencontré d'obstacles. Mais peut-on ne tenir aucun compte des dangers d'une pareille opération? Sans doute que, dans un pareil cas, si l'on se décidait à opérer comme je viens de l'indiquer, on aurait recours aux sections sous-cutanées; il serait nécessaire ensuite de faire exécuter constamment au membre opéré des mouvemens d'extension et de flexion destinés à empêcher la reproduction des adhérences entre les muscles et les parties voisines.

Nota. — La pièce anatomique a été déposée par moi au Muséum d'anatomie de l'École de médecine navale de Toulon.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JUILLET.

DU CLIMAT DE L'ANCIENNE GAULE.

M. FUSTER reprend la lecture de ses recherches sur le climat de la France. Ces recherches, dit-il, sont la suite de celles que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie. Elles comprennent une autre série de faits en faveur du système que le climat de la France a produit en dix-neuf siècles, des modifications générales, continues et profondes. M. de Gasparin professe depuis vingt ans une opinion contraire. Voici cette opinion (je cite textuellement) : *les saisons ont un caractère d'immutabilité permanente; leurs variations en plus ou en moins ne sont que des oscillations autour d'un point fixe* (1) ; ce qui revient à dire que les climats n'ont pas changé et ne changent pas. Cette ancienne prévention perce de toutes parts dans le fond comme dans la forme de la critique de mon premier mémoire. Je ne dirai rien de la forme : chacun a sa manière; mais il importe de rendre les faits à eux-mêmes en leur restituant la valeur qu'ils doivent avoir. Je les confirmerai, chemin faisant, par de nouveaux faits. Nous ne parlerons, dans le mémoire actuel, que du climat de la Gaule à l'époque de la conquête de César, cinquante ans avant notre ère.

M. de Gasparin avance que le climat de la Gaule, sous cette période, était à peu près tel qu'il est aujourd'hui (2). Tous les témoignages contemporains cités dans le premier mémoire, ceux de César, de Diodore de Sicile, de Cicéron, attestent au contraire que ce climat essuyait alors un froid intense, opiniâtre et long. Sans doute, il est impossible, faute de mesures, de se faire une idée exacte du degré de ce froid. Mais les termes de ces témoignages montrent sans équivoque qu'il égalait celui de nos hivers les plus rudes. Il prétend que la description si détaillée de Diodore doit se rapporter à des régions plus septentrionales : c'est une erreur facile à vérifier. Diodore n'a pas reculé la Gaule au-delà des limites reconnues de son temps; il rappelle seulement que les Gaulois avaient transporté leur nom jusqu'aux confins de la Scythie. Si Diodore avait pu se tromper, ses successeurs, mieux informés, Tite-Live, Strabon, Columelle, Pline, etc., n'auraient-ils pas relevé sa méprise? Diodore, d'ailleurs, avait mis trente ans à composer son histoire; il avait voyagé en Europe et en Asie, et il a laissé la réputation d'un historien irréprochable; en outre, les expressions de César et de Cicéron confirment pleinement les assertions du grand historien; enfin, toutes les circonstances de la description de Diodore s'appliquent formellement au climat de la Gaule, entre l'Ocean et le Rhin. On ajoute que ce froid rigoureux n'était qu'un état exceptionnel. Tous les témoignages infirment également cette interprétation. César a parlé de ce froid d'après un séjour de dix ans dans la Gaule ; Cicéron en a parlé d'après les mêmes impressions ; la description de Diodore ne saurait s'entendre que d'un état normal; les récits de Tite-Live, les traditions admises ne permettent pas de le prendre comme une exception. Il est donc certain qu'à l'époque de César, la Gaule, en hiver, avait un froid excessif, qu'il y tombait de la neige au lieu de pluie, et que toutes ses rivières *navigables*, c'est-à-dire les plus profondes, y compris le Rhône, gelaient habituellement avec tant de force qu'elles portaient des armées entières avec leurs bagages et leurs chariots. Tel est le seul sens véritable de toutes les relations historiques.

La longueur de ce froid est un fait aussi positif que sa rigueur. César et Diodore en font expressément la remarque. J'ai essayé d'en assigner la mesure en recherchant l'époque où les troupes de César prenaient leurs quartiers d'hiver. Or cette époque est bien exactement la fin du mois de septembre. M. de Gasparin se trompe en disant que César n'avait pas d'époque fixe pour prendre ces quartiers, et qu'il ne séparait son armée qu'après avoir accompli ses entreprises. Il est si vrai que César réglait ses campagnes sur les convenances de la saison, que, dans le premier livre des COMMENTAIRES, il annonce l'entrée dans les quartiers d'hiver *un peu plus tôt que la saison ne l'exigeait* (3); que, dans le troisième livre, on lit que quelques nations refusèrent de se soumettre *parce qu'elles comptaient sur l'approche de l'hiver*, et que César s'engagea dans une nouvelle campagne, *bien que l'été touchât à sa fin, parce qu'il espérait la terminer en peu de temps* (4); que, dans le livre VIII, il met ses troupes en mouvement aux approches de l'hiver, *parce que la saison permettait de combattre* (5); c'est *la rigueur de la saison*, notamment *le froid insupportable et la violence des tempêtes* (6), qui lui font surtout un devoir de faire rentrer ses troupes vers l'équinoxe d'automne. Il ne les retient sous les armes, passé cette époque et pendant l'hiver, que dans les cas d'urgence.

L'intensité et la durée du froid de la Gaule, ses tempêtes et ses pluies excessives en bannissaient les cultures de la vigne et du figuier. La vigne s'arrêtait alors derrière les Cévennes, en deçà du Vivarais et au-dessous du Dauphiné. Elle était donc bien loin de la hauteur qu'elle occupe de nos jours. La différence au profit de notre époque est de près de 4° de latitude à l'ouest, sans compter qu'elle n'existait pas, dans toute la région océanique au-delà des Cévennes, de 4° et demi au centre et de 3° au moins du côté de l'est. La culture du figuier était encore plus restreinte, puisqu'il se trouvait relégué au pied des Cévennes, sous le 43e degré de latitude à 5° plus bas qu'aujourd'hui. Dira-t-on, d'après ces faits, dont nous avons eu soin de suivre tous les détails, que le climat de la Gaule, au temps de César, était à peu près ce que nous le voyons à présent?

Nous avons montré que la Gaule, à l'époque de l'invasion de César, avait habituellement un froid excessif, des pluies torrentielles et des tempêtes affreuses; nous allons montrer par de nouveaux faits qu'il n'en pouvait être autrement. Les circonstances locales et l'état des contrées voisines expliquent cette constitution.

D'immenses forêts enveloppaient alors la Gaule. Ces forêts de hautes futaies et peuplées d'arbres résineux en occupaient les deux tiers. On trouvera dans le premier mémoire les places et les directions de ces forêts. Elles se dressaient à chaque pas dans les plaines, régnaient en masse le long de ses trois mers, revêtaient les côteaux, hérissaient les montagnes. Des forêts encore plus épaisses remplissaient au loin les contrées du voisinage : c'était, à l'est, la forêt Hercynie (forêt Noire); au nord, les forêts de la Thuringe, la forêt des Ardennes, les forêts vierges du Danemarck, de la Suède et de la Norwège. Toutes ces forêts étaient très épaisses, profondes, impénatrables. Ce n'est pas tout.

Le sol de la Gaule, profondément imprégné d'humidité, nageait en quelque sorte dans les étangs, les lacs, les marais et les marécages. Les étangs et les lacs en vivifiaient les montagnes et les vallées; les marais et les marécages en submergeaient les terres incultes et les forêts; toutes les régions contiguës à la Gaule, cette vaste étendue de pays entre le Rhin, la mer Baltique et le Pont-Euxin, n'offraient également du nord à l'est que des terres incultes, des fleuves sans lit et des amas d'eau stagnante. Un immense marais cachait aussi presque en totalité les plaines devenues depuis les Flandres, la Belgique et la Hollande. Toutes ces eaux, gelées aux premiers froids, transformaient les campagnes en un vaste glacier. Il paraît enfin, d'après les travaux récens de MM. Agassiz et Boubée, que les glaciers des Alpes et des Pyrénées étaient alors plus grands, plus nombreux et plus bas qu'aujourd'hui. Ces géologues ne doutent même pas que ces montagnes tout entières et les plaines des environs, dans plusieurs points, ne soient restées longtemps, à une époque correspondante à celle-ci, couvertes de glaces comme les régions polaires (1). En dehors de la Gaule, au-delà du Rhin, le continent de l'Europe, plus septentrional ou plus sauvage, offrait à plus forte raison les mêmes dispositions locales. Ces gigantesques forêts, ces masses d'eaux stagnantes, ces terres incultes, ces glaciers donnaient certainement à la Gaule primitive une tout autre physionomie qu'à la France d'aujourd'hui. On conçoit très bien, par leur influence, le caractère général de ses saisons.

En hiver, les vents du nord et de l'est se deversaient dans cette région à travers la mer Germanique et les solitudes de la Scythie. Ils y rencontraient à l'opposite des vents d'ouest presque en permanence. Resserrés entre les forêts, irrités par leur conflit, ces vents antagonistes s'engouffraient dans les clairières et roulaient confondus en tourbillons rapides parmi des flots de neige. La première impression du froid gelait d'abord les eaux stagnantes; l'influence de tant de glaces, jointes à la prépondérance des vents glacés du nord et de l'est, faisait bientôt prendre les fleuves et les rivières; la brusque solidification de toutes ces masses redoublait l'impétuosité des vents. C'est alors que l'hiver sévissait dans toutes ses rigueurs sur des terres inaccessibles au soleil et jonchées de frimats, au milieu d'un horison dominé de plusieurs côtés par des hauteurs chargées de neige et de glaciers, dans un pays en contact avec un immense continent, encore plus septentrional, plus sauvage ou plus boréal.

Au retour du printemps, les vents d'ouest reprenaient le dessus à mesure que la diminution du froid restreignait la domination des vents du nord et de l'est. La lutte de ces vents contraire, aigrie encore par la résistance des forêts, rencontrait un puissant auxiliaire dans le brusque ébranlement de l'atmosphère à la résolution générale des glaces de l'hiver. Une humidité excessive et des pluies diluviales accompagnaient ces tempêtes. Elles provenaient de l'énorme masse de glaces rendue subitement à l'état de liquide, des vapeurs aqueuses abandonnées par les vents d'ouest, et de celles qui s'élevaient de la surface d'un sol couvert de neige pendant un long hiver. La vaste étendue des forêts jouait ici un grand rôle, facile à apprécier.

Ces innombrables sources d'humidité et de pluie prolongées pendant l'été en modéraient la chaleur, l'entrecoupaient d'averses et en abrégeaient la durée. Cependant, les plaines et les clairières étaient vivement échauffées, tandis que les premières neiges couronnaient déjà les montagnes et les hautes vallées. Ce contraste propre à l'automne entraînait un double effet : il rappelait les coups de vents, les bourrasques et les tempêtes; il provoquait, en outre, des flots incessans de pluies en précipitant sur les plaines ces torrens de vapeurs dissoutes durant l'été. Les circonstances locales et les influences des contrées voisines expliquent très bien, comme on voit, les trois élémens essentiels au climat de l'ancienne Gaule : son froid excessif, l'abondance de ses pluies et la violence de ses tempêtes.

Tout ce que nous avons dit de ce climat s'applique aux régions du nord et du midi. Il n'y a d'excepté que la Gaule narbonnaise, composée exclusivement du Roussillon, du Bas-Languedoc et de la Provence. Ainsi tombe la dernière objection de M. de Gasparin, savoir que les descriptions anciennes du climat de l'ancienne Gaule ne concernent que sa partie septentrionale. Dans une prochaine lecture, nous continuerons la discussion des faits sur les modifications successives de ce climat.

(1) MÉM. SUR LA CULTURE DE L'OLIVIER, ann. 1822, 1re partie, chap. 3.

(2) Rapport sur mon premier mémoire, p. 1091 des COMPTES-RENDUS des séances de l'Académie.

(3) § 54.

(4) § 27, 28.

(5) § 32.

(6) Lib. VII, § 8; lib. VIII, § 4, 5, etc.

(1) COMPTES-RENDUS, 1er semestre 1842, p. 528; 1er semestre 1843, p. 678, etc.

RECHERCHES SUR LES SEXES ET LES ORGANES DES SENS DES ANNÉLIDES.

M. DE QUATREFAGES envoie de Capo di Milazzo des noles concernanl les études qu'il a été chargé de faire par l'Académie sur les mollusques de la Méditerranée.

Il rend compte spécialemenl des recherches qu'il a faites sur les sexes des annélides. Dans toutes les espèces qu'il a observées dans des conditions favorables, les sexes se sonl montrés séparés anssi hien que dans les annélides de la Manche. Il a, de plus, renconlré quelques faits nouveaux. Ainsi, dans une espèce pélagique très commune à l'onest du Capo di Gallo, les 15 premiers anneaux, très différens des suivans, renfermenl seuls des œufs ou des zoospermes. On voit qu'ici la disposition des organes reproducteurs est inverse de celles qu'il a signalées chez les syllis. Dans une autre espèce vivant égalemenl en pleine eau el pêchée à la Torre dell'isola di terra, il a trouvé des masses zoospermiques à tous les degrés de leur développemeut réunis dans nn même individu. Cette circonstance lui a permis de reconnaître que ces masses, d'abord homogènes, subissent des divisions et subdivisions successives jusqu'au moment où elles se résolvent pour ainsi dire en spermatozoïdes. Ce mode d'évolution rappelle entièrement ce qui se passe dans le vitellus lors de la première période de l'incubation. On voit que l'analogie tant de fois signalée entre les organes reproducteurs des deux sexes se retrouve jusque dans les prodnits de ces organes et jusque dans les phénomènes du développement de ces prodnits.

A l'aide du microscope, M. de Quatrefages a pn conslater de la manière la plus positive que les sexes sont séparés dans l'hnlothurie tubulense, dans l'astérie rouge. Chez l'une et chez l'aulre, les testicnles sont entièrement semblables aux ovaires pour la forme et la position. La nature des produits peut seule les faire distingner.

Chez les planaires, au contraire, les sexes sont hien réellemenl rénnis, comme l'avaient admis Baer et Dugès; mais ni l'un ni l'autre de ces physiologistes n'avait vu les spermatozoïdes de ces animaux. M. de Quatrefages les a lrouvés sur plusieurs individus qui portaieut égalemenl des œufs. L'existence de spermatozoïdes chez des animaux regardés comme présentaut nn exemple d'extrême simplicité d'organisation offre par cela même un intérêt réel.

M. de Qualrefages a reconnu l'existeuce d'un système nerveux chez plusieurs espèces (on sait que plusieurs naturalistes en avaient nié l'existence). Dans toutes, il s'est montré avec les mêmes caractères. Il consiste en un double gangliou placé en avant de l'orifice buccal el d'où partent plusieurs filels.

Il a constalé encore un fait entièrement semblable à celui qu'avaienl signalé MM. Prévost el Dumas relativement à la fécondation. Ces physiologistes avaient dit les premiers que chez les animaux qui s'accouplent la liqueur spermatique pénètre jusque dans l'ovaire, el que, par conséquent, l'œuf esl fécondé sur place.

On sail que heaucoup de naturalisles rejettent l'existence d'organes des sens analogues à ceux que l'on rencontre chez les animaux supérieurs. L'anteur de ces recherches a tronvé dans les yeux d'nue planaire de grande taille un cristallin bien caractérisé, placé sous la couche pigmentaire. Chez plusieurs neméries, il a conslaté la communication du cerveau avec les yeux par des nerfs optiques distincts. Les yeux sont composés d'une couche de pigment, d'une poche renfermanl une espèce d'humeur vitrée. Il a même distingué quelquefois un cristallin.

Dès l'année dernière, il avait signalé l'existence d'un organe auditif chez une annélide voisine de l'amphicora de M. Ehrenherg. Il a trouvé une seconde espèce qui se distingue de celle de la Manche, en ce que chaque organe renferme plusieurs otolithes. Il a reconnu, du reste, cette multiplicité des otolithes chez plusieurs mollusques gastéropodes que leur taille et leur transparence lui ont permis d'examiner vivans an microscope.

Le même auteur envoie sous forme de propositions nn résumé de l'histoire des mollusques gastéropodes phlébentères de la Méditerranée.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'OEUF HUMAIN.

M. DESCHAMPS (de Melun) envoie un mémoire sur l'analomie el la physiologie de l'œuf el du *corpus luteum* à l'ovaire de la femme et des mammifères. (Voir ci-contre ce mémoire.)

AMPUTATION DE L'ÉPAULE.

M. RIGAUD, professeur à Strasbourg, envoie à l'Académie le moule en plâtre d'un scapulum qu'il a enlevé, avec une portion de la clavicule, sur un homme âgé de 51 ans. Il joint à cet envoi une note dans laquelle il fail connaître les particularités qu'a présentées cette opération. Le sujet de cette observation, ancien grenadier de la garde impériale, portait, en 1841, une tumeur de la partie supérieure du bras gauche, pour laquelle M. Rigaud dut faire et fit, en effet, l'amputation de l'articulation scapulo-humérale. La plaie résultant de l'opération guéril, et le malade fut bien portanl pendant huit mois; mais au bout de ce temps on pul constater dans la région axillaire la présence d'une tumeur osseuse qui paraissait naître et qui naissait, en effel, comme on put s'en convaincre plus tard, de l'angle antérieur du scapulum. M. Rigaud jugea, pour des motifs exposés dans son travail, qu'il étail nécessaire d'enlever le scapulum tout entier avec l'extrémité externe de la clavicule. Celte laborieuse opération ayant été exécutée avec un plein succès dans le couranl de l'année 1842, le malade fut rétabli au bout de deux mois el n'a pas cessé depuis de jouir d'une bonne santé.

M. le docteur DUCROS adresse un résumé de ses différentes communications. Il prie l'Académie de nommer une commission qui sera chargée de prendre connaissance des expériences et des faits qu'il a annoncés, tant sous le rapport théorique que pratique. Nous en rendrons compte lorsque le rapport sera fait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Le procès-verbal de la dernière séance esl lu el adopté.

ONZIÈME VOLUME DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

M. BOUSQUET propose, au nom du comité de publication, de composer le onzième volume des mémoires de l'Académie des travaux suivans : Les éloges académiques de Bourdois de la Mothe et Double, lus dans la dernière séance publique annuelle; le mémoire de M. Ségalas sur l'urétro-plastie; les mémoires de M. Prus sur l'apoplexie méningée; de M. Valleix sur l'œdème de la glotte; de M. Gintrac sur l'influence de l'hérédité sur les maladies nerveuses; de M. Michéa sur l'hypochondrie; de M. Brière de Boismont sur le délire aigu; et le travail de M. Delafond sur l'empoisonnement des animaux par l'acide arsénieux.

M. ADELON : Je regrette que l'excellent rapport de M. Mélier sur le concours du prix Civrieux n'ait point encore été imprimé. Pourquoi ne le comprendrait-on pas parmi les pièces qui devront composer ce volume? Je demande cette adjonction.

M. BOUSQUET : Il n'est pas d'usage d'insérer dans le recueil des mémoires ce qui a été lu en comité secret. Le rapport de M. Mélier est dans ce cas. Cependant si la demande en est faite, je ne ferai aucune opposition.

M. ADELON : J'en fais formellemenl la demande.

M. LE PRÉSIDENT se dispose à mettre aux voix la proposition de M. Adelon. Sur l'observation de M. Méral, elle esl renvoyée au comité de publication.

M. CORNAC réclame en faveur du mémoire de M. Brachel sur l'hypochondrie.

M. BOUSQUET fait remarquer que le comité avail entre les mains deux mémoires sur le même sujet, envoyés pour le même concours, le mémoire de M. Brachet et celui de M. Michéa. Il n'était pas possible de les insérer tous deux dans un même volume. Le mémoire de M. Michéa ayant remporté le prix, le comité a cru devoir lui donner la préférence.

LIGATURE DE L'ARTÈRE CRURALE.

M. ROUX parle d'un malade auquel il vient de pratiquer la ligature de l'artère crurale pour une tumeur fongueuse du tibia.

ARSENIC DES TERRAINS DE CIMETIÈRES.

M. OLLIVIER (d'Angers): Il y a deux ans, M. Orfila lut devant l'Académie un mémoire dans lequel, entre autres propositions, on trouvait celle-ci : l'arsenic étant insoluble dans l'eau, il est impossible qu'un cadavre enterré dans un terrain arsenical puisse être pénétré par cet agent. Ce que M. Orfila donnait alors comme un résultal de la théorie vient d'être pleinemenl confirmé. Voici comment :

Un homme devenu veuf est accusé par la rumeur publique d'avoir empoisonné sa femme; l'autopsie démontre qu'elle a dû succomber à des lésions indépendantes d'un empoisonnement. Mais une femme, dans l'intenlion d'épouser cet homme veuf, empoisonne son mari. A l'autopsie de cet homme, on trouve des traces évidentes d'arsenic. Des différens élevés entre les experts font renvoyer l'affaire; nouvelle exhumation du cadavre de cet homme, dont les viscères sont envoyés à Paris avec de la terre de la fosse, reconnue arsenicale. L'appareil de Marsh donna des marques irréfragables d'arsenic dans le foie. La justice ordonna aussi l'exhumation du cadavre de la femme. Quoique ce cadavre eût séjourné plusieurs mois dans un terrain arsenical, il a été impossible à l'analyse d'en retrouver la moindre trace.

Ce fait vienl parfaitemenl confirmer les prévisions de M. Orfila. Tout en constatant la réalité de l'existence des terrains arsenicaux, il prouve que cette circonstance ne peut en aucune façon entraver la marche de la justice, car l'insolubilité de l'arsenic contenu dans les terres des cimelières s'oppose à ce que les cadavres s'en imprègnent.

M. ROUX : Comment M. Ollivier explique-t-il la présence de l'arsenic dans les terrains de cimetières.

M. OLLIVIER : La présence de l'arsenic dans ces terrains peut avoir plusieurs causes diverses. On sail depuis les recherches de M. Chevallier et celles de M. Orfila, qu'il n'est pas rare de trouver de l'arsenic dans les terrains des cimetières : cet arsenic provient le plus souvent d'anciens débris; aussi est-ce le plus ordinairement dans des terrains d'alluvion qu'on le rencontre. Il en existe toutefois dans certains terrains à l'état natif. M. Ollivier cite une localité dont le nom nous échappe, dans laquelle on exploite à ciel ouvert une mine de fer arsenical. Enfin, une dernière circonstance qui peut expliquer la présence de l'arsenic dans certains terrains, c'est l'habitude où l'on est encore dans quelques localités de chauler le blé avec de l'arsenic.

M. BOULLAY : La présence de l'arsenic dans les terrains dont on parle me paraît inexplicable, je demanderai à quel état on l'y trouve.

M. CHEVALLIER : Il existe de l'arsenic naturel dans plusieurs localités. A Ste-Marie-aux-Mines, dans le département des Vosges, il s'en trouve une grande quantité. En général, lorsqu'on trouve de l'arsenic dans des terrains voisins de petites localités, on ne peut pas chercher à en expliquer la présence par des dépôts

accidentels des débris qui contiendraient cette substance. Ce n'est qu'à Paris où il se fait une énorme consommation de préparations arsenicales dans les arts industriels, ou dans les environs des grandes villes, qu'on peut trouver ainsi de l'arsenic dans des terrains de transport. Mais dans les petites localités où l'on ne peut admettre cette circonstance, il faut chercher l'explication de la présence de l'arsenic dans des conditions géologiques qu'il serait du plus grand intérêt de bien étudier.

M. Orfila : La question qui vient d'être soulevée renferme un double problème dont j'ai cherché la solution dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire dans le temps devant l'Académie. Voici les deux questions que je me proposai alors de résoudre : Un cadavre empoisonné par l'arsenic peut-il rendre l'arsenic qu'il contient à la terre qui l'environne? Je résolus cette question affirmativement. Un terrain arsenical au milieu duquel est plongé un cadavre peut-il transmettre à ce cadavre une partie de l'arsenic qu'il récèle? Ma réponse fut négative. Quant à la présence accidentelle de l'arsenic dans les terrains des cimetières, dont a parlé M. Ollivier, on se rappelle que j'ai été l'un des premiers à la signaler. Je ne reviendrai pas sur la première question qui n'est pas actuellement soulevée ; je me borne pour le moment à faire remarquer que mes prévisions sur la question de l'impossibilité de transmission de l'arsenic de la terre au cadavre se trouvent vérifiées par le fait que vient de rapporter M. Ollivier.

M. Chevallier : Je demanderai à ajouter un mot au sujet de cette dernière question. On a récemment signalé l'existence du cuivre dans les os des personnes qui travaillent cette substance. En faisant des nouvelles recherches sur ce sujet, on a trouvé du cuivre dans le terrain du cimetière d'une localité où l'on travaille beaucoup ce métal, et qui contient par conséquent un grand nombre d'ossemens d'ouvriers qui ont passé leur vie à ce genre de travail. C'est là un fait très curieux sur lequel je me propose de revenir à l'occasion d'un rapport que je ferai à l'Académie sur ce sujet.

— M. Jobert est appelé à la tribune pour un rapport.

M. Velpeau : Je demanderai si la question de l'ophthalmologie doit être considérée comme terminée ou non. Pour ma part je réclamerais contre cette dernière interprétation. Cette question ne peut pas rester ainsi en suspens, elle est aujourd'hui plus embrouillée que jamais...

M. Cornac : Je demande qu'on affecte des séances extraordinaires à la suite de cette discussion.

M. Gerdy insiste pour que la discussion continue et qu'elle ne soit plus interrompue désormais. Il annonce que pour terminer plus promptement il a rédigé les conclusions par lesquelles il se propose de résumer toute son argumentation.

M. Rochoux appuie la reprise de la discussion, sauf à renvoyer à une séance extraordinaire si elle n'est pas terminée dans cette séance.

MM. Velpeau, Nacquart et Roux s'opposent au renvoi demandé.

M. Roux déclare en outre renoncer à la parole et la réclame en faveur de M. Velpeau pour résumer la discussion.

La proposition du renvoi est mise aux voix et rejetée; en conséquence la discussion est remise à l'ordre du jour. La parole est à M. Gerdy.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR L'OPHTHALMOLOGIE.

M. Gerdy résume ce qu'il a dit dans les précédentes séances dans les conclusions suivantes :

Il faut dans l'exposition des ophthalmies, comme il le faut en général dans l'exposition des autres maladies, commencer par une description générale de toutes les affections de la même espèce, pour passer ensuite à leurs modifications.

Ces distinctions doivent plutôt être désignées sous le nom de *modes* que sous celui d'*espèces*, parce que, dans les sciences, les espèces sont des distinctions plus larges qui réclament un plus grand nombre de caractères particuliers et de différences plus profondes que les modes dont l'expression étant inusitée et plus vague, est plus propre à indiquer des différences variées et inégales par leur importance.

Il faut puiser successivement les distinctions des opthalmies à tous les caractères qui fournissent des différences notables à la pathologie; dans les causes, dans les caractères anatomiques, dans les symptômes, dans la marche et les terminaisons des maladies. Toutes ces différences, en effet, sont importantes, et, quoiqu'elles le soient à des degrés divers, il n'y a pas de motifs pour tenir compte seulement de quelques-unes et pour négliger les autres. Ce serait s'exposer à perdre certainement des vérités lumineuses et des conséquences pratiques utiles.

Si, contrairement à la raison, on persistait à vouloir distinguer les ophthalmies uniquement d'après un seul caractère, ce serait plutôt d'après la nature patente des ophthalmies que d'après la nature des tissus lésés qu'il faudrait les distinguer les unes des autres. Le siége n'est pas tiré de l'essence de la maladie; c'est évidemment un caractère relatif, jusqu'à un certain point étranger à la maladie dont l'existence est tellement indépendante de la diversité de texture, qu'elle peut se montrer dans tous les tissus de l'œil.

Si l'on suivait la doctrine ophthalmologique qui tend à s'établir en France et qui sous certains rapports paraît plus vicieuse que la doctrine allemande, si l'on proclamait, comme l'a fait M. Bérard, qu'il faut uniquement distinguer les ophthalmies d'après la nature des tissus affectés ; si l'on voulait rester conséquent à ce principe, voyez à quelles conséquences on serait conduit! Ou bien on supprimerait les distinctions des causes, des symptômes et de la marche des maladies, et on ne parlerait ni des ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, ni des ophthalmies légères, intenses ou très intenses, ni des ophthalmies aiguës, chroniques; ou bien on les subordonnerait aux distinctions de siége et en faisant des subdivisions de conjonctivite, de kératite, d'iritis, etc., que l'on distinguerait sous les noms de scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, etc. Alors on trouverait une foule de tableaux pathologiques où l'on partagerait arbitrairement les symptômes entre les inflammations de manière à distinguer dans les livres des espèces et des variétés qui ne seraient pas distinctes dans la nature. C'est ce qui est arrivé pour presque toutes les ophthalmies, pour les conjonctivites purulentes, pour la kératite et surtout pour les inflammations internes et profondes de l'œil, dont on ne peut apprécier l'isolement et la circonscription, ni par les yeux (parce qu'on ne peut voir convenablement les tissus malades), ni par les symptômes (parce qu'ils développent à tout instant des irritations de voisinage dans les divers tissus de l'œil et même dans les parties voisines).

Enfin, il y a tant d'arbitraire et d'inexactitude dans les descriptions ophthalmologiques de nos jours, qu'à chaque instant les auteurs tombent en désaccord et ne peuvent parvenir à s'entendre. Est-il possible d'être ainsi en désaccord sur la vérité? Ce fait ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence la vanité de la doctrine nouvelle et de la méthode qui l'a engendrée?

M. Velpeau, après avoir rectifié la fausse interprétation donnée au mot d'épidémie d'ophthalmie scrofuleuse, contenu dans son rapport, interprétation contre laquelle l'auteur du mémoire a lui-même réclamé, s'exprime à peu près ainsi :

Je n'aurai que peu de choses à répondre aux questions ou aux objections qui m'ont été adressées par MM. Roux, Martin-Solon, Castel et Rochoux ; cette réponse se trouvera d'ailleurs comprise dans les considérations dans lesquelles je vais entrer. M. Bérard a raisonné d'après la doctrine que je professe ; à l'exception d'un seul point relatif à la photophobie, nous sommes complètement d'accord. Je n'aurai donc rien à démêler avec lui. J'aurai à m'occuper principalement de l'argumentation de M. Gerdy. Je ferai d'abord à son égard une remarque, c'est que M. Gerdy a presque toujours affecté de diriger sa critique contre les Allemands, bien qu'en réalité elle s'adressât souvent à moi-même. Je ne sais pourquoi ce detour ; il était inutile entre nous et dans une discussion purement scientifique. Il y a bien des choses dans ce qu'a dit M. Gerdy; de là une confusion qui ne m'a pas toujours permis de saisir sa pensée. Il m'a semblé qu'il était tantôt pour tantôt contre la doctrine allemande. Quoi qu'il en soit, la première objection qu'il oppose à la doctrine que je professe, c'est de commettre une omission importante, en n'admettant d'autres distinctions que celles fondées sur le siége anatomique des ophthalmies, et ne tenant point compte de leur nature; mais il n'y a là aucune omission, puisqu'il est convenu qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une inflammation. S'élevant contre la considération du siége des maladies en général, M. Gerdy nous dit que dans une hémorrhagie, par exemple, c'est l'écoulement du sang qu'il faut surtout prendre en considération et non le lieu par lequel il se fait. C'est une grande erreur; la gravité d'une hémorrhagie dépend principalement du point où elle a lieu ou des parties dans lesquelles le sang s'épanche; et c'est de ces circonstances mêmes que se déduisent les moyens à lui opposer. Qui n'est d'ailleurs convenu aujourd'hui que la nature d'une maladie étant connue, la thérapeutique se modifie en raison du siége qu'elle affecte?

M. Gerdy a dit que c'étaient à peu près toujours les mêmes causes qui produisent indistinctement une conjonctivite, une kératite ou une iritis. Cela n'est pas exact. Il y a des ophthalmies qui sont produites par l'influence atmosphérique, telles sont les conjonctivites épidémiques, par exemple; mais on ne voit jamais des kératites naître sous l'influence des mêmes causes ; la kératite ne se montre jamais épidémiquement par la raison que les épidémies affectent en général de préférence les membranes muqueuses. Il a dit ensuite qu'il fallait tenir compte de certaines conditions particulières, telles que la constitution des sujets, l'âge, l'hérédité, et. Mais je n'ai jamais nié cela. Ce sont là de ces considérations qui rentrent dans la pathologie générale et dont il ne peut être question à propos des ophthalmies; on doit d'ailleurs les supposer connues. L'inflammation, a-t-il ajouté, passe facilement d'un tissu à un autre. Sans doute, ce qui se passe dans les tissus de l'œil ne diffère en rien, à cet égard, de ce qui a lieu dans les autres organes ; on voit tous les jours l'inflammation se propager de la plèvre aux poumons, du péritoine à la muqueuse intestinale. On n'en admet pas moins pour cela une péritonite et une entérite distinctes, une pleurésie et une pneumonite, etc. De ce que l'inflammation se propage effectivement parfois de la conjooctive à la cornée, de là l'iris, ce n'est pas une raison pour qu'elle ne puisse rester circonscrite dans l'une ou l'autre de ces membranes. M. Gerdy lui-même ne pourrait nier que des conjonctivites les plus intenses, même purulentes, guérissent quelquefois sans qu'il reste après elles la moindre trace d'inflammation de la cornée ou des autres membranes de l'œil.

M. Gerdy est arrivé ensuite à la question des ophthalmies spécifiques. C'est là que j'ai été surpris, après l'avoir entendu annoncer qu'il allait combattre à outrance les idées allemandes, de le voir admettre presque toutes les distinctions de Baer et de son école.

Ici M. Velpeau énumère et examine successivement les principales espèces d'ophthalmies spécifiques admises par les auteurs allemands, telles que l'ophthalmie rhumatismale, goutteuse, syphilitique, scrofuleuse, hémorroïdale, etc. Et que l'on ne croie pas, ajoute-t-il, que ces sortes d'ophthalmies ne soient admises que sur une simple coïncidence avec telle maladie générale : à chacune d'elles on assigne des caractères locaux, une distribution spéciale des vaisseaux injectés, etc. J'ai voulu voir par moi-même depuis un grand nombre d'années ce qu'il en était de cette doctrine ; j'ai bien vu qu'il y avait des colorations différentes, des injections variées, des degrés divers de densité de tissu, mais que ces caractères anatomiques dépendaient uniquement de la nature du tissu malade et non de telle ou telle cause morbide particulière. Ainsi les caractères qu'ils ont assignés à l'ophthalmie catarrhale sont tout simplement ceux de la conjonctivite ; l'ophthalmie rhumatismale n'est autre chose qu'une iritis ou une kératite, etc. Je viens de prononcer le mot d'iritis ; je ne comprends pas comment M. Gerdy peut nier son existence. L'inflammation de l'iris a des symptômes, une marche, un mode de terminaison qui ne permettent de la confondre avec aucune

autre des maladies de l'œil; on la voit naître, se développer et parcourir toutes ses phases, sans que l'on puisse apercevoir la moindre trace d'inflammation dans les autres tissus. L'existence de l'iritis est donc incontestable; ce n'est pas moi d'ailleurs qui l'ai décrite le premier, c'est M. Gimelle qui l'a fait connaître l'un des premiers en France. Mais les ophthamologistes allemands sont allés beaucoup plus loin : ayant remarqué que dans l'iritis la pupille affectait des formes différentes, ils ont assigné à chacune de ces formes une cause spécifique particulière. Ainsi, suivant que la pupille était élargie en travers, ou oblongue de bas en haut, ils en ont fait une iritis tantôt rhumatismale, tantôt syphilitique, etc. En examinant de près, qu'ai-je vu? C'est que la pupille se déforme de telle ou telle manière, suivant le degré de l'inflammation et l'étendue des adhérences qui en résultent.

Quant à l'ophthalmie scrofuleuse, je ne l'admets pas. A entendre les ophthalmologistes, ce serait la forme d'ophthalmie la plus fréquente; ils lui assignent la photophobie comme un de ses principaux caractères. Mais j'ai déjà démontré par un grand nombre d'observations que la photophobie est le symptôme de la kératite ulcéreuse : elle a lieu, dans ce dernier cas, au moins dix-huit fois sur vingt. D'un autre côté, ne voit-on pas cette photophobie se manifester chez des sujets de tout âge, de tout tempérament, indistinctement? Enfin les sujets lymphatiques n'offrent-ils pas également toutes les autres formes de l'ophthalmie? Non seulement, je le répète, je n'admets pas d'ophthalmie scrofuleuse, mais je n'admets pas même de scrofules. (Oh! oh!)

Examinant ensuite successivement les différentes ophthalmies dites spécifiques, telles que l'ophthalmie goutteuse, arthritique, rhumatismale, etc., M. Velpeau nie également leur existence; la seule ophthalmie qu'il admette à titre de spécifique est la syphilitique. Il n'y a rien, dit-il, de spécial, rien de particulier dans les autres; il n'est donc pas nécessaire de recourir à des principes scrofuleux, goutteux, rhumatismaux, tout aussi imaginaires les uns que les autres, tandis que les localisations différentes rendent suffisamment compte des différences observées.

Quant à la thérapeutique, elle devrait être considérée d'une manière générale, suivant M. Gerdy, le même traitement convenant à toutes les formes d'ophthalmie. Je lui demanderai s'il pense sérieusement que la ponction de l'œil, par exemple, dont il a parlé, uniquement indiquée pour les cas d'ophthalmite ou d'inflammation générale du globe de l'œil, puisse convenir à quelque autre forme que ce soit; emploierait-il le nitrate d'argent, si efficace dans les conjonctivites, contre la kératite ou l'iritis? Évidemment, non.

Qu'ai-je voulu en établissant la classification des ophthalmies d'après leur siége? appliquer aux maladies de l'œil ce que l'on fait depuis longtemps pour les autres maladies.

En résumé, dit en terminant M. Velpeau, je ne partage ni les opinions des Allemands, ni celle de M. Gerdy, ni sur la spécificité des ophthalmies, ni sur la nécessité de les considérer d'une manière générale. Pour moi, les ophthalmies diffèrent, 1° selon le tissu qu'elles affectent; 2° secondairement, selon les circonstances particulières d'âge, de constitution dans lesquelles l'individu affecté se trouve placé; 3° enfin leurs symptômes, leurs caractères, leur marche, leur terminaison et leur traitement diffèrent d'après leur siége.

— Sur la demande de M. Nacquart, la clôture de la discussion est mise aux voix et adoptée à une grande majorité.

LITHOTOMIE.

M. Ségalas place sous les yeux de l'Académie deux pierres vésicales qu'il a extraites dernièrement à deux vieillards, par la taille suspubienne.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DU BÉGAIEMENT ET DES MOYENS DE LE GUÉRIR; ouvrage contenant l'exposé de la méthode découverte par M. Jourdant pour guérir ce vice de la parole; par M. Becquerel. — Paris, 1843. Un vol. in-8° de III-139 pages. Chez Fortin, Masson et Ce, place de l'École-de-Médecine, 1.

Le nom de M. A. Becquerel placé en tête de cet opuscule est la meilleure garantie que nous puissions donner de l'esprit tout pratique qui a présidé à sa rédaction. L'auteur, bègue lui-même et guéri aujourd'hui de cette infirmité, après avoir d'abord vainement essayé la plupart des méthodes soi-disant curatives, se trouvait dans d'excellentes conditions pour juger sainement et les théories faites sur le mécanisme de ce vice de la parole et les divers modes de traitement préconisés contre lui. Un malade guéri est, en général, un appréciateur fort peu sagace des causes et de la nature de son mal; il ne voit que le résultat, et, dans sa prévention, torturera, s'il le faut, les faits les plus évidens pour donner gain de cause à l'agent auquel il croit devoir attribuer son soulagement. Il n'en est pas de même du médecin : s'il joint à l'esprit d'observation, à des notions physiologiques arrêtées, une complète indépendance de caractère à l'endroit des doctrines, l'heureuse action d'un remède sur sa personne ne reste jamais pour lui un fait isolé; c'est toujours l'occasion d'une remarque juste, souvent le germe d'une utile découverte. — La lecture de ce petit volume montrera que M. A. Becquerel réunissait toutes ces conditions et qu'il a longtemps et sérieusement travaillé pour les utiliser au profit de ses confrères. Le livre que nous annonçons n'est pas le simple exposé d'une méthode de traitement; c'est un traité *ex professo* renfermant tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour reconnaître et pour guérir cette fâcheuse incommodité. Si, malgré le petit nombre de ses pages, il nous paraît justifier cet éloge et bien digne de remplacer d'autres publications plus volumineuses sur la même matière, c'est que l'auteur bien pénétré de son sujet a su heureusement élaguer de son cadre ces redites banales qu'on retrouve partout les mêmes, et qu'étale avec une sorte de complaisance tout ouvrage qui prétend au titre de traité complet.

Envisagé au point de vue du praticien, ce traité comprend bien nettement séparées les deux questions qu'ici, comme en face de toute maladie, on se pose tout d'abord : connaître, puis guérir. Or les théories du bégaiement jusqu'ici imaginées pouvaient-elles conduire à la découverte d'un traitement efficace?..... Il ne faut presque que les comparer entre elles pour être en droit de répondre négativement; car, indépendamment des lacunes et des défauts graves qu'on peut reprocher à chacune, elles offrent encore dans leur formule plus d'une contradiction flagrante. Selon Rullier, on bégaie parce que la pensée est trop prompte; pour M. Deleau, la cause première serait, au contraire, une volonté peu ferme, une action cérébrale incomplète. Ici, on admet que le bègue a la prononciation plus libre, lorsqu'il est fortement impressionné; là, pour le besoin d'une autre théorie, il faut (et on s'empresse de l'affirmer) qu'une émotion un peu vive enchaîne sa langue. Voici, d'après M. A. Becquerel, l'explication qui doit remplacer toutes ces hypothèses. En observant attentivement un homme qui parle, on s'aperçoit que la respiration diffère alors chez lui du mode ordinaire de respirer, en ce que tout l'air chassé par les poumons est dépensé en son; il ne sort pas de souffle, et l'on peut s'en assurer en remarquant qu'un miroir placé devant sa bouche n'est point terni par son haleine. La même personne, au contraire, cesse-t-elle de parler, l'expiration se fait plus vite, d'une manière moins ménagée, et l'air expulsé s'échappe avec une force bien appréciable, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *soufle*.

Voilà comment les choses se passent à l'état normal. Or chez le bègue, il arrive que de l'air expiré en pure perte vient se mêler à l'air qui produit les sons articulés. Le point de départ est donc qu'ici les parois thoraciques s'affaissent trop tôt pour expulser la masse de fluide introduite dans la poitrine. Ainsi est chassée une quantité d'air plus grande que celle qu'il faut pour la parole; et de là il résulte un courant d'air expiré sensible qui, arrivant dans la cavité buccale en même temps que la langue, les lèvres et les parois de la bouche se contractent pour articuler, s'oppose à leur libre jeu et détermine une difficulté dans la parole qui constitue le bégaiement.

Il est assez aisé de comprendre comment ce supplément insolite d'air expiré peut troubler la prononciation des mots. Mais une difficulté plus grave attend cette théorie. On voit (et l'auteur l'énonce fort explicitement) qu'elle place la cause première du bégaiement et son point de départ dans la perturbation du jeu des muscles thoraciques. Or il paraîtra tout au moins paradoxal de n'attribuer ici à la lésion des muscles de la langue qu'une influence secondaire. S'il en était ainsi la section des génioglosses aurait-elle sur le bégaiement l'action si puissante et si immédiate qu'on lui connaît?... Non, sans doute. A la vérité, cette action parfois persiste moins entière qu'on ne l'a prétendu. Mais ne durât-elle qu'un jour, qu'une heure, il n'en est pas moins vrai qu'elle est incontestable; et la doctrine de M. Becquerel, qui rapporte presque tout dans le bégaiement à une lésion initiale des puissances respiratoires, reçoit de ce fait un démenti auquel il lui sera difficile de répondre.

Quoique un peu trop exclusive, cette explication cependant a l'avantage de mettre en relief des phénomènes qu'une observation superficielle avait jusqu'ici laissés inaperçus. Aussi, c'est surtout en raison de leurs applications thérapeutiques que ces nouvelles remarques nous paraissent intéressantes. Rien de plus vague, de plus contradictoire que les anciens procédés usités contre le bégaiement. M. Becquerel examine et discute successivement tous les moyens de quelque valeur proposés pour sa cure. Dans cette appréciation, un écueil était à craindre pour l'auteur : il a su l'éviter. N'écrivant presque que pour faire connaître un procédé qu'il croit supérieur à tous les autres, M. Becquerel a su néanmoins se défendre de laisser par trop percer sa prédilection, dans l'exposé des méthodes rivales. S'il ne leur accorde qu'un rang secondaire, du moins consent-il à reconnaître ce qu'elles offrent de bon ou d'ingénieux; c'est un exemple qu'on ne saurait trop recommander comme règle de conduite aux inventeurs vis-à-vis de leurs émules. Ainsi se trouvent passés en revue les plans

de traitement qui, sous les noms d'Itard, de M. Serres, de M. Hervez, d'Arnolt, de M. Malbonche, de M. Colombat, étaient autrefois seuls connus et employés contre le bégaiement. Dans cette critique, l'auteur écrit toujours d'après l'expérience; et le plus souvent elle ne fait que confirmer les jugemens que le raisonnement seul eût inspirés. Aussi de tels jugemens, sous l'autorité de cette double garantie, ne peuvent manquer d'être généralement acceptés. C'est là en effet la seule ligne à suivre en fait d'appréciation; et l'auteur le prouve encore d'une façon tout aussi péremptoire, quoique bien différente, lorsque, examinant la valeur de la myotomie sous-linguale, il condamne cette opération parce que *la cause du bégaiement pour laquelle on l'a faite n'est pas réelle*. Nous avons vu avec regret cette phrase échappée à la plume d'un homme qui partout ailleurs a donné des preuves d'un meilleur esprit. Repousser un moyen thérapentique parce qu'une des théories de l'affection contre laquelle il est dirigé le déclare *à priori* impuissant, c'est là une formule dont la critique à notre époque ne saurait plus se contenter! Et M. Becquerel le sait mieux que personne, lui qui, deux pages plus loin, dit, à propos du procédé d'Arnolt: « De ce que ces moyens ne sont pas rationnels, on ne peut tirer la conséquence qu'ils ne doivent pas nécessairement réussir. Pour se prononcer à cet égard, il eût fallu voir des bègues traités de cette manière » (p. 99); et (p. 102): « La méthode de M. Malbonche n'est point déduite d'une théorie rationnelle; il s'ensuit qu'elle est tont empirique. Elle ne doit pas toutefois être rejetée sans discussion, et on doit d'abord se demander si elle a guéri des bègues. » —Amené ainsi à revenir sur ses premières fins de non recevoir, M. Becquerel, pour seconde objection à la section des génio-glosses, déclare que *les succès obtenus ou prétendus ne sont pas réels*. Il y a ici bien évidemment un vice involontaire d'expression. Dites, si vous voulez, que les succès annoncés ne sont pas *généraux*, que beaucoup d'entre eux ne se sont point montrés *durables*, mais pour *réels*, c'est un point sur lequel les myotomistes n'ont aucune concession à faire. Après ce que nous ont montré M. Amussat et surtout M. Bonnet (dont l'ingénieux procédé donne, pour ainsi dire, à la solidité de la cure tout ce qu'il enlève aux chances d'accidens), il est impossible de ne pas avouer qu'une guérison *très réelle*, c'est-à-dire la cessation du bégaiement, suit en général et *immédiatement* la division des muscles sous-linguaux. C'est là, nous l'avons déjà dit, mais nous le répétons à dessein, non seulement un fait réel, mais un fait d'une portée immense. M. Becquerel se borne à dire qu'il ne *saurait l'expliquer*. Et nous dirons, nous: Un tel résultat prouve que l'opération jouit vraiment d'une influence heureuse sur le bégaiement. Qu'importe l'explication? Ne nous attachons qu'au fait; et puisque nous possédons ainsi un moyen certain de modifier les actes dont la perversion produit cette altération du langage, occupons-nous plutôt de chercher à rendre son action aussi durable qu'elle est sûre. Car la raison nous crie que, pour obtenir cet effet, il ne s'agit plus que de parvenir à faire persévérer l'état satisfaisant où l'opération a placé les parties. Les recherches dans cette direction ont été trop vite abandonnées, à notre avis. On n'a pas assez songé que tout en contribuant à perfectionner le traitement de cette infirmité, elles ne pouvaient pas non plus demeurer absolument stériles pour élucider la théorie de son mécanisme, et qu'ainsi un double problème, pratique et dogmatique, attendait de leur succès sa solution.

Les exercices auxquels M. Colombat soumet les bègues ont une grande efficacité pour corriger ce défaut d'articulation. M. Becquerel reproche seulement à cette méthode de causer une certaine fatigue, portée parfois à un tel point que plusieurs malades, tout en reconnaissant son utilité, n'ont pu s'assujétir aux précautions qu'elle recommande, et ont préféré continuer à bégayer quoiqu'ils eussent à leur disposition un moyen sûr de parler nettement lorsqu'ils le voulaient. Nous verrons tout à l'heure que le traitement de M. Jourdant n'échappe point non plus entièrement à cette objection.

La méthode de M. Jourdant, dont il nous reste maintenant à parler, repose sur une observation attentive du mécanisme de la parole soit à l'état normal, soit chez le bègue. D'après ce qui a été dit plus haut, on sait que, selon l'auteur, le bégaiement tient à ce que l'air expiré, pendant l'acte de parler, sort en souffle en même temps qu'en son, en somme à ce qu'il est expulsé trop rapidement. Pour s'opposer à ce vice de l'expiration, voici ce que M. Jourdant conseille: faites une inspiration ordinaire; puis mettez-vous à parler, mais en ayant soin de maintenir la poitrine dilatée et l'abdomen légèrement saillant. Ces parties cependant reviennent sur elles-même à mesure qu'on avance dans la phrase; mais il importe de veiller à ce que ce retour s'effectue d'une manière assez graduelle, assez ménagée pour que, après avoir cessé de parler ,il reste encore dans la poitrine une quantité d'air suffisante pour faire une expiration active. Voilà, en deux mots, le principe de la méthode. Quant à ses règles d'application, ses indications et ses contre-indications, elles sont ensuite détaillées dans l'ouvrage de M. Becquerel avec un soin tel qu'après l'avoir lu, non seulement un médecin pourrait employer le procédé, mais même un bègue d'intelligence ordinaire parviendrait sans peine à le comprendre et à l'appliquer fructueusement sur lui-même.

Comme tous les traitemens où le malade doit jouer un rôle actif, la méthode Jourdant exige pour réussir certaines conditions indispensables. Leur simple énumération, faite d'après le texte de l'ouvrage, va prouver que M. Becquerel a exposé avec toute la bonne foi désirable cette partie de la question qui peut bien s'appeler le revers de la médaille. Il faut, dit-il, 1° que le malade n'ait pas plus de 40 ans; 2° qu'il soit persuadé que son bégaiement est susceptible de lui nuire; 3° qu'il soit doué d'une certaine intelligence; 4° qu'il sente la nécessité de guérir; 5° qu'il ait du courage et de la persévérance pour contracter la nouvelle habitude de parler; 6° qu'il ne soit pas timide et ait confiance en lui-même. Même avec toutes ces qualités réunies, la guérison exige une contention d'esprit assez pénible. « Un bègue, dit encore l'auteur, ne doit jamais, dans ce cas, compter sur lui seul; il y a mille circonstances où sa volonté serait en défaut... Il est de toute nécessité qu'il se séquestre en quelque sorte de ses amis et de ses connaissances pendant un certain temps qui peut varier de quinze jours à un mois et même deux, et qu'il reste aussi longtemps que possible, chaque jour, avec quelqu'un qui le réprimandera chaque fois qu'il bégaiera ou qu'il voudra bégayer; qui lui fera recommencer, sans lui faire grace, chaque phrase qui n'aura point été prononcée d'une manière normale » (p. 136).

On ne nous accusera certainement pas d'être hostiles envers la nouvelle méthode. Nous avons exprimé combien les vues qui lui servent de base nous paraissent justes et rationnelles; et nous comprenons fort bien aussi que pour se débarrasser d'une infirmité d'aussi ancienne date, il faut non seulement apprendre les règles de la parole normale, mais aussi faire une éducation toute particulière des muscles de l'expiration et de la prononciation, dont l'action pervertie entretenait le bégaiement. Et cependant, malgré toutes ces considérations, la guérison nous semble être encore achetée ici au prix d'efforts bien pénibles! Cette séquestration prolongée, cette surveillance incessante, ces mercuriales quotidiennes, toutes conditions indispensables pour le succès, ne sont guère propres à faire à la nouvelle méthode beaucoup de partisans! Sans doute, l'exercice qu'elle prescrit est peu fatigant, et sous ce rapport c'est incontestablement mieux que ce que la science possédait en fait de moyens analogues; mais est-il défendu de chercher ailleurs un remède dont l'effet soit instantané et l'application possible dans tous les cas?... Nous ne le pensons pas, et nous avons dit plus haut dans quelle voie il nous semblait raisonnable de poursuivre désormais la solution de ce problème. Quelque simples qu'ils soient, les exercices de la parole dont se composent les méthodes Jourdant et Colombat ont le tort de requérir l'intervention très active et continue du malade, d'être par conséquent absolument impraticables pour toute une classe d'hommes à intelligence médiocre ou à volonté peu ferme. Un bègue, dont parle M. Becquerel, refusa de continuer cette surveillance soutenue sur lui-même, quoiqu'il eût déjà retiré d'un commencement d'exécution, une amélioration très notable. Rien de plus propre qu'un tel exemple à éclairer sur l'extension et sur le degré d'utilité présumables de toutes ces méthodes de traitement, qui, quoiqu'excellentes dans la majorité des cas, ne trouvent que trop souvent encore des contre-indications formelles.

VARIÉTÉS.

—On connaît les différens systèmes de moyens employés jusqu'ici pour annihiler les travaux de M. Guérin. Voici un nouvel expédient digne de tous les autres. En sa qualité de chirurgien du service des difformités, M. J. Guérin fait, depuis près de cinq ans, des conférences cliniques à l'hôpital des Enfans; le mercredi sur la partie scientifique de ses recherches, le samedi sur les malades de sa consultation. On vient de demander au conseil des hôpitaux d'interdire les conférences et la consultation de M. J. Guérin. On ne veut pas qu'il ait des malades pour prouver ce qu'on refuse d'admettre, ni un enseignement pour défendre ses travaux qu'on calomnie. Nous publierons le résultat de cette nouvelle tentative: c'est le seul moyen convenable d'en faire justice.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 27 JUILLET 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU CŒUR; par C. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. —Voir les numéros 14, 15, 23, 24 et 28.)

Article IV. —Altérations des valvules du cœur droit.

Nous avons déjà fait remarquer que les altérations organiques des valvules du cœur droit sont infiniment rares, en tant qu'altérations de tissu produisant la dégénérescence et donnant lieu au rétrécissement des orifices. Ces altérations sont si rares, en effet, que parmi le grand nombre de faits soumis à notre observation, elles ne se sont rencontrées qu'une fois, et encore comme complication d'altérations valvulaires analogues du cœur gauche. Voici le fait :

ALTÉRATIONS ORGANIQUES DES ORIFICES MITRAL, AORTIQUE ET TRICUSPIDE, SANS SIGNES PARTICULIERS; MORT ; NÉCROSCOPIE.

Obs. XXX. — Une femme de 32 ans, d'assez faible constitution, entre à la Clinique le 31 juillet 1839. Elle rapporte qu'il y a six ans elle a éprouvé des palpitations qu'elle n'a plus ressenties depuis lors, mais depuis cette époque elle sent son affaiblissement augmenter. Depuis quatre ans, elle est irrégulièrement menstruée. Il y a un an que les palpitations se sont reproduites, suivies bientôt de dyspnée et d'infiltration des jambes, accidens qui se sont calmés et ont reparu à diverses reprises, et toujours plus intenses. En janvier dernier, nouvelle apparition de ces symptômes qui depuis n'ont fait que s'aggraver.

Etat actuel : Maigreur, facies pâle et jaunâtre, infiltration considérable des extrémités inférieures, envahissant les parties génitales, ascite prononcée, urines rares, foncées en couleur, douloureuses au passage, ne précipitant point par l'acide nitrique. Voussure prononcée, matité étendue de la région précordiale, surtout à droite. Frémissement cataire, battemens du cœur assez forts, accompagnés d'un double bruit de souffle rude, perceptible dans une assez grande étendue. Pouls fréquent, assez régulier, médiocrement développé; veines du cou variqueuses, avec reflux peu prononcé ; dyspnée, toux fréquente, expectoration séro-muqueuse abondante, râles disséminés dans le thorax, appareil digestif à l'état normal, hypertrophie du foie. (Chiend. nitré, looch avec digitale, soupe au lait.)

6 août. On pratique une saignée qui procure du soulagement; cependant les accidens s'accroissent de nouveau, la saignée ne les calme plus.

Le 20, l'anasarque a gagné les membres supérieurs; orthopnée, menaces de suffocation, cyanose généralisée. (Toniques, révulsifs.)

La malade succombe le 28, vingt-huit jours après son entrée.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

Thorax. Sérosité dans les plèvres, engouement séro-sanguin des poumons. Un peu de sérosité dans le péricarde.

Feuilleton.

GALATEO MEDICO, ETC.; CONSIGLI AD UN GIOVINE MEDICO; dal dottor Giuseppe de Filippi, etc.

Que signifie le mot *galateo* qui n'a point d'équivalent dans notre langue? Ce mot veut dire *honorable*, bienséant; ainsi l'ouvrage du docteur de Filippi est un recueil de conseils adressés à un jeune médecin, pour réussir *honnêtement* dans le monde. Bien que ce livre ait quelque rapport avec celui de Grégory, on peut dire néanmoins qu'il en diffère dans ce sens qu'il est plus spécial et moins vague; précisons davantage encore l'objet de ce travail.

Pour tout médecin qui, ayant vieilli dans la profession, a su apprécier les hommes et les choses, c'est toujours un spectacle curieux que la confiance d'un jeune homme récemment élevé au grade de docteur. Ses études médicales sont terminées; dès lors il nage en plein dans les illusions, il habite le palais des songes et rêve tout éveillé. Le cœur joyeux, le regard fier, secouant la poussière des écoles, il s'écrie, son diplôme à la main : *ed anch'io son dottore*. Pauvre jeune homme! où va-t-il? que sait-il? loin de se douter que le plus facile est fait, il ignore que la carrière où ses travaux l'ont engagé est largement semée d'épines, que dans peu de temps il va trouver tous les intérêts hostiles, tous les cœurs fermés, toutes les passions en arme. Etudiant, chacun l'aidait, l'encourageait, le favorisait; mais à présent il entre dans le camp ennemi; la terrible *concurrence* est déjà prête avec ses compagnes ordinaires, l'envie, l'intrigue, l'hypocrisie, à lui susciter mille obstacles, à l'accabler de déboires, d'injustices, de mécomptes qui sont fort loin de sa pensée comme de ses espérances. Bien longtemps encore, il sera *candidat* dans cette grande science de la vie sociale qui n'est au fond qu'une guerre perpétuelle d'intérêts où tous sont condamnés à la lutte, au martyre, tandis que le petit nombre s'élève à l'apothéose. Ce tard venu, qu'on appelle le succès, ne s'obtient en effet qu'à force de soins, de veilles, de labeurs; encore faut-il que la fortune vous seconde. Il est certain que dans la carrière médicale un peu d'aide fait grand bien, et il faut compter pour beaucoup dans ce sens les bons conseils, car ils abrègent singulièrement la route en la rendant plus facile et plus large. Abandonné à lui-même, le jeune médecin, trop plein de confiance, comptant sur ses études, sur son titre chèrement acheté, se lance à travers les écueils d'une société qu'il ne connaît pas; sa force, sa jeunesse, son savoir même lui font aussitôt défaut et même lui sont nuisibles. D'autre fois, frappé d'une timidité craintive, d'une inexpérience tout à fait vide de sens et d'esprit, il hésite, il tâtonne, il perd les occasions les plus importantes, les plus décisives pour son avenir et son bien-être. Que de temps il faut ensuite pour retrouver le bon chemin et dire aux hommes : je vous connais et je me sers de vous. Combien coûte cher la sagesse expérimentale du monde! Heureux donc celui qui trouve un guide sur lequel il peut s'appuyer avec une complète sécurité.

Cependant des conseils écrits, publiés dans un livre, peuvent-ils être réellement utiles? Chacun ne se conduit-il pas d'après son caractère, son intelli-

Cœur volumineux, gorgé de sang noir. Ventricule gauche sensiblement dilaté, légèrement hypertrophié. Dilatation sans hypertrophie sensible des trois autres cavités. Les valvules aortiques sont recouvertes d'une espèce de végétations d'apparence fibrineuse, solides, qui unissent les valvules, les maintiennent immobiles, forment des brides qui traversent l'orifice béant en plusieurs sens et donnent lieu ainsi à un rétrécissement avec insuffisance très prononcée de l'ouverture aortique. Dégénérescence fibro-cartilagineuse de l'orifice mitral, formant un anneau solide qui admet à peine l'extrémité du petit doigt. A droite, l'orifice pulmonaire est à l'état normal; mais les trois languettes de la valvule tricuspide adhérent entre elles par leurs bords, formant ainsi un anneau cartilagineux qui n'admet que la pulpe de l'index et qui constitue le rétrécissement avec insuffisance de cet orifice.

Les viscères sont généralement gorgés de sang et de sérosité.

En relisant ce fait après cinq ans de rédaction, je crains encore de m'être fait illusion, tant il me paraît extraordinaire; je crains d'avoir décrit deux fois l'orifice mitral. La description pourtant est très explicite et je la produis comme authentique. Eh bien! dans ce fait où l'on trouve cette lésion si rare des valvules du cœur droit, on n'a pu saisir aucun signe particulier qui la fît soupçonner pendant la vie où les phénomènes ont été tous ceux de l'altération du cœur gauche, ni plus ni moins; et après la mort nous ne rencontrons aucune disposition spéciale qui différentie essentiellement ce cœur de ceux où n'existent que des lésions gauches. Avons-nous donc eu raison de dire qu'indépendamment de la rareté des altérations organiques des orifices droits, on s'épuise vainement à préciser les signes distinctifs de ces lésions? Ceci soit dit uniquement en vue de la pratique; car, en théorie, il est toujours bon et louable de chercher à reculer les bornes de la science. Une particularité à laquelle nous devons une mention spéciale, ce sont ces espèces de végétations qui enveloppaient l'orifice aortique, végétations que les anciens et Corvisart lui-même ont bien pu prendre pour des productions syphilitiques, à en juger par leur aspect. Néanmoins il est assez évident que ce ne sont que des produits fibrineux, adhérens aux valvules altérées, et dont on ne doit chercher la source que dans le sang qui traversait l'orifice rugueux et rétréci. Or, ces prétendues végétations embarrassaient tellement l'orifice aortique qu'elles expliquent assez bien la dilatation avec légère hypertrophie du ventricule gauche, malgré la concomitance des rétrécissemens mitral et tricuspide.

Je crains pourtant que ce fait n'ait pas été scruté avec toute l'exactitude désirable. Il me semble, par exemple, que la dilatation réelle du ventricule droit devait être peu prononcée. Je dis dilatation réelle, car il est une dilatation apparente produite par l'accumulation des caillots au moment de la mort. On a bien noté que ce ventricule droit n'était pas hypertrophié, car l'obstacle (tricuspide) existait *derrière* lui. Je crois donc que la dilatation des oreillettes a pu faire illusion sur celle de l'ensemble du cœur... Si l'on veut avoir égard à cette loi de *rétro-dilatation* que nous cherchons à consolider, sinon à établir, on devra désormais se montrer scrupuleux à spécifier l'état réel des cavités relativement au siége des obstacles.

Si donc les lésions organiques isolées des orifices du cœur droit sont assez rares (nous n'en avons jamais rencontré) pour qu'il soit fort difficile aujourd'hui d'en décrire les effets *ex professo*, la loi ci-dessus permet au moins de présumer ce qui devrait en advenir. Ainsi, le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire occasionnerait la dilatation des deux cavités droites, sans altération du cœur gauche, et le rétrécissement de l'orifice tricuspide réduirait l'altération du cœur à la dilatation de l'oreillette droite. Mais, de cette lésion ainsi retranchée dans ses dernières limites, résulteraient toujours les phénomènes généraux des obstacles siégeant dans le centre circulatoire: anasarque, cyanose, etc. Seulement, les symptômes locaux du côté des poumons et du cœur devraient offrir des modifications assez difficiles à prévoir, mais qui pourtant, quant au cœur, peuvent être présumées, jusqu'à un certain point, d'après ce qui va suivre.

Si les lésions *organiques* du cœur droit sont infiniment rares, certaines lésions *mécaniques* de cette région du cœur sont, au contraire, très communes; nous voulons parler de la dilatation des orifices produisant leur insuffisance, insuffisance qui ne se lie plus ici, comme dans le cœur gauche, à la coexistence presque obligée du rétrécissement, puisqu'elle résulte, au contraire, de l'écartement des parois du cœur droit. La loi de dilatation *à tergo* indique en effet la nécessité de l'ampliation du cœur droit comme résultat presque obligé du rétrécissement des orifices gauches; c'est à cette ampliation que nous avons jusqu'ici si constamment rencontrée que sont dus ce développement du cœur vers la droite du sternum, cet état variqueux et ce reflux des veines du cou, et, consécutivement, l'infiltration, la cyanose, etc.

Mais, en outre de cette solidarité du cœur droit avec son congénère, ce cœur droit se dilate souvent d'une manière isolée, ce qui a lieu toutes les fois qu'un obstacle circulatoire permanent existe *en avant* de lui et *en arrière* du cœur gauche, à savoir, dans les poumons. Certaines affections pulmonaires chroniques sont en effet une cause fréquente de ces *demi-anévrismes* trop superficiellement étudiés, trop vaguement connus jusqu'à ce jour, et que, dans la pratique journalière, on accepte le plus souvent comme lésions idiopathiques du cœur, tandis qu'elles ne sont qu'un effet secondaire, symptomatique d'une lésion située en dehors du cœur, d'une lésion pulmonaire, en un mot. Ici les preuves abondent, et nous n'avons que l'embarras du choix; en voici quelques-unes:

BRONCHITE CHRONIQUE, EMPHYSÈME PULMONAIRE; DILATATION PASSIVE DU COEUR DROIT; SIGNES D'ANÉVRISME; MORT; NÉCROSCOPIE.

Obs. XXXI. — Un homme de 25 ans, de constitution assez chétive, maçon, entre à la clinique le 14 octobre 1836. Il rapporte qu'il souffre depuis longtemps de la poitrine, qu'il tousse presque toujours et qu'il est enrhumé pendant tous les hivers; il y a quatre jours qu'il a éprouvé un mal de tête avec frisson, chaleur, augmentation de sa toux habituelle.

Etat actuel: La face, les pieds et les mains sont sensiblement bouffis et fortement cyanosés; les extrémités sont froides; sueur d'expression; toux, orthopnée considérable; pouls très accéléré, petit, presque insensible; thorax sonore; râles abondans et variés dans les deux poumons, crachats puriformes, verdâtres. La poitrine paraît bombée par le fait d'une conformation naturelle. Malgré la maigreur, les clavicules font peu de saillie; matité précordiale assez étendue; battemens du cœur accélérés, tumultueux, sans force d'impulsion, sans bruits anormaux appréciables. (Saignée qui ne procure que 60 grammes de sang; sinapismes aux jambes.) Potion antispasmodique:

Prenez: Eau de tilleul........................ 120 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise............ 4
Ether.................................. 1
Sirop blanc.............................. 16
(Bouillon.)

Le 15, la réaction est établie, chaleur, cyanose moins prononcée, toux, dysp-

---

gence, sa manière de voir, de sentir, de juger? puis viennent la force des circonstances, du hasard, les bons et les malins vouloirs de la destinée. « Ayez un sou et du bonheur, votre fortune est faite, » dit un proverbe anglais. Il faut donc se diriger d'après sa propre nature et les dimensions de son cerveau, calculées d'après un petit ou un large diamètre. Cela est si vrai que le charlatanisme même exige une sorte de vocation, d'aptitude innée et toute spéciale. N'est pas charlatan qui veut. Tromper et empoisonner les hommes, fin dernière de cette branche égarée des connaissances humaines, est un art qui a ses racines dans le cœur et l'esprit; on naît charlatan comme on naît reptile, lésard ou serpent. Il y faut, en effet, des qualités toutes particulières; or ces qualités se perfectionnent, mais ne s'acquièrent ni ne se donnent, c'est-à-dire la ruse, l'audace, l'aplomb, la souplesse, la forfanterie, le mépris de l'humanité, un degré suprême d'aplatissement vénal, enfin je ne sais quoi d'une industrieuse et malfaisante activité. Il est des médecins qui se condamnent à la gêne, à l'obscurité plutôt que de recourir à ces misérables moyens. Et même ils le voudraient qu'ils ne le pourraient pas, leur cœur se soulèverait à briser le thorax, tandis que cela paraît si simple, si aisé à d'autres; n'est pas charlatan qui veut, je le répète:

Ce qui rend la jeunesse si belle et qui fait qu'on la regrette quand elle est passée, c'est cette double illusion qui recule l'horizon de la vie et qui dore ses apparences. Malheureusement cette illusion est de courte durée pour le jeune médecin. Bientôt il apprend à quel prix les gens du monde accordant trop souvent leur confiance, à quels hommes ils livrent parfois ce trésor qu'on nomme la *santé*. En général, les jeunes médecins, du moins ceux qui ont de la conscience, de la délicatesse, comptent beaucoup trop sur la science qu'ils ont pu acquérir; plus tard ils apprendront que c'est une valeur dont au fond le public ne fait pas grand cas, parce qu'il est incapable de l'apprécier; le bruit et l'apparence sont la mesure de son estime (1). Plus tard, on apprend combien l'adresse captieuse, la patience, l'activité, l'emportent sur le savoir réel qu'il ne faut pourtant pas négliger. Posséder en circonspection, en discrétion, en souplesse, les menues ressources de la médiocrité, employer les petits soins, les petites considérations, les complaisances à propos, aide plus au succès qu'on ne le croit; il y a ici une plus value d'avantages bien au-dessus des efforts que l'on fait. Le grand Haller eut la patience d'écouter pendant deux heures le babil d'une dame lui donnant la recette d'une foule de petits gâteaux; eh bien! cette dame lui rendit dans la suite d'éminens services. C'est ainsi que parviennent ce grand nombre de médiocrités, de flexibilités, d'importans et d'importuns qui ont trouvé le secret d'aveugler et de tricher la fortune. La morale-coutume si puissante dans notre société ultra-civilisée ne trouve, du reste, rien à blâmer dans cette manière d'agir; on y est fait et la voie est ouverte à tout le monde. A vrai dire, ces cœurs égoïstes, ces amitiés de surface, ces passions enfiellées et déguisées, cette comédie perpétuelle où la parole, le geste, le regard tiennent les premiers rôles, et dont les mots sont fausseté, intérêt, n'étonnent plus que les esprits can-

(1) On sait que madame de Tencin disait que les gens d'esprit faisaient beaucoup de fautes dans leur conduite parce qu'ils ne croyaient pas le monde assez bête, ni aussi bête qu'il est.

née persistante. (20 ventouses scarifiées aux cuisses; sinapismes aux jambes; looch avec kermès, 10 centigr.; tisane de lichen; poudre de digitale, 5 centigr. en pilules; soupe.)

Les jours suivans, la dyspnée engage à répéter les petites saignées. (Vésicatoire au bras.)

Cependant le malade s'affaisse, et malgré les révulsifs et les stimulans, il succombe le 20, six jours après son entrée.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

OEdème des extrémités, cyanose générale.

Thorax. Poumons volumineux, bosselés, adhérens aux parois. Ils sont emphysémateux dans la plus grande partie de leur étendue et fortement engoués de sérosité sanguinolente et spumeuse à la base. La trachée artère et les bronches sont rouges, dilatées en quelques points, gorgées de mucus verdâtre.

Cœur volumineux, en partie recouvert par une lame de poumon emphysémateuse. Les cavités droites sont remplies de sang noir, très dilatées, sans épaississement notable. Les cavités gauches, contenant un peu de sang noir, n'offrent rien d'anormal. Tous les orifices sont exempts d'altération.

Les autres viscères sont, pour la plupart, engorgés de sang noir.

Si l'on fait abstraction des antécédens, on pourra se trouver embarrassé pour établir la priorité entre ces symptômes respiratoires et circulatoires ainsi combinés; mais si l'on songe que le malade toussait depuis longtemps avant d'offrir de l'infiltration et de la cyanose, il est assez clair que la lésion du cœur est secondaire. Cette présomption est confirmée par l'autopsie, qui nous montre un emphysème avec bronchite chronique, tandis que le cœur se trouve dilaté dans sa partie droite seulement, sans aucun indice de lésion valvulaire ou autre accusant une affection idiopathique.

CATARRHE CHRONIQUE; ASTHME; SIGNES D'ANÉVRISME; MORT; NÉCROSCOPIE; ANÉVRISME PASSIF DU COEUR DROIT.

Obs. XXXII. — Une femme de 63 ans, de constitution détériorée, entre à la clinique le 25 septembre 1839. Elle raconte que, depuis longues années, elle est catarrheuse, asthmatique et sujette aux palpitations; depuis trois ans, elle est en outre devenue hydropique. Il y a deux ans, sa jambe gauche était tellement gonflée que la peau se rompit et s'ulcéra. Cet ulcère guérit, et depuis un an elle n'était que très légèrement infiltrée, lorsqu'il y a trois semaines l'hydropisie augmenta de nouveau. Elle dit que sa mère est morte hydropique; elle a deux enfans qui se portent bien.

Etat actuel : Facies tuméfié, livide, lèvres grosses, cyanosées; infiltration générale considérable, épanchement abdominal. Dyspnée, toux, râles muqueux abondans dans les poumons. Région précordiale légèrement bombée, mate dans une assez grande étendue (10 centim.); battemens de cœur fréquens, tumultueux, soulevant sensiblement le sternum. Le premier bruit est sourd, le second paraît un peu rude; pouls fréquent, assez large et résistant. Soif, anorexie, selles régulières, urines rares et foncées, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Chiendent nitré; frictions de teinture de scille et de digitale sur les membres.) Pilules :

Prenez : Calomel........... iv gr. (0,20)
Poudre de scille... iij gr. (0,15)
— de digitale.. ij gr. (0,10)
Extrait de pissenlit. q. s.

Pour quatre pilules, à prendre deux matin et soir; soupe.

Les jours suivans, état à peu près stationnaire. Les bruits du cœur paraissent obscurément soufflés. (Laxatifs, révulsifs.)

Cependant la malade s'affaisse; de nouveau la dyspnée s'aggrave, l'anasarque augmente. Elle tombe dans un état semi-comateux et succombe le 5 octobre, onze jours après son entrée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Infiltration, cyanose généralisées.

Crane. Engorgement de tout le système veineux encéphalique, un peu de sérosité dans les cavités de l'arachnoide et des ventricules cérébraux.

Thorax. Poumons engoués de sérosité rougeâtre et spumeuse. Les bronches sont généralement colorées en rouge obscur et gorgées de mucus puriforme.

Le cœur est volumineux, *en gibecière*, distendu par du sang noir occupant surtout les cavités droites. Les ventricules ne sont pas sensiblement hypertrophiés. Les valvules gauches et droites n'offrent aucune altération, si ce n'est l'élargissement (insuffisance passive de la valvule tricuspide).

Engorgement veineux et séreux de la généralité des organes.

Bien qu'on ait négligé d'établir avec précision la filiation des phénomènes initiaux de cette double affection pulmonaire et cardiaque, il est facile de la construire d'après l'autopsie. Il est évident que cette femme a été d'abord catarrheuse, puis asthmatique (par catarrhe chronique); puis sont survenues les palpitations, puis l'infiltration, la cyanose, etc. L'état du cœur fait foi de cette évolution, car il ne comporte aucune lésion organique autre que la dilatation passive des cavités droites. C'est l'anévrisme passif des anciens dans toute sa simplicité, *semi-anévrisme*, toujours secondaire à une lésion pulmonaire, sans épaississement des parois ventriculaires, tandis que dans l'*anévrisme général* par rétrécissement aortique il y a presque toujours hypertrophie, du moins n'avons-nous jamais rencontré de dilatation purement passive dans ce dernier cas.

EMPHYSÈME PULMONAIRE; SIGNES D'AFFECTION SECONDAIRE DU COEUR; MORT; DILATATION PASSIVE DU COEUR DROIT.

Obs. XXXIII. — Un homme de 49 ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, journalier, entre dans la clinique le 3 décembre 1839. Il raconte que depuis plus de quinze ans il est sujet à la dyspnée et aux palpitations. Il y a dix ans que ces palpitations lui occasionnèrent des douleurs très vives dans le thorax. Alors il eut les jambes et le ventre remplis d'eau et fut traité à l'hôpital. Depuis lors son état fut supportable, à part la toux, la dyspnée, souvent des palpitations, quelques vertiges et parfois un peu d'engorgement des jambes. Il n'a jamais eu de rhumatismes.

État actuel. Face bouffie, livide, lèvres cyanosées; œdème des jambes, fluctuation abdominale; région précordiale non voussée, offrant une matité de 9 centimètres en largeur, s'étendant vers la droite du sternum. Les bruits du cœur ne sont pas très sensiblement altérés : ils sont courts et secs. Reflux veineux des jugulaires; pouls à 88, assez développé; dyspnée assez vive, toux fréquente, crachats visqueux. Thorax sonore, bruit respiratoire presque nul, quelques râles assez fins (d'œdème ou d'emphysème). Langue belle, soif, peu d'appétit, constipation. (Saignée, chiend. gommé, pédil. sinapisés, soupe au lait.)

Les jours suivans, état stationnaire. (Pilules laxatives; potion avec décoction de polygala et oximel scillitique.)

Les symptômes persistant, on renouvelle la saignée, les purgatifs, on applique des ventouses au thorax, on donne des loochs kermétisés.

L'œdème fait des progrès; la dyspnée, la cyanose persistent. (Pilules de calomel, scille et digitale.)

Au bout de quelques jours, salivation. (Gargarisme alumineux, pilules d'opium et de digitale, révulsifs.)

Les mêmes symptômes s'aggravant toujours, le malade succombe, le 2 février 1840, deux mois après son entrée.

Nécroscopie 22 heures après la mort.

Thorax. Adhérences pleurétiques anciennes, sérosité citrine dans les plèvres; poumons très volumineux, rénitens, bosselés, manifestement emphysémateux; engouement hypostatique, rougeur générale des bronches.

---

dides et primitifs. Tout jeune médecin dont l'éducation professionnelle n'est pas encore faite, et qui se dit :

> Tentanda via est, quâ me quoque possim
> Tollere humo...

doit donc se rappeler que la science est loin de suffire dans le monde, que la vie sociale est un combat, qu'il faut veiller armé, que si une conduite droite est la plus adroite, il ne faut pas être dupe, et qu'en définitive tout le problème consiste à passer de la grande masse des *affamés* dans la petite légion des *repus*.

Cependant, ne faisons pas non plus la société plus mauvaise qu'elle ne l'est en réalité; la vérité, l'honneur, le sacrifice au bien y ont encore un culte fervent dans certaines ames; c'est là ce qu'il ne faut pas perdre de vue. Si l'on doit se baisser, que ce ne soit pas du moins passé un certain angle de flexion; si l'on doit brûler un peu d'encens, qu'il soit pur et placé dans un encensoir un peu propre. Le devoir n'est nullement incompatible avec de pareilles pratiques. C'est aussi une erreur de croire que l'ignorance intrigante ait toujours la certitude de réussir. Dans le monde, un *peu de vraie médecine ne gâte rien*, comme le disait ce caustique Lamettrie. S'il y a des malades crédules qui s'en rapportent au masque, il en est de très fins qui se moquent de la science et se jouent du prétendu savant. Qu'on le croie bien, le charlatanisme n'obtient pas toujours une prime d'impunité. Un fonds réel de savoir, beaucoup de droiture, une grande rectitude de jugement, une certaine fermeté de caractère aident singulièrement au succès. La coquetterie de la modestie n'est pas même à négliger dans certains cas, mais il y faut infiniment de tact; car il est connu qu'on vous prend trop au mot. Et, à tout prendre, ne vaut-il pas mieux recourir à ces moyens, fussent-ils inutiles, que d'employer ces turpides manœuvres, ces roueries de bas-étage, pour rester en définitive dans le bourbier du lucre et du mépris?

En effet, l'essentiel pour un médecin est de ne jamais perdre l'estime de ses confrères, si l'on ne peut obtenir l'affection de tous. Ce point est radical pour sa propre dignité, pour le repos de sa conscience. Qu'il y ait parmi les médecins des rivalités jalouses et hostiles, une concurrence assez malévole, de l'envie, de la bile, du dénigrement, qu'on y soit froissé par le choc brutal des passions haineuses, des rancunes sans pitié, cela est fâcheux, mais à peu près inévitables. C'est la condition sociale, notamment de ceux qui courent la même carrière; toutes les professions en sont là. L'homme est partout le même, toujours voyant un ennemi dans un rival, toujours disposé à se courber devant la puissance, à s'agenouiller devant un sac d'écus. Toutefois, il y a du plus ou du moins; le point important est de gouverner son esprit et sa vie avec prudence et gravité, sans trop de souplesse, sans trop de raideur, savoir même se rendre justice à soi-même quand les autres vous la refusent. D'autant plus que ces rivaux, ces ennemis acharnés s'estiment dans le fond les uns les autres plus qu'ils ne le disent hautement. Mais un malheur irremédiable, c'est quand il y a *unanimité* de réprobation, lorsqu'un médecin est tout à fait en dehors de la communion de ses confrères, qu'il est considéré comme un membre gangrené dont il faut s'éloigner; que d'un commun accord on a mis sur son front la brûlante et indélébile empreinte de charlatan incurable; la barrière est désormais infran-

Sérosité dans le péricarde; cœur d'un volume énorme, rempli de sang noir, qui distend surtout les cavités droites; les parois ventriculaires ne sont pas sensiblement hypertrophiées; le système valvulaire des deux côtés n'offre aucune altération organique, sauf l'ampliation de l'ouverture tricuspide.

ABDOMEN. Ascite; le foie, la rate et même les reins sont engorgés. Traces de phlegmasie dans toute l'étendue du tube digestif.

Ici mêmes considérations que pour l'observation précédente, si ce n'est qu'au lieu de catarrhe c'est l'emphysème qui paraît avoir donné lieu à l'ampliation mécanique du cœur droit.

Dans le fait suivant, l'enchaînement des phénomènes résulte du rapport même du malade.

TOUX, DYSPNÉE, PUIS SYMPTÔMES D'ANÉVRISME; MORT; NÉCROSCOPIE; DILATATION PASSIVE DU COEUR DROIT.

OBS. XXXIV. — Un homme de 53 ans, de forte constitution, employé à cuire la porcelaine, entre à la clinique le 23 décembre 1843. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux ans il fut pris de toux avec gêne de la respiration. Il y a six mois que sont survenues des palpitations fortes, la toux persistant toujours. Il fut saigné et purgé néanmoins; les extrémités inférieures s'infiltrèrent, et depuis un mois, l'abdomen lui-même s'est tuméfié; la toux est opiniâtre et fatigante, surtout la nuit.

ÉTAT ACTUEL. Facies pâle, un peu bouffi; infiltration considérable des membres inférieurs; un peu d'empâtement et de fluctuation dans l'abdomen; dyspnée telle que le malade est obligé de se tenir assis sur son lit; toux fréquente, crachats catarrheux; matité assez étendue, sans voussure précordiale. L'impulsion du cœur n'est pas forte; les bruits sont sourds, on croit cependant y distinguer un peu de souffle au premier temps. Etat variqueux et reflux des jugulaires; pouls à peu près normal; thorax peu sonore, râle crépitant généralisé; appareil digestif normal, foie hypertrophié, urines rares, sans précipité dans l'acide nitrique. (Chiend. nitré, pot. gomm. avec digitale.)

25. Agitation, délire pendant la nuit. (Saignée, vésicatoire au bras, potion avec digitale.) Le délire cesse.

27. Symptômes persistans. (Infus. d'*urva ursi nitric.*; frict. avec teint. de scille et digitale. Potion :

Prenez :	Gomme ammoniaque.........	2	grammes.
	Gomme arabique............	4	—
	Eeau de fenouil............	120	—
	Extrait de scille............	0,30	centigrammes.
	Oximel scillitique............	25	grammes.

Quelques vaines apparences d'amélioration.

Mort le 5 octobre, douze jours après l'entrée.

NÉCROSCOPIE 30 heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

THORAX. Adhérences pleurétiques anciennes, poumons engorgés de sérosité spumeuse et sanguinolente. Bronchite généralisée.

Cœur volumineux, gorgé de sang noir; dilatation, sans épaississement des cavités droites. Le ventricule gauche, revenu sur lui-même, paraît légèrement hypertrophié (apparences d'hypertrophie concentrique); tous les orifices valvulaires sont exempts d'altération de tissu.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ici l'on saisit parfaitement la filiation des accidens morbides : toux, catarrhe pendant dix-huit mois, puis palpitations, puis anasarque, etc., et à l'autopsie dilatation passive du cœur droit, absence complète de lésions valvulaires. Les apparences d'hypertrophie concentrique rencontrées ici établissent la liaison des faits précédens avec ceux qui feront l'objet du chapitre suivant.

Nous pourrions multiplier les faits de ce genre; mais on s'est aperçu que, par leurs caractères fondamentaux, tous se ressemblent *ut ovum ovo*; et nous craignons d'avoir déjà abusé de la patience du lecteur. Ce qui précède suffira, nous l'espérons, pour nous autoriser à formuler les conclusions suivantes :

1° Les altérations organiques des valvules du cœur droit sont extrêmement rares.

2° Supposant l'existence de ces altérations, nous ne possédons pas de signes positifs qui puissent nous les faire distinctement reconnaître et différencier des altérations valvulaires du cœur gauche.

3° La seule altération valvulaire qu'on rencontre communément dans le cœur droit est la dilatation passive de la valvule tricuspide, d'où résulte son insuffisance.

4° L'insuffisance tricuspide existe dans presque tous les cas d'anévrisme du cœur gauche; plus, dans tous les anévrismes isolés du cœur droit.

5° Lorsqu'il existe un obstacle prolongé à la circulation en arrière du cœur gauche et en avant du cœur droit (aux poumons), le cœur gauche est exempt de dilatation et le cœur droit est seul dilaté.

6° Les causes les plus ordinaires de l'anévrisme isolé du cœur droit sont la bronchite chronique et l'emphysème primitif ou consécutif du poumon et leurs conséquences.

7° Les signes généraux de la dilatation isolée du cœur droit sont absolument les mêmes que ceux de la dilatation par obstacle valvulaire dans le cœur gauche (dyspnée, anasarque, cyanose, reflux veineux, etc.).

8° Les signes locaux ou propres au cœur dans l'anévrisme isolé des cavités droites diffèrent de ceux de l'anévrisme général en ce que 1° la voussure précordiale manque, ou est peu prononcée; 2° le développement du cœur s'opère surtout vers la droite et en bas du sternum; 3° les impulsions du cœur sont moins énergiques; 4° les bruits de souffle font défaut ou sont faibles, obscurs, sans rudesse; 5° le pouls conserve ordinairement son ampleur normale, quoiqu'il soit généralement assez faible.

9° Mais le diagnostic repose principalement sur la filiation des symptômes pulmonaires et cardiaques. Dans l'anévrisme par obstacle dans le cœur gauche, les symptômes respiratoires sont consécutifs à ceux de la circulation; dans l'anévrisme isolé du cœur droit, c'est généralement l'inverse.

L'anévrisme du cœur droit constitue essentiellement l'anévrisme passif des anciens, car il existe presque constamment, sinon toujours, sans hypertrophie des cavités dilatées.

11° Ce défaut d'hypertrophie dans l'anévrisme droit s'explique par le peu d'épaisseur du ventricule droit, qui se laisse dilater, au lieu de réagir et de s'hypertrophier, comme le fait le ventricule gauche dans le cas d'obstacle aortique.

12° Les anévrismes isolés du cœur droit constituent probablement la plupart de ceux que les auteurs ont produits comme exemples d'anévrismes du cœur sans altération valvulaire.

13° Il importe essentiellement de savoir distinguer l'anévrisme isolé du cœur droit, toujours consécutif à une lésion pulmonaire, de l'anévrisme général, dépendant d'une lésion idiopathique du cœur gauche, puisque, dans le premier cas, la médication devra être essentiellement dirigée vers la lésion pulmonaire.

---

chissable. Ce qu'il y a de plus cruel, c'est que ceux qui sont ainsi séparés de leurs confrères, de toute la largeur d'un principe honnête, se sentent dans leur for intérieur jugés avec équité; un instinct secret leur dit que celui qui les méprise fait bien et voit juste. Ils ont beau tirer à vue sur la sottise humaine, et dire comme l'avare d'Horace : *nummos contemplor in arcâ*, la satisfaction n'est pas toujours complète; accaparer des mépris pour accaparer des écus est-ce un bon marché? On ne saurait le croire. La fange de la conscience oppresse nécessairement le cœur; en est-il autrement? Eh bien! voilà la preuve que le châtiment est mérité, ou bien c'est la stupidité d'une ame usée par l'habitude ou manquée par la nature, n'ayant que l'intérêt pour principe et pour ressort; n'y cherchez plus d'étoffe pour l'honneur et la probité.

Il y a donc, pour un jeune médecin qui se destine à la pratique, ce double écueil à éviter. Se renfermer dans la science, n'espérer qu'en elle, ne compter que sur elle, stoïcisme à peu près impraticable dans nos mœurs et à notre époque. Il est de toute nécessité d'abaisser son vol pour se rapprocher des biens de la terre. D'un autre côté, recourir uniquement au savoir faire, c'est-à-dire aux souplesses calculées, au caquet jactancieux, aux afféteries grimacières et tourmentées, à certains oripeaux brillantés, c'est s'écarter du droit chemin. Bien plus encore, si l'on s'engage dans la voie bourbeuse d'un empirisme grossier et mercantile, accrochant effrontément sa robe doctorale aux tréteaux du charlatanisme, dès lors, il faut renoncer à l'honneur de la profession et s'abîmer dans le malheur de n'être plus compté dans les rangs de ses confrères. *Væ qui claudicatis in utrasque partes*; « Malheur à vous qui boitez des deux côtés. » C'est à savoir marcher entre ces écueils que le jeune médecin qui a du tact, du sens et de la prévoyance, doit tendre continuellement, véritable chef-d'œuvre d'une bonne stratégie; ce qui n'empêche pas d'agir d'après son caractère, ses qualités ou son éducation. Toutefois, il est des règles générales qu'il ne faut pas perdre de vue; nous l'avons dit, elles jalonnent la route et l'on ne peut s'égarer. Ce sont ces règles que M. de Filippi a exposées dans son GALATEO MEDICO, ouvrage plein de sens, de raison, et qui certainement mériterait d'être traduit dans notre langue. C'est bien là le moyen de parvenir, mais toujours sans s'écarter en rien du sentier de l'honnête. Connaissant à fond ce qu'est notre profession dans le monde, judicieux, éclairé, nullement blasé par les chances aléatoires de la vie, l'auteur ne donne que des enseignemens purs de toute manœuvre indigne du médecin véritable; et, toutefois, ces conseils guident le candidat à la réputation, facilitent la voie, et ils démontrent en outre que la concordance ternaire du travail, de la droiture et du succès n'est pas un problème impossible à résoudre dans notre société mobile, inquiète et bouillonnante. « *Né ardito*, dit-il, *di tracciare precetti*; *ho saltanto inteso di esprimenr in forma di consiglio, i sensi della mia coscienziosa persuasione.* » (P. 15.) Rien de plus juste et de plus modeste. Des conseils basés sur une longue expérience, le caractère individuel, l'intelligence, la vocation font ensuite le reste. Chacun ne peut bien voir qu'à sa lampe, mais il peut marcher et agir à la lumière d'autrui.

On doit penser que l'ouvrage dont il s'agit ne peut être susceptible d'analyse; il faut le lire et l'étudier pour en comprendre le but, le fond et la forme. Nous dirons seulement que, bien que l'auteur se soit borné à des conseils tout à fait généraux, son cadre est néanmoins assez vaste pour embrasser les diverses parties de la profession sous le point de vue moral. Ainsi, dans plusieurs chapi-

14° En conséquence, le pronostic de l'anévrisme du cœur droit est moins grave que celui de l'anévrisme général, puisque, dans le premier cas, la lésion du cœur est toute mécanique et passive et qu'en outre elle dépend de maladies pulmonaires qu'il est impossible de guérir ou au moins de pallier ; tandis que le rétrécissement organique des orifices du cœur gauche est nécessairement incurable lorsqu'il est passé à la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse.

(*La fin prochainement.*)

DERMATOLOGIE.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES VUES THÉORIQUES ET PRATIQUES EXPOSÉES DANS UN ENSEIGNEMENT SUR LES MALADIES DE LA PEAU; par M. DUCHESNE-DUPARC, professeur particulier de pathologie cutanée.

La diversité des classifications et des nomenclatures est encore aujourd'hui le plus grand obstacle aux progrès de la dermatologie : nos principes à nous se rapprochent de la doctrine des anciens et particulièrement de celle de Lorry et d'Alibert, ce qui ne nous empêchera pas de rendre pleine et entière justice aux auteurs qui, bien que suivant des voies différentes, n'en ont pas moins contribué aux progrès de la science. « Nous n'emprunterons jamais une opinion, disions-nous, nous ne citerons jamais un fait étranger sans y joindre le nom de son auteur, réservant ainsi pour chacun ses droits à l'éloge comme maintenant ceux de la critique. » Après cette déclaration fort rassurante par le temps qui court où nous voyons tant de gens s'approprier les idées d'autrui, nous abordons notre sujet et commençons par établir que la *pathologie cutanée doit occuper dans les cadres nosologiques une place distincte et bien tranchée* ; nous trouvons les raisons suffisantes de cette séparation dans les caractères des principaux genres morbides cutanés ; nous les signalerons dans le cours de cet exposé lorsqu'il sera question des différentes méthodes de classification et particulièrement de celle que nous avons adoptée et qui nous semble avoir pour base la loi des analogies morbides.

Les caractères fournis par les maladies cutanées sont loin d'avoir tous la même valeur ; les uns plus généraux et communs à un certain nombre de genres morbides doivent être inscrits en tête des divisions primordiales et servent à l'établissement des classes ou ordres principaux ; tandis que d'autres relatifs aux produits même de l'éruption sont principalement utilisés pour la distinction des genres et même pour celle des espèces ou variétés. Les dermatologues sont loin d'être d'accord, dès qu'il s'agit d'apprécier la valeur des caractères morbides ; nous verrons les partisans de l'école anglaise accorder aux produits de l'éruption une importance que leur contestent Lorry, Alibert et plusieurs spécialistes de notre époque, en affirmant que la fausse appréciation des caractères fournis par les maladies de la peau a longtemps exercé sur le traitement de ces affections la plus fâcheuse influence, et se trouve encore aujourd'hui la cause principale de l'infériorité thérapeutique que l'on reproche généralement à la dermatologie ; puis relevant le conseil donné par l'honorable M. Devergie, dans le numéro de janvier 1843 du JOURNAL DE MÉDECINE : « qu'il faut se montrer médecin pour les maladies de la peau aussi bien que pour les maladies des autres organes. » Nous ajoutons que ce conseil est celui que chacun s'efforce de suivre, le seul qui ne rencontrera pas de contradicteurs, mais que tout praticien a le droit de l'interpréter d'après son expérience et ses convictions. Aussi, de même que nous avons cherché à convaincre qu'il est logique d'accepter la place toute exceptionnelle laissée par les nosologistes aux maladies cutanées, de même nous établirons la nécessité d'adopter pour ces affections une thérapeutique appropriée à leur caractère, et que nous trouverons généralement différente de celle des autres maladies.

Il est, en effet, depuis longtemps établi pour nous que parmi les maladies de la peau, les unes doivent être traitées comme de simples inflammations locales aiguës ou chroniques ; d'autres, comme autant de lésions de sécrétion et plus souvent peut-être comme de véritables sécrétions dépuratoires ; qu'un grand nombre d'entre elles présentent un cachet constitutionnel incontestable ; qu'enfin on rencontre, dans certaines familles, de ces maladies dartreuses tellement identifiées avec l'organisme qu'on peut les suivre pendant plusieurs générations, et que leur ténacité fait souvent le désespoir des malades et du praticien.

Recourra-t-on, dans des cas morbides si divers, à une thérapeutique uniforme ? personne ne l'approuverait et rien ne serait dangereux comme de persister dans un pareil système.

Le thérapeutiste, avant d'arrêter sa médication, a donc autre chose à considérer dans les maladies de la peau qu'un état inflammatoire aigu ou chronique ; il trouvera dans la nature de la fluxion morbide, dans le cachet constitutionnel ou héréditaire de la maladie, dans son caractère non contagieux ou dans sa virulence, des motifs puissans d'examen et de conviction ; nous ne prétendons même pas qu'à ces considérations seulement doive s'arrêter l'attention du praticien ; il faut qu'elle se porte encore sur des détails de moindre importance, tels que la forme éruptive, les conditions d'âge, de sexe, de constitution, etc. L'état de récidive ne suffit-il pas à lui seul pour donner de la gravité aux éruptions en apparence, les plus simples. Chacune de ces considérations doit être pesée mûrement et en raison de sa valeur relative ; le praticien qui les dédaigne ou les néglige s'expose inévitablement à de fréquentes déceptions.

Passant en revue les nombreux auteurs qui tous ont plus ou moins contribué au progrès de la science dermatologique, nous avons proposé les divisions chronologiques suivantes : 1re époque. Antiquité grecque et latine, s'étendant depuis Hippocrate jusqu'à Paul d'Egine. 2e époque. Celle des médecins arabes. 3e époque. Celle comprise entre les Arabes et le moyen-âge, et commençant à Guillaume de Salicet, puis venant se perdre dans ce chaos du moyen-âge qui fut aussi fatal aux sciences naturelles qu'aux lettres, et pendant la durée duquel les esprits semblent comme absorbés par la terreur qu'inspirent les ravages de la syphilis. 4e époque. Depuis le moyen-âge jusqu'à Lorry et Plenck. En tête se trouvent Tagault et son contemporain Fernel, ramenant la science dans la voie qu'elle n'aurait jamais dû quitter, celle de l'observation. 5e époque. Depuis Lorry et Plench jusqu'à Willan et Alibert. La gloire de Lorry, disons-nous, consiste moins peut-être dans les progrès qu'il a fait faire à la science dermatologique que dans la judicieuse appréciation des faits qui la constituaient de son temps, et dans l'accord admirable qu'il sait établir entre les travaux des anciens et ceux des modernes. Les travaux

tres, l'auteur, après un discours préliminaire, où il expose avec beaucoup de jugement et de clarté ses idées sur la médecine et les médecins, traite des objets suivans ; nous les donnons dans le texte original pour plus de précision : 1° *Prima comparsa nel mondo del giovine medico.* 2° *La visita.* 3° *Fare e non fare.* 4° *La pratica.* 5° *Il consulto.* 6° *Avvertenza speciali del medico.* 7° *Doveri speciali del medico.* 8° *La giustizia.* 9° *Gli studi.* 10° *Academie.* 11° *Viaggi.* 12° *Influenza degli errori e dei pregudizi popolari, sui destini dei medici e della medicina.* Puis vient un appendice : *Dell' arte di osservare in medicina.* Chacun de ces objets est traité avec un soin particulier. Partout des vues judicieuses, d'excellens préceptes, des avertissemens utiles, sans s'écarter en rien du sentiment le plus exquis de l'honneur. Aussi, dit l'auteur, « *Tutte le qualità dell' uomo probo ed incivilito, entrano essenzialmente nel circolo morale del medico virtuoso* » (Pag. 94.) Plus loin il ajoute : « *Voi vedete che il medico è destinato ad entrare nè più reconditi episodi della vita umana.* » Ce n'est pas que de temps en temps il ne raille certains médicastres, *praticoni mediocri,* dont la suffisance et l'insuffisance sont constamment employées à hausser leur petitesse, à enfler et dorer leur petit mérite ; ou bien ces vieux médecins qui, avec des cheveux blancs, manquent d'expérience et la vantent à chaque instant. « *Provatevi,* dit-il, *a spingerlo nella disquizione : egli vi responderà* ; « *secondome ; la mia pratica è positiva ; la pratica mi ha ensignato ; ho veduto le mille volte in pratica ; se non conoscessi per pratica ; ho tanta pratica ; e che non vi dirà egli della sua pratica.* » (P. 60.) On voit que les hommes se ressemblent sous tous les climats, comme dans tous les temps. Baglivi a pu écrire *scribo in aere romano,* pour marquer certaines nuances de maladies ; mais il n'aurait pu le dire du cœur humain, partout jeté dans le même moule. Aussi, à peu de différence près, l'homme est-il souvent la dupe du charlatanisme, de l'apparence et du clinquant :

« O superbe animal, que tu es sot parfois ! »

mais surtout quand il s'agit de médecine et de médecins, de guérisons et de remèdes. Si le savoir est peu et le savoir-faire infiniment avantageux et productif, qu'il ait au moins pour base une bonne et honorable direction.

LE GALATEO MEDICO du docteur de Filippi contient à cet égard tout ce qu'il est bon de ne pas ignorer ; c'est le bon, c'est l'honorable savoir-faire en médecine, passé au feu d'un esprit prudent et pénétrant. Tout jeune médecin devrait assidument méditer cet ouvrage. Il ne nous est pas donné d'être juge du style ; mais nous pouvons assurer que ce livre est fait avec un rare talent de justesse et de mesure. Partout on y trouve les avis d'un homme qui, ayant vu et bien vu, peut dire hardiment à ses jeunes confrères : Ecoutez ma voix, c'est celle de l'expérience, du bon sens et de la bonne foi.

R. P.

— TRAITÉ DE MNÉMOTECHNIE GÉNÉRALE, ou l'art d'aider la mémoire appliqué à toutes les sciences ; par M. AUDIBERT, docteur en médecine. — In-18 orné de 8 planches. 2e éd. augmentée de l'histoire de la science, etc.

Paris, dépôt général chez l'auteur, rue du Temple, 57.

de Lorry et de Plenck ont été conçus et suivis dans des vues bien différentes. Ces deux hommes célèbres doivent être considérés comme les chefs de deux écoles rivales dont l'une (celle de Plenck) a su rallier, par *l'apparente simplicité* de ses applications, de nombreux partisans et plusieurs écrivains fort distingués, tandis que l'autre, plus sévère et d'une étude plus longue et plus difficile, n'a véritablement pour soutiens qu'Alibert et ses rares disciples. 6ᵉ époque. Elle s'étend depuis Willan et Alibert jusqu'à nous et marque par conséquent la dernière phase chronologique de la science des dermatoses. Désirant ajouter encore plus de lucidité à cette dernière partie de notre longue énumération, nous rangeons séparément et selon qu'ils appartiennent à l'une ou à l'autre de ces deux écoles, les auteurs qui se sont occupés de dermatologie; ainsi figurent en tête de l'école de Plenck, Willan et son disciple Batteman; et comme partisans de celle de Lorry, *Poupart, Retz, Jackson, Chiarugi, Wilson, Samuel Plumbed* et enfin *Alibert*.

Quant à nos honorables confrères en dermatologie, leurs noms et leurs ouvrages sont connus et appréciés de chacun; nous rechercherons lorsqu'il en sera temps à laquelle des écoles de Lorry ou de Plenck ils appartiennent.

Dans cette longue énumération, nous avons cherché à faire perdre à notre examen une grande partie de son aridité, en l'envisageant sous le triple rapport: 1° de l'importance des notions transmises par les auteurs; 2° du caractère de leurs opinions pathologiques; 3° des principes de classification et de nomenclature adoptés par chacun d'eux.

Cette tâche accomplie, il fallait procéder à l'étude de la pathologie cutanée proprement dite; mais comment s'y livrer avec fruit sans posséder toutes les notions qui se rattachent à l'histoire de la peau humaine? aussi avons-nous commencé par faire la description de cette vaste membrane. Considérée d'abord au point de vue physiologique, elle nous donne, avant tout, l'idée d'un voile résistant et protecteur, doué d'une exquise sensibilité et destiné à mettre les organes intérieurs à l'abri des atteintes trop rudes que peuvent lui porter les agens extérieurs.

Elle apparaît, en second lieu, comme organe d'une coloration tantôt permanente et générale, servant à différencier les races; d'autres fois simplement locale ou accidentelle.

Nous examinons ensuite les différens élémens de la surface libre de la peau, ses poils, ses aspérités, les saillies et les enfoncemens linéaires qui la sillonnent, sa continuation avec certains appendices épidermiques ou cornés, ainsi qu'avec le système muqueux, à l'origine des ouvertures naturelles.

Poursuivant notre investigation, nous démontrons que la peau est également le siége de sécrétions et d'exhalations incessantes, en même temps qu'une source d'inhalation et d'absorption; qu'enfin, une circulation des plus active, à laquelle contribuent différens ordres de vaisseaux, s'effectue dans son intérieur.

Demandons maintenant, ajoutons-nous, au scalpel de l'anatomiste de venir nous démontrer qu'il existe dans la trame cutanée autant d'organes ou d'appareils organiques que nous venons d'y voir de fonctions distinctes.

Les organes de la résistance existent, pour nous, dans le double feuillet épidermique, ainsi que dans le derme ou chorion; nous rejetons la présence du corps muqueux, qui n'est que le résultat d'une préparation anatomique défectueuse, et partageons entièrement les opinions que M. Flourens a récemment émises sur la structure de la peau.

Nous plaçons le siége de la sensibilité cutanée et du tact dans la partie nerveuse du corps papillaire, que nous considérons, ainsi que M. le professeur Cruveilhier, comme étant composé de vaisseaux et de filets nerveux.

Celui de la coloration, dans la membrane pigmentale de M. Flourens, membrane sur l'existence de laquelle il ne peut rester aucun doute dans notre esprit depuis l'examen des belles pièces anatomiques que possède le savant professeur du Jardin des Plantes; elle est immédiatement appliquée sur le corps papillaire, et n'est séparée du second épiderme que par la couche colorante elle-même; elle est surtout apparente chez le nègre et le mulâtre; il est encore facile de la découvrir sur les mamelons colorés des femmes blanches, et nous pensons qu'on doit la retrouver également sur les régions de la peau du blanc qui deviennent accidentellement le siége de taches plus ou moins foncées et persistantes.

Comme organe de circulation, la peau se trouve pourvue de vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques; on peut suivre les divisions de chacun de ces trois ordres de vaisseaux jusque dans les couches superficielles du derme.

Les sécrétions cutanées qui méritent principalement de fixer l'attention sont celles de l'humeur sébacée et du fluide perspiratoire; celle-là ayant pour siége les cryptes ou follicules; celle-ci l'appareil sudoripare de MM. Breschet et Roussel. Quant aux phénomènes d'inhalation et d'absorption, sans nier d'une manière absolue l'existence de vaisseaux inhalans particuliers, nous les croyons communs aux vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Après quelques mots sur les parties accessoires de la peau (ongles et poils), que nous considérons, les uns comme n'étant qu'une dépendance de l'épiderme, et ayant avec lui une commune origine; les autres comme autant de produits d'un petit corps glanduleux particulier (bulbe pilifère) que l'on trouve, tantôt sous le follicule, tantôt sur ses côtés, tantôt simplement dans son voisinage, ce qui fait que le poil ou partie sécrétée peut, soit traverser la cavité folliculeuse, soit percer ses parois et venir sortir sur les côtés de son orifice, ou bien encore se trouver avoir une issue tout à fait indépendante, nous nous attachons à faire ressortir les points d'analogie nombreux qui existent entre les systèmes cutané et muqueux, et font de ce dernier une véritable peau intérieure reflétant une grande partie des altérations dont l'autre est susceptible, et entretenant avec elle les plus étroites sympathies.

Avant de passer aux considérations pathologiques, nous avons pris le soin d'établir entre les nombreuses parties constituantes de la peau une distinction fort importante, et les avons divisées en deux séries, rangeant dans la première les élémens essentiels, ceux qui participent à la vie générale et restent soumis aux lois de l'organisation; ainsi le derme, les cryptes sébacés et les follicules pileux, les bulbes pilifères, les appareils sudoripare et pigmental ou chromatogène, les capillaires lymphatiques, veineux, artériels, les filets nerveux; et dans la seconde, les produits de sécrétion, parties se trouvant pour ainsi dire en dehors des lois de l'organisme et n'ayant droit, par conséquent, qu'à une attention relative; ainsi le pigmentum ou matière colorante, le double feuillet épidermique, les cheveux, poils et ongles, les humeurs sébacées et perspiratoires, enfin la trame cellulaire et adipeuse.

Jamais le praticien ne doit perdre de vue cette distinction; elle nous paraît indispensable au diagnostic d'un grand nombre de maladies cutanées; elle servira souvent de guide à nos investigations et nous empêchera de limiter le mal à des phénomènes qui n'en sont le plus souvent que la conséquence.

Nous demandons ensuite quelles sont les altérations dont la peau est passible en raison de son organisation; nous répondons que cette membrane, réunissant dans sa composition la grande majorité des élémens organiques, peut offrir toutes les maladies que chacun de ces élémens est lui-même susceptible de contracter: vouloir les énumérer serait s'imposer la nécessité de parcourir la presque totalité du cadre nosologique; ce qu'il importe de savoir, c'est que la différence anatomique du siége morbide laisse à chaque altération sa physionomie particulière et différente, et cela indépendamment de la nature de la cause; car si l'on supposait pour un instant qu'une influence morbide donnée, par exemple, l'irritation, vînt à s'exercer sur la peau, il est évident que les phénomènes pathologiques qui en résulteraient, bien que dus à une cause identique, varieraient dans leur expression, en raison des conditions de structure ou de fonctions propres à la partie malade. Ainsi, elle donnera le phlegmon et la pustule pour la partie cellulo-adipeuse, le rhumatisme pour la partie fibreuse du derme, la teinte rosée de l'érythème pour le système sanguin artériel, la rougeur plus foncée de l'érysipèle pour les capillaires veineux, les névroses (prurit, chaleur, cuisson, élancemens) pour la partie nerveuse du corps capillaire, les engorgemens blancs, l'altération tuberculense et peut-être même l'éléphantiasis des Arabes pour le système lymphatique, qu'on sait peu susceptible de réaction et subir facilement l'action des causes morbides.

Si, des parties de la peau qu'on peut appeler *élémentaires*, nous portons l'irritation sur d'autres plus compliquées, par exemple sur les organes sécréteurs, nous aurons pour les cryptes ou follicules sébacés les altérations caractéristiques de certains achores ou de plusieurs espèces de varus; pour les bulbes pilifères, des influences analogues sur la production des cheveux et des poils, comme cela se voit dans certaines variétés du porrigo et dans le favus; pour l'appareil sécréteur du pigment et des couches épidermiques, ces colorations et ces décolorations accidentelles de la vitiligne et du pannus, ou bien ces furfures, ces squammes des éruptions dartreuses, et ces élongations cornées qu'on voit, dans quelques cas rares, atteindre de si surprenantes dimensions; pour l'appareil sudoripare ou système exhalant, ces transpirations surabondantes des fièvres exanthémateuses, etc., etc. Il en serait encore de même si, au lieu de l'irritation simple il s'agissait soit de l'atonie, soit de l'irritation organique ou de nutrition, toujours nous verrions le mal revêtir, dans chaque trame ou système organique, une physionomie propre.

Tout ceci nous prouve qu'il n'est pas aussi difficile qu'on l'a prétendu jusqu'ici d'établir le siége anatomique des maladies de la peau; et ce n'est que pour avoir négligé de rendre compte de la nature et des fonctions des élémens nombreux qui entrent dans sa structure qu'on est resté si souven

dans le doute à cet égard, et qu'on n'a pu en sortir qu'à l'aide d'interprétations hypothétiques.

Nous portons ensuite notre attention sur les formes pathologiques régulières qui s'observent au début de presque toutes les maladies cutanées, et qu'on est généralement convenu d'appeler *élémens anatomiques*. Ici, il n'y a plus seulement exagération de l'état physiologique, un produit nouveau s'élabore, constant et invariable dans ses caractères, et qu'il importe d'autant mieux de bien connaître qu'il sert à établir, entre les différens genres morbides, des distinctions fort utiles.

Puis, après avoir défini les caractères de la *papule*, de la *vésicule*, de la *bulle*, de la *pustule*, du *tubercule* et de la *végétation*, du *furfur*, de la *squammeet* comme produits secondaires, des *croûtes*, *taches*, *ulcérations* et *cicatrices*, nous demandons si les progrès récens de l'anatomie cutanée permettent de réaliser le vœu exprimé par M. Baumès relatif à la possibilité de fixer avec certitude le siége anatomique de chacun de ces produits élémentaires.

Si nous en croyons le savant rédacteur des Annales des maladies de la peau, cette question se trouverait résolue de la manière la plus heureuse et la plus positive; pour lui, l'*exanthème* ou rougeur morbide « siége dans le réseau vasculaire de la peau; la *vésicule* à l'extrémité des »conduits sudoripares, la *papule* dans le corps papillaire, la *pustule* dans »les follicules et dans le réseau lymphatique, le *tubercule* dans les tissus »fibreux et cellulaire, les *furfures* et les *squammes* dans l'appareil blénogène (pigmental, Flourens), les altérations de la couleur dans l'appa- »reil chromatogène (pigmental, Flourens), etc., etc. » (N° 2, sept. 1843.) Malheureusement, il n'est presqu'aucune de ces propositions qui se trouve d'une vérité constante et absolue; ainsi, nous pensons que la vésicule et la pustule sont plus souvent peut-être un simple effet d'exhalation séreuse ou purulente due aux systèmes vasculaire sanguin et lymphatique, qu'une altération des follicules ou des conduits sudoripares, etc.; et lors même que ces propositions ne seraient à nos yeux que l'expression de faits incontestables, nous serions loin encore d'y attacher la même importance que leur auteur; car, sans être de ceux qui dédaignent la valeur des appréciations anatomiques, nous pensons, avec M. Gibert, qu'elles ne méritent plus qu'une attention secondaire dès qu'il s'agit de se prononcer sur la nature et le traitement d'une maladie cutanée.

Mais l'étiologie de ces affections nous fournit des élémens de conviction plus nombreux et bien autrement importans. Et pour le prouver, nous énumérons successivement toutes les causes à l'influence desquelles sont dues les maladies de la peau; il résulte de cet examen :

1° Que les agens extérieurs, quelque soit l'intensité et la durée de leur action, ne donnent lieu qu'au développement d'affections toujours locales à leur début, et résultant d'un travail morbide propre à la partie du tissu dermatique sur laquelle a porté l'influence pathologique; que ces affections sont généralement aiguës et d'une courte durée; que cette proposition ne souffre d'exceptions que dans les cas où l'action morbide rencontre dans l'organisme des conditions particulières qui l'entretiennent et la développent, et qu'en dehors de ces exceptions, on peut traiter la maladie localement et sans craindre les dangers d'une répercussion.

2° Que parmi les maladies de cause interne, il est très important de distinguer celles qui ne sont que la provocation sympathique d'une altération organique quelconque de celles qu'on peut regarder comme de véritables *déplacemens congestionnels*. On sait que rien n'est commun comme de voir une irritation du tube digestif provoquer le développement d'une éruption cutanée; Lorry affirme qu'il en est souvent de même de la part des affections des voies biliaires, ou respiratoires, ou génito-urinaires, etc.; d'un autre côté, on trouve des exemples nombreux de déplacemens morbides chez les jeunes filles à l'époque de la puberté; chez les femmes, dans les cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, à leur âge critique; chez les sujets affectés de flux hémorrhoïdaux ou leuchorréiques, etc. On sent bien que ces différentes conditions influent nécessairement beaucoup sur le caractère de la maladie cutanée et doivent faire modifier son traitement.

3° Que des considérations analogues doivent accompagner l'étude des maladies dues à une modification plus ou moins profonde de l'innervation, et surtout de celles qui dépendent du vice de nos humeurs, et que M. Baumès renferme dans sa grande et importante classe des affections *diathésiques*. A propos du mot *diathèse*, nous ne l'employons jamais qu'avec circonspection; car il emporte avec lui l'idée de totalité, et nous paraît synonyme de *constitutionnel*. Nous savons que le caractère *diathésique*, et, par suite, les maladies qui en dépendent, est favorisé par toutes les conditions capables de détériorer et d'affaiblir l'organisme, et qu'on les trouve d'abord dans le tempérament et la prédisposition originelle, ensuite et principalement dans l'oubli des lois de l'hygiène.

Mais, de toutes les causes productrices des maladies de la peau, il n'en est aucune peut-être qui soit plus active que la contagion. Il y a, du reste, d'importantes distinctions à faire entre les maladies contagieuses : les unes se transmettent par le simple contact; d'autres exigent pour se communiquer des rapports répétés et même certaines conditions particulières; il en est enfin un grand nombre qui se montrent comme le résultat d'un funeste héritage. De ces dernières considérations naît pour nous la nécessité de traiter des *virus*, de leur existence, encore aujourd'hui même controversée, et surtout de l'hérédité, sur laquelle tout le monde est heureusement d'accord. L'étude attentive de ces différentes questions égale bien en importance les mille petits faits dont se targuent certains localisateurs, et qui ne laissent dans l'esprit que des idées incomplètes, et ne peuvent aboutir qu'à de mesquines ou fausses conclusions.

Plus tard, nous avons établi les principes du diagnostic et du pronostic des maladies cutanées. Le premier est de la plus haute importance; précis et juste, il met immédiatement sur la voie la plus convenable; incertain ou erroné, il doit, soit condamner à une fâcheuse inaction, soit exposer à prescrire une médication inutile ou même opposée à la nature de la maladie.

Le diagnostic doit s'établir d'abord entre les affections cutanées proprement dites et les altérations traumatiques, dont la peau peut également être le siége, puis et principalement entre les genres morbides cutanés. Pour ce dernier cas, il devra porter non seulement sur le caractère physique de l'éruption, mais encore sur la cause, sur le siége anatomique, sur l'état de simplicité ou de complication, de premier développement ou de récidive, etc., etc.

Le produit élémentaire, considéré comme moyen de diagnostic, ne nous présente qu'une utilité secondaire et relative aux rapports presque constans qui existent entre la forme éruptive et le siége anatomique de la maladie. Il n'est certes pas indifférent pour le praticien de connaître si le mal occupe le système sanguin ou le corps capillaire, ou l'appareil sudoripare, ou les follicules sébacés, etc. Mais cette notion isolée n'aurait que peu de valeur, et, dans tous les cas, elle le cède en importance au caractère étiologique.

Le diagnostic une fois mûrement établi, les difficultés du pronostic se trouvent presqu'entièrement effacées, car tout se tient dans les faits qui composent une science. La cause qui produit ou entretient le mal exerce sur son développement une influence souvent trop marquée pour ne pas peser fortement dans la balance du pronostic. Le *qualis causa, talis effectus* d'Hippocrate reste une vérité de chaque jour, surtout lorsqu'au lieu de le prendre à la lettre, on l'accepte avec ses faits exceptionnels, qu'engendrent soit les prédispositions individuelles, soit l'impressionnabilité de la trame qui a subi l'influence morbide.

Il est également certain que le siége anatomique et la forme éruptive, qui le plus souvent n'en est que la conséquence, peuvent influer également sur le pronostic, car chaque partie de la peau a sa vitalité et ses sympathies.

Le pronostic doit encore se baser sur la marche habituelle de la maladie, sur ses différens modes de terminaison, et jusque sur les circonstances qui peuvent favoriser et hâter, ou entraver et retarder, ou même empêcher la guérison. Il est inutile d'ajouter que l'état de simplicité ou de complication doit encore faire varier souvent le pronostic, et qu'il n'est pas non plus indifférent d'attaquer une maladie vierge de tout traitement et à son premier début, ou récidivée et déjà plus ou moins de fois soumise à des médications insuffisantes ou tout à fait inutiles.

Nous ne terminerons pas ces considérations sans nous demander si, parmi les maladies de la peau, il en est un certain nombre dont l'apparition et le développement puissent être regardées comme le résultat d'un travail morbide salutaire, et si l'on peut sans danger traiter et guérir toutes les maladies de la peau.

Sur la première question, après avoir signalé la fréquente utilité des irritations artificielles de la peau, la coïncidence non moins fréquente de la guérison ou de l'amélioration de maladies internes, en même temps que se développe spontanément et par les seuls efforts de la nature, soit une gourme chez les enfans, soit chez l'adulte une éruption furonculense ou autre, nous n'hésitons pas à déclarer que certaines affections cutanées se présentent avec un caractère critique ou dépuratoire et véritablement salutaire.

Sur la seconde question, soulevée sans aucun doute par les dangers de la rétrocession dans certains cas de maladies de peau, dangers mis dans tout leur jour par des faits nombreux dus à Schenck, Esquirol, Gilibert, J.-B. Campet, Hoffmann, Lorry et beaucoup d'autres, nous pensons qu'en général les inflammations cutanées chroniques des vieillards, surtout lorsqu'elles sont indépendantes de causes externes et le siége de sécrétions abondantes, doivent être souvent respectées, souvent modérées et rarement guéries; que celles des enfans et des adultes imposent moins de réserve, et qu'à toutes les considérations déjà exposées, le thérapeutiste, avant d'entreprendre son œuvre, doit en outre avoir égard à l'âge,

au sexe, à la constitution, et ne jamais perdre de vue que la peau, loin d'être un organe isolé dans l'économie, participe, au contraire, à tous les troubles qui peuvent s'y développer, et que sa vaste étendue, jointe à l'importance et à la variété de ses élémens organiques, le tiennent plus étroitement soumis à l'empire des lois physiologiques.

Ce n'est qu'après avoir ainsi épuisé une à une toutes les questions dont la solution devait jeter sur notre sujet un jour nouveau et plus complet que nous posons, en dernier lieu, les bases de la thérapeutique des maladies de la peau.

Nos principes de traitement sont peu nombreux : tous reposent sur les caractères morbides eux-mêmes ; ce que nous faisons ici pour le système dermoïde, nous le ferions pour le système muqueux ou séreux, comme pour tout autre de l'économie ; car chacun d'eux a ses maladies propres, ainsi que ses conditions d'existence physiologique. C'est donc en laissant à chaque chose la part qui lui revient qu'il nous a été possible d'arriver aux données thérapeutiques suivantes :

1° On doit opposer aux *dermites* ou maladies cutanées dont l'inflammation constitue le caractère principal et dominant, dont les causes sont presque toujours directes et locales, d'une action irritante, plus ou moins rapides et énergiques et dont chaque phénomène retrouve son analogue dans tout autre organe de l'économie, dès qu'il est enflammé, la méthode anti-phlogistique, laquelle réunit, comme chacun le sait, les émissions sanguines générales et locales, les émolliens et les opiacés.

2° Aux exanthèmes ou fièvres éruptives, efflorescences qui ne peuvent s'épanouir qu'à la surface des tissus membraneux et dans lesquels la peau remplit évidemment les fonctions d'un véritable émonctoire, une médecine d'examen et d'expectation. Ici le praticien doit principalement s'attacher à surveiller le développement de l'exanthème, à écarter avec soin tous les obstacles capables de l'enrayer : car de sa complète élaboration dépend seul l'acquittement de cette espèce de tribut imposé à la nature. Les moyens à employer doivent nécessairement varier en raison de la nature inflammatoire ou débilitante ou perturbatrice, mais les considérations précédentes indiquent assez que nous regardons comme dangereux l'emploi de tout moyen ayant pour but de faire avorter l'efflorescence exanthématique, tels que la cautérisation au début, des boutons varioleux, etc.

3° Aux éruptions chroniques du premier âge (*achores, porrigo, favus*, etc.) que nous appelons, dans l'un de nos ouvrages, gourmes éruptives ou dartreuses, une médication qui variera nécessairement selon que l'affection se présente avec le caractère dépuratoire ou parasite ou accidentel. Dans le premier cas, qui est celui de la plupart des *achores*, inaction, traitement hygiénique et de propreté ; dans le second, qui est celui du *favus*, traitement local et doux, etc.

4° Le traitement des affections qu'on désigne plus particulièrement par le mot *dartre* (*herpès, varus, mélitagre* ou *impetigo*, etc.) et que nous retrouvons dans notre quatrième classe, est sans contredit celui qui demande le plus d'habileté et d'expérience, pour lequel sont réservés les moyens les plus nombreux et les plus variés ; résultat ordinaire d'un long oubli des lois de l'hygiène, elles présentent dans la plupart des cas un cachet constitutionnel et sont même souvent dues à une transmission contagieuse héréditaire ; que de soins donc il faut pour corriger ce vice originel des humeurs ; pour relever l'organisme de son état d'imprégnation morbide ; pour déraciner ces inflammations essentiellement chroniques, et qui n'attirent fort souvent l'attention des malades qu'après s'être, pour ainsi dire, identifiées avec nos tissus. Leur longue durée, leurs fréquentes et subites exacerbations, leur extrême tendance à récidiver, etc., justifient les craintes qu'elles inspirent au malade et les efforts incessans du thérapeutiste. Ici l'expectation serait une faute grave, et un traitement purement extérieur et local, tout à fait insuffisant. Une médication intérieure et dépurative est presque toujours indispensable, et ce n'est que par un ensemble de moyens énergiquement coordonnés qu'on parvient à détruire la cause interne, le principe souvent virulent qui a produit et qui entretient la maladie, et à obtenir une guérison solide et durable. On trouve des secours précieux dans les substances sudorifiques, purgatives, diurétiques, etc., qui exercent sur les principaux appareils des sécrétions une influence incontestable ; leur action est souvent favorisée par le régime alimentaire, un séjour convenable et l'observation rigoureuse des principales lois de l'hygiène.

5° Ces considérations s'appliqueront, à plus forte raison, aux dégénérescences lépreuses et cancéreuses, que nous retrouvons dans notre cinquième classe. Dans le traitement de ces cruelles maladies, le fer et le feu deviennent parfois des adjuvans indispensables : et souvent même, malgré les soins les plus énergiques et les mieux suivis, le médecin n'est que trop souvent réduit à déplorer son impuissance et à rester témoin inutile des ravages incessans de la maladie.

6° Aux scrofules, dans le traitement desquels l'art est plus heureux, on appliquera les indications données par la nature elle-même ; ne la voit-on pas en opérer spontanément la guérison aux époques de turgescence vitale, comme la puberté ? On devra donc principalement s'attacher à relever les forces de l'économie par la respiration d'un air pur, l'usage de bons alimens, un exercice convenable, etc., ce qui ne veut pas dire qu'on doive dédaigner l'emploi d'un certain nombre de médicamens énergiques, dont l'expérience a démontré les bons effets contre l'envahissement des sécrétions tuberculeuses.

7° Le traitement des affections scabieuses est connu de tout le monde et d'une facile application.

8° Celui des hémorragies utérines est presque constamment subordonné à l'état général de la constitution, ou à la maladie dont celles-ci ne sont le plus souvent qu'un symptôme.

9° Aux lésions pigmentaires (colorations et décolorations morbides), on est loin malheureusement de pouvoir opposer toujours un traitement rationnel et satisfaisant. On connaît mal encore les fonctions et la vitalité de l'appareil sécréteur de la matière colorante. Il importe toutefois de bien distinguer si la maladie est idiopathique ou symptomatique, car, dans ce dernier cas, il suffit le plus souvent de traiter l'affection primitive pour voir la lésion pigmentaire tendre d'elle-même à la guérison.

10° Aux hypertrophies cutanées, qui constituent le plus souvent des affections purement locales, on opposera surtout un traitement direct, dans lequel les moyens chirurgicaux tiendront le premier rang.

11° Enfin, aux syphilides on continuera d'opposer un traitement qui, bien qu'empirique, n'en répond pas moins constamment aux besoins de la science. Il y aurait folie à vouloir lui substituer un prétendu rationalisme, contre lequel se prononcent les faits de chaque jour. Les sudorifiques et les mercuriaux constituent la base du traitement des syphilides ; leurs différentes combinaisons répondent aujourd'hui, comme depuis plusieurs siècles, à la juste impatience du malade et à l'attente du praticien.

Tel est le résumé des considérations sommaires que nous avons présentées sur la théorie et le traitement des maladies de la peau. Nous en avons écarté volontairement un grand nombre de faits particuliers ; on les retrouvera dans les différentes publications que nous avons déjà faites ou de celles que nous nous proposons de faire ultérieurement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros d'octobre 1843, de janvier et avril 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Note sur un cas de cyanose, ou maladie bleue, dépendant d'une adhérence mutuelle des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire* ; par le docteur Craigie. 2° *Observation de médecine légale ; propriétés vénéneuses de l'écorce du faux ébénier laburnum citisus* ; par le professeur Christison. 3° *Moyens de distinguer sur de petites quantités le sang couenneux de celui qui est à l'état normal* ; par le docteur Jones. 4° *Notice sur une maladie fébrile qui a régné à Edimbourg pendant l'été de 1843* ; par le docteur Craigie. 5° *Sur la cause prochaine de la mort après l'introduction spontanée de l'air dans les veines, avec quelques remarques sur le traitement de cet accident* ; par M. Trichsen. (Travail dont l'idée fondamentale a déjà été indiquée dans la GAZETTE MÉDICALE.) 6° *De l'inflammation considérée comme cause de nutrition anormale* ; par M. Bennett. (Premier article.) 7° *Cas d'éléphantiasis tuberculeux chez un sujet né dans l'Inde de parens anglais* ; par M. Kinnis. 8° *Note sur un fœtus bicéphale* ; par M. Pereira. 9° *Observation montrant un exemple de phénomènes morbides particuliers du côté du cerveau* ; par M. Holland. 10° *De l'influence du climat du Canada pour prévenir le développement et arrêter les progrès de la phthisie* ; par M. Orton. 11° *Sur la fièvre épidémique qui règne à Glascow* ; 12° *Statistique de huit des principaux hôpitaux civils d'Ecosse* ; par M. J. Thomson. 13° *Remarques sur la gangrène de la face* ; par M. Obre. (L'auteur parle de cette gangrène qui survient chez les enfans à la suite des fièvres graves. Il préconise surtout l'application immédiatement faite du fer rouge.) 14° *De la stérilité des femmes nées jumelles avec un enfant du sexe masculin ; considérations suivies de quelques remarques sur la stérilité en général* ; par M. Simpson. 15° *Cas de tumeur très vasculaire simulant un anévrisme, et pour laquelle la carotide primitive fut liée* ; par M. Kerr. (La tumeur, située sous l'angle de la mâchoire, offrait par son siége et par ses changemens, sous l'influence d'une compression exercée sur la carotide, la plus parfaite ressemblance avec un anévrisme de ce vaisseau.

Trois mois après qu'il eût été lié, la tumeur avait diminué de plus d'un tiers. La malade étant morte de pneumonie au bout de neuf mois, on trouva qu'il s'agissait d'une tumeur érectyle, ne communiquant pas avec la carotide par une ouverture, mais en recevant seulement une bronche, qui lui fournissait ses moyens de nutrition.) 16° *Statistique des cas de calculs vésicaux traités durant cinq ans à l'infirmerie royale d'Aberdeen et observations pratiques sur la taille latéralisée*; par M. Keith. 17° *De quelques caractères distinctifs entre la fièvre qui règne épidémiquement et la fièvre typhoïde*; par M. Henderson. 18° *Statistique vitale et remarques médicales sur la phthisie pulmonaire*; par M. Boyd. 19° *Sur la valeur comparative des préparations de mercure et de celles d'iode dans le traitement de la syphilis*; par M. Hocken. 20° *De la trachéotomie dans les maladies chroniques du larynx*; par M. Watson. (Relation abrégée de plusieurs cas de ce genre.) 21° *Fracture compliquée de la mâchoire inférieure*; par M. Watson. (Double fracture séparant une portion du corps de l'os d'avec ses deux moitiés latérales. Le fragment moyen supportait trois dents incisives. Une plaie avec suppuration prolongée empêcha l'application exacte du bandage; et c'est en liant les dents mobiles aux dents voisines à l'aide de fils d'argent qu'on obtint une consolidation régulière. 22° *Statistique des cas traités à l'hôpital royal de la marine de Malte*; par M. Martin (William). 23° *Observation de mort par asphyxie provenant d'une cause mécanique*; par M. Jackson. 24° *Observations sur la fièvre intermittente quotidienne*; par M. Strattou. 25° *Essai sur la fièvre épidémique qui règne à Heith, avec une statistique portant sur 300 cas*; par M. Jackson.

NOTE SUR UN CAS DE CYANOSE, OU MALADIE BLEUE, DÉPENDANT D'UNE ADHÉRENCE MUTUELLE DES VALVULES SEMI-LUNAIRES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE; par le docteur CRAIGIE.

Dans un rapide historique des recherches publiées en Angleterre, en France et en Allemagne sur la cyanose, M. Craigie signale surtout les cas où cet état était dû à une lésion ou à un vice de conformation de l'artère pulmonaire, et indique le rôle que chacun des auteurs qui ont écrit sur cette affection fait jouer à cette lésion dans sa production; puis de la comparaison de tous ces cas il conclut que la contraction de l'artère pulmonaire prend une part bien plus importante que celle que leur ont attribuée Kraisig et MM. Gintrac et Louis, à la conservation de la communication entre les deux côtés du cœur. Il va même jusqu'à avancer qu'un certain degré de contraction de l'artère pulmonaire est non seulement la première lésion, mais aussi la plus essentielle, et que la persistance de l'ouverture du trou de Botal ou la perforation du ventricule doit être regardée comme un effet de cette contraction qui, dans tous les cas, a toujours dû exister dès le principe à un degré assez prononcé pour empêcher que la circulation pût se faire librement et sans gêne dans l'artère pulmonaire.

Les lésions que peut présenter cette artère se réduisent à trois formes principales, et dont la première est une étroitesse considérable et primitive de son calibre; la deuxième est une obstruction complète de son canal, tandis que la troisième est une occlusion plus ou moins prononcée de son orifice cardiaque par l'adhérence mutuelle de ses valvules. Il ressort évidemment de tous les cas recueillis jusqu'ici que les deux premières formes sont toujours congéniales, mais il n'est pas aussi facile de décider si la troisième l'est également ou si elle ne serait pas le résultat de quelque état morbide développé peu de temps après la naissance. Pour arriver à cette démonstration, M. Craigie rapporte quelques observations dont deux et avec beaucoup de détails ont été recueillies par lui-même, la troisième appartient à Tacconi et la quatrième à M. Cruveilhier. Le sujet de la première de ces observations, qui était âgé de 19 ans, avait présenté depuis sa première enfance une dyspnée considérable augmentant pendant la saison froide et humide; la figure, les lèvres, les mains et les ongles d'une couleur lie-de-vin qui n'offrait pas toujours la même intensité, mais qui n'avait jamais disparu complètement et de violentes palpitations que le moindre exercice rendait encore beaucoup plus fortes. Cependant jusqu'à l'âge de 19 ans il avait pu se livrer à des travaux peu rudes; mais tous les symptômes augmentèrent, et au bout d'un mois il mourut à l'hôpital, où l'on constata que le diamètre de l'artère pulmonaire à son origine et au point où elle se détache du ventricule droit était beaucoup plus petit que d'habitude et qu'au lieu des trois valvules distinctes il y avait une membrane opaque, ferme, concave du côté du ventricule, convexe dans l'artère et perforée dans son centre d'une ouverture qui aurait à peine suffi pour le passage d'une sonde ordinaire. Le ventricule droit était très grand et ses parois avaient une épaisseur bien plus considérable qu'à l'ordinaire. La fenêtre ovale était fermée par une membrane percée de petits trous et d'un plus grand à sa partie inférieure, ayant bien un tiers de pouce de diamètre et qui établissaient une communication directe entre les deux oreillettes.

Les trois autres observations offrent la répétition des mêmes symptômes et des mêmes lésions, mais moins prononcés. C'est sur ces faits et spécialement sur le premier que l'auteur s'appuie, pour prouver que la lésion de l'artère pulmonaire a dû être congéniale et que la persistance de la communication entre les deux oreillettes au lieu d'être la lésion principale et primitive, comme on le croit communément, n'a été, au contraire, qu'un effet presque nécessaire du rétrécissement de l'artère pulmonaire, un moyen de conservation auquel la nature a eu recours pour prolonger la vie qui sans cela se serait éteinte beaucoup plus tôt que chez les quatre sujets dont il vient d'être question. Aussi M. Craigie croit-il, après cette discussion, devoir en conclure les trois propositions suivantes :

1° La persistance du trou ovale est rarement une lésion primitive et solitaire;

2° Dans les cas où elle existe seule, elle n'apporte aucun trouble à la circulation, car elle n'entraîne pas nécessairement le mélange du sang veineux avec le sang artériel;

3° Contrairement à tout ce qui a été dit, jusqu'ici la conservation du trou ovale est, dans un grand nombre de cas, un moyen de salut pour la vie; car cette lésion est, ainsi que l'hypertrophie du ventricule droit et de l'oreillette droite, destinée à compenser en partie le rétrécissement et même l'oblitération presque complète de l'artère pulmonaire et permet aux sujets porteurs de cette dernière altération de vivre pendant un certain nombre d'années. Il serait bien intéressant de chercher par quel moyen les poumons sont suppléés dans ce cas où il n'y a qu'une très petite portion de sang qui les traverse; il est probable que la peau et les membranes sont chargées de cette fonction supplémentaire.

OBSERVATIONS DE MÉDECINE LÉGALE; PROPRIÉTÉS VÉNÉNEUSES DE L'ÉCORCE DE FAUX ÉBÉNIER LABURNUM CITISUS; par le professeur CHRISTISON.

On sait que le faux ébénier produit des semences douées de propriétés vénéneuses assez actives pour que prises en quantité assez notable elles puissent déterminer la mort; cependant il n'est pas moins vrai que l'on n'a pas donné assez d'attention dans la pratique et la toxicologie aux propriétés spéciales de cette plante; car il paraît que toutes les parties participent à ces propriétés à des degrés différens, et un fait qui est venu dernièrement à la connaissance de M. Christison lui a prouvé que non seulement l'écorce de cet arbre est douée d'une activité très énergique, mais que ces effets délétères sont assez familiers aux personnes étrangères à l'art sur quelques points de l'Ecosse pour qu'on s'en soit servi tout récemment dans un but criminel. Voici à quoi se réduit, d'après le professeur, l'état actuel des connaissances scientifiques sur ce point. Cette plante a été rangée dans la dernière édition de son TRAITÉ DES POISONS parmi les narcotico-âcres, et dans la notice qui lui est consacrée il est dit que les funestes propriétés des semences sont connues du vulgaire et qu'elles ont fréquemment déterminé des accidens, bien que lui-même n'eût eu connaissance que de deux cas dans lesquels deux enfans, après avoir mangé une assez certaine quantité de ses graines, furent pris subitement de symptômes extrêmement graves, tels que le refroidissement général, lividité de la face, syncope, etc., qui ne disparurent qu'après qu'on eut fait rejeter par le vomissement les graines encore contenues dans l'estomac. L'auteur cite encore les recherches de MM. Chevallier et Lassaigne sur ces semences et qui en ont extrait un principe qu'ils ont appelé la citisine, lequel, à la dose de quelques grains, détermine chez l'homme des étourdissemens, des spasmes, etc. Il fut consulté dernièrement par une jeune fille à qui un jeune homme pour se venger de quelque espièglerie avait fait prendre en cachette une très petite quantité d'écorce de *laburnum*. Cette jeune fille fut prise immédiatement de vomissemens qui durèrent plusieurs jours, de tremblemens, de spasmes et même de défaillement et resta malade pendant une année. Ce ne fut qu'au bout de six mois que des révélations apprirent la cause de son état grave et motivèrent une poursuite qui se termina par la condamnation à une peine légère du jeune homme qui évidemment n'avait pas cru devoir causer une aussi longue maladie. La jeune fille traîna encore pendant près de six mois, avec des symptômes d'inflammation gastro-intestinale.

La propriété tonique du *laburnum* étant donc aussi mal connue, M. Christison a cru devoir l'étudier par quelques expériences sur les animaux. Voici quelques-uns des résultats obtenus. Une cuillerée à thé de poudre de *laburnum* sec est administrée à un chat, et aussitôt il paraît très tourmenté, mais d'abondans vomissemens ne tardent pas de se produire; il reste languissant pendant toute la journée et recouvre promptement la santé. Chez un autre, un gramme suffit pour déterminer de très

forts vomissemens. Quatre grammes de la même poudre administrée à un chien le font grogner et s'agiter, puis surviennent d'abondans vomissemens et le calme ne tarde pas à se rétablir. On fait prendre à un fort lapin et au moyen d'un cathéter une once de l'infusion de l'écorce de *laburnum*, contenant la matière active de soixante-deux grains, et au bout de trois minutes le lapin commença à se jeter vivement d'un côté et de l'autre, puis fut pris de convulsions tétaniques si violentes et avec des alternatives d'emprosthotonos et d'opisthotonos que son corps rebondissait avec force sur le parquet de la pièce. Cependant ces mouvemens cédèrent tout à coup; la respiration s'arrêta et tous les muscles se trouvèrent à la fois relâchés; l'animal était mort, et cela deux minutes et demie après l'injection de la solution vénéneuse. Au bout de deux autres minutes, on pratiqua l'autopsie, et on trouva le cœur gorgé de sang, se contractant avec force et sensible à l'action des stimulans.

Cette expérience et quelques autres qui furent suivies de résultats analogues suffisent, dit M. Christison, pour démontrer que ce poison est doué d'une violente énergie; qu'à haute dose, sans cependant être en grande quantité, il agit avec une grande rapidité et une grande violence comme narcotique, et qu'à petite dose il exerce une action énergique sur l'appareil intestinal. C'est un poison narcotico-âcre d'une grande force.

MOYENS DE DISTINGUER, SUR DE PETITES QUANTITÉS, LE SANG COUENNEUX DE CELUI QUI EST A L'ÉTAT NORMAL; par le docteur JONES.

Si ce moyen est aussi efficace que le prétend l'auteur, il acquerra une grande valeur aux yeux des praticiens qui attachent de l'importance à ne pas tirer une quantité de sang considérable dans les cas douteux, et où cependant ils ont besoin de connaître l'état du sang pour sortir de ce doute. Voici ce moyen :

Déposez une goutte de sang, aussitôt qu'il vient de sortir de la veine, sur une plaque de verre; puis, au bout d'environ une demi-minute, cette surface commencera à présenter un aspect granulé très fin. Ce sang sera à l'état normal. Si, au contraire, la goutte s'étend dans une plus grande largeur et que l'on distingue immédiatement l'aspect granulé très prononcé, vous pourrez regarder ce sang comme couenneux. La différence entre le sang normal et le sang couenneux examinés par ce moyen consiste dans ce que le premier est plus épais que le second, et s'étend moins sous l'influence de la pression, et en ce que l'aspect granulé ne se présente qu'au bout d'une demi-minute et est extrêmement délicat, tandis que, dans le sang couenneux, cet aspect se développe avec tant de rapidité qu'on le distingue immédiatement, et se fait remarquer par l'éloignement plus prononcé des granulations et qui va encore en augmentant.

Ce procédé, auquel le docteur Alison attache une grande importance, est dû à M. Shræder von der Kolk. Or, voici ce qu'on observe si on le soumet au microscope. Si le sang placé entre les deux plaques de verre est normal, on distingue d'abord les globules rouges dispersés confusément dans le liquide du sang; puis, au bout d'une demi-minute ou à peu près, on les voit passer les uns sur les autres, se diriger vers le bord où ils sont côte à côte, occupant moins d'espace que quand ils sont irrégulièrement dispersés. Si, au contraire, c'est du sang couenneux que l'on examine au microscope dans les mêmes circonstances, on trouvera moins de globules rouges et plus de liquide, et tous les globules seront déjà réunis sous forme de rouleaux et formant un réseau à très larges mailles. Une goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt, ou prise sur un jet de sang fourni par l'ouverture d'une veine chez la même personne, présente toujours les mêmes effets, et offre, dans les deux cas, les caractères du sang normal ou du sang couenneux. En sorte que l'examen d'une seule goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt ou de toute autre partie du corps jettera autant de lumière sur l'état du sang d'un individu que la présence ou l'absence de la couenne.

NOTICE SUR UNE MALADIE FÉBRILE QUI A RÉGNÉ A ÉDIMBOURG PENDANT L'ÉTÉ DE 1843; par le docteur CRAIGIE.

Cette maladie fébrile commença à se montrer vers les premiers jours d'avril, après que pendant tout l'hiver il y avait eu, comme d'habitude, un nombre assez considérable de cas de synoque et de typhus; mais ces derniers cas, sans disparaître complètement, devinrent de plus en plus rares, à mesure qu'on avançait vers la belle saison, et furent remplacés par une nouvelle forme morbide qui commençait, comme la plupart des affections graves, par de la céphalalgie, de l'anorexie, des nausées, et avec des vomissemens, un sentiment de brisure générale et de prostration extrême, avec fréquence du pouls et une disposition prononcée à la sueur, mais n'offrant rien de critique. La langue, d'abord large, blanche, épaisse, ne tardait pas à sécher et à se couvrir de fuliginosités. Il y avait rarement du délire, mais fréquemment de l'insomnie; l'épigastre était sensible à la pression, et le siége d'une douleur assez profonde que les uns rapportaient à l'hypochondre droit, d'autres à l'hypochondre gauche, quelques-uns enfin à la région ombilicale. Les malades n'offraient point l'éruption caractéristique du typhus, mais un bon nombre d'entre eux présentaient une éruption de taches d'un rouge foncé, semblables à celles du purpura, et qu'on eût facilement prises pour des piqûres de punces. Puis, après que cet état avait duré cinq ou six jours, tous les symptômes s'amendaient sous l'influence du traitement ou d'une diaphorèse spontanée, et l'appétit revenait. Mais, après une convalescence de trois ou quatre jours, on voyait fréquemment arriver des rechutes, et, dans le rapport de 110 rechutes pour 182 cas.

La complication la plus remarquable, mais qui a été loin d'être fréquente, est une couleur jaune de la peau et des conjonctives, qui était suivie le plus souvent d'une terminaison funeste. Cet ictère, qui était très prononcé, se montrait vers le deuxième ou troisième jour, et était accompagné de nausées, de vomissemens, d'une extrême faiblesse et d'un degré plus ou moins avancé de stupeur.

A l'autopsie, on ne trouvait aucune altération dans la muqueuse ni dans les glandes intestinales, ni dans l'appareil biliaire, aucune lésion enfin à laquelle on pût rapporter la maladie.

Le traitement, purement symptomatique, n'a jeté également aucune lumière sur la nature de cette affection, qui se répandit tellement sur la population d'Edimbourg, qu'on fut obligé, au mois d'août, d'ouvrir deux hôpitaux provisoires où le nombre de lits s'éleva à 350, ce qui n'empêcha pas que beaucoup de malades ne purent recevoir à temps les secours dont ils avaient besoin.

Cette maladie, qui n'était ni la fièvre synoque, ni la fièvre typhoïde ordinaire, et qui, dans quelques cas, se compliquait d'accidens d'apparence rhumatismale, est rapprochée par l'auteur de quelques maladies semblables qui ont régné accidentellement dans quelques villes d'Angleterre depuis peu d'années, et surtout à Dublin et à Glascow.

OBSERVATION D'UN CAS OU L'ON A OBSERVÉ DES PHÉNOMÈNES CÉRÉBRAUX PATHOLOGIQUES EXTRAORDINAIRES; par le docteur CALVERT HOLLAND.

Nous allons reproduire tous les détails propres à faire connaître exactement ce fait intéressant à divers titres, bien que la guérison obtenue n'ait pas permis de constater la lésion anatomique (si toutefois il y avait une lésion anatomique appréciable) à laquelle on aurait pu attribuer les phénomènes bizarres présentés par le sujet et dont la science possède peu d'autres exemples.

OBS. — R., âgé de 28 ans, travaillant dans les mines de houille depuis l'âge de sept ans, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il eut la grippe il y a six ans, et que six mois avant l'époque où il fut pris de la maladie qu'il porte maintenant, il éprouva à la partie antérieure de la tête une violente douleur qui le força de garder la chambre pendant huit jours; mais cette douleur ayant diminué il put reprendre ses travaux qu'il continua jusqu'à il y a environ six mois que la douleur augmenta considérablement et s'accompagna de désordres notables du côté de l'estomac. Il avait des rapports continuels, un goût très désagréable, se plaignant d'une grande lassitude et d'un assoupissement tellement prononcé qu'il s'endormait même à table en mangeant. Déjà ces accidens duraient depuis deux mois, quand il fut pris, toutes les fois qu'il était étendu horizontalement, d'un besoin irrésistible de parler; ses paroles se succédaient avec une rapidité excessive et étaient peu distinctes et ses idées incohérentes et ridicules. A cette époque, il bégayait aussi bien debout que couché et avait la conscience du besoin irrésistible de parler et de l'absurdité de ses remarques, mais ne pouvait s'en abstenir.

Après que ces symptômes eurent duré quelques temps, sa tête commença à tourner rapidement d'une épaule à l'autre et présentait régulièrement quatre accès par jour de ce mouvement involontaire. La vue et le toucher n'avaient pas éprouvé le moindre trouble; le goût était vicié, ce qui semblait dépendre de l'état de l'estomac. A la suite de chaque attaque des mouvemens involontaires, l'ouie était si troublée qu'il ne pouvait reconnaître à la voix les personnes qui se trouvaient près de lui.

Cet homme, dont l'intelligence était un peu au-dessus de celle des ouvriers qui exercent la même profession, rendait compte de tout ce qu'il éprouvait avec une grande attention et un soin minutieux. Son extérieur annonçait moins d'intelligence qu'il n'en possédait réellement, et en le regardant on trouvait quelques-uns des caractères qui rappellent l'idiot, mais qui disparaissaient aussitôt qu'il était animé par la conversation. Dans les paroxysmes dont nous venons de parler, la tête s'agitait avec une rapidité extraordinaire d'une épaule à l'autre, décrivant une portion de cercle aussi large que le permettaient et sa position et les articulations. Il était impossible de compter les oscillations; mais il y en avait au moins vingt par quart de minute. A la suite de chaque paroxysme, la figure était fortement injectée et l'individu paraissait épuisé et comme abasourdi. Non seulement alors la disposition à bégayer était notablement augmentée, mais le malade répétait involontairement deux ou trois fois la même chose. Depuis un mois cependant les mouvemens involontaires avaient cessé et le bégaiement était moins prononcé et moins fréquent lorsque M. Holland soumit le malade au traitement qui fut à la fois constitutionnel (général) et local.

Les circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, les années qu'avait passées le malade dans les mines obscures et humides, y respirant un air délétère paraissant avoir dû agir primitivement sur l'appareil digestif, qui, le premier aussi, offrit des troubles, déterminèrent à regarder l'affection cérébrale comme le résultat d'un trouble constitutionnel et de l'influence funeste de l'air impur respiré pendant si longtemps. D'après cette manière de voir, on prescrivit comme moyens généraux, et pendant quelques semaines, le mercure comme altérant, avec quelques laxatifs doux, et ensuite on continua les derniers avec des toniques actifs; puis on agit localement par l'application de plusieurs vésicatoires à la nuque derrière les oreilles. En même temps, on surveillait le régime avec grand soin, et on exigeait un exercice régulier en plein air.

Au bout de six mois de ce traitement, le malade était complètement rétabli.

L'auteur pense que, dans ce cas, la lésion locale se trouvait dans la région de la moelle allongée; mais, avec bien de la raison, ne s'explique pas sur sa nature. Aussi, sans approuver ni improuver l'emploi des altérans chez ce sujet, ferons-nous remarquer la justesse des vues qui l'ont conduit dans la direction donnée au traitement. En France, où l'on ne tient compte que de l'élément inflammatoire, beaucoup de praticiens auraient préféré les saignées générales et locales, et, sous cette double cause de débilitation, l'état général se serait probablement aggravé, et la lésion locale n'aurait certainement pas cessé de faire des progrès.

Le docteur Holland voit, dans les phénomènes morbides si spécieux présentés par ce sujet, l'indice de propriétés différentes dans les différentes parties du système cérébro-spinal, mais ne cherche pas à rien établir de positif sur ce point, se contentant de rapprocher plusieurs cas connus déjà dans la science, et qui ont offert quelque analogie avec le précédent.

OBSERVATIONS SUR L'INFLUENCE DU CLIMAT DU CANADA POUR PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT ET ARRÊTER LES PROGRÈS DE LA PHTHISIE; par le docteur ORTON.

Il résulte de quelques faits rapportés dans cette communication que, sur plusieurs points du Canada, et surtout du Canada supérieur, la phthisie serait une maladie presque inconnue et que le séjour de ces lieux pourrait être utile dans les cas de phthisie commençante. Nous nous bornerons à signaler un seul point de vue de ces faits, et qui peut jeter quelque jour sur une question agitée tout récemment; c'est que les localités indiquées par M. Orton comme les plus contraires à la phthisie ne sont pas celles qui se trouvent le long des lacs et des rivières, et où les miasmes paludéens ont une grande activité, mais au contraire les points les plus élevés et qui offrent des ondulations prononcées.

DE LA PRÉTENDUE STÉRILITÉ DES FEMMES QUI SONT NÉES D'UN ACCOUCHEMENT MULTIPARE LORSQUE DES AUTRES ENFANS ÉTAIENT DU SEXE MASCULIN, AVEC QUELQUES NOTES SUR LA MOYENNE DES MARIAGES SANS ENFANS DANS LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE; par le docteur J. SIMPSON.

L'auteur a voulu s'assurer de l'exactitude de l'opinion vulgaire que quand deux jumeaux sont de différent sexe la femme reste stérile, et l'examen auquel il s'est livré à cette occasion sur ce qui arrive dans les différentes espèces animales et chez l'homme lui a démontré que cette opinion, vraie dans un certain nombre de cas chez la vache, ne l'est plus pour les autres animaux ni même pour l'homme. Les faits fort intéressans qu'il a réunis et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire lui ont démontré que dans l'espèce humaine les femmes nées d'un accouchement bipare en même temps qu'un garçon peuvent avoir autant d'enfans que les autres femmes, et que la même loi de fécondité dans les cas de portées bipares et de sexes différens se retrouve chez tous les animaux domestiques unipares, à l'exception de la vache seule.

Quant à cette exception elle-même, elle représente un fait extrêmement curieux et inexpliqué jusqu'à ce moment; c'est que chez la vache l'existence dans la matrice de deux fœtus de sexe différent entraîne presque nécessairement chez celui du sexe féminin une altération notable des organes sexuels et de ces organes seulement, tandis que ceux du mâle ont tout leur développement. Pourquoi, demande M. Simpson, cette exception chez la vache seulement et seulement dans les cas de double portée? Et pourquoi, lorsque la portée est composée de deux mâles ou de deux femelles, les deux individus offrent-ils l'organisation sexuelle complète et sont-ils aptes à se reproduire? Toutes ces circonstances considérées en même temps forment, sous le point de vue de l'origine des difformités, l'un des faits les plus étranges et les plus inexplicables que présente l'étude du développement anormal.

STATISTIQUE DES CAS DE CALCULS VÉSICAUX TRAITÉS DURANT CINQ ANS A L'INFIRMERIE ROYALE D'ABERDEEN, ET OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA TAILLE LATÉRALISÉE; par M. KEITH.

La statistique qui est en tête de ce travail en est le document le plus important. Elle porte sur la pratique de l'hôpital d'Aberdeen pendant cinq ans, du 20 mars 1838 au 20 mars 1843. Dans ce laps de temps, 43 calculeux ont été reçus; sur ce nombre, 23 ont été traités par la taille et 16 par la lithotritie. Mettons immédiatement de côté ces derniers, dont un seul a succombé. Les déductions générales de l'auteur se rapportent surtout aux opérations de taille. Or, sur les 23 cas appartenant à cette catégorie, il n'y a eu que deux décès. Ce premier résultat est déjà extrêmement remarquable; il le devient encore bien plus lorsqu'on lit que de ces 23 sujets, 19 étaient âgés de 50 à 80 ans (savoir, 6 de 50 à 60, 7 de 60 à 70, et 6 de 70 à 80), et que, sur ce nombre de 19, placés, en tant que vieillards, dans les conditions reconnues généralement pour être les plus défavorables à cette opération, un seul (âgé de 74 ans) est mort.

M. Keith, s'appuyant sur cette statistique vraiment très satisfaisante, recommande à l'attention des chirurgiens les modifications qu'il a apportées au procédé de la taille latéralisée, modifications auxquelles il croit devoir attribuer son succès. Parmi ces corrections, il en est quelques-unes de tellement insignifiantes, que l'esprit le plus favorablement prévenu ne saurait sérieusement se décider à leur accorder la moindre valeur comme ayant influé sur le résultat. Nous ferons connaître en peu de mots celles qui nous paraissent plus utiles; mais sans dissimuler toutefois qu'il serait téméraire de leur attribuer à elles seules le chiffre remarquable des guérisons obtenues. Sans doute, la manière dont une opération est pratiquée a sur son résultat une influence incontestable; mais proclamer l'excellence de la méthode d'après le seul langage des faits est un mode de raisonnement toujours contestable, et, qui, dans tous les cas, ne mérite une certaine confiance que lorsque le nombre de ces mêmes faits est presque illimité. Or, on sera difficilement persuadé d'admettre comme suffisamment probante en ce sens la statistique de M. Keith, si l'on se rappelle qu'il arriva à Dupuytren d'opérer de suite 26 ou 27 calculeux par la cystotomie bilatérale, sans en perdre un seul!

Le meilleur précepte que nous donne l'auteur est celui de faire toujours subir aux malades une préparation préalable. Lorsqu'un calculeux entre à l'hôpital, il le garde, terme moyen, 25 jours avant de l'opérer. Cette temporisation est surtout nécessaire pour les vieillards, dont la maladie est ordinairement ancienne et les voies urinaires en mauvais état. Outre que ce temps sert au chirurgien et à son patient à se mieux connaître, à s'étudier réciproquement, il peut toujours être utilement employé en médications générales ou locales. Or, ce traitement préparatoire varie, suivant les individus, pour la nature des indications auxquelles il doit satisfaire. Les sujets débilités sont mis à un régime généreux, et s'il y a chez eux phlegmasie des organes urinaires, on les traitera surtout par le repos et les révulsifs en se montrant sobre d'évacuations sanguines. Si, au contraire, il existe en même temps que le catarrhe vésical un état de pléthore générale, alors la diète sera indiquée, et les émissions sanguines plus ou moins répétées feront la base du traitement dirigé contre l'état local. — Quelque partisans que nous soyons de ce système de préparation, faisons cependant remarquer que la temporisation doit ici avoir un terme; car si les agens hygiéniques et pharmaceutiques peuvent adoucir les symptômes, le seul espoir d'une cure radicale est dans l'opération. Tout en suivant le système que préconise M. Keith, il ne faudra donc jamais perdre de vue qu'il serait toujours superflu et souvent nuisible d'y insister trop longtemps.

La plupart des auteurs qui décrivent le procédé opératoire de la taille latéralisée disent que l'incision doit commencer à 8 ou 10 lignes ou 1 pouce et même davantage au devant de l'anus, et être conduite obliquement de là jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'anus et l'ischion. M. Keith reproche à cette incision d'exposer à la lésion de l'artère transverse, et d'ouvrir, en outre, le périnée dans un point tellement rapproché de l'arcade pubienne que le passage ouvert à la pierre pour sortir du bassin est extrêmement étroit. Il prescrit, en conséquence, de commencer l'incision plus près de l'anus et de la prolonger ensuite dans la direction habituelle, jusqu'à 2 pouces derrière cet orifice; bien entendu que cette partie postérieure de l'incision ne divisera que les téguments. — Nous ne pensons pas que cette modification mérite la place que son auteur réclame pour elle. Evidemment, elle substitue à la lésion de l'artère transverse (lésion très facile à éviter, si l'on a soin de ne pas porter le bistouri à 1 pouce, mais à 8 lignes seulement au-devant de l'anus) la section presque certaine des vaisseaux veineux et artériels hémorroïdaux, qui, chez les vieillards et surtout chez les anciens calculeux, forment autour de l'anus un plexus à branches aussi volumineuses que multipliées.

Et quant à la lésion de l'artère transverse, il nous serait même permis d'inférer des propres paroles de M. Keith, qu'elle n'est pas, avec sa modification opératoire, aussi rare qu'il le prétend; nous trouvons, en effet, dans la suite de son travail ces mots : « Quand l'artère transversale du périnée saigne avec force, je la lie *invariablement* après l'avoir saisie avec le ténaculum ou la pince. » Indiquer avec une telle précision la manière dont on pare à un accident, c'est assurément avouer qu'on n'a pas manqué d'occasions de l'observer.

M. Keith achève ensuite l'incision avec un couteau à lame étroite et terminé à son extrémité par un bouton mousse. Il s'en sert pour couper la prostate, comme Cheselden se servait de son couteau. Si cependant le périnée est trop épais, il termine la section des parties avec le gorgeret tranchant sur un de ses bords.

Enfin, pour empêcher que l'urine ne s'infiltre dans le tissu cellulaire ambiant, il maintient dans la plaie un tube flexible pendant les 30, 40 ou 50 heures qui suivent l'opération. De cette manière, l'urine n'est jamais retenue dans la vessie pendant les premières heures par la réunion prématurée des lèvres de l'incision, circonstance qui expose toujours à l'infiltration, vu que, à cette époque, la sécrétion de lymphe plastique n'a pas encore rendu imperméables les surfaces mises à nu.

RECHERCHES STATISTIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur ROB BOYD, médecin résidant de l'infirmerie de Ste-Mary-le-Bone.

Ce mémoire contient une analyse de 206 cas de phthisie pulmonaire terminés par la mort, à l'infirmerie, dans l'espace de trois années, de 1840 à 1842 inclusivement. Chaque observation offre, en deux ou trois lignes, quelques documens sur le sujet et sa maladie, et le résultat nécropsique en huit ou dix lignes, avec indication du poids de la plupart des organes : les poumons, le cœur, le foie, les reins, la rate, etc. Toutes ces observations sont rangées suivant l'âge des sujets, depuis 6 mois jusqu'à 90 ans, qui était l'âge du plus ancien. Quelques-uns des résultats obtenus de cette masse considérable de faits authentiques, puisque l'autopsie a permis, dans tous les cas, de constater l'exactitude du diagnostic, sont assez intéressans pour que nous croyions devoir les faire connaître; et d'abord, nous donnons l'âge de ces 206 sujets distribués par l'auteur en trois classes.

PREMIÈRE CLASSE.

	Garçons.	Filles.
Au-dessous d'un an	4	2
De 1 à 2 ans	2	3
2 à 3 ans	4	0
3 à 7 ans	6	3
7 à 11 ans	2	1
Total.	18	9

DEUXIÈME CLASSE.

	Hommes.	Femmes.
De 11 à 20 ans	2	3
20 à 30 ans	18	10
30 à 40 ans	24	14
40 à 50 ans	31	19
50 à 60 ans	18	4
Total.	93	50

TROISIÈME CLASSE.

	Hommes.	Femmes.
De 60 à 70 ans	11	8
70 à 80 ans	6	5
80 à 90 ans	3	1
90 ans et au-dessus.	1	1
Total.	21	15

Il résulte de ces chiffres que le nombre des hommes a excédé celui des femmes dans la proportion de 1.795 à 1; que l'époque de la vie où l'on est le moins exposé à la phthisie est, chez les deux sexes, jusqu'à 20 ans; que celle au contraire où cette maladie est le plus fréquente est de 30 à 50 ans, et enfin que la vie moyenne de 132 phthisiques du sexe masculin a été de 39 ans et 1 mois, et celle de 74 femmes, de 39 ans et 9 mois.

Le poids moyen des divers organes des phthisiques, au moment de leur mort, pourrait encore fournir quelques données intéressantes; mais, n'ayant pas ici la moyenne de ces mêmes organes à l'état normal, pour laquelle l'auteur renvoie à un autre numéro du même journal, nous ne pouvons les reproduire ici.

Cette communication présente encore quelques détails intéressans, mais trop vaguement établis pour être reproduits, sur les lésions trouvées dans les poumons des personnes âgées, et qui semblent bien indiquer les traces d'anciennes cavités tuberculeuses. Ces lésions, qui occupent ordinairement le sommet des poumons, consistent en des adhérences avec froncement et opacité de la plèvre pulmonaire, avec sensation d'un noyau au-dessous, dû à la présence d'une certaine masse de tissu cellulaire induré, souvent de matières terreuses et calcaires, quelquefois d'une petite quantité d'un liquide purulent, le tout compliqué fréquemment d'un état emphysémateux de l'organe. Aussi, l'auteur est-il disposé à conclure de cette complication que l'emphysème sert, dans ces cas, à prolonger l'existence, et demande si on ne pourrait pas, dans certains cas de phthisie, retarder les progrès de la maladie, en produisant artificiellement l'état emphysémateux des poumons.

SUR LA VALEUR COMPARATIVE DES PRÉPARATIONS DE MERCURE ET DE CELLES D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS; par M. HOCKEN.

L'auteur examine successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est la valeur intrinsèque du mercure et de l'iode? 2° Laquelle de ces deux substances convient le mieux dans les différentes formes de la syphilis? 3° Quelles sont les préparations dont l'emploi est le plus avantageux?

Les considérations très développées dans lesquelles M. Hocken entre à propos de ces trois questions peuvent être résumées dans les propositions suivantes. Le mercure et l'iode sont les deux principaux remèdes qui composent le meilleur et le plus sûr traitement des divers symptômes de la syphilis, quoique ni l'un ni l'autre ne doive être regardé comme un spécifique et ne puisse non plus agir d'une manière favorable s'il est administré empiriquement. Le mercure convient particulièrement dans l'induration ou syphilis primitive. Cet agent, dans les symptômes secondaires, est presque la condition *sine quâ non* de la guérison; mais, pour les symptômes tertiaires, il est ou inutile ou nuisible. L'iode est un médicament à peu près insignifiant dans les symptômes primitifs, excepté cependant dans la forme phagédénique qui se lie avec une débilité marquée et une altération prononcée de la santé. Quant à la syphilis constitutionnelle, il a moins de valeur que le mercure dans la majorité des phénomènes secondaires, excepté cependant les éruptions pustuleuses graves, les ulcères de la gorge, le rupia, les ulcérations secondaires de mauvais caractère, tous accidens liés à une cachexie marquée. L'iode, au contraire, a plus d'action que le mercure dans la syphilis tertiaire; c'est là que ses bons effets sont le plus tranchés. Dans les cas qui tiennent par leur nature et de la syphilis secondaire et de la syphilis tertiaire, on se trouve bien de combiner l'emploi de l'iode et du mercure. Plusieurs préparations mercurielles différentes sont applicables à chacune des formes de l'affection; mais on doit toujours préférer celle qui est capable de dompter le mal en produisant le moins de réaction générale sur l'organisme. Quant à l'iode, la seule préparation qu'on puisse employer sûrement dans le traitement de la syphilis est l'iodure de potassium; encore ne doit-on le donner qu'à doses modérées. Enfin, quelque avantageux que soit l'iodure de potassium dans certaines formes de la syphilis, il ne peut point mériter d'être substitué au mercure dans la grande majorité des cas.

CAS DE MORT PAR ASPHYXIE PROVENANT D'UNE CAUSE MÉCANIQUE; par M. JACKSON.

Il n'y a rien de bien rare, on le sait, à voir les vieillards ou les aliénés atteints de paralysie générale mourir étouffés par un morceau de viande trop volumineux qu'ils n'ont pu avaler et qui s'est arrêté à l'isthme du gosier, en obstruant l'entrée des voies aériennes. La GAZETTE MÉDICALE (V. 1841, p. 520) en a rapporté plusieurs exemples remarquables. Le cas suivant offre avec ceux-ci une grande similitude; car il est relatif à un homme auquel un accident pareil arriva pendant qu'il était plongé dans l'ivresse, c'est-à-dire dans un état qui, comme la paralysie générale, ne permettait pas le libre exercice des muscles de la déglutition non plus que de ceux qui président à l'expulsion des corps étrangers arrêtés dans les voies respiratoires.

OBS. — M. Jackson fut appelé en toute hâte auprès d'un homme que l'on croyait moribond, et que, en effet, il trouva mort à son arrivée. Les assistans pensaient qu'il était mort d'ivresse. En faisant l'ouverture du corps, le médecin reconnut d'abord toutes les altérations que produit ordinairement l'asphyxie; mais lorsque continuant ses recherches, il ouvrit le pharynx et la trachée, ce ne fut pas sans étonnement qu'il aperçut un morceau triangulaire de pelure de pomme de terre, lequel fermait complètement la glotte, retenu par une de ses extrémités dans la partie postérieure de cet orifice, ses deux autres bords flot-

taient librement au-dessus de lui, formant là une sorte de soupape qui se soulevait dans l'expiration et retombait dans l'inspiration de manière à oblitérer complètement l'ouverture et empêcher l'accès de l'air.

M. Jackson apprit alors que le malade avait dîné ce jour-là avec des pommes de terre, qu'il avait été boire jusqu'à tomber ivre mort, que, revenu alors chez lui et mis au lit, il avait été pris de vomissements à la suite desquels il était mort. Très probablement donc, ce sont les vomissements qui avaient ramené le corps étranger dans le lieu où on le rencontra après la mort.

L'auteur termine cette intéressante observation en faisant la remarque que si l'accident fût survenu dans un mauvais lieu ou pendant une querelle, circonstances auxquelles les ivrognes sont si exposés, on aurait très certainement attribué la mort à une violence involontaire ou préméditée, et le soupçon serait tombé sur des personnes à coup sûr très innocentes du fait.

DESCRIPTION DE LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE QUI A RÉGNÉ A LEITH, AVEC DES DÉTAILS STATISTIQUES SUR TROIS CENTS CAS; par le docteur R. JACKSON.

Déjà il a été plusieurs fois question dans la GAZETTE MÉDICALE (v. an 1844, p. 263 et ailleurs) de cette affection épidémique qui se montrant à la fois sur de nombreux points de l'Ecosse n'a pas tardé avant même qu'elle fût arrivée près de son déclin à trouver des historiens dans la plupart des villes un peu importantes où elle a été observée et à être décrite par tous les organes de la presse médicale anglaise, bien qu'elle n'offrît rien d'alarmant sous le rapport de la mortalité publique. Un autre point de vue fort remarquable encore de toutes ces communications sur une même épidémie, parties de tant de points différens et fournies par des auteurs différens, c'est leur ressemblance non seulement dans les détails, mais encore dans les inductions qui en sont tirées et dans les opinions qui en sont le résultat. Nous connaissons un pays voisin de l'Angleterre où chaque médecin se fait lui-même sa propre pathologie, où il n'y a pas une seule opinion commune, pas une seule croyance, pas un seul dogme admis par tous, où l'on obtiendrait difficilement une semblable unanimité dans un cas semblable si l'on s'en occupait. Mais qui s'occupe maintenant en France des maladies régnantes, des maladies épidémiques qui ne ménagent probablement pas plus la France que les autres contrées de l'Europe? Quels médecins le font, parmi ceux surtout qui semblent avoir reçu de la société mission de s'en occuper? aussi les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont été peut-être surpris quelquefois d'y trouver plus de documens sur la santé publique de l'Angleterre que sur celle de notre belle patrie. Quelle que soit la cause d'une différence aussi notable entre deux corps médicaux aussi rapprochés, nous ne pouvons nier que les différens rapports qui sont publiés incessamment sur la fièvre épidémique d'Ecosse n'augmentent beaucoup l'intérêt que nous avait inspiré l'annonce de son apparition.

Nous allons reproduire du travail de M. Jackson, non pas toute la description de cette maladie qui n'a pas différé à Leithe de ce qu'elle était à Edimbourg, à Glascow et ailleurs, mais seulement les nouveaux faits, les nouveaux détails propres à jeter quelque jour sur cette affection qui n'est pas nouvelle en Angleterre au moins, mais qui diffère autant de la fièvre (*fever*) des Anglais, que celle-ci diffère réellement de la fièvre typhoïde, ce qui n'est plus douteux aujourd'hui; en sorte que tandis que les Anglais sont maintenant en lutte avec trois fièvres continues complètement distinctes, nous n'aurions nous à combattre que la fièvre typhoïde. Telle est l'apparence; où est la réalité? C'est ce que nous ne pouvons que mettre en doute.

Voici, par mois, les chiffres des malades de cette épidémie qui ont été enregistrés depuis le début de la maladie en septembre 1843 à l'infirmerie de Leith et auxquels on doit ajouter 216 cas traités dans les hôpitaux et au moins 300 personnes dont les noms n'ont pas dû être inscrits parmi les pauvres malades, pour avoir une idée exacte du nombre des cas qu'a déterminés l'épidémie dans une ville de 25,000 ames.

CHIFFRES DU DISPENSAIRE.

En septembre 1843..................	144 cas
En octobre..................	417
En novembre..................	33t
En décembre..................	224
En janvier 1844..................	138
En février..................	45
Total.........	1,299

En ajoutant à ce total les deux autres chiffres, on arriverait donc à celui de 1,800 malades, ce qui donne 1 malade pour 14 habitans. Mais comme la maladie a frappé presque exclusivement les classes inférieures habitant un district très limité dans le centre de la ville, il est évident que le chiffre des malades a été beaucoup plus élevé pour cette partie de la société. Ce sont surtout les plus misérables qui ont été plus fréquemment atteints; on en a compté 20 cas en traitement à la fois dans un même escalier. On établit aussitôt un hôpital pour les fiévreux, et pendant toute l'épidémie on ne vit plus d'autres maladies même de celles qui existent habituellement en grand nombre.

Nous ne parlerons pas du mode d'invasion de la maladie, de sa marche, de ses symptômes les plus ordinaires qui ont été déjà décrits ailleurs; mais bien des crises qui étaient très fréquentes et étaient souvent annoncées par une légère diminution de la fréquence du pouls ou quelques légers frissons. Ces crises consistant le plus souvent en une transpiration abondante sur tout le corps et sur tout le tronc et la face, ne durent généralement que quelques heures et arrivent fréquemment pendant la nuit. A cette transpiration succède un court sommeil dont le malade sort libre de toutes douleurs et dans un état de bien-être. Les crises ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple; quelquefois elles sont précédées de convulsions, de délire, d'agitation. Dans 2 cas seulement, l'auteur a vu la diarrhée être critique.

Durée de la première attaque dans 300 cas.

Chez	20	malades	la crise	a eu lieu	le	5e	jour.
	48	—	—	—	le	6e	—
	52	—	—	—	le	7e	—
	98	—	—	—	le	8e	—
	25	—	—	—	le	9e	—
	42	—	—	—	le	10e	—
	3	—	—	—	le	11e	—
	2	—	—	—	le	12e	—
	10	La maladie s'est prolongée du 13e au 17e jour sans crise.					
	300						

C'est donc du septième au huitième jour de la maladie que la crise s'est opérée le pus souvent.

Comme dans les autres villes, à Leith la crise était suivie de repos et d'absence de tous phénomènes morbides, puis la maladie reparaissait comme la première fois. Le tableau suivant indique le jour de la maladie où a eu lieu chaque rechute à partir de la première invasion de la maladie.

Chez	1	malade	la rechute	a eu lieu	le	6e	jour	après la	première invasion.
	1	—	—	—	le	7e	—	—	
	8	—	—	—	le	8e	—	—	
	27	—	—	—	le	9e	—	—	
	32	—	—	—	le	t0e	—	—	
	37	—	—	—	le	tte	—	—	
	29	—	—	—	le	12e	—	—	
	3t	—	—	—	le	13e	—	—	
	31	—	—	—	le	14e	—	—	
	27	—	—	—	le	15e	—	—	
	30	—	—	—	le	16e	—	—	
	6	—	—	—	le	17e	—	—	
	5	—	—	—	le	18e	—	—	
	5	—	—	—	le	19e	—	—	
	1	—	—	—	le	21e	—	—	
	3	—	—	—	le	22e	—	—	
	2	—	—	—	le	23e	—	—	
	21	sans rechute.							
	3	morts à la première attaque.							
	300								

La durée de la seconde période, qui se terminait aussi par une crise, a offert plus de variations que celle de la première. Voici l'indication du nombre de jours qu'a duré la seconde attaque chez ceux qui l'ont éprouvée.

Chez	6	malades	la crise	est survenue	le	2e	jour.
	20	—	—	—	le	3e	—
	45	—	—	—	le	4e	—
	44	—	—	—	le	5e	—
	21	—	—	—	le	6e	—
	20	—	—	—	le	7e	—
	67	—	—	—	le	8e	—
	12	—	—	—	le	9e	—
	29	—	—	—	le	10e	—
	3	—	—	—	le	t1e	—
	2	—	—	—	le	12e	—
	3	—	—	—	le	13e	—
	3	—	—	—	le	14e	—
	1	—	—	—	le	15e	—
	21	sans rechute.					
	3	morts.					
Total...	300						

Si, sur les 300 malades atteints une première fois, il n'y a eu que 276 premières rechutes, le chiffre des secondes rechutes a été encore bien

moins élevé; il n'a été que de 28. Nous allons indiquer l'époque et la durée de cette troisième attaque ou de la seconde rechute.

Nombre des troisièmes attaques.

Chez	1	malade	la deuxième	rechute	a eu lieu	le	15e	jour de la maladie.
	1	—	—	—	—	le	16e	—
	1	—	—	—	—	le	17e	—
	2	—	—	—	—	le	18e	—
	1	—	—	—	—	le	19e	—
	3	—	—	—	—	le	20e	—
	2	—	—	—	—	le	21e	—
	1	—	—	—	—	le	22e	—
	1	—	—	—	—	le	23e	—
	3	—	—	—	—	le	25e	—
	4	—	—	—	—	le	30e	—
	1	—	—	—	—	le	35e	—
	2	—	—	—	—	le	36e	—
	1	—	—	—	—	le	37e	—
	2	—	—	—	—	le	40e	—
	1	—	—	—	—	le	44e	—
	1	—	—	—	—	le	48e	—
	28							

Durée de la troisième attaque.

Chez	1	malade	la crise	est arrivée	le	2e	jour.
	7	—	—	—	le	3e	—
	6	—	—	—	le	4e	—
	2	—	—	—	le	6e	—
	1	—	—	—	le	7e	—
	8	—	—	—	le	8e	—
	3	—	—	—	le	10e	—
	28						

Nous savions déjà que l'avortement avait été très fréquent, mais nous ignorions le chiffre exact. Sur 20 femmes enceintes, qui, pendant le cours de l'épidémie en furent affectées à Leith, l'avortement eut lieu chez 19, et une seule échappa à cet accident. Douze de ces avortemens eurent lieu dans la première attaque, six dans la seconde et un dans la troisième.

Les cas graves ont offert les mêmes accidens que dans les autres villes d'Écosse. La prostration, l'anxiété extrême, la teinte citrique de la peau, l'agitation continuelle, le délire nocturne ont été observés dans les mêmes conditions; il en a été de même de la diminution et de la disparition complète de l'urine et de la fin des malades, qui, mourant dans le coma, semblaient évidemment être sous l'influence d'une violente intoxication du sang.

Le professeur Henderson, après avoir observé à Edimbourg un certain nombre de cas de ce genre, émet l'opinion que le poison qui donnait lieu à des accidens aussi graves devait être l'urée; et, depuis, le docteur Douglas Maclagan a constaté expérimentalement la présence de l'urée dans le liquide des ventricules et dans le sang de quelques-uns des malades du professeur Henderson. Tout récemment encore, M. Taylor a constaté expérimentalement aussi le même fait dans deux cas de fièvre, traités par M. Henderson.

Quant au diagnostic de la maladie, l'auteur conclut d'une foule de considérations différentes et de la comparaison de différentes opinions émises jusqu'ici sur ce point, que cette maladie n'est ni la fièvre simple des médecins anglais, ni la fièvre typhoïde, ni le typhus; ni la fièvre jaune des Indes occidentales, mais que c'est une maladie tout à fait spéciale, une fièvre *sui generis*, qui paraît avoir déjà été observée à Dublin en 1806 et à Waterford en 1817, et semble même disposé à adopter l'opinion du docteur Spittal, d'Edimbourg, qui a retrouvé dans l'épidémie actuelle tous les caractères importans d'une épidémie décrite par Hippocrate, qui régna dans l'île de Thasos, sur la côte de la Thrace, et qui se serait ainsi reproduite de temps en temps depuis 2000 ans, et sans aucune modification apparente.

La fréquence de la teinte citrique n'a pas été la même dans les différentes attaques. Voici le résultat de l'observation des 300 cas déjà indiqués :

Sur les 300 premières attaques, il y a eu	14	cas d'ictère.
Sur les 276 premières rechutes	19	
Sur les 28 troisièmes attaques	2	

Cet accident était également fréquent à tous les âges, et ne dépendait pas, comme on l'a dit, de l'obstruction des canaux biliaires par la viscosité de la bile, ni de la non élimination de la bile, mais, dans l'opinion de l'auteur, se liait à un excès dans la production de la bile. Dans trois cas de mort, causés par cette fièvre, il a trouvé la vésicule remplie de bile, dont une grande quantité se trouvait dans les petits intestins, les canaux étant parfaitement libres. Il croit que dans ces cas l'absorption de la bile dans le sang s'est faite par une voie inconnue.

L'auteur entre dans d'assez longs détails sur les cas où l'on a observé des pétéchies; mais comme en Angleterre, comme en France on désigne encore sous le nom de pétéchies trois ou quatre altérations toutes différentes de la peau, nous ne pourrions rien retirer de positif sur ce point, dont nous ne nions cependant pas l'importance, puisque la mort n'a frappé dans cette épidémie que les sujets qui offraient la teinte citrique, ou des pétéchies, ou ces deux accidens à la fois, et pourtant M. Jackson ne les regarde point comme des caractères essentiels de l'épidémie, mais seulement comme des symptômes surajoutés.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 JUILLET.

DÉPURATION DES EAUX POTABLES.

M. Bouchardat a fait sur la dépuration des eaux fétides des expériences et des observations dont il rend compte à l'Académie dans une note dont nous extrayons les passages suivans : on avait déjà remarqué que des eaux putrides qui avaient perdu complètement leur odeur et leur saveur en passant sur des filtres de charbon et de sable, n'étaient point privées pour cela de toutes les matières organiques qu'elles contenaient, et qu'elles se putréfiaient de nouveau après quelques jours. M. Bouchardat s'est proposé de rechercher la cause de ce phénomène; voici le résultat des expériences qu'il a instituées à cet effet : de l'eau de l'égout de la rue St-Jacques, qui avait une saveur repoussante, fut filtrée sur des couches de sable et de charbon; après cette opération elle avait une limpidité absolue et une saveur ordinaire. C'était de bonne eau potable quoique retenant encore beaucoup de matières organiques en dissolution, qui resta plus d'un mois sans perdre sa limpidité; peu à peu il apparut dans cette eau quelques flocons d'une matière verdâtre qui envahirent la plus grande partie du flacon et qui se couvrirent de bulles de gaz.

De l'eau qui avait pris une odeur infecte par suite de la macération de viande putréfiée, fut filtrée avec le plus grand soin sur le filtre de sable et de charbon; sa limpidité était absolue et sa saveur n'était pas désagréable; pendant les six premiers mois elle resta limpide quoiqu'elle contînt beaucoup de matières albumineuses en dissolution; il se forma peu à peu à sa surface quelques flocons blanchâtres qui finirent par s'agglomérer en une membrane mucilagineuse demi-transparente, composée d'algues microscopiques mélangées d'infusoires. Aujourd'hui, après cinq ans de conservation, la saveur de cette eau n'est pas désagréable.

Dans une dernière série d'expériences, M. Bouchardat avait fait macérer dans de l'eau de la chair putréfiée et des œufs. L'eau infectée qui en résulta fut parfaitement filtrée et épurée sur un filtre sable et charbon; sa limpidité était également absolue; mais après deux mois de conservation elle se troubla, il s'y forma peu à peu de fines membranes d'une couleur brune. Cette eau prit et possède encore aujourd'hui une odeur extrêmement imbue d'hydrogène sulfuré.

Ces observations prouvent que lorsque des eaux infectes ont été dépurées au travers de filtres de charbon, si la filtration n'est pas parfaite, s'il reste des matières en suspension en même temps que des substances organiques en dissolution, elles se corrompent de nouveau très rapidement; si au contraire la filtration est parfaite, s'il n'existe aucune *matière organique en suspension*, les eaux peuvent, quoique retenant des matières organiques en dissolution, se conserver très longtemps.

La conséquence naturelle de ces faits, c'est que lorsqu'on voudra conserver des eaux dépurées, il est indispensable que la filtration soit parfaite et que ces eaux soient exemptes de toute matière organique en suspension.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE.

M. Leroy d'Etiolles adresse à l'Académie le manche d'une cuillère de moutardier qu'il a extraite de la vessie d'une femme, après l'avoir brisée avec les instrumens lithotriteurs. Cette tige de bois longue de 10 cent. lorsqu'elle était entière, se trouvait placée en travers dans la vessie. Cette circonstance, jointe à l'état de contraction de l'organe, l'a forcé de le partager en deux morceaux pour l'extraire. Chaque fragment a ensuite été saisi avec les instrumens spéciaux qu'il a déjà fait connaître à l'Académie, et qui lui ont permis de faire tourner ces pièces sur elles-mêmes et de les placer dans la direction de l'urètre à travers lequel elles ont été enlevées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

M. Bricheteau se plaint de la manière dont le procès-verbal est rédigé. M. le secrétaire, dit-il, en rendant compte de la discussion sur l'ophthalmologie, à

plutôt l'air de faire une appréciation, de porter un jugement sur ce qu'ont dit les membres, que de reproduire simplement la discussion. Ce n'est pas ainsi que cela devrait se faire ; le procès-verbal doit être une relation impartiale et aussi fidèle que possible de ce qui s'est dit dans la séance.

M. Dubois (d'Amiens) : L'accusation qui est dirigée contre moi est grave ; mais ma défense sera facile. Si M. Breschet avait assisté à la séance et s'il eût entendu ce qui s'y est dit, il ne m'aurait point adressé un pareil reproche ; car les expressions auxquelles il a voulu faire allusion, et qu'il m'attribue comme émanant de mon propre jugement, ont été dites par les membres auxquels je les ai attribuées.

M. Nacquart : C'est l'esprit de la discussion qu'il faut reproduire, et non les paroles.

M. Chevallier : Je suis d'avis au contraire que le secrétaire doit s'attacher à reproduire aussi fidèlement que possible les paroles des membres, de manière à n'en point altérer le sens.

M. Dubois (d'Amiens) : M. Breschet se plaint de ce que je ne reproduis pas fidèlement les discussions, M. Nacquart trouve au contraire que je m'attache trop aux expressions ; il me serait difficile de satisfaire à la fois l'un et l'autre. Dans la circonstance actuelle, j'ai reproduit autant que possible l'argumentation de chaque membre et les propres expressions dont ils se sont servis, mais en les adoucissant quand je l'ai jugé convenable (1).

M. Velpeau : Je ne sais si c'est à moi que s'adresse ce reproche indirect. J'ai combattu, j'ai repoussé les argumens de M. Gerdy ; mais je ne crois avoir rien dit d'hostile, ni de personnel. Si l'on eu pouvait juger autrement d'après le procès-verbal, je devrais croire que j'ai été mal entendu.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté sans modification.

LIQUEUR DE FOWLER.

M. Bally : Il a été dit, au sujet des propriétés toxiques des préparations médicinales d'arsenic dans certaines relations du procès d'Auch, qu'une seule goutte de la liqueur de Fowler pouvait suffire pour empoisonner cinq ou six personnes. S'il en était ainsi, j'aurais dû en empoisonner un grand nombre ; car j'ai administré assez souvent ce médicament jusqu'à 20 et même 25 gouttes ; mais, loin de là, cette dose élevée n'a jamais produit sous mes yeux aucun accident. Je m'explique du reste cette innocuité par la proportion très minime d'arsenic que contient cette liqueur. Si je ne me trompe, en effet, la liqueur de Fowler se compose de la manière suivante :

Prenez :	Eau distillée	250 grammes.
	Acide arsénieux	2
	Carbonate de soude	2
On ajoute :	Eau de lavande	20

D'où l'on voit que l'arsenic administré sous cette forme se trouve à une dose presque homœopathique.

M. Guibourt : La liqueur de Fowler contient 1/125 d'arsénite de potasse ; 25 gouttes contiendraient par conséquent 1/6 de grain de ce sel. La liqueur de Paerson contient beaucoup moins d'arsenic encore ; il ne s'y trouve guère que dans les proportions de 1/500. La liqueur de Paerson peut donc être administrée à des doses plus élevées que la liqueur de Fowler.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que l'erreur à laquelle M. Bally fait allusion est du fait des journaux politiques et non des journaux de médecine, qui l'ont rectifiée.

PROPRIÉTÉS HÉMOSTATIQUES DU SUC D'ORTIE.

M. Mérat fait un rapport sur une communication de M. Ginestel, officier de santé à Castel-Sarrazin, ayant pour objet de faire connaître les propriétés hémostatiques du suc d'ortie. Il résulte de plusieurs observations consignées dans ce travail, et dont le rapporteur fait une rapide analyse, que le suc d'ortie donné dans plusieurs cas d'hémorragie utérine, à la dose de 2 à 4 onces, a produit un ralentissement considérable et rapide de l'hémorragie, et, dans quelques cas, une cessation complète en peu temps et après une seule administration du médicament. Le rapporteur pense que ce médicament, usité autrefois, tombé dans l'oubli, et remis en usage par M. Ginestel, mérite d'être de nouveau expérimenté. Il propose en conséquence de publier un extrait du travail de M. Ginestel dans le Bulletin, et de lui adresser des remercîmens.

M. Castelnau demande si le suc d'ortie est employé pur. — Oui.

M. Londe rappelle à cette occasion qu'une substance qui est généralement préconisée dans des circonstances toutes contraires à celles-ci, la sabine, convient également dans les hémorragies.

M. Gérardin : On a successivement préconisé un grand nombre de moyens contre les hémorragies utérines ; mais toutes les fois qu'on en est venu à l'application, il a fallu presque toujours y renoncer ou rabattre considérablement de leur prétendue efficacité. Je crains bien qu'il n'en soit autant du suc d'ortie que l'on propose maintenant. Si l'on analyse les observations qui viennent d'être rapportées, on voit d'abord que ce médicament a été administré dans des conditions différentes ; d'une autre côté, on ne dit rien de l'état de l'utérus, on ne dit pas s'il y avait inertie ou si l'utérus était ou non distendu par du sang accumulé dans sa cavité, etc. En un mot, les observations manquent tout à fait des détails nécessaires pour en tirer une conclusion quelconque. Je pense donc que pour porter un jugement motivé sur l'efficacité de cette substance, il faudrait avoir des observations plus précises, mieux détaillées et prises dans des conditions semblables.

M. Mérat : Les observations manquent, il est vrai, de détails, mais les faits principaux qu'elles ont pour but d'établir n'en sont pas moins réels. J'ai pensé qu'elles étaient au moins suffisantes pour autoriser à répéter les expériences.

M. Gérardin : Lorsqu'il s'agit d'observations détaillées, de résultats précis, oui, sans doute, il faut expérimenter ; mais lorsqu'on n'a d'autres indications que des observations incomplètes, je suis d'avis que c'est s'engager dans une mauvaise voie d'expérimentation.

M. Cloquet fait, à cette occasion, quelques observations relatives au phénomène de l'urtication. On a dit que l'urtication était produite par une espèce de crochet qui termine une vésicule semblable à celle qui existe à la racine des dents des vipères. J'ai examiné avec soin, dans le temps, cette disposition, et j'ai toujours vu que la feuille de l'ortie se terminait par un poil soyeux, tubiforme, analogue à ceux de certains cactus et qui se casse pendant l'urtication ; mais je déclare n'avoir jamais vu le crochet en question. Je désirerais que les personnes qui sont à même de faire des recherches de ce genre vérifiassent le fait.

M. Mérat : L'opinion que vient d'émettre M. Cloquet était l'opinion la plus généralement reçue jusqu'ici ; mais des recherches plus récentes, et notamment celles de M. de Jussieu, ont mis depuis hors de doute la disposition dont il s'agit, c'est-à-dire l'existence dans *l'urtica urens* d'une liqueur corrosive, dans une vésicule surmontée d'un crochet.

M. Velpeau pense comme M. Gérardin, que les observations de M. Ginestel ne sont pas assez complètes pour être concluantes. D'un autre côté tout le monde sait que l'ortie est un astringent et qu'à ce titre elle peut être utile dans les cas d'hémorragies ; mais il ne croit pas qu'elle ait une propriété hémostatique spéciale. Il ne s'oppose pas du reste à la publication.

M. Loiseleur Deslongchamps : Le suc de la vésicule de l'ortie n'entre probablement pour rien dans les propriétés qu'on attribue à cette plante ; car il ne s'y trouve que dans de très petites proportions ; c'est le suc de la plante même qui agit et non celui de la vésicule.

M. Moreau partage l'opinion émise par MM. Gérardin et Velpeau. Il y aurait, dit-il, de la témérité à tenter un moyen aussi douteux dans des cas d'hémorragies graves, foudroyans, qui réclament des secours prompts et efficaces. (L'ordre du jour.)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

MORSURE DE VIPÈRE.

M. Duméril fait, en son nom et celui de M. Bérrad, un rapport officiel sur un cas de morsure de vipère, guérie par un caustique.

Il résulte de l'analyse de l'observation à laquelle se livre le rapporteur, que rien ne prouve que les piqûres dont il est question aient été produites par une vipère, et que l'efficacité prétendue du caustique dans cette circonstance est par conséquent sans valeur.

Le rapporteur conclut au dépôt pur et simple de l'observation aux archives.

M. Bally : M. le docteur Rome a proposé contre les piqûres de vipères un moyen que je crois utile de rappeler ; il consiste à maintenir la partie du corps piquée devant un foyer ardent jusqu'à ce qu'il en résulte la rubéfaction. J'ai vu ce moyen suivi de la cessation immédiate des accidens.

M. Paris : Dans une circonstance semblable, n'ayant dans le moment d'autre agent à ma disposition qu'un flacon d'ammoniaque j'eus recours à l'emploi de cet agent à l'intérieur. Le blessé était déjà enflé non seulement du membre piqué, mais de tout le corps, il y avait de la dyspnée ; il était dans l'état le plus alarmant. Ce moyen seul suffit pour faire cesser tous les accidens et amena une prompte guérison. Je crois qu'il faut être très réservé sur les effets attribués à la cautérisation. Pour moi, ces effets ne me paraissent pas jusqu'à présent bien démontrés. J'appuie les conclusions du rapport.

TUMEURS CONTENANT DES VERS.

M. Duméril fait un second rapport verbal sur une série d'observations communiquées par M. Graviani de Bastia (Corse). La première observation est relative à une tumeur de laquelle seraient sortis des vers que l'auteur dit être des tœnias. La sortie de ces vers aurait été suivie d'une guérison spontanée. Dans la deuxième observation il s'agit d'un abcès contenant des vers lombrics ; enfin, la troisième est relative à un cas de calcul dans les gencives. Ces observations manquant de détails précis et n'étant point accompagnées des pièces pathologiques, le rapporteur ne peut exprimer à cet égard aucune opinion formelle.

M. Moreau émet des doutes sur l'existence réelle de ces animaux dans les tumeurs en question. Les erreurs de ce genre, dit-il, sont très fréquentes, et il arrive journellement qu'on en commet des plus grossières. Je me rappelle entre autres le cas d'un homme chez lequel on trouva un animal singulier dans les intestins. Cet animal n'était autre chose que le cæcum d'une oie que cet individu avait avalé quelques jours avant sa mort.

(1) Beaucoup de personnes ont remarqué que ce système d'épuration appliqué par M. le secrétaire aux improvisations des membres ne brille pas par une grande impartialité. Quel que soit le système qu'on adopte, il conviendrait qu'il fût le même pour tous. Au reste, l'opinion de M. Nacquart est sans doute la plus rationnelle : à quoi bon reproduire les longueurs, les facéties ou les personnalités qui se trouvent de temps à autre dans les improvisations de la rue de Poitiers ?

CAS D'ALBUMINURIE AVEC STRONGLES DANS LES URINES.

M. Deméril fait un troisième rapport verbal sur un cas d'albuminurie, dans lequel on vit des vers de différentes espèces, des strongles, des tœnias, etc., rendus avec les urines.

M. Nacquart rapport un fait analogue dont il a été témoin avec M. Lugol. Ils ont pensé que les vers rendus par les urines provenaient d'un kyste qui se serait ouvert dans la vessie.

M. Velpeau : Il est possible que l'on rencontre des vers dans la vessie et par conséquent qu'il en soit rendu avec les urines, mais dans les cas seulement de blessure de cet organe. Il est une autre circonstance qui pourrait en imposer pour l'existence de vers, c'est la présence dans la vessie de caillots décolorés résultant d'une ancienne hémorragie. Il existe dans l'île Maurice une maladie particulière caractérisée par la couleur laiteuse de l'urine et qui consiste dans le dépôt de caillots fibrineux, blanchâtres dans la vessie. Ne serait-ce pas un cas analogue qui en aurait imposé pour l'existence de vers au milieu de l'urine? Je serais d'autant plus porté à le croire qu'il est dit dans l'observation que les reins étaient malades.

M. Martin-Solon : Il serait difficile, d'après cette observation, de dire quelles étaient chez ce sujet les qualités de l'urine, mais on peut affirmer que les matières qu'elles contenaient n'étaient point de la fibrine.

M. Deméril déclare se trouver dans l'impossibilité de résoudre la question. Il fait à cette occasion la proposition qu'à l'avenir toutes les fois qu'il se présentera un cas douteux, difficile comme celui dont il s'agit, on demande aux auteurs des communications les pièces anatomo-pathologiques.

M. Moreau : Il est une autre circonstance qui peut donner lieu à la présence de vers dans la vessie, et que M. Velpeau a omis de mentionner, c'est l'existence du strongle géant dans le rein, d'où il peut gagner les uretères et de là le réservoir urinaire.

M. Deméril : C'était suivant toute apparence le cas qui s'est présenté chez ce sujet.

M. Ségalas : Je ne puis résister à vous citer le cas suivant comme un exemple des erreurs grossières qui se commettent journellement à cet égard. Je fus appelé par un professeur de Faculté qui m'affirma avoir vu sortir par son canal de l'urètre un cloporte. C'étaient tout simplement des concrétions fibrineuses.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR.

M. Robert termine la lecture de son mémoire sur les fractures du col du fémur, commencée dans l'une des précédentes séances.

Le bureau propose pour l'examen de ce mémoire une commission composée de MM. Amussat, Breschet et Gimelle.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRE SUR LES FLEURS BLANCHES ET LEUR TRAITEMENT PAR L'IODURE DE POTASSIUM ET LES INJECTIONS DE COLOQUINTE ; par M. Serve, de Lyon. — 1 vol. in-8° de III-80 pages. 1843. Paris, chez J.-B. Baillière, et Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 48.

C'est par les efforts successifs des praticiens éclairés et consciencieux que l'art de guérir s'enrichit tous les jours, on de nouveaux agens thérapentiques, ou, ce qui n'est pas moins précieux, d'applications nouvelles des agens déjà connus. La science de l'appropriation des médicamens aux maladies est encore, il faut l'avouer, dans un état de confusion et de chaos que, à tous les instans, chacun de nous n'a que trop d'occasions de constater et de déplorer au lit des malades. La connaissance du rapport intime entre le remède et le mal, le moyen de saisir ce rapport, la boussôle, en un mot, qui nous doit guider au milieu des écueils de la pratique, nous manque entièrement, et malgré les efforts que la médecine dite *rationnelle* poursuit avec zèle pour nous tracer la voie, nous nous égarons à chaque pas. Il y a plus : les préceptes que nous puisons dans le *rationalisme*, tel que l'école moderne l'a constitué, deviennent souvent pour nous une cause d'erreurs et d'insuccès. Aussi tendons-nous de plus en plus à nous écarter de ses enseignemens pour nous abandonner à l'empirisme, c'est-à-dire à l'expérimentation par voie de tâtonnement, qui de temps à autre nous dédommage de nos mécomptes en nous apportant quelque nouvelle et importante ressource thérapeutique.

Telle est la marche qu'a suivie M. Serve. Fort de son désir d'être utile, il a abordé courageusement l'une des sérieuses difficultés de la pratique médicale, la curation des flueurs blanches ou écoulemens leucorrhéiques, affection si fréquente dans les villes, si tenace et si peu accessible aux moyens actuels de l'art. Dans le travail d'investigation auquel il s'est livré, il a soumis à l'épreuve pratique tous les médicamens ou toutes les médications qui avaient été vantées avant lui, et a cherché à faire à chacune d'elles la part de son utilité et de ses indications spéciales. Au milieu de ces essais, il s'est rencontré deux modes de traitement qui ont fixé son attention en lui donnant tout d'abord, soit combinés entre eux, soit isolément administrés, des résultats bien supérieurs à ceux qu'il avait obtenus jusque-là. Le premier consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium, cet agent si précieux de la thérapeutique moderne, que quelques enthousiastes voudraient presque ériger en panacée, mais dont, en réalité, cependant, la sincérité des faits atteste chaque jour les utiles applications. La dose à laquelle il l'emploie est de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, associés le plus souvent à 2 centigrammes d'extrait d'opium dans une potion de 125 grammes, à prendre en trois doses dans la journée. « Chez les sujets dont la constitution est mauvaise, dit l'auteur, chez ceux qui sont lymphatiques, scrofuleux, rachitiques, ce médicament se montre vraiment héroïque »; mais son emploi doit être restreint au cas où il n'existe ni fièvre, ni symptômes inflammatoires locaux, ni signes d'irritation gastro-intestinale.

Le second moyen curatif auquel M. Serve attribue une efficacité très remarquable et dont il a souvent obtenu des effets inespérés en l'unissant soit à l'iodure de potassium, soit aux autres médications que nécessite l'état général des malades, ce sont les injections de décoction de coloquinte, dans la proportion de 4 grammes pour un demi-litre d'eau réduit aux trois-quarts par l'ébullition. « On commence par en faire une chaque jour ; deux jours après, on en fait deux; quatre jours après, on porte le nombre à trois, et on en reste là jusqu'à ce que l'écoulement ait pris une marche décroissante sensible, ce qui arrive ordinairement du huitième au dixième jour. On diminue alors dans la même proportion qu'on avait suivie en augmentant, et on ne cesse tout à fait que huit ou dix jours après la disparition complète de la perte blanche, précaution sans laquelle on s'exposerait à avoir une prompte récidive. »

A l'appui de ses assertions, M. Serve rapporte douze observations, desquelles il résulte que, dans des conditions physiologiques et pathologiques assez diverses, mais avec le symptôme constant d'un flux leucorrhéique provenant d'une affection chronique inflammatoire de l'utérus, avec ou sans engorgement du col ou du corps de cet organe, l'iodure de potassium uni aux injections de coloquinte a produit un soulagement très marqué ou une guérison parfaite.

Tel est le fond de cet intéressant mémoire. Les indications n'y sont peut-être pas toujours posées d'une manière assez précise ; en d'autres termes, le rapport des médicamens avec la forme symptomatique spéciale de l'affection à laquelle ils ont été appliqués n'est pas établi d'une manière assez exacte et minutieuse, comme il en devrait être pour toute étude d'agens médicamenteux, afin que chaque expérimentation fût digne de figurer parmi les bases immuables d'une saine thérapeutique. Mais nous conviendrons volontiers que cette tâche est trop difficile pour qu'on ne doive pas excuser les lacunes et les imperfections qui existent presque toujours dans les travaux de cette nature.

VARIÉTÉS.

— Chirurgie oculaire, ou Traité des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et les annexes, avec un exposé succinct des différentes altérations qui les réclament. Ouvrage contenant la pratique opératoire de F. Jæger et de A. Rosas, professeurs d'ophthalmologie à Vienne ; d'après des documens recueillis par l'auteur aux Cliniques de ces professeurs et accompagné de planches représentant un grand nombre d'instrumens et les principaux procédés opératoires; par Charles Deval, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — In-8°. Prix : 8 fr.

Paris, chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 3 AOUT 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

Études sur le chyle; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir les numéros 26 et 27.)

IV. — De la composition chimique du chyle.

Il est à regretter que depuis les progrès récens de la chimie organique, on n'ait pas appliqué fréquemment à l'analyse du chyle les méthodes rigoureuses d'investigation qui ont déjà changé la face de cette belle partie de la chimie et qui promettent tant de résultats intéressans pour les sciences physiologiques. La dernière analyse élémentaire que l'on doit à MM. Macaire et Marcet fils a contribué à donner une idée plus précise de la nature du chyle, en montrant qu'il renferme une proportion d'azote moins considérable que celle du sang, ce qui tient sans doute à ce que, dans une quantité donnée des deux liquides, la matière grasse qui ne contient point d'azote prédomine dans le chyle. Espérons que de nouvelles recherches nous donneront la solution des difficultés qui restent encore à résoudre. On est d'autant plus fondé dans cette attente, que les données de la physiologie expérimentale nous font voir dans le chyle une constitution plus simple, plus constante, plus égale que dans le sang, et qu'à ce titre la connaissance de son état chimique sera débarrassée des complications qu'une foule de conditions accessoires introduisent dans celle du sang, dont l'absorption et les sécrétions modifient continuellement la nature. Aussi, dans l'état actuel des essais chimiques dont le chyle a été l'objet, voit-on déjà des résultats moins contradictoires et des opinions moins divergentes qu'en ce qui concerne la composition chimique du liquide général de l'organisme.

L'analyse du chyle n'a été faite avec quelque soin et avec des procédés scientifiques que depuis les travaux de Vauquelin, de Reuss et Emmert et de Dupuytren (1). Celui-ci avait fourni quelques documens sur la composition du chyle du chien; Reuss et Emmert avaient aussi analysé avec assez de soin le chyle du cheval, mais ce sont surtout les expériences de Vauquelin qui marquèrent un progrès réel. Le chimiste français démontra l'existence de la matière grasse qui n'avait été qu'entrevue et l'isola du sérum; depuis ses recherches, qui datent de 1811, Brande, Marcet, Pront, Tiedemann et Gmelin, MM. Leuret et Lassaigne, ont donné sur la composition chimique du chyle de nouvelles notions plus détaillées et d'après lesquelles le chyle devrait être considéré comme formé des substances suivantes:

(1) Thèse inaugurale. — Paris, 1803.

Feuilleton.

DES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS DANS LES DÉPARTEMENS.

Aide-toi, le ciel t'aidera; vieille et excellente maxime fondée sur une expérience incontestable et jamais démentie. Mais si cette maxime est applicable aux efforts individuels, qu'on juge ce qu'elle doit produire quand il s'agit d'efforts combinés et réunis; sa puissance amène alors d'incalculables effets. Rien n'est plus connu, rien n'est plus avéré, et, par une inconcevable fatalité, rien n'est moins employé que cette force par les médecins. Ils en voient, ils en apprécient continuellement les résultats dans la société; mais on dirait qu'elle n'est pas faite pour eux tant ils la négligent; aussi leur voix est-elle méconnue et leur profession sur la pente d'une complète déconsidération. Nous ne cesserons de le redire, car il ne faut jamais se lasser de proclamer la vérité: la loi qui nous régit, véritable progrès à son époque, nous fait défaut aujourd'hui; ses non sens, ses erreurs, ses omissions, son insuffisance sont évidentes pour tous; on les signale, on en voit, on en éprouve chaque jour les inconvéniens, mais toujours inutilement; on dirait que le dieu Terme et son éternel *statu quo* n'existe que pour les médecins, précisément dans une société où tout s'agite, se meut, pousse au progrès, à l'amélioration. Qu'en résulte-t-il? une conséquence aussi directe qu'inévitable, les plaies de la profession s'étendent, s'approfondissent, et cette profession elle-même décroît en dignité et en estime. Quant à la fortune et même au simple bien-être, c'est la pierre philosophale pour le très grand nombre d'entre nous. Une certaine quantité d'efforts, une certaine durée d'application, de la conduite, du travail, de l'esprit de suite, donnent des résultats à peu près infaillibles, dans toutes les professions; il n'en est pas de même dans le nôtre. Bien des causes plus ou moins compliquées peuvent expliquer ce triste état de choses; une des principales, c'est que l'exploitation commerciale de la crédulité publique passe aujourd'hui pour une simple habileté industrielle; il n'y manque plus qu'une estampille et l'exposition au palais de l'industrie. Au reste, en ont-ils besoin, ces nombreux et hardis exploitans? nullement: avec un peu de faux-fuyans et d'adresse, il n'est pas de charlatan qui, fier de son triomphe dans la *quatrième* page des journaux, ne dise *me voilà*, et je ne crains rien. On répond à cela: il y a ruse et stratagème, il n'y a pas *dol* qualifié; admirable distinction en vérité. Et puis cherchez maintenant le droit de légitimité médicale par droit de capacité!

Compter sur le bon sens public, faire appel à sa sagacité, comme quelques-uns s'imaginent avec une candide bonne foi, c'est se moquer, c'est chimère et sottise; car la plupart des hommes agissent en raison directe de leur foi et en

1° Une matière grasse brune; 2° une matière grasse jaune; 3° de l'albumine; 4° de la fibrine; 5° de l'extrait de viande; 6° de la gélatine; 7° de la matière caséeuse; 8° de la ptyaline; 9° de la matière colorante rouge; 10° de la matière colorante jaune; 11° une matière extractive insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau; 12° du sucre de lait; 13° du fer; 14° du soufre; 15° de la soude caustique; 16° divers sels tels que les hydrochlorates de soude, de potasse et d'ammoniaque, des carbonates de chaux et de soude, du phosphate de chaux et de fer, de l'acétate et du lactate de soude; 17° et enfin de l'eau.

Mais la composition du chyle est loin d'être aussi compliquée qu'on le supposerait d'après cette énumération qui comprend l'ensemble des produits signalés par les divers chimistes dans l'analyse du chyle. Aussi nous bornerons-nous à présenter quelques développemens sur les élémens de ce liquide, dont l'existence est généralement admise et qui font partie intégrante, essentielle ou ordinaire du chyle.

A. L'eau est le véhicule général des substances que nous avons désignées et dont les unes se trouvent à l'état de suspension et les autres à l'état de dissolution. Elle dépose les premières au moment de la coagulation; peut-être aussi cesse-t-elle, par l'influence des conditions nouvelles dans lesquelles se trouve le chyle, de pouvoir tenir en dissolution quelques substances telles que la fibrine. L'eau s'isole alors en formant la majeure partie du sérum. Nous avons déjà indiqué les proportions qu'on lui avait reconnues, soit avec le résidu sec du sérum, soit avec le caillot. Ces proportions sont au reste très variables.

B. L'albumine est en quantité assez considérable dans le chyle, ce que l'on démontre au moyen de l'alcool, de la chaleur et des acides qui la coagulent. On l'obtient particulièrement du sérum où elle est tenue en dissolution à la faveur de la soude en excès qui fait partie des combinaisons salines. Elle diminue graduellement à partir des ganglions mésentériques et à mesure que la proportion du caillot augmente, ce qui a fait penser qu'elle subissait la transformation fibrineuse. Selon Prout, le sérum contiendrait de l'albumine toute formée et de l'albumine en train de formation; l'acide acétique, avec l'action de la chaleur, en précipiterait celle-ci, et après sa séparation, le cyanure de potassium déterminerait un nouveau précipité de véritable albumine.

C. La fibrine forme le caillot où elle se retrouve à l'état de solidification en masse et à l'état globulaire. Celle-ci existe à l'état de suspension dans le chyle où elle a subi un commencement d'organisation appréciable au microscope et qui est un effet de la vie. La fibrine, qui se solidifie après la mort en formant le caillot, peut être considérée au contraire comme étant à l'état de dissolution et formant dans le chyle une partie constituante analogue à celle que les physiologistes allemands ont décrite dans le sang sous le nom de *plasma, liquor sanguinis*, etc. Cette fibrine, en se coagulant, forme une masse réticulée qui emprisonne la fibrine à l'état de suspension globulaire; elle se comporte, comme celle du sang, et le caillot qu'elle forme se montre d'autant plus volumineux et consistant, qu'on recueille le chyle plus près de la veine sous-clavière. Vauquelin, le premier, émit l'idée, acceptée depuis par la plupart des expérimentateurs, que la fibrine du chyle résultait d'une transformation graduelle de l'albumine, pendant le cours de ce liquide, de manière à ce que, d'abord imparfaite et coagulable, elle revêtait des caractères de plus en plus empreints dans l'aspect physique du caillot. Brande (1) est le seul chimiste qui ait prétendu que cette partie coagulée ressemble davantage à la matière caséeuse du lait qu'à la fibrine du sang dont elle ne se distingue que par une solubilité plus facile dans la potasse et la soude.

D. La matière grasse a été obtenue, ainsi que nous l'avons déjà dit, par Vauquelin, qui la comparait à la matière grasse cérébrale : elle avait cependant été soupçonnée par Haller, qui avait décrit le chyle comme un liquide oléagineux. On l'extrait au moyen de l'alcool bouillant ou de l'éther qui la déposent en s'évaporant, sous forme d'une matière huileuse plus ou moins abondante, suivant la nature des alimens qui ont servi à la formation du chyle. Cette graisse est tantôt jaunâtre, tantôt plus foncée, comme l'a remarqué Gmelin; elle ne cristallise pas comme certaines matières grasses obtenues du sang; le contact de l'acide sulfurique en dégage un acide gras volatil qui possède l'odeur spécifique de l'animal. La graisse existe à l'état de liberté et de suspension dans le chyle où elle est divisée en parcelles dont nous avons décrit les caractères microscopiques; il est présumable qu'elle devient plus tard soluble dans le sérum, en s'unissant avec la soude en excès dans le chyle, pour former une combinaison savonneuse.

E. Quelques produits accessoires ont été signalés dans le chyle; mais parmi ceux qu'on a désignés comme entrant dans sa composition, les uns ne s'y rencontrent qu'accidentellement, et d'autres ont une existence douteuse. Parmi les premiers, nous mentionnerons particulièrement le *principe sucré* indiqué par Brande. Ce chimiste l'obtenait de la manière suivante : après avoir chauffé le chyle et séparé les flocons d'albumine, il évaporait le liquide à moitié de son volume et à une température qui n'excédait pas 93 degrés centigrades. Par le refroidissement il se formait de petits cristaux ayant une grande analogie avec le sucre de lait. Le sucre a été retrouvé dans le chyle par Tiedemann et Gmelin, sur un chien soumis à l'usage de l'amidon; mais en général on ne réussit pas à l'extraire de ce liquide. Parmi les produits douteux, on peut ranger la *gélatine* que Reuss et Emmert, dont l'opinion a été adoptée par Prevost et Leroyer, disent avoir précipitée en versant de la teinture de noix de galle sur du sérum privé d'albumine, par le moyen de la chaleur; la *matière caséeuse* signalée par Brande, mais qui d'après Al. Marcet paraît n'être que de la graisse et de l'albumine réunies; diverses matières, telles que la *ptyaline*, *l'osmazome* et autres substances extractives mentionnées par Gmelin, mais dont la détermination imparfaite laisse des doutes sur leur nature et même sur leur existence dans le chyle. Le soufre, le carbonate d'ammoniaque et quelques autres sels, doivent aussi être considérés comme des produits dont la présence dans le chyle n'a pas été démontrée.

F. Il est quelques substances dont l'existence est mieux prouvée, mais qui n'existent qu'en faible quantité dans le chyle. Le *fer* est de ce nombre. Bien que les chimistes n'aient pas toujours été d'accord sur l'existence du fer dans le chyle, que Meyer en particulier n'ait pu le reconnaître dans celui qu'il avait extrait du canal thoracique d'un chien nourri pendant plusieurs semaines avec du lait et de la viande, cependant Emmert, Al. Marcet et beaucoup d'autres, sont parvenus à constater sa pré-

(1) Recherches chimiques sur le sang et quelques autres fluides animaux. — (Trans. philos., 1812. — Trad. par Gaultier de Claubry.) — Annales de Chimie, t. 94, p. 34.

---

raison inverse du bon sens et de la vérité. *Il y aura toujours des masses dans l'espèce humaine*, comme l'a dit un homme d'esprit; eh bien! soyez sûr que ces masses seront constamment séduites par l'audace et les *floueries* médicales, sans en discerner le principe, un odieux cynisme de cupidité. Il n'y a que l'autorité d'une bonne loi, exercée avec vigueur et persévérance qui puisse arrêter le torrent ou du moins le contenir et le modérer. Nous savons bien que les préjugés, les infirmités de l'esprit humain, dont profite la fourberie de certains hommes, empêcheront toujours d'arrêter le mal dans sa racine; mais n'est-ce donc rien que de le limiter? dût-on n'obtenir que le scandale ne soit ni aussi grand ni aussi public, ce serait déjà une notable amélioration. Remarquez que nous ne signalons ici qu'une des plaies de la profession; que serait-ce s'il fallait les exposer toutes?

Dans l'état actuel des choses que faut-il donc faire? S'associer, se réunir, se protéger; faire en sorte qu'il y ait un ralliement d'efforts et de volontés, un terrain commun où les intérêts de la profession soient publiquement avoués, connus, garantis. Le moyen est aussi simple qu'efficace pour lutter contre le mal dont il n'est pas possible de nier la grandeur et l'importance. Soyons patiens, c'est le signe de la force; mais aussi soyons vigilans, c'est notre devoir et notre droit.

Jésus-Christ, le fouet à la main, chassa les vendeurs du temple de Dieu. Qui donc les chassera du temple de la science? les associations bien conçues, solidement établies.

Que nos efforts soient donc unanimes, que rien ne nous lasse, que rien ne nous décourage, ni l'oubli qu'on fait de nous, ni la résistance de quelques-uns, ni l'inertie des autres; le bien se fera et l'organisation que nous appelons de nos vœux, que saluent nos fermes espérances, trouvera le terrain merveilleusement préparé pour l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la profession. Une chose certaine, c'est qu'aussi longtemps qu'il n'y aura pas de communauté coopérative pour repousser les envahissemens du charlatanisme sous toutes les formes, tant qu'un peu de *mutualisme* médical ne pourra neutraliser l'individualisme actuel, il faut s'attendre que nos maux iront toujours en augmentant; la profession sera avilie, notre droit illusoire et dérisoire. A moins de circonstances particulières, le sort de chaque médecin sera compromis ou réduit à la plus minime position. En effet, après de longues et dispendieuses études, que peut-il espérer? Ce qui est strictement indispensable pour vivre et quelle vie! c'est-à-dire un état sans considération, un labeur inutile, des fatigues de forçat et une vieillesse de mendiant. Ce qui se passe parmi nous prouve que le trait n'est pas forcé, qu'il n'y a rien là d'exagéré. Ce n'est, au contraire, que la faible et douloureuse expression de ce qui est dans la réalité. Alors pourquoi permettre le triomphe du mal quand il est possible de faire triompher le bien?

Ces motifs, ainsi que beaucoup d'autres qu'il n'est pas possible d'exposer ici, ont été compris non seulement à Paris, mais aussi dans les départemens; ce dont il faut se féliciter. Dans beaucoup de ces derniers, les médecins se rapprochent, se lient et forment d'importantes associations : c'est le signe heureux que tout principe de vie n'est pas encore éteint dans le corps médical. En effet, s'associer, c'est tout à la fois un acte de courage, une preuve de bon sens, de prudence, c'est prendre au sérieux les intérêts de chacun et la dignité de la profession. Plus ce moyen sera connu, apprécié, surtout employé avec une sage et ferme modéra-

sence an moyen de l'incinération et des réactifs. Vauquelin avait pensé qu'il s'y tronvait au minimum d'oxidation et à l'état de phosphate. Presque tous les chimistes admettent qu'il fait partie de la *matière colorante rouge* qui existe en petite quantité dans le chyle, et qui se comporte avec les réactifs comme l'hématozine du sang.

G. Les sels du chyle s'obtiennent en incinérant les résidus secs du sérum et du caillot, mais surtout du premier. Ils sont les mêmes que ceux que l'on retrouve dans le sang. La plupart des chimistes ont signalé des sels sodiques à prédominance de base et spécialement des carbonate et phosphate de soude, du chlorure de sodium. La soude en excès donne au chyle sa réaction alcaline. Il existe encore dans ce liquide quelques traces de sels à base de potasse et de chaux.

La proportion des diverses substances que nous venons d'énumérer dans le chyle ne s'est pas montrée constamment la même, soit que les procédés à l'aide desquels on a essayé de la déterminer soient imparfaits, soit que les rapports des substances varient réellement, ce qui est probable et conforme au caractère des opérations physiologiques. Nous nous bornerons à rapporter ici deux exemples fournis par Tiedemann et Gmelin dans leur ouvrage sur la digestion ; l'un est relatif à l'analyse totale du chyle, l'autre à l'analyse particulière du sérum.

Dans le premier cas, 10,000 parties de chyle d'un cheval nourri d'avoine donnèrent : Eau, 9,183 ; fibrine, 78 ; albumine avec carbonate et phosphate de soude, 434 ; graisse, 164 ; osmazome avec chlorure de sodium, 121 ; ptyaline avec carbonate et phosphate de soude, 20.

Dans le second cas, le sérum d'un cheval également nourri d'avoine fournit sur cent parties de chyle : Graisse brune, 15,47 ; graisse jaune, 6,35 ; extrait de viande, lactate et chlorure sodiques, 16,02 ; matière extractive soluble dans l'eau, avec carbonate et un peu de phosphate sodiques, 2,76 ; albumine, 55,25 ; carbonate et phosphate calciques, 2,76.

En 1832, MM. Macaire et Marcet fils ont fait connaître dans les Annales de chimie et de physique (1) les résultats d'une analyse élémentaire du chyle du chien et de celui du cheval. Les animaux qui servirent aux expériences furent tués subitement par des coups de feu ou par l'acide hydrocyanique, quelques heures après avoir pris de la nourriture. Leur chyle, recueilli dans le canal thoracique, fut évaporé sous le récipient d'une machine pneumatique et obtenu sous forme d'une poudre grise parfaitement sèche qui, analysée au moyen de l'oxide noir de cuivre, donna les résultats suivans :

	Chyle de chien.	Chyle de cheval.
Carbone	55,52	55,0
Oxygène	25,9	26,8
Hydrogène	6,6	6,7
Azote	11,0	11,0

Cette analyse montre la plus grande analogie de composition entre le chyle des animaux carnassiers et herbivores, et affaiblit par conséquent les résultats contradictoires obtenus par Marcet (Alex.) en 1813, sur le chyle végétal et le chyle animal. Nous aurons à revenir plus tard sur l'appréciation physiologique de ces divers documens.

Nous avons réuni les principales données acquises jusqu'à ce jour sur les caractères physico-chimiques du chyle. Bien que leur ensemble laisse encore à désirer, il permet néanmoins de se faire une idée de la nature du chyle et d'établir des rapprochemens utiles à constater entre ce liquide, la lymphe, le sang et le lait, auxquels on pourrait ajouter l'œuf, substances éminemment nutritives et dans lesquelles se résument les sources du développement organique. Dans toutes on retrouve un principe plus ou moins *hydrogéné*, huileux, la matière grasse dans le chyle et le sang, la crême dans le lait, le jaune dans l'œuf, et un principe *azoté* ; la fibrine et l'albumine dans le chyle, la lymphe et le sang, le caséum dans le lait, l'albumine dans l'œuf. Ce rapprochement, sans établir l'identité de ces liquides nutritifs, fait néanmoins apercevoir de notables analogies et permet de comprendre les transformations réciproques qu'ils peuvent subir sous l'influence des forces chimiques et vitales ; mais telle est la nature des produits de ces forces qu'à côté d'analogies réelles on trouve des différences caractéristiques qui se révèlent par des apparences distinctes et par des phénomènes physiologiques non moins spéciaux.

V. — Du mode de formation du chyle.

Aujourd'hui que la théorie générale de la digestion tend de plus en plus à se simplifier et à revêtir cette précision dans les faits qui annonce les véritables progrès de la science, la connaissance de l'origine et de la formation du chyle cesse graduellement d'être enveloppée dans l'obscurité qui semblait marquer le point d'arrêt de l'observation. Sans doute bien des incertitudes restent encore à dissiper ; mais la difficulté elle-même a été reculée ; or ce refoulement graduel des notions obscures doit être le but des travaux scientifiques qui peuvent être considérés comme complets, lorsque tous les phénomènes qui succèdent à l'action d'une force sont connus et qu'il ne reste plus à déterminer que les lois de la force elle-même.

Le problème de la digestion est le suivant : déterminer d'après la connaissance des alimens, du chyle, du sang veineux abdominal et des excrémens, les phénomènes qui se sont accomplis pour la transformation des alimens en produits nutritifs et excrémentitiels. Notre but ne saurait être de reprendre l'examen de toutes les questions qui se rattachent à cet important sujet ; ce serait dilater outre mesure le point de vue qui nous occupe. Nous devons donc supposer connus les phénomènes les plus importans de l'acte digestif et nous borner à extraire des notions qui s'y rapportent les données spécialement afférentes à notre sujet, en nous efforçant d'y ajouter notre contingent d'élucidation.

Les sucs digestifs tels que la salive, le suc gastrique, la bile, le fluide pancréatique, auxquels il faut ajouter l'eau de la boisson ou d'autres véhicules accidentels agissent sur les alimens à une température convenable et ont pour résultat définitif de les fluidifier, de les mélanger, de les dissoudre, ou de les porter à un état de division extrême qui facilite les réactions moléculaires et qui permette leur absorption. Comme les divers sucs digestifs sont versés dans différens points du tube alimentaire et que les réactions qu'ils exercent ne sont pas les mêmes, on avait pensé que l'action des premiers et surtout celle du suc gastrique avait pour but de transformer toute matière alibile en une substance d'un aspect uniforme, à réaction acide, nommée *chyme*, et que cette substance soumise à l'action de la bile et du suc pancréatique, à réaction alcaline, éprouvait dans l'intestin grêle un changement chimique dont la séparation du chyle était

(1) Recherches sur l'origine de l'azote qu'on retrouve dans la composition des substances animales.

tion, plus les maux de la profession diminueront. Nous avons sous les yeux le compte-rendu de l'*association médicale* du département de la Sarthe, et nous pouvons assurer qu'il n'est pas de plan mieux conçu, soit dans les bases principales des statuts, soit pour établir des relations entre le comité principal du chef-lieu et les comités d'arrondissemens, si importans pour les campagnes où le médecin, l'officier de santé sont obligés de lutter sans cesse contre le rebouteur, le rhabilleur, le médecin d'urines, le charlatan forain, etc. Dans le compte-rendu dont nous parlons, le président, M. le docteur Vallée, a très nettement exposé le but de l'association : « En effet, Messieurs, dit ce médecin, veiller à l'exécution des lois protectrices des professions médicales, signaler avec discrétion, avec discernement, au ministère public, les contraventions dangereuses et flagrantes dont nous sommes à même de recueillir et d'apprécier tous les jours les suites désastreuses, nous élever ainsi au rang d'auxiliaires officieux de la magistrature, c'est un rôle que chacun de nous doit regarder comme un droit de légitime défense, comme un devoir imposé par nos statuts ; mais nous avons une mission plus élevée inscrite en tête de ces mêmes statuts. C'est de resserrer les liens de confraternité qui doivent nous unir, c'est de rehausser la dignité de notre profession, c'est de soumettre à une sorte de juridiction disciplinaire les litiges qui peuvent s'élever dans l'exercice de nos pénibles fonctions, c'est de mettre en commun les lumières que nous pourrons recueillir dans l'intérêt de la science, de l'humanité, des institutions médicales. Voilà un champ vaste et glorieux à parcourir, et c'est là que nous défions la critique de s'attaquer à nos intentions. Rendre à la médecine et à la pharmacie le rang qui leur appartiennent parmi les professions savantes, les élever à cette sorte de sacerdoce que leur accordait l'antiquité païenne, n'est-ce pas attirer à nous toutes les sympathies des ames généreuses ? »

Il serait difficile de mieux exprimer les intentions finales des associations. Pensées justes, logiques, précises, style d'un caractère simple et élevé, où cependant l'expression donne tout son relief, voilà ce qu'on peut remarquer dans le fragment que nous venons de citer. Les médecins, à parler en général, désirent l'honneur, la prospérité de la profession ; mais peuvent-ils y parvenir sans l'association ? Non, sans doute, c'est vouloir la fin sans les moyens. Alors existe ce que nous voyons, un accord sans fusion, un faisceau sans lien, par conséquent une volonté sans action, ou plutôt il n'y a rien que désordre et confusion.

On ne saurait croire en outre combien ces communications, ces rapprochemens intimes de confrères contribuent à maintenir l'ordre en réprimant les outrecuidances d'un amour-propre exagéré, à conserver les maximes traditionnelles du bon sens, de la justice et de l'ordre, à contenir l'esprit brouillon de la vanité, l'esprit égoïste de l'intérêt particulier, en dehors d'une certaine ligne. Dans de pareilles associations, il y a toujours une fibre qui résonne au diapason de l'honnête, et elle finit par prédominer. C'est comme un instinct naturel de ces assemblées où l'intérêt général est toujours mis en cause et au premier rang ; de là cette civilisation académique qui non seulement adoucit et polit par le frottement les aspérités des caractères, mais fait voir plus nettement le but et les moyens de l'atteindre. Le plus grand fonds des idées des hommes sera toujours dans leur commerce réciproque. C'est ainsi qu'on obtient ces vues persévérantes, cette régularité d'action, cette critique sage, cette résistance mesurée qui

un résultat. Cette opinion ne saurait être entièrement abandonnée, mais elle n'exprime qu'une partie de la vérité, car il est des alimens qui échappent à l'action du suc gastrique et qui éprouvent dans l'intestin seulement la première influence qui les dispose à pénétrer dans l'organisme. Les alimens gras, par exemple, ne sont pas mis dans cette condition par le suc gastrique, mais par la bile qui les dissout ou les émulsionne.

Ces diverses actions longuement exposées et discutées dans les ouvrages de physiologie, sous les noms de *chymification* et de *chylification*, ont-elles réellement pour résultat définitif d'isoler le chyle dans le tube digestif? L'inspection directe est insuffisante pour autoriser une réponse affirmative. Prout et Blundell ont assuré, il est vrai, que le simple mélange de la bile et du chyme dans un vase détermine la séparation du chyle; mais ce phénomène est loin d'être d'une vérification aussi facile. M. Magendie et quelques autres physiologistes se sont bornés à dire qu'il ne se produit dans l'intestin qu'un *chyle brut* qui peut être reconnu à l'extérieur de la colonne alimentaire sous forme de lignes striées. Il existe bien effectivement sur les parois de l'intestin une couche grisâtre, semi-liquide, qui semble les imprégner; mais en supposant que cette couche ne fût pas seulement du mucus, ainsi que l'ont pensé Tiedemann et Gmelin, on peut du moins affirmer qu'entre cette matière et le chyle contenu dans ses vaisseaux propres il existe des différences frappantes qu'un observateur attentif ne peut méconnaître, et qu'en somme ce qu'on a nommé le chyle brut n'est autre chose que le chyle préparé à une transformation, mais non encore transformé.

L'étude du chyme au moyen du microscope n'a pas mieux établi la réalité de la préexistence du chyle dans l'intestin. Divers résultats d'observation ont été exprimés à cet égard. Home et Baner (1) disent avoir vu dans l'estomac d'un homme mort subitement après son repas des globules qu'ils nomment séreux et qu'ils assimilent à ceux du sang et du chyle. MM. Leuret et Lassaigne prétendent de leur côté que lorsqu'on examine au microscope le chyme duodénal ou même celui qui est contenu dans la portion pylorique de l'estomac, on découvre de véritables molécules chyleuses. MM. Graby et Delafond disent avoir constaté au microscope les globules du chyle recueilli sur la surface de l'intestin. Mais Heusinger prétend, au contraire, qu'en examinant au microscope la matière blanchâtre du chyme on la trouve formée de molécules qui ne présentent nullement l'aspect des corpuscules chyleux.

Cette divergence dans les résultats énoncés doit moins surprendre que la confiance que les expérimentateurs ont accordée au microscope pour ce genre de recherches. En effet, le chyme est si complexe sous le rapport de sa constitution physique qu'on y découvre au microscope la plupart des variétés des molécules organiques tenues en suspension dans des liquides. E. Burdach a très exactement reconnu ce fait en étudiant à un grossissement de cinq cents diamètres le chyme gastrique. Nous avons examiné de la même manière du chyme duodénal préalablement étendu dans de l'eau distillée et nous y avons rencontré des molécules si diverses par leur forme, leur volume, leur coloration, ou d'autres apparences physiques, que cette complication était un obstacle invincible à la détermination des véritables molécules chyleuses. Ce chyme provenant de la digestion de viande de bœuf et de parties osseuses; son apparence était jaunâtre et sa cohérence peu marquée. L'examen microscopique y démontra des grumeaux irréguliers d'un volume relatif assez considérable, et plus opaques que les autres corpuscules, c'étaient probablement des débris non dissous d'alimens; des corpuscules ayant l'apparence de la graisse et solubles dans l'éther représentaient une proportion assez marquée de la masse chymeuse; puis des globules arrondis, les uns volumineux, les autres très ténus ou même réduits à la simple apparence de points grisâtres formaient la masse principale de la liqueur où s'observaient encore des globules grenus, des débris d'épithélium, des taches de pigment biliaire, des paillettes d'aspect cristallin qui étaient peut être de la cholestérine, des bulles gazeuses, et d'autres formes fugitives, des traînées qui se désagrégeaient, toutes apparences confuses et dont on ne saurait tirer une induction rigoureuse concernant la préexistence moléculaire du chyle dans le contenu de l'intestin grêle.

(1) TRANSACT. PHILOS. 1820.

Le chyle est contenu dans le chyme, comme le produit d'une sécrétion est contenu dans le sang, c'est-à-dire que le premier est apte à fournir les matériaux du second par l'intermédiaire d'une action chimico-vitale; seulement il existe dans ce cas une corrélation plus appréciable entre certains élémens du chyle et les substances qui ont fait la base de l'alimentation qu'entre le sang et tel produit de sécrétion; l'analogie est plus prochaine; aussi la chimie moderne a-t-elle pu découvrir et démontrer de nombreux rapprochemens entre la nature des alimens et celle des principes que l'absorption intestinale introduit dans l'organisme. La physiologie doit profiter de pareils services, mais il lui appartient de déterminer leur étendue et de faire la part des faits contradictoires. La recherche de l'origine particulière des principaux élémens du chyle nous montrera que si les alimens fournissent des produits d'une nature ordinairement identique à celle qui leur est propre, cette règle n'est cependant pas constante et que la vie animale peut produire des composés organiques qui n'étaient pas préalablement formés dans les alimens.

A. ORIGINE DE L'EAU. Ce véhicule général dans lequel la matière organique est charriée à l'état de dissolution ou de suspension pour l'accomplissement des actes vitaux, après avoir servi à fluidifier certains élémens du chyme pénètre dans les radicules absorbantes et se retrouve dans le chyle où nous avons déjà indiqué ses proportions ordinaires. Mais les principes que l'eau avait pu dissoudre dans l'estomac ne pénètrent pas tous avec elle dans le chyle; le sérum de ce liquide est beaucoup plus identique que celui du sang, et l'eau qui en représente la majeure proportion ne sert de véhicule qu'à un nombre déterminé de produits. Aussi toute l'eau du chyme n'est-elle pas destinée au chyle, la plus grande partie est absorbée par les veines et parvient dans le sang par l'intermédiaire de la veine-porte. Ce fait est surtout évident lorsque de l'eau seule est ingérée dans l'estomac; la rapidité de son absorption suffirait déjà pour l'indiquer; mais, en outre, si l'on examine le canal thoracique d'un animal auquel on a fait avaler une grande quantité d'eau, une demi-heure après l'ingestion de ce liquide, on trouve le canal à peine rempli par un liquide clair, tandis que la veine-porte paraît plus distendue qu'à l'ordinaire et que le sérum du sang que l'on en retire est manifestement plus abondant et fournit moins de résidu sec, lorsqu'on en soumet une quantité donnée à l'évaporation. Il semble que l'eau ne pénètre dans le chyle qu'à la condition d'y introduire de la matière organique; aussi n'est-elle absorbée notablement par les lymphatiques de l'intestin que pendant la

---

éclaire sur les droits et les devoirs, assure les premiers et enseigne les seconds.

Autant que notre faible voix peut être entendue, nous engageons donc les médecins des départemens à se former en associations, soit pour demander avec instance, avec ordre mais persévérance, l'organisation médicale, si solennellement promise, si tristement ajournée, soit pour former une ligue offensive et défensive contre les empiétemens toujours croissans du charlatanisme sous toutes les formes. Avant la révolution, de pareilles associations étaient nombreuses, quoique sous des noms différens. On comptait en France dix-huit facultés, mais dans chaque ville, il existait en outre un collége de médecins auquel on était tenu de présenter ses titres et de se faire agréger. Est-il chose meilleure en effet qu'une force *collective* toujours présente, toujours agissante, pour les besoins de la profession? Son poids, sa valeur, sa portée d'action sont bien autres que ceux d'un individu isolé, quels que soient d'ailleurs ses talens et sa position. Dans l'état actuel de la société, des mœurs et de la jurisprudence, où est le médecin assez hardi, assez imprudent pour dire en face à un homme qu'il est un charlatan, bien que cette vérité soit connue de tous? qu'il usurpe un titre, ou qu'avec ce titre il souille sa robe, avilit sa profession? Mais une association va directement et impunément au but; elle prouve qu'il n'est permis à qui que ce soit de déroger, de descendre des hauteurs de la science pour livrer la médecine au tripotage de boutique et de mercantilisme. Ce qui assure d'ailleurs le succès des associations actives et vigilantes, c'est qu'elles n'agissent jamais qu'en vertu de la loi, d'après l'autorité, et secondées par la justice qui émane des tribunaux.

Il y a donc un double but à atteindre pour ces associations; d'une part, réclamer, et réclamer avec instance, une nouvelle organisation médicale dont tout le monde sent l'urgence et le besoin. La plainte libre et énergique de celui qui souffre est déjà un commencement, un germe de justice. De l'autre, se servir des lois actuelles pour attaquer et poursuivre sans relâche le charlatanisme. Employons les moyens répressifs légaux qui existent dans l'espoir qu'un jour ils seront étendus et fortifiés, c'est-à-dire, acceptons le bien en attendant le mieux. Dans le jeu mobile, bruyant et quelquefois irrégulier de cette machine si compliquée qu'on appelle gouvernement représentatif, il ne faut désespérer de rien.

Il est bon surtout de ne pas oublier qu'il ne peut y avoir de remèdes secrets en aucune manière ni sur aucun objet. La loi proscrit, la loi punit tout remède de ce genre et la loi a raison, c'est un outrage à la science, c'est un crime de lèse-humanité. Il faut donc poursuivre tout ce qui se répand sous ce titre dans les départemens, ce qu'on place en *dépôt* dans les pharmacies. Avec la funeste publicité qui existe et chaque jour croissante, avec cette facilité d'*annonces*, de mensonges, d'éloges tarifés pour certaines célébrités à la fois odieuses et bouffonnes, que devient la science désormais sans foi, sans adorateurs réels, sans culte de l'art, vendue au plus offrant, transformée en appeau pour les dupes? N'est-ce pas violer à plaisir la loi qui prohibe tout remède secret? Il y a plus, c'est qu'un docteur en médecine, armé de son diplôme, n'a pas le droit de prescrire un remède secret; sa *signature* ne couvre nullement le délit, ni n'en change la nature; il est lui-même passible de poursuites. Voilà ce qu'ignorent un grand nombre de médecins et même de magistrats, mais ce que doivent savoir les associations. Cela prouve que si le charlatanisme triomphe, grâce à

digestion. Dans les intervalles de cette fonction, les boissons aqueuses sont principalement absorbées par le système veineux abdominal.

B. Origine des matières azotées. Ces matières sur lesquelles les investigations des chimistes modernes se sont exercées et que l'on reconnaît aujourd'hui comme les matériaux organiques les plus complexes et les plus généraux, se retrouvent en nombre limité dans le chyle et à des états progressifs de formation. L'albumine et la fibrine y existent comme matériaux constitutifs dominans, tandis que la caséine et la gélatine que l'on extrait de quelques autres liquides ou de divers tissus organiques ne s'y retrouvent pas. Le chyle marque essentiellement la transition chimique entre la matière alimentaire diluée et le sang, de même qu'il marque la transition physiologique; c'est la substance organique animale au premier degré d'assimilation, dans laquelle la matière alimentaire azotée reparaît d'abord à l'état d'albumine et plus tard à l'état de fibrine.

Depuis que les essais chimiques les plus récens ont démontré l'affinité qui existe entre l'albumine, la fibrine, la caséine, etc.; depuis que les beaux travaux de M. Dumas (1) ont fait connaître la présence de ces mêmes substances dans les alimens végétaux; depuis enfin qu'on a admis, d'après les recherches de M. Mulder, qu'une substance azotée primitive, nommée *protéine*, représentait une sorte de type chimique susceptible de se convertir en d'autres matières azotées, moyennant une faible variation dans la proportion ou l'arrangement des élémens primitifs, la théorie de la digestion de ces substances et de leur mutation en les substances correspondantes qui existent dans le chyle s'est notablement simplifiée. Après avoir été dissoutes ou désagrégées dans l'estomac, elles pénètrent dans l'intestin où on les constate, ainsi que l'avait reconnu Prout (2), sous forme d'albumine, et où commence l'absorption. L'albumine du chyme n'est pas toutefois aussi pure et l'on peut dire aussi parfaite que celle du chyle; l'action des fluides versés dans l'intestin et l'acte même de l'absorption concourent à perfectionner sa formation. Ce qui prouve qu'une action chimique coïncide avec l'acte d'absorption, c'est que le chyme est acide et que le chyle est alcalin. Or tout fait présumer que ce changement dans l'état chimique exerce une influence sur la réduction définitive des matières alimentaires azotées en albumine, puisque la soude fournie par la bile et le suc pancréatique et qui donne au chyle la réaction alcaline est un élément normal de l'albumine et maintient sa liquidité. Cette opinion, adoptée par la plupart des physiologistes, est celle qui a obtenu crédit le plus juste dans la science, et on peut la déduire sans effort des travaux de ceux qui se sont le plus spécialement occupés de la théorie chimique de la digestion; tels sont, en effet, les résultats des expériences de Vauquelin, de Hallé, de Tréviranus, de Marcet, de Prout, au sujet de la formation de l'albumine dans l'intestin.

Quelques expériences tentées par MM. Bouchardat et Sandras (3) tendraient à infirmer les résultats que nous avons énoncés, et à faire admettre que la plupart des substances azotées passent directement dans le système sanguin sans concourir à la formation du chyle. Ces expérimentateurs ont nourri des animaux avec de la fibrine et du gluten employés isolément, afin de mieux spécifier les résultats de l'action digestive. Sur l'animal soumis à l'usage de la fibrine, cette substance fut retrouvée dans l'estomac quatre heures après son ingestion, à l'état de ramollissement et réduite d'un tiers dans sa quantité. Le duodénum ne renfermait que du mucus jaune-verdâtre. Le chyle extrait du canal thoracique était jaunâtre, rosé, spontanément coagulable. Son caillot était formé presque entièrement de fibrine; le sérum était transparent, rougeâtre, alcalin, et contenait de l'albumine ainsi que les sels ordinaires. Sur le chien nourri avec du gluten et mis à mort quatre heures après l'ingestion de cette substance, MM. Bouchardat et Sandras ont retrouvé celle-ci réduite en bouillie dans l'estomac et présentant tous les caractères de la dissolution de fibrine par le suc gastrique. Le duodénum ne renfermait aussi que des grumeaux muqueux colorés en jaune; le chyle était parfaitement analogue à celui que l'on obtient d'un animal à jeun, mais seulement plus alcalin. De ces résultats, MM. Bouchardat et Sandras ont cru pouvoir conclure: que l'estomac suffit à la digestion de la fibrine et du gluten, sans que l'intestin y participe; que le produit de la digestion gastrique est absorbé par les veines; que le chyle n'est pas le produit de la transformation des alimens, mais qu'il se forme dans les glandes abdominales, et que son véritable usage est de neutraliser dans le sang, en raison de ses propriétés alcalines, l'acide indispensable à la dissolution des alimens.

Ces conclusions et les expériences d'où elles ont été déduites ne nous paraissent pas devoir modifier les idées que nous avons énoncées. Il est évident pour nous que la digestion de la fibrine et du gluten n'était pas accomplie chez les animaux qui servaient aux expériences. Si l'administration exclusive d'alimens à caractère chimique déterminé est favorable aux recherches des physiologistes, dans ce sens que les transformations que ces alimens subissent sont plus faciles à étudier, il ne faut pas oublier que de telles substances alibiles sont généralement répugnantes pour les animaux, et que leur digestion se fait alors avec plus de lenteur et de difficulté. Nous avons répété l'expérience de MM. Sandras et Bouchardat en suivant exactement les conditions qu'ils indiquent au sujet de l'alimentation par la fibrine; mais, au lieu de mettre l'animal à mort quatre heures après l'usage de cette substance, nous n'avons examiné l'estomac et les intestins qu'après six heures d'action digestive. Or, le chyme fibrineux avait passé dans le duodénum, où il était encore reconnaissable, bien que très liquide et coloré en jaune par la bile. Les lignes des vaisseaux chylifères étaient dessinées sur le mésentère avec une apparence citrine claire; les glandes mésentériques étaient gonflées et le canal thoracique rempli par un chyle très abondant, donnant un coagulum fibrineux consistant et rougissant vivement au contact de l'air. Le sérum était à peine blanchâtre, et le microscope démontrait les globules réguliers que nous avons décrits, avec quelques parcelles peu nombreuses de matière grasse qui provenaient sans doute des principes gras fournis par la décomposition de la bile dans l'intestin. Ainsi, nous sommes autorisé à conclure que les matières azotées neutres alimentaires servent directement à la chylification et sont absorbées au moins en grande partie dans l'intestin grêle.

L'albumine et la fibrine du chyle ont une origine simple et naturelle dans les alimens ordinaires des animaux. A une époque où il était admis dans la science que les végétaux contenaient peu ou point d'azote, on pensait que les animaux herbivores créaient directement ces matières organiques. Mais aujourd'hui que la chimie a constaté que les alimens végé-

(1) Dumas et Cahours, Mémoire sur les matières azotées neutres de l'organisation. (Annal. des scienc. natur. 1842.)

(2) Chemistry, Metereology and the function of digestion, etc. London 1834.

(3) Mémoire lu à l'Académie des sciences; 9 mai 1842.

Dieu, il ne triomphe pas *selon la loi*. Chose importante pour les résultats, car elle permet de réduire le mal et d'augmenter le bien dans la plus forte proportion possible.

Ces associations de médecins, il faut le dire, ne sont que tolérées, aucune n'a encore été reconnue par le gouvernement; celle de Paris y a échoué deux fois. L'honorable M. Bouillaud, vient d'en faire tout récemment l'observation à la chambre des députés. « Malheureusement, a-t-il dit, le ministre de l'instruction publique, pour des raisons que je ne me permets pas de juger en ce moment, n'est guère disposé à accorder cette autorisation. » (Moniteur du 10 juillet, 2e suppl.) Qu'importe! comme ces associations ont un but utile, patent, connu, comme leurs droits dérivent de leurs vues et de leurs intentions, comme il ne s'agit pas d'associations industrielles, mais d'associations en quelque sorte morales et intellectuelles, comme elles doivent dans bien des cas, éclairer, avertir l'autorité, qu'en définitive, elles ne se fondent que pour la stricte exécution des lois existantes, on ne prévoit pas les obstacles, les motifs qui pourraient s'opposer à leur établissement. Faire le bien et le faire convenablement, dans certains cas avec une salutaire sévérité, n'est-ce pas là le fondement de ces honorables associations? Nous n'avons point à nous occuper de ces subtilités administratives, de cette métaphysique plus ou moins factice de constitutionalisme qu'on nous oppose, puisque dans ces réunions tout tend au bien, à l'ordre, au droit.

Puissent donc les médecins des départemens, après avoir compris la force de ces institutions, les bases sur lesquelles on peut les fonder, le but qu'elles se proposent d'atteindre, se former en association, il y va des intérêts de l'humanité comme de la dignité de leur profession. Qu'ils n'attendent pas pour s'unir et combattre l'ennemi commun une organisation d'un ajournement indéfini; car la société et ceux qui la dirigent, se débattent dans les entraves d'une foule d'intérêts matériels qui étouffent, qui écrasent, qui paralysent toutes les autres questions. Ces associations sont aujourd'hui la seule ancre de salut qui nous reste; associations où chacun apporte non ses capitaux, non ses chances de profits ou de pertes, mais sa part de probité, d'intelligence, de zèle pour l'honneur du corps. Il est temps d'y songer si l'on désire ne pas prolonger la minorité professionnelle de la médecine dans la société, si l'on veut arrêter la décadence de l'art et sa vénalité industrielle. Quiconque a de l'élévation dans l'âme, de la vie dans l'esprit, de l'espérance dans l'avenir ne doit pas hésiter un instant. Les médecins ont des obligations et ils savent les remplir; ils ont aussi des droits, or pourquoi les abandonner? il ne faut pas laisser l'injustice se périmer par le silence; le droit avant tout: *fiat jus, vel pereat mundus*.

R. P.

— M. Charrière, fabricant d'instrumens de chirurgie, qui, aux expositions précédentes, avait obtenu toutes les médailles qu'un exposant puisse obtenir, vient, à la suite de l'exposition de 1844, de recevoir la croix de la Légion-d'Honneur. C'est justice rendue au talent et au caractère de M. Charrière.

taux les plus répandus renferment des principes identiques aux substances animales azotées, on voit que ces substances sont introduites dans l'organisme des animaux herbivores ou carnivores, avec tous les élémens qui leur sont propres, et que les conditions de la formation de l'albumine et de la fibrine du chyle sont établies dans la nature même des alimens. Aussi, lorsqu'on nourrit des animaux avec de la gomme ou du sucre qui ne contiennent point d'azote, la nutrition se fait mal ou plutôt ne s'accomplit pas ainsi que M. Magendie l'a démontré par ses expériences. Après l'usage un peu prolongé de ces substances, les animaux succombent avec les caractères de la mort par inanition. Les matières non azotées sont principalement destinées à réparer le carbone qui est incessamment brûlé dans l'acte de la respiration; mais elles servent si peu à la formation du chyle que ce liquide n'en présente généralement aucune trace, et que le fluide que l'on extrait du canal thoracique après leur emploi offre tous les caractères de la lymphe ordinaire et non ceux du chyle. MM. Bouchardat et Sandras, qui ont fait aussi des expériences sur ce genre d'alimens, ont été plus justement conduits à admettre qu'ils étaient principalement absorbés par le système veineux.

C. Origine des matières grasses. La présence des matières grasses dans le chyle à l'état de division moléculaire est un des caractères qui distinguent le mieux ce liquide de la lymphe. L'origine de ces corps gras du chyle a beaucoup préoccupé plusieurs savans de notre époque. Déjà M. Magendie avait observé que le chyle ne présentait une couleur blanche prononcée que lorsque les alimens contenaient eux-mêmes une proportion notable de matière grasse. Dans les dernières discussions qui ont eu lieu à l'Académie des sciences au sujet de la nutrition, deux opinions opposées ont été émises et soutenues par les chimistes les plus recommandables, au sujet de l'origine de ces matières dans l'organisme animal. M. Liebig a avancé qu'elles étaient un produit de l'action spéciale du corps vivant et qu'elles se formaient dans l'économie aux dépens de ses propres matériaux, ou avec des alimens dépourvus de principes gras. MM. Dumas, Boussingault et Payen ont soutenu au contraire que les animaux recevaient les matières grasses toutes formées, incorporées dans leurs alimens, et que l'action de l'organisme sur elles consistait principalement à en opérer la translation au moyen des fluides circulans, et à les déposer dans les tissus ou les liquides sécrétoires, tels que le lait, etc.

Pour apprécier avec clarté les élémens de cet intéressant problème et atteindre sa solution, des expériences nombreuses, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, ont été faites et ont eu pour résultat de démontrer la présence des matières grasses dans la plupart des substances qui font la base de l'alimentation végétale, notamment dans celles qui sont le plus fréquemment utilisées pour l'engraissement des animaux domestiques. Les essais de MM. Dumas (1), Boussingault et Payen ont même démontré une relation marquée entre la quantité de matière grasse contenue dans les alimens consommés par les animaux soumis aux expériences et celle que l'on retrouve dans le lait qu'ils fournissent ou qui se dépose dans leurs tissus. Cette relation est assurément de nature à faire présumer que l'organisme s'assimile sans peine les corps gras, et qu'il ne fait que les extraire des alimens, sans leur donner directement naissance. Au reste, les corps gras ne sont que médiocrement altérés par les sucs de l'estomac; ils parviennent dans le duodénum, où ils sont étendus et dissous par l'action spéciale de la bile et mis dans des conditions qui facilitent leur absorption par les chylifères.

Mais les substances grasses sont-elles absorbées sans modification par l'appareil chylifère? Il est probable qu'il n'en est pas ainsi. Déjà les habiles expérimentateurs que nous avons cités ont émis la pensée qu'elles se modifiaient progressivement en passant des végétaux dans les animaux herbivores, et de ces derniers dans les animaux carnivores. C'est par cette modification successive, qui paraît consister principalement en une oxydation de plus en plus prononcée, que les matières grasses des vaisseaux qui affectent souvent la forme et les propriétés des matières cireuses éprouvent dans le corps des herbivores une oxydation d'où résulte l'acide stéarique qu'on ne rencontre dans le suif. L'acide margarique apparaît dans les graisses des carnivores; enfin, par une oxydation plus prononcée encore, on voit apparaître les acides gras volatils du sang et de la sueur. Nous sommes autorisé à penser, d'après des essais que nous avons énoncés plus haut, que la formation des acides gras volatils, qui semblent spécifiques chez les divers animaux, se produit déjà dans le chyle, et que c'est à eux qu'il faut attribuer l'odeur particulière qui se développe au contact de l'acide sulfurique.

Si c'est un fait établi par une expérimentation physiologique et chimique incontestable que les corps gras introduits dans l'organisme par l'intermédiaire du chyle existent généralement tout formés dans les alimens, il ne s'ensuit pas que, sous l'influence de la vie et des actions organiques, la graisse ne puisse également se produire, alors même que les alimens n'en contiennent point. Il est difficile de refuser à l'organisation animale un pouvoir que les végétaux possèdent d'une manière si générale. Les considérations par lesquelles M. Liebig a appuyé l'opinion que les corps gras se forment directement dans les animaux viennent de recevoir un appui nouveau dans les résultats obtenus par M. Milne-Edwards, qui a confirmé les expériences d'Huber, d'après lesquelles des abeilles nourries exclusivement avec du miel ont pu fournir de la cire. En dehors même de ces expériences, la physiologie la plus ordinaire fournit des argumens qu'on ne saurait à bon droit récuser, sur le pouvoir engraissant des fécules, sur l'extrême facilité que les sujets disposés à l'obésité présentent de convertir en graisse des alimens peu abondans et où cette dernière ne se retrouve pas. Ces considérations impliquent certitude, quand on admet avec les chimistes que certains alimens, le sucre en particulier, peuvent, à l'aide d'une fermentation spéciale, donner naissance à une matière huileuse, et intervenir ainsi directement dans la formation des graisses. Si l'on réfléchit à la possibilité de la transmutation de l'amidon en sucre, sous l'influence des sucs acides de l'estomac, ainsi que l'a établi M. Bouchardat, on comprendra davantage encore la propriété qu'ont les fécules d'augmenter la quantité des matières grasses répandues dans l'organisme animal.

Ainsi se trouvent vérifiées deux manières de voir qui tendaient à s'exclure, mais qu'une analyse impartiale permet de concilier. Ce n'est pas le seul exemple où l'on voit la science physiologique entravée par l'antagonisme des opinions, alors que l'examen plus rigoureux des phénomènes donne satisfaction à chaque interprétation. Si l'on tenait un peu plus en compte l'influence que les forces de la vie exercent sur les actes organiques, on admettrait plus facilement que des voies différentes puissent conduire au même résultat. Quand des substances grasses arrivent aux surfaces absorbantes toutes préparées, l'organisme s'en empare; mais si ces substances ne sont pas fournies, le pouvoir créateur de la vie, jusqu'alors latent, est mis en jeu, et le même résultat est obtenu.

D. Origine des autres matières renfermées dans le chyle. Ce liquide a une composition beaucoup plus uniforme que celle du sang. On sait combien les analyses de celui-ci ont fourni de produits accessoires, et partant combien de doutes et de discussions ont surgi concernant leur existence ou leur état dans le liquide général de l'organisme. Moins de principes ont été retrouvés dans le chyle, soit que les analyses, moins nombreuses, n'aient donné qu'un plus petit nombre de résultats, soit, ce qui est plus probable, que la composition de cette humeur présente plus d'uniformité. Ces principes, que nous avons déjà signalés en nous occupant de l'analyse chimique du chyle, n'ont pas d'ailleurs été tous rencontrés avec des conditions également propres à démontrer leur existence. L'origine de certains produits accessoires dont l'existence a été réellement reconnue, telle que la matière sucrée, s'explique facilement par la présence d'élémens qui leur correspondaient dans les substances alimentaires ou par les transformations que celles-ci sont aptes à subir. Quant au fer, aux sels, etc., que l'on retrouve constamment dans le chyle, leur existence préalable dans les alimens ou dans les sécrétions récrémentitielles versées à la surface du tube digestif, est connue d'une manière suffisante pour que leur présence dans le chyle puisse être facilement expliquée; la lymphe doit encore être considérée comme une autre source d'où le chyle reçoit des principes qui se mélangent avec ceux qui lui sont propres, et qui sont déterminables par l'analyse.

(La suite prochainement.)

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UNE MODIFICATION FAITE AU PREMIER TEMPS DE LA CYSTOTOMIE PÉRINÉALE; par le docteur Bernardino Larghi, chirurgien de l'hôpital de Verceil (Piémont).

C'est une opinion admise dans tous les ouvrages classiques de chirurgie, qu'il convient, dans la lithotomie périnéale, de donner à l'incision des tégumens une étendue plus grande que celle des parties qu'on doit diviser profondément pour faire au col de la vessie une ouverture convenable.

On croit, en agissant ainsi, rendre plus sûr et plus prompt le *processus* de cicatrisation des parties; on suppose que la cicatrisation étant plus rapide dans la peau que dans les parties profondes, il existe par cela même dans la plaie une tendance à produire un rétrécissement de l'orifice exté

(1) Voy. dans les Ann. des sciences nat., 1843, leur Mémoire sur l'origine de la graisse.

rieur, et, par conséquent, une condition qui facilite l'épanchement de l'urine dans les tissus intéressés dans la blessure.

Cependant, dans les premiers temps de mes études chirurgicales, il me sembla reconnaître que le danger auquel on cherche à obvier au moyen de l'ouverture ample des tégumens était plutôt hypothétique que réel. De plus, une observation attentive m'a donné la conviction que cette manière d'inciser a justement l'inconvénient que l'on cherche à éviter par ce procédé, et cela parce qu'il expose au contact des urines une quantité plus grande du tissu cellulaire de la région sur laquelle on opère.

Par suite de ces remarques, j'ai jugé à propos de m'éloigner de la pratique ordinaire et de ne point porter l'incision des tégumens au-delà de l'étendue nécessaire pour la sortie du calcul; telle me parut être une incision des tégumens égale à celle pratiquée dans les parties profondes. J'ai pu remplir cette indication à l'aide du procédé que je vais décrire maintenant, et dans lequel j'ai cherché à réunir aux avantages qui devaient résulter de l'incision moindre des tégumens la vitesse plus grande de l'exécution.

Mon procédé ne diffère des autres que par la manière dont je pénètre du périnée dans la vessie; aussi n'en décrirai-je que la partie qui a trait à ce temps de l'opération.

Le malade étant placé comme pour les autres procédés opératoires de la cystotomie périnéale, j'introduis dans la vessie un cathéter cannelé du plus fort calibre possible, et je le fais maintenir exactement sur la ligne médiane du périnée; alors j'applique l'index de la main gauche sur le périnée, en tenant la pulpe du doigt en bas, et, l'appuyant fortement sur un point du raphé correspondant à la distance d'à peu près 11 millimètres de l'orifice de l'anus; je prends avec la main droite, à l'instar d'une plume à écrire, un bistouri droit ordinaire affilé d'un seul côté, et je le plonge hardiment, le tranchant en haut, dans le point marqué par le doigt index de la main gauche.

Il suffit d'être bien sûr de la position du cathéter et du point dans lequel le bistouri a été implanté pour être certain de trouver la cannelure du cathéter, toutes les fois qu'on ira d'une manière ferme et décidée la rencontrer directement de l'extérieur à l'intérieur et un peu de bas en haut.

Le cathéter étant reconnu au moyen du frottement métallique qui a lieu entre les deux instrumens, j'ouvre l'urètre dans une longueur d'un centimètre environ par quelques mouvemens de bas en haut imprimés à la pointe du bistouri, et après cela je fais pénétrer un lithotome caché, soit celui du frère Côme, soit celui de Dupuytren, avec lequel je pratique la cystotomie périnéale, en faisant une incision des parties profondes égale à celle des tégumens.

Les opérations de cystotomie périnéale que j'ai pratiquées par ce procédé dans le court espace de dix-huit mois se montent au nombre de 17. Elles ont été faites sur des individus placés dans des conditions très variées sous les rapports du tempérament, de l'âge et de la durée de l'affection, et je n'ai eu à déplorer que la perte d'un seul individu, chez lequel, après avoir extrait un calcul volumineux, il ne me fut pas ensuite possible de retirer un autre calcul enkysté, malgré que j'eusse dilaté l'incision.

Qu'on ajoute à ces résultats que la cicatrisation de la plaie a toujours été des plus régulières et des plus promptes, vu que l'urine a cessé de s'échapper par la blessure le cinquième jour dans quelques cas, ordinairement le huitième, et dans le cas le plus lent le douzième jour.

Ce succès de ma nouvelle manière d'opérer, s'il ne dépose pas directement contre la pratique des larges incisions à la peau, en prouvant que c'est au procédé opératoire que je viens de décrire qu'est due la différence des résultats, montrera pour le moins l'exagération des craintes signalées dans les ouvrages classiques touchant les dangers des incisions peu étendues de la peau dans la cystotomie périnéale. Il confirme enfin les avantages des plaies à petites ouvertures, que la chirurgie moderne tend à établir d'une manière certaine.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le numéro d'avril 1844 contient les articles originaux suivans : 1° *Observations d'inflammation du bassin avec abcès, survenant après l'accouchement*; par M. Lever. (Exemples d'abcès ouverts dans le vagin, dans le rectum et à l'extérieur. Les remarques générales qui viennent ensuite n'ajoutent rien aux notions que nous possédons sur cette maladie, si bien étudiée récemment par M. H. Couturier.) 2° *Observations d'empoisonnement*; par M. Taylor. 3° *De la paracentèse thoracique, avec observations cliniques*; par MM. Hughes et Cock. 4° *Des polypes utérins, et de leur coexistence avec la grossesse*; par M. Oldham. 5° *Cas de lithotomie*; par M. Bransby Cooper. 6° *Tableau des cas de rétrécissemens de l'urètre, de rétention et d'épanchement d'urine, traités à l'hôpital de Guy depuis octobre 1842 jusqu'en octobre 1843*. 7° *Recueil d'observations pour servir à l'histoire des maladies du cerveau et du système nerveux*.

OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT; par ALFRED TAYLOR.

Il n'est question dans cette communication que de deux cas d'empoisonnement : l'un par le sublimé corrosif, l'autre par une préparation d'opium administrée comme médicament. Le premier surtout présente assez d'intérêt pour que nous le reproduisions avec quelques détails, car il offre un de ces cas remarquables de mort causée par un poison minéral, sans qu'il ait été possible d'en reconnaître la plus petite quantité dans l'estomac, les matières qu'il contenait et tous les autres organes. Nous livrons ce fait à l'examen des toxicologues qui sont disposés à croire que dans tous les cas où la mort a été causée par un poison minéral et est arrivée à une époque peu éloignée, la science peut constater la présence du poison dans les organes.

OBS. — S. Wright, âgé de 38 ans, doué d'une bonne constitution, est reçu à l'hôpital Guy le 10 février 1843. On a constaté que le même jour à dix heures du matin il a mis dans sa bouche 8 grammes de sublimé corrosif en gros fragmens qu'il a brisés sous ses dents et avalés; après quoi il a bu une pinte d'eau. Un médecin appelé immédiatement lui administre quatre œufs. Le malade éprouve des vomissemens et on trouve dans la cuvette un fragment de sublimé du volume de la moitié d'une noisette, et que l'on suppose n'être pas sorti de l'estomac.

A son entrée, il offre un notable affaiblissement, les extrémités froides, la circulation à peine perceptible, la respiration normale, avec gonflement de la langue et des lèvres; le malade conserve la connaissance et se plaint d'un sentiment de constriction à l'œsophage. On lui administre immédiatement plusieurs blancs d'œufs.

A deux heures après midi, les lèvres et les gencives offrent un gonflement très manifeste avec vive sensibilité; déjà la salivation commence à se manifester avec douleur dans la direction de l'œsophage s'étendant jusqu'à l'estomac. Les mouvemens de déglutition sont excessivement douloureux. Il y a eu plusieurs vomissemens dans lesquels le malade a rendu une certaine quantité d'une matière jaunâtre mêlée de sang; il se plaint d'une légère douleur abdominale. Des spasmes se manifestent dans les extrémités inférieures et les genoux sont rapprochés du ventre. Le pouls est petit et à peine perceptible, la langue blanche et si gonflée qu'elle ne peut plus être sortie de la bouche; la température de la peau est élevée. Pendant la journée, le malade boit deux pintes de lait et l'albumine de 24 œufs.

Le 11 février, il y a eu pendant la nuit plusieurs accès violens de hoquet, avec vive sensibilité sur la région épigastrique; il y a plus de difficulté à avaler et une violente céphalalgie. La lèvre inférieure a pris un développement considérable et présente un point sur les côtés où la peau est dénudée. Le pouls est petit et filant, à peine perceptible. Le malade a vomi plusieurs fois et a eu plusieurs déjections d'une matière verdâtre; ses pieds sont froids et sa peau offre une coloration jaune générale.

Le 12, le même état persiste, à l'exception du gonflement des lèvres qui a diminué. Le malade a vomi un peu de matière verdâtre et a rendu des selles d'une couleur foncée et mêlées de sang. Les extrémités sont chaudes.

Le 13, la déglutition est un peu plus facile, mais le malade se plaint d'une sensation de brûlure dans l'œsophage. Le pouls est comme la veille. Une seule goutte d'urine n'a pas été rendue depuis l'entrée. Il y a eu un peu de sommeil pendant la nuit; le hoquet continue; les pupilles sont extrêmement contractées; les selles sont fréquentes et mêlées de sang, et plusieurs fois n'étaient composées que de sang mêlé de mucus. Il y avait peu de douleurs abdominales, mais les nausées persistaient; les lèvres étaient presque revenues à leur état normal, mais non la langue qui était couverte d'une couenne blanchâtre et si volumineuse qu'elle ne pouvait être sortie de la bouche.

A quatre heures après-midi, il survient du délire; le pouls est petit et à peine perceptible. On est forcé de lier le malade dans son lit.

Le 14, à six heures du matin, la respiration est stertoreuse par intervalle; le malade est dans un état extrêmement grave; les paupières supérieures et la mâchoire inférieure sont pendantes. Vers midi, il survient une forte constriction de l'œsophage. Le malade, qui conservait un peu de connaissance, ne pouvait parler. Depuis la veille au soir, il n'y avait ni garderobe, ni urine. La respiration stertoreuse persista jusqu'à la mort, qui eut lieu à trois heures.

AUTOPSIE 22 heures après la mort. Rigidité générale, mais sans traces de décomposition. Le péritoine à l'état normal contient une once de sérosité citrine. Sur la grande courbure de l'estomac, et à quatre pouces du pylore, on trouve une large plaque d'inflammation, de l'étendue de la paume de la main. La membrane muqueuse était fortement injectée d'un sang rouge, et offrait partout les signes de l'inflammation. Aucun point ne présentait la couleur ardoisée que l'on observe souvent à la suite de l'empoisonnement par le sublimé. Il n'y avait également aucune trace d'érosion ni d'ulcération. Le duodénum et le jéjunum étaient à l'état normal. Mais la muqueuse du tiers inférieur de l'iléum offrait de l'in-

flammation, qui était plus prononcée vers la fin de l'intestin. Auprès du cœcum, il y avait plusieurs taches d'inflammation. Tous les gros intestins étaient fortement enflammés et offraient quelques petites ulcérations de la largeur d'un petit pois. Le foie était volumineux et congestionné; la vésicule contractée contenait à peine quelques traces de bile. La rate, de volume ordinaire, était ferme et congestionnée. Le pancréas était à l'état normal. Les reins, de volume et de consistance ordinaires, mais un peu rouges; la portion corticale présentait des petits points rouges qui annonçaient probablement le commencement de l'inflammation; le rein droit avait sur sa face postérieure un kyste du volume d'une balle, contenant un liquide limpide. La vessie était fortement contractée, sa muqueuse un peu injectée; elle ne contenait qu'environ une demi-once d'urine trouble. La muqueuse de l'œsophage n'offrait d'autre altération qu'une rougeur prononcée. Les deux poumons étaient œdémateux, fermes et lourds; la base du droit offrait de l'œdème inflammatoire. La muqueuse bronchique était enflammée dans toute son étendue et était en contact avec une grande quantité de mucus écumeux. Les glandes bronchiques offraient un léger développement. Le péricarde contenait 24 grammes d'un liquide couleur de paille, dont on mit une partie de côté pour la soumettre à l'analyse. Le cœur était plus petit que d'habitude, sans autre altération.

Analyse chimique. On devait examiner : 1° s'il était resté quelques traces du poison dans l'estomac; 2° s'il avait été réellement absorbé.

1° Les matières contenues dans l'estomac, du poids de 160 grammes, formées d'un liquide trouble mêlé de mucosités, de bile et de sang, ne contenaient plus de sublimé à l'état solide. Examinées avec un fil d'or et de zinc qui resta plongé pendant plusieurs heures dans le liquide, après que celui-ci eut été acidulé avec l'acide muriatique, elles ne fournirent aucune trace de sublimé; car l'or, après l'expérience, n'offrit pas la moindre tache. Ces mêmes matières, après avoir été soumises à une ébullition de deux heures, soumises au même essai pendant vingt-quatre heures, ne produisirent pas la moindre tache sur l'or, d'où l'on conclut que s'il restait dans le liquide quelque portion du poison, elle n'était pas à l'état de solution. Ce moyen d'épreuve était d'une extrême sensibilité, puisque l'auteur assure avoir reconnu, à son aide, un 144e de grain de sublimé dissous dans 4 grammes d'eau; c'est-à-dire dans plus de huit mille fois son volume d'eau.

Dans l'hypothèse où le sublimé fût devenu insoluble en se combinant avec l'albumine administrée comme contre-poison, ou même avec celle des tissus, l'estomac fut haché et soumis à l'ébullition pendant deux heures, dans 120 grammes d'eau, avec de l'acide nitrique. Peu après avoir concentré le liquide et avoir saturé l'excès d'acide, on le soumit de nouveau au même réactif; mais l'or uni au zinc conserva tonte sa pureté, d'où l'on est en droit de conclure qu'aucune partie du poison ne s'était combinée au tissu même de l'estomac ni aux substances administrées; ce qui amène à cette autre conclusion importante, qu'un poison minéral peut certainement donner la mort sans qu'il soit possible d'en trouver aucune trace dans l'estomac ou dans les matières qu'il contenait.

2° L'examen du sang, de la rate, du liquide du péricarde et du péritoine par le même procédé ne signale pas la moindre trace du sel mercuriel qui eût pu être introduit dans l'économie par l'absorption. Rien ne démontre donc dans ce cas, qui était très favorable à ces sortes de recherches, que le poison ait réellement pénétré dans la circulation pour se répandre dans toute l'économie. Cependant, on ne peut point en conclure que le sel mercuriel n'est point absorbé; car il est plus probable que c'est seulement à l'insuffisance du moyen employé pour le constater qu'on doit attribuer ce résultat.

Après quelques réflexions judicieuses sur les symptômes observés et sur les lésions trouvées dans ce cas, puis sur la quantité de sublimé qui avait pu être prise (8 grammes environ), et enfin sur l'époque de la mort du sujet, l'auteur résume les principales difficultés que présente ce cas pour le médecin expert. L'examen du sujet n'a fourni aucun renseignement sur la nature du poison, ni par les recherches chimiques faites sur les organes et les matières contenues dans l'estomac à l'instant de la mort, ni par les lésions principales, qui n'avaient rien de caractéristique; et cependant il est bien certain que le malade est mort empoisonné par un poison minéral. Et si à ce fait se fût rattachée une question de meurtre, on voit qu'il eût été plus difficile de conclure de ces résultats que le sujet n'était point mort empoisonné, mais avait succombé à une mort naturelle. Les cas de ce genre, qui ne sont pas rares, ne doivent point être oubliés par le médecin expert, et doivent l'empêcher d'affirmer d'une manière trop précise que la présence du poison dans l'estomac ou dans les intestins est la seule preuve certaine que la mort a été l'effet d'un empoisonnement, et d'admettre que, lorsqu'on ne le trouve pas, les symptômes et les lésions pathologiques doivent être rapportés à un simple état morbide.

Le second cas, rapporté par M. Taylor, est un cas d'empoisonnement chez un enfant, par un médicament qui contenait une certaine quantité d'opium (teinture de camphre composée). L'enfant, âgé de 5 ans et demi, avait pris, pour une toux légère, dans l'espace de trente-six heures et en cinq fois, une quantité d'un médicament correspondant à environ 1 grain et quart, ou peut-être seulement à cinq huitièmes de grain d'opium, et avait succombé au bout de trente-sept heures, après avoir offert tous les symptômes de l'empoisonnement par l'opium.

Dans ce cas encore, l'analyse chimique ne put constater la présence de l'opium ou de ses principes dans les matières contenues dans l'estomac; mais les symptômes avaient été si prononcés, qu'après de nombreuses enquêtes et beaucoup de témoignages, le verdict prononça que l'enfant était mort d'une dose excessive d'un médicament narcotique, à une époque où il était atteint d'une affection du cœur.

DE LA PARACENTÈSE THORACIQUE AVEC OBSERVATIONS CLINIQUES; par MM. HUGHES et COCK.

Quoique les deux auteurs aient embrassé dans leur cadre la question tout entière de l'opération de l'empyème avec ses indications, son mode d'exécution et ses résultats, leur travail contient peu de points de doctrine vraiment nouveaux. Les idées qu'ils professent sur ces divers points sont celles qui maintenant en France sont à peu près généralement admises. Mais ici ces idées sont appuyées de preuves cliniques; des exemples nombreux de guérison viennent les confirmer. C'est là surtout que sera, pour nos lecteurs, l'intérêt de cette communication. Car ce qui manque chez nous jusqu'ici, ce ne sont pas des perfectionnemens opératoires, des procédés déclarés parfaits en vertu des lois de physique et de physiologie; c'est la preuve matérielle, ce sont des cas plus multipliés de succès obtenus après l'application de ces mêmes procédés.

MM. Hughes et Cock commencent par établir une distinction fondamentale entre l'épanchement dû à une altération organique du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons, et celui qui résulte d'une pleurésie chronique. Dans le premier cas, la soustraction du liquide n'agit pas directement contre la maladie; elle ne peut tout au plus que fournir à la médecine un moyen de l'attaquer avec plus d'avantage, ou seulement parer à une suffocation imminente. Si au contraire l'effusion liquide a succédé à une phlegmasie de la plèvre, le traitement par les ponctions rencontre, il est vrai, encore bien des obstacles dans l'imperméabilité des poumons, dans l'épaisseur des fausses membranes, dans la tendance aux récidives de l'inflammation, mais au moins, n'ayant ici à combattre que les effets posthumes d'une lésion dynamique actuellement éteinte, il a quelques chances de succès. D'ailleurs (et c'est un point sur lequel les auteurs insistent particulièrement), la paracentèse est indiquée non seulement comme moyen de cure radicale, mais aussi pour remplir d'autres buts secondaires, soit pour procurer un peu de soulagement alors même que la gravité des lésions concomitantes laisserait peu d'espoir sur l'issue définitive du mal, soit pour donner, en quelque sorte, plus de prise aux agens de la médication absorbante en diminuant la quantité du liquide qui par sa pression entrave le mécanisme de la circulation centripète.

Le mode opératoire que les auteurs préfèrent consiste à ponctionner avec un trois-quart dont le diamètre n'a qu'une ligne. On laisse ensuite sortir le liquide en faisant pencher le malade du côté de l'ouverture et en ayant surtout soin qu'il n'y ait pas de discontinuité dans l'écoulement. Lorsqu'on juge à propos de s'arrêter, on retire l'instrument; sa ténuité fait que la plaie se ferme d'elle-même, et prévient tout accès de l'air.

M. Hughes nous apprend que, depuis quatre ou cinq ans, l'opération a été faite vingt ou trente fois à l'hôpital de Guy, d'après ce procédé. L'issue en a été généralement heureuse, c'est-à-dire que la maladie a été le plus souvent améliorée et n'a pas présenté d'accidens qu'on pût attribuer à l'intervention de la chirurgie. Sur 20 cas dont les auteurs donnent le résumé, il y a eu 9 morts, 7 guérisons, 3 améliorations, et 1 des malades est encore en traitement.

— Nous avons dit en quoi ces résultats nous paraissent encourageans. Ce qui manque à cette partie de la chirurgie, ce ne sont pas les procédés opératoires. L'application de la méthode sous-cutanée, l'ingénieux appareil de M. Reybard répondent convenablement sous ce rapport aux *desiderata* de la théorie; et dans plus d'un cas, que nous pourrions citer, leur valeur a déjà été mise en évidence par les faits. Les chirurgiens cependant hésitent à s'engager dans cette voie. L'exemple des succès obtenus par nos voisins, succès qu'il eût, sans aucun doute, été facile de rendre plus nombreux et plus faciles par la méthode sous-cutanée, contribuera peut-être à leur forcer la main. C'est surtout dans cette vue que nous avons jugé utile de les faire connaître.

DES POLYPES UTÉRINS ET DE LEUR CO-EXISTENCE AVEC LA GROSSESSE; par M. OLDHAM.

C'est sur les observations consignées *in extenso* dans son mémoire que l'auteur établit les propositions suivantes, qui en peuvent être considérées comme le résumé. Toutes les circonstances dont il énonce ici la pos-

sibilité, il les a donc vues sur le vivant ou constatées à l'examen cadavérique.

Des polypes de différentes grosseurs, et parfois de très volumineux, peuvent se développer dans l'utérus pendant la gestation, sans mettre d'entrave à la grossesse ni empêcher la parturition.

On peut en soupçonner l'existence quand l'utérus, après l'accouchement, reste plus volumineux qu'à l'ordinaire, quoique dur et contracté, et quand les douleurs continuent sans résultat en s'accompagnant d'hémorragie. On peut alors croire à tort à la présence d'un second enfant. Il faut faire soigneusement la distinction entre ces deux cas avant de tenter aucun essai pour opérer la délivrance; car une semblable erreur de diagnostic a conduit quelquefois à perforer le polype et à déchirer l'utérus avec la main ou le forceps.

L'hémorragie que causent ces polypes est parfois de peu d'importance; dans quelques cas, au contraire, elle est subite et foudroyante. Elle peut aussi se produire immédiatement après la sortie de l'enfant ou celle du placenta; enfin, on l'a vue ne survenir qu'au bout de deux ou trois semaines. Mais, le plus fréquemment, c'est une perte qui revient tous les jours, se perpétue d'une manière fatigante et résiste à tous les moyens employés pour l'arrêter.

L'utérus peut chasser le polype avant la tête de l'enfant, ou rester en repos après la délivrance. Ou bien les paroxysmes de douleurs continuent avec une hémorragie, ou en s'accompagnant de contractions continues de la matrice qui amènent l'épuisement et la mort.

L'action de la matrice peut, dans quelques cas, déterminer la séparation du corps étranger; d'autres fois, elle amène une inversion partielle ou complète du viscère. Si le polype est implanté sur le col ou immédiatement au-dessus, il peut ainsi avoir ses liens celluleux détachés et être poussé dans le vagin. Enfin, ces efforts soutenus, d'une part, de l'autre le poids du polype, peuvent faire descendre la matrice et forcer le polype à paraître à l'extérieur.

Le traitement dépend de ceux des symptômes qui sont le plus urgens, et de la possibilité d'employer les moyens mécaniques. S'il n'y a que peu ou point d'hémorragie, tout doit être dirigé dans le but de calmer l'état de la matrice, jusqu'à ce que la perturbation qui résulte de l'accouchement soit dissipée et que la circulation utérine ainsi que celle du polype aient repris leur type normal. Que si l'hémorragie est considérable, si les contractions utérines incessantes mettent par leur violence la vie de la malade en danger, il faut extirper le polype.

On peut à cet effet entourer le polype d'une ligature, ou le lier et l'exciser ensuite, on l'arracher par la torsion, et cela, soit pendant, soit immédiatement après, soit quelque temps après l'accouchement, sans qu'il en résulte nécessairement d'accidens. Mais la ligature seule ou la ligature combinée à l'excision constituent le meilleur plan de traitement.

Un polype ainsi enlevé ne se régénère pas; il n'est pas non plus une cause nécessaire de stérilité, ni d'aucune fâcheuse suite dans les accouchemens ultérieurs.

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de janvier et mars 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *De la circulation du sang chez les fœtus nés sans cœur*; par M. Marshall-Hall. 2° *Sur la conicité de la cornée*; par M. Pickford. 3° *Des causes et du traitement de l'otorrhée*; par M. Wilde. 4° *Notes sur les maladies urinaires*; par M. Aldridge. 5° *Sur le diagnostic de l'empyème*; par M. Mac-Donnell. 6° *De la dissolution imminente et des affections nerveuses chez les jeunes enfans*; par M. Doberty. 7° *Examen de cette question: Le chyle est-il un sang qui commence à se former?* par M. Aldridge. 8° *Remarques sur le travail de M. Aldridge relatif aux maladies urinaires*; par M. Golding Bird. 9° *Observations sur les causes de l'entropion et du trichiasis et sur les opérations conseillées pour la cure de ces deux affections*; par M. Wilde. (L'auteur pense que l'entropion est souvent dû à la rétraction de la conjonctive palpébrale, qui survient à la suite d'ophthalmies prolongées. Quant au traitement, il reproche au procédé de Crampton d'exposer plus tard au larmoiement, à l'impossibilité de rapprocher les paupières. Il préfère l'excision du bord palpébral, non en enlevant en même temps le cartilage tarse, comme le faisait Saunders, mais en bornant l'ablation à la partie de la peau située au-devant de ce cartilage, et qui supporte les cils. C'est, comme on voit, le procédé de Jaeger, dont l'opération de M. Wilde ne diffère que par de très légères modifications. — Pour nous, dans les cas où le cartilage tarse a réellement perdu de sa forme naturelle par le fait de la maladie, nous préférerions comme plus efficace la méthode proposée par M. Alessi. (V. GAZ. MÉD., 1842, p. 154.) 10° *Remarques sur l'inflammation diffuse qui survient dans les exanthèmes, suivies d'observations de cas où les vésicules de la vaccine ont été prises de cette inflammation*; par M. Oshrey.

DES CAUSES ET DU TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE; par M. WILDE.

Ce travail, rédigé par un praticien exercé, peut passer pour un traité complet de l'otorrhée, considérée du moins sous le rapport de ses causes et de son traitement. L'auteur se distingue moins par l'originalité que par la justesse de ses aperçus. Cependant, les affections de l'oreille sont si peu connues encore, que, en raison même de leur justesse, plusieurs des considérations auxquelles il se livre auront sans doute, pour une partie du public médical, tout l'intérêt de la nouveauté.

M. Wilde s'inscrit tout d'abord avec beaucoup de force et non moins de raison, ce nous semble, contre ce funeste préjugé qui regarde les écoulemens de l'oreille comme une maladie à laquelle il faut laisser librement suivre son cours et dont il serait dangereux de tenter la guérison par des moyens actifs. Cette doctrine si pernicieuse, et si accréditée néanmoins, s'appuie sur plusieurs erreurs qu'il importe de signaler. On se persuade trop facilement que ces suintemens sont sans importance; la fétidité qu'ils entretiennent, les érysipèles dont ils sont le point de départ, la carie des osselets et de l'apophyse mastoïde, la surdité complète et incurable qu'ils laissent à leur suite, montrent assez le peu de fondement de cette croyance. — D'un autre côté, on admet généralement, même parmi les médecins, qu'un écoulement par l'oreille est une affection liée à l'ensemble de la constitution, et dont on essaierait en vain la cure à l'aide de médications locales. Bizarre coutume, remarque justement M. Wilde, que celle qui attribue tout, dans les maladies de l'oreille, à des perturbations générales, tandis qu'on voit, au contraire, le traitement des affections oculaires, des ophthalmies en particulier, pécher surtout par le trop exclusif emploi des topiques et l'inexplicable proscription des remèdes adressés contre l'état général. — Troisièmement, quelques cas malheureux, mais où l'évolution des symptômes a été la plupart du temps faussement interprétée, ont fait croire que guérir une otorrhée, c'est exposer nécessairement tôt ou tard le sujet à des accidens cérébraux. Cette opinion est universellement répandue, et souvent les hommes de l'art, s'ils ne la partagent pas eux-mêmes, sont du moins condamnés à en subir l'influence.

Le fait suivant en est un exemple bien caractérisé.

OBS. I. — Le mois dernier, dit M. Wilde, une dame me présenta son enfant âgé de 7 ans, me demandant ce qu'il fallait faire pour le guérir d'une surdité dont il était affecté depuis cinq ans. Je l'examinai, et au fond du conduit auditif rempli de croûtes et d'un liquide purulent, je découvris une excroissance polypeuse. Ayant informé la mère de la nécessité de l'extirper, elle me répondit qu'elle n'y consentirait point si je ne m'engageais pas à rendre l'ouïe à son enfant sans faire cesser l'écoulement. Plusieurs autres de ses enfans avaient déjà succombé à des affections cérébrales; et le médecin de la famille l'avait prévenue que, si on cherchait chez celui-ci à supprimer l'écoulement de l'oreille, il mourrait très rapidement de la même manière.

Enfin, ce qui empêche encore de soumettre à un traitement régulier les sujets atteints d'otorrhée, c'est qu'on s'abuse sur les dangers de cette affection. On ne croit pas qu'elle puisse déterminer la carie des os sous-jacens; et lorsque cette altération est constatée sur le cadavre, on allègue que, sans doute, la carie était primitive et que c'est elle qui a été l'origine de l'otorrhée. M. Wilde, sans prétendre que les choses ne se passent jamais de cette dernière façon, pense que le mode de filiation indiqué en premier lieu est de beaucoup plus commun. Le cas suivant, où l'ordre de succession des divers symptômes a pu être exactement déterminé, est capable de jeter la plus vive lumière sur cette question, qui divise encore aujourd'hui de graves autorités.

OBS. II. — Un enfant âgé de 10 ans, scrofuleux, fut admis à l'hôpital pour la diarrhée. Son état avait déjà été fort amélioré par le traitement lorsqu'on s'aperçut qu'il avait, du côté droit de la face, une paralysie de tous les muscles soumis à l'action du nerf facial. Il avait aussi un écoulement par l'oreille du même côté, écoulement qui *datait de sept ans*. On jugea que cette paralysie tenait à une carie du rocher. Quelques douleurs qu'il éprouvait à la partie droite de la face se portèrent en peu de temps sur le derrière de la tête. Plus tard, il survint des convulsions tétaniques et une sensibilité extrême de toute la surface du corps. Les forces locomotrices et l'intelligence restèrent intactes jusqu'à la fin.

AUTOPSIE. Pas d'altération matérielle du nerf facial; mais le rocher est carié. Le pus qui en découle a soulevé la dure-mère l'a même perforée en un point et baigne la base du cerveau, ainsi que les nerfs qui en émanent. La membrane du tympan et les parties de l'oreille interne sont détruites. Le canal vertébral est aussi rempli de pus. Le cerveau et la moelle ne présentent aucune lésion appréciable.

La difficulté de bien déterminer la nature de l'affection a encore été mise quelquefois en avant pour détourner les praticiens de songer à en

entreprendre la cure. M. Wilde pense bien, en effet, que le plus souvent nous ne pouvons pas dire *comment, quand, ni où une othorrée se terminera, non plus que ce qu'elle amènera à sa suite.* Mais loin de voir dans cette obscurité une raison pour abandonner la maladie à elle-même, c'est, au contraire, à ses yeux, un motif pressant pour engager les pathologistes à continuer leurs recherches sur ce sujet, afin de pouvoir arriver un jour à asseoir le traitement sur des bases plus rationnelles.

Dans la plupart des cas, la maladie, à son début, consiste dans une simple inflammation de la muqueuse qui tapisse le conduit auriculaire et la membrane du tympan. En examinant les parties à cette époque, on reconnaît que ce conduit est sec, un peu rouge et douloureux au toucher; que la sécrétion du cérumen est abolie ou diminuée; que ce produit est alors de couleur noire, dur et adhérent; que la membrane du tympan a perdu son aspect poli habituel, et que (assez souvent du moins) l'œil peut découvrir à sa surface deux ou trois petits vaisseaux rouges, qui suivent la direction du manche du marteau.

La maladie doit être traitée comme une inflammation. M. Wilde, dans ce traitement, compte principalement sur la cautérisation avec le nitrate d'argent. Mais, au lieu d'employer ce sel en solution que l'on injecte, il préfère toucher les surfaces avec un petit pinceau de poils de chameau trempé dans une solution de dix grains de nitrate par once d'eau distillée. Cette pratique lui offre trois avantages: 1° le pinceau frotte les parties et en enlève ainsi une couche de pus ou de mucus qui aurait affaibli l'action du caustique; 2° si quelques points demandent à être touchés d'une manière plus énergique, on peut beaucoup mieux satisfaire à cette indication par l'attouchement direct; 3° enfin, les parties extérieures de la tête et du cou ne sont point exposées à être noircies, comme cela arrive souvent après les injections.

M. Wilde proscrit encore (mais par des raisons dont il ne nous a pas été donné de saisir parfaitement la valeur) l'habitude où l'on est généralement dans cette maladie de tenir toujours le méat auditif fermé avec du coton, dans l'intervalle des pansemens. Ce qu'il y a de certain, toutefois, c'est que cette occlusion est effectivement pernicieuse en ce qu'elle détermine la rétention dans le canal des matières purulentes que secrète sa surface.

L'attouchement avec le nitrate d'argent doit être répété tous les trois jours. Dans l'intervalle, des injections avec l'eau tiède seront faites soir et matin au moyen d'une bouteille de caoutchouc, ce qui vaut mieux que la seriogue. — Du reste, les sels de zinc, de plomb et de cuivre qui entrent dans la composition des collyres anti-ophthalmiques, sont aussi très applicables au traitement de l'otorrhée. — Une circonstance curieuse arrive parfois: au moment où l'on touche les parois du canal avec la pierre infernale, le malade éprouve la même sensation sapide que si on lui appliquait ce sel sur quelque partie de la bouche.

Quand l'othorrée a duré longtemps, il arrive souvent que lorsqu'elle cesse spontanément ou sous l'effet d'un traitement approprié, la membrane qui recouvre le canal auditif devient très épaissie, et que son épiderme se détache alors par pièces, qui remplissent et obstruent parfois complètement le passage. Le traitement de cet accident ne présente aucune difficulté. Après avoir injecté de l'eau, on enlèverait avec une petite spatule les débris épidermiques; puis la muqueuse étant ainsi mise à nu, on pourrait, si son état paraissait le nécessiter, agir sur elle de la manière qui vient d'être indiquée.

DES CAUSES PRINCIPALES DE MORT PRESQUE SUBITE ET DES AFFECTIONS NERVEUSES CHEZ LES PETITS ENFANS; par le docteur R. DOHERTY.

Sous ce titre un peu vague, l'auteur passe en revue la plupart des causes des accidens graves qui menacent l'existence des enfans dans les premiers instans qui suivent leur naissance. Ne pouvant le suivre dans cette longue énumération, à l'appui de laquelle il rapporte une trentaine d'observations, nous nous bornerons à signaler les points les plus importans sous le point de vue pratique et ceux surtout où les opinons de l'auteur nous paraissent s'éloigner le plus de celles qui sont généralement admises parmi nous.

Après avoir rappelé que chez les nouveau-nés la mort par le cerveau arrive de deux manières, ou par compression quand les premiers troubles frappent la fonction respiratoire, ou par commotion lorsque c'est l'action du cœur qui est arrêtée directement, et après avoir offert de nombreux exemples de ces deux états différens et de leurs principales variétés, l'auteur indique avec soin les différences que doit présenter le traitement dans ces deux cas différens. Dans le premier, qu'il désigne sous le nom de forme apoplectique, la première indication est évidemment de tirer du sang du cordon, de combattre la turgescence vasculaire par le bain tiède et des frictions, d'activer la circulation dans les extrémités et d'appliquer le froid à la tête. Si, malgré l'emploi de ces moyens, l'état congestionnel persiste, ou si la respiration reste faible, on emploiera une ou plusieurs sangsues appliquées à la fontanelle, un purgatif actif qu'on alternera, s'il est nécessaire, avec quelques doses d'une liqueur stimulante (*wine whey*), jusqu'à ce que l'équilibre soit rétabli dans la circulation. S'il survient des convulsions, on continue le même traitement en y adjoignant l'action du calomélas et des révulsifs cutanés. Dans le second cas, lorsque l'enfant vient au monde pâle et faible, avec les symptômes que détermine la commotion, on ne doit pas employer la saignée immédiatement, mais un bain très chand et de peu de durée, des frictions sur la peau, l'ammoniaque approché du nez, la moutarde aux pieds et l'ingestion d'une petite quantité de vin de grain (*wine whey*), auquel on ajoute deux ou trois gouttes d'éther; en même temps, on n'oubliera pas l'influence de l'eau très froide lancée subitement sur le corps et alternée avec un bain bien chaud suivi de frictions avec la flanelle; enfin, si on avait une pile galvanique sous les mains, on devrait la mettre en communication avec l'épigastre. Quant à la respiration artificielle, elle paraît à l'auteur devoir n'être employée que dans le cas où tous les autres moyens ont échoué. Cependant, si l'enfant, menacé ou atteint de ce qu'on appelle si improprement asphyxie, n'avait pas encore respiré, on aurait recours à l'inspiration artificielle avant l'emploi des purgatifs et aussitôt après l'emploi des moyens qui agissent directement sur le cerveau et la circulation; mais si on le faisait avant d'avoir excité le cerveau et l'appareil de la circulation, on agirait comme si l'obstacle était dans le poumon lui-même, tandis qu'il est, en réalité, dans le cerveau, qui ne réagit pas. M. Doherty insiste beaucoup sur ce point, parce qu'il pense, et avec raison, que dans le plus grand nombre des cas on suit une marche opposée, et que l'on commence par insuffler les poumons avant d'exciter le cerveau, dont l'inactivité a été la première cause de la prétendue asphyxie. Dans ces cas, commencer par l'insufflation, c'est faire comme celui qui, pour faire marcher une horloge arrêtée, mettrait le pendule en mouvement avant d'avoir mis les autres pièces de l'appareil en état de perpétuer le mouvement.

Il y a cependant quelques cas d'asphyxie réelle chez l'enfant nouveau-né, par exemple à la suite d'accouchemens précipités ou inattendus, ou par l'effet d'accidens dans lesquels il est important de se rappeler que le cœur conserve son irritabilité quelque temps après que la circulation a cessé, et que cette circonstance ne doit point détourner d'employer immédiatement la respiration artificielle et les autres moyens indiqués.

On devrait rattacher au même ordre de cas ceux où la respiration serait empêchée par des mucosités amassées dans la bouche ou le pharynx, ou par le liquide amniotique qui remplit quelquefois la trachée et les bronches du fœtus, et où l'indication repose sur la nature même des lésions; puis ceux qui dépendent d'un spasme de la glotte, de l'hypertrophie du tymus ou des ganglions du col.

Il y a pourtant une maladie dont le point de départ paraît être dans le poumon lui-même, maladie décrite en 1835 par Joerg sous le nom d'*atélectasie*, et qui l'a été tout récemment parmi nons, et comme toute nouvelle, sous le nom d'*état fœtal*, par MM. Legendre et Bailly. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, 1844, p. 352.) C'est cet état du poumon qui, comme tant d'autres, avait été regardé comme de nature inflammatoire, et qui n'est réellement que la continuation, pendant la vie extra-utérine, de l'état organique du poumon du fœtus. L'une des causes de cet état, qui devient anormal après la naissance, est la rapidité de la sortie du fœtus, qui est quelquefois telle, que les poumons paraissent ne pas présenter encore toutes les conditions nécessaires pour l'accomplissement de leurs fonctions. C'est au docteur Joërg, de Lepsick, qu'on doit d'avoir, le premier, signalé les résultats funestes qu'a sur l'enfant une trop rapide délivrance; car il pense que, dans ce cas, par l'effet même du faible degré de compression auquel le placenta est soumis, le trou ovale n'est plus assez disposé à se fermer et le besoin de respirer beaucoup moins énergique. Dès lors, après la naissance, une portion du poumon se remplit d'air, tandis que l'autre reste à l'état fœtal, état qui amène l'asphyxie par le défaut d'air suffisamment oxigéné.

Dans la suite de son travail, le docteur Doherty continue d'étudier les cas où les phénomènes de la syncope sont le résultat, soit de l'oblitération complète et presque subite des vaisseaux placentaires pendant la couche, ou de leur oblitération lente et graduelle, ou de la précipitation avec laquelle on pratique quelquefois leur ligature avant que la respiration soit complètement établie, ou de pertes de sang trop considérables, soit de la part de la mère, soit de celle de l'enfant, y rattachant les cas de congestion rachitique qui sont caractérisés par les convulsions des membres, et quelquefois de la face, et plus particulièrement par les spasmes tétaniques qui présentent ordinairement la forme de l'opisthotonos, et entre sur tous ces points dans des détails pratiques très importans, mais qui ne peuvent être reproduits.

Après avoir ainsi passé en revue la plupart des affections convulsives

des enfans nouveau-nés qui se lient à une lésion organique appréciable de quelqu'un des grands appareils de l'organisme, le cerveau et la moelle épinière, les poumons et le cœur, et dans lesquelles l'inflammation joue si rarement un rôle, l'auteur signale chez les mêmes enfans plusieurs troubles du système nerveux qu'il appelle secondaires ou sympathiques, auxquels l'inflammation ne prend aucune part, et qui dépendent de diverses causes, telles qu'un dérangement des fonctions intestinales, des spasmes de l'intestin, une nourriture non convenable, la dentition, quelquefois même certains accidens éprouvés par la mère pendant sa grossesse. Il n'est pas toujours facile, dans ces cas, on le sait, de remonter à la cause de ces affections; mais la facilité avec laquelle disparaissent des accidens extrêmement graves, et sans laisser souvent aucune trace, et quelques autres circonstances prises dans l'historique des cas particuliers, ne permettent pas de ne pas reconnaître que cette classe d'affections si fréquentes chez l'adulte se rencontre aussi chez les enfans et même chez ceux qui n'ont que quelques jours d'existence.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

M. Duvernoy lit un long travail intitulé: Fragmens sur les organes génito-urinaires des reptiles et leurs produits. Ce travail comprend deux fragmens, l'un relatif aux pierres vésicales des chéloniens; le second a pour objet l'existence des urolithes fossiles.

ENTÉROTOMIE LOMBAIRE.

M. Amussat lit un travail sur ce sujet, que nous publierons textuellement.

OXYDATION DES SUBSTANCES ORGANIQUES PAR L'ACIDE IODIQUE.

M. Pelouze donne communication d'un mémoire de M. Millon sur ce sujet. Nous en extrayons quelques-uns des faits qui nous ont paru les plus intéressans.

On a jusqu'ici peu employé l'acide iodique comme source d'oxygénation et cependant cet acide est un agent d'oxydation non moins puissant, non moins varié dans ses effets que l'acide nitrique lui-même. Il offre, en outre, dans la marche de son action quelque chose de spécial qui permet de prévoir ce qu'on peut attendre de son intervention dans l'étude des métamorphoses organiques. Les différens termes d'oxydation auxquels s'arrêtent les autres agens oxydans sont presque tous franchis par l'acide iodique. Ainsi l'acide oxalique est converti en acide carbonique par une dissolution aqueuse d'oxyde iodique à la température même de l'atmosphère. Les acides formique et mucique sont entièrement brûlés par la même dissolution à une température voisine de + 100°, etc.

Dans presque toutes les combustions de l'acide iodique, c'est le carbone qui fait les frais de la réaction. Dans le sucre, dans les acides oxalique et formique, le reste des élémens se sépare à l'état d'eau; mais dans le cas d'un très grand nombre de substances, de la salicine, des acides tartrique et citrique, de l'acétone, de l'amidon, du sucre de lait, de l'albumine, de la fibrine, etc., il n'en est pas de même, et il en résulte des produits d'oxydation dont la détermination occupe en ce moment l'auteur.

M. Millon n'a rencontré aucune substance alimentaire qui ait résisté à l'action de l'acide iodique. La gélatine résiste au contraire. L'acide acétique est dans le même cas.

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE.

M. Barnéoud adresse un mémoire d'organogénie végétale, intitulé: Recherches sur le développement et la structure des plantaginées et des plumbaginées. Ce travail a spécialement pour objet l'étude du développement des fleurs, la structure générale et la classification de ces deux familles végétales. Les recherches de l'auteur sur ces différens sujets l'ont conduit à établir que, contrairement à la théorie de Schleiden, le développement floral des plantaginées, comme celui des plumbaginées, a lieu de l'extérieur à l'intérieur.

Relativement aux organes de la végétation dans ces deux familles, M. Barnéoud s'exprime ainsi: Soit dans les fleurs, soit dans l'embryon en germination, les premiers vaisseaux qui se montrent sont de vraies trachées déroulables. Les tiges offrent, en allant de l'intérieur à l'extérieur: 1° des trachées autour du canal médullaire; 2° des vaisseaux rayés, assez rarement; 3° des vaisseaux ponctués en grande abondance. Voilà pour le bois. L'écorce n'offre que des vaisseaux fibreux. Quant aux vaisseaux lactifères, il n'a rien pu voir de net. Dans les grosses racines, même structure, à l'exception des trachées et du canal médullaire, qui manquent. Dans les petites radicelles, il n'y a que des vaisseaux ponctués. Les stomates se montrent sur toutes les parties vertes extérieures, même sur les cotylédons, qui sortent à peine de la graine.

ANATOMIE HUMAINE ÉLÉMENTAIRE.

M. Werner présente deux nouvelles livraisons de ses tableaux élémentaires d'anatomie humaine, représentant l'un la syndesmologie et l'autre la première partie de la névrologie, comprenant l'axe cérébro-spinal et les nerfs de la face.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Après quelques rectifications demandées par MM. Dupuy, Virey et Londe, le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

Parmi les pièces de la correspondance est une lettre de M. Devergie, qui déclare ne vouloir prendre sous sa responsabilité les versions diverses que les journaux, soit politiques, soit médicaux, ont faites de sa déposition dans le procès d'Anch, et qui proteste contre tout ce qui a été dit à cet égard concernant sa personne.

M. Chevallier: Un fait récemment publié par la Gazette des tribunaux, et reproduit par les journaux de médecine, prouve bien que la liqueur de Fowler, prise à des doses élevées, peut donner la mort. (De toutes parts: mais tout le monde sait cela.) Il s'agit d'un charlatan qui a empoisonné un malade auquel il faisait prendre la liqueur de Fowler pour le guérir d'une fièvre intermittente.

M. Bally se défend d'avoir eu l'intention de faire aucune allusion personnelle, dans les quelques mots qu'il a dits à la dernière séance. Son observation était purement scientifique.

URTICA ACULEATA.

M. Rochoux lit, à l'occasion du procès verbal, la note suivante sur le mode d'organisation de l'épine de l'ortie examinée au microscope:

L'habile et ingénieux observateur à qui l'on doit plus des trois quarts de ce que nous connaissons touchant l'anatomie de structure des animaux et des végétaux, l'épicurien Malpighi, a donné une figure très correcte et une description fort exacte de l'épine de l'ortie *(urtica articulata)*, qu'il assure être creuse (1). Mais comment l'est-t-elle? le voici:

Sur une petite saillie, ayant environ un quart de millimètre d'élévation, s'implante, par une base évasée, l'épine, qui, à partir de ce point, va graduellement en s'amincissant, se termine en pointe et n'a pas plus de deux millimètres de longueur. D'une couleur vitrée, d'une dureté plus que cornée, cette production présente la structure suivante:

Environ un millier de canalicules, qui sont la continuation de ceux du support de l'épine, se prolongent suivant la longueur de celle-ci, en diminuant en nombre à mesure qu'elle s'effile, de sorte qu'un vingtième au plus d'entre eux arrivent jusqu'à sa pointe, où ils se terminent comme feraient les rameaux d'un jonc coupé perpendiculairement. Ces canalicules sont remplis d'un liquide incolore, parfaitement transparent, formé presqu'entièrement de globules arrondis, qui parcourent toute la longueur de l'épine sous forme de courans, dont les uns vont et les autres viennent. Pendant le circuit, des parcelles de ce liquide, s'échappant par les trous de la pointe, s'y prennent en une gouttelette, et lui donnent une forme évasée, qu'elle n'a pas réellement, ce dont il est facile de s'assurer en enlevant la petite concrétion. C'est sans doute à cette circonstance qu'est due la manière différente dont les auteurs décrivent la forme qu'affecte la pointe de l'épine de l'ortie.

CAPSULES MÉTALLIQUES.

M. Boullay fait un rapport sur des capsules métalliques destinées à remplacer le goudronnage des bouteilles, en réponse à une lettre ministérielle. Il propose de répondre au ministre que ces capsules sont bien faites, solides et qu'elles peuvent être employées avec toute sécurité.

Il s'élève une discussion très orageuse sur les conclusions de ce rapport. Après avoir entendu MM. P. Dubois, Royer-Collard, Moreau, Velpeau et quelques autres membres, tous unanimes sur l'incompétence de l'Académie en pareille matière et sur l'usage abusif que l'on pourrait faire de son jugement, l'Académie décide que les conclusions du rapport seront renvoyées à la commission.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DE L'S DU COLON.

M. Jobert (de Lamballe) lit le rapport suivant:

Dans la séance du 7 mars dernier, vous avez chargé MM. Blandin, Bérard et moi de vous faire un rapport sur un travail de M. Reybard (de Lyon), ayant pour titre: Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon; ablation de la tumeur et de l'intestin; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe; guérison. L'auteur de cette observation avait demandé à faire devant la commission et sur les animaux les divers essais propres à démontrer la nature de son procédé opératoire et les résultats auxquels il parvenait.

Vos commissaires l'ont vu opérer et ont examiné les pièces anatomiques. Nous avons donc à vous rendre compte aujourd'hui:

1° De l'observation de M. Reybard;

2° Du procédé opératoire qu'il a mis en usage pour pratiquer l'ablation de la tumeur;

3° Des expériences qu'il a répétées devant la commission.

Analyse de l'observation. Le 8 avril 1833, M. le docteur Reybard fut appelé auprès d'un homme âgé de 28 ans, qui souffrait depuis plusieurs années; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

Quand M. Reybard l'examina pour la première fois, il nota ces différens signes, et, de plus, reconnut par l'inspection que le ventre avait un volume énorme qui simulait exactement au premier abord une abondante hydropisie. Par la palpation, on distinguait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située et paraissant mobile sous les doigts et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz, et on pouvait suivre le trajet du colon qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations, et pourtant son appétit était conservé. Les selles étaient rares et aucun gaz ne s'échappait par l'anus. Mais il en sortait habituel-

(1) Opera omnia, tom. 1er; *de pilis et spinis*, pag. 44.

ement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquens ténesmes.

Les lavemens émolliens, quoique donnés en petite quantité, étaient difficilement supportés.

Le toucher par le rectum ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct.

Le malade avait maigri, et depuis quelque temps il avait tous les jours du frisson et les nuits se passaient sans sommeil. Ces derniers symptômes s'étaient surtout accrus depuis trois mois, époque où, dit l'auteur de l'observation, la tumeur s'était convertie en un abcès qui avait été annoncé par une évacuation de pus, à la suite de laquelle la douleur locale avait sensiblement diminué.

M. Reybard, se fondant sur les résultats de la palpation, et éclairé par les symptômes rationnels, en conclut qu'il y avait dans ce point une tumeur carcinomateuse, et qu'elle occupait évidemment l'S iliaque du colon.

Persuadé de l'incurabilité du mal si on l'abandonnait à lui-même, il se décida à pratiquer une opération, et ce fut le 2 mai qu'il y procéda de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête et à un pouce d'elle, une incision de 6 pouces, qui divise les tissus couche par couche : des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe.

Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de 3 pouces environ.

La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors ; deux ligatures embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocolon sont placées pour prévenir une hémorragie.

L'intestin est enlevé avec un bistouri dans l'étendue d'environ 3 pouces, et le mésocolon est coupé avec des ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, M. Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double ; une de ces aiguilles porte, en guise de nœud, un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle : toutes deux sont graissées de cérat.

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, je les attachai ensemble, près de leur bord mésentérique, avec le fil de la première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité, avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à 7 ou 8 lignes de l'intestin ; puis je l'arrêtai, non point en faisant un nœud comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans les nouveaux points de suture que je pratiquai avec la deuxième aiguillée de fil dont je me servis pour terminer l'opération.

» Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble par un double nœud les deux brins dont se compose l'aiguillée ; toutefois, après les avoir dédoublés et traversé avec l'un d'eux une des lèvres de la plaie, je n'embrassai à dessein, pour arrêter ce fil, que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre ; ce dernier nœud étant fait, je coupai les fils au ras de la plaie. »

La suture terminée, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture. Le malade garde la position fléchie de la cuisse sur le bassin, et le tronc incliné en avant et à gauche. Le traitement consiste en un régime émollient. Tout se passe bien jusqu'au cinquième jour de l'opération. Survient alors du ballonnement, de la tension, de la douleur ; les lèvres de la plaie s'écartent de près de 6 lignes. (Sangsues, cataplasmes, lavemens émolliens.)

Le septième jour, mieux sensible ; il n'y a pas encore eu de selles. On permet un peu de bouillon.

Au dixième jour, on enlève les fils de la suture des parois abdominales, et, à la suite d'un lavement, a lieu une selle abondante ; on n'examine pas ce qu'elle pouvait contenir. Le ventre n'est plus douloureux ; le mieux continue, et l'état du malade va en s'améliorant.

Trente-huit jours après l'opération, il prenait des alimens solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus ; la cicatrisation de la plaie était complète. Ce ne fut qu'au bout de six mois que ce jeune homme éprouva quelques douleurs lancinantes vagues, de peu de durée, de la gêne, du malaise dans la région iliaque gauche. Mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes ; on constate le retour de la tumeur, et en même temps une vive sensibilité dans la cuisse et la jambe correspondantes. Joseph Valesnaud garda le lit pendant deux mois, et succomba le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

On ne fit pas l'ouverture du corps. Voici comment M. Reybard décrit la tumeur enlevée : « Elle était grosse comme une pomme de reinette de volume ordinaire, dure, d'un blanc grisâtre ; elle offrait plusieurs tubercules, plus distincts au toucher qu'à l'œil ; elle occupait les deux tiers postérieurs du diamètre de l'intestin. Ouverte en avant dans le sens de la longueur, la cavité de l'intestin avait perdu la moitié de son étendue. » M. Reybard n'a pu nous représenter cette pièce, qu'il a lui-même égarée depuis longtemps.

Après avoir entendu l'analyse de cette observation, et sans nous demander si réellement elle contient les élémens nécessaires et propres à démontrer que le malade de M. Reybard était atteint et a été opéré d'un cancer de l'S iliaque du colon, sans nous demander s'il n'y manque pas une foule de détails sans lesquels votre conviction ne saurait être acquise, et en l'absence surtout des pièces pathologiques, vous pensez, Messieurs, que le premier soin de vos commissaires fut de prier M. Reybard de répéter devant eux les essais et les opérations qui l'avaient conduit à agir ainsi, et de leur démontrer comment il opérait.

M. Reybard prévint nos désirs et opéra un certain nombre de chiens par son procédé.

Expériences. — Le 10 mars dernier, sur un chien de petite taille, M. Reybard commence par inciser la ligne blanche dans l'étendue de 1 pouce et demi environ, puis il fait sortir par cette ouverture une portion d'intestin et d'épiploon ; celui-ci étant réduit et maintenu, M. Reybard fait deux ligatures dans le mésentère, destinées à arrêter le sang qui doit s'échapper des artères mésentériques lors de la section d'une anse intestinale en deux points différens et à 2 pouces environ d'intervalle. Cette ablation pratiquée, on procède à la suture telle qu'elle a été décrite plus haut dans l'observation de M. Reybard.

La suture terminée, on réduit l'intestin et on coud la plaie extérieure. Sept chiens ont subi cette opération ; la seule différence qui s'est présentée a été dans la nature de la section de l'intestin : ainsi, tantôt elle a été complète, tantôt incomplète, et alors transversale ou longitudinale.

Résultat des expériences. (Examen des pièces pathologiques.)—Chien opéré le 10 mars et ouvert le 22. Il n'existe pas d'épanchement libre dans le péritoine ; mais on voit un paquet d'anses intestinales réunies entre elles par des adhérences nombreuses et faciles à déchirer. En différens points, l'épiploon est comme greffé sur l'intestin et le pédicule qui s'y attache est rempli d'arborisations très déliées ; la séreuse est d'un rouge noirâtre à mesure qu'on l'examine plus près de la suture, et son tissu est friable.

Pour mieux examiner l'état des parties, on coupe l'intestin au-dessus et au-dessous de la suture sans détruire ses adhérences. Le bout supérieur offre une invagination de plusieurs pouces, et déjà des adhérences se rencontrent entre ses feuillets séreux adossés ; cette invagination s'arrêtait à 1 pouce au-dessous de la plaie, et bouchait l'orifice de l'intestin. Les deux lèvres de la plaie sur lesquelles la suture a porté sont béantes et boursoufflées. Quatre fils sont encore adhérens ; la muqueuse est rouge, épaisse et ramollie.

En faisant pénétrer un stylet par la plaie que l'on vient de faire et de dedans en dehors, on arrive dans une cavité circonscrite par des anses d'intestin où se trouvent épanchées des matières fécales et des liquides purulens.

Ainsi, dans ce premier fait, aucune trace de réunion, épanchement circonscrit de matières, exsudation plastique et adhérence des feuillets séreux du péritoine.

Deuxième expérience. — Chien opéré le 13 mars. Ouvert le 22.

Suture complète. La plaie de l'abdomen est réunie, et à sa face interne est fixée une circonvolution intestinale. On rencontre aussi un paquet de circonvolutions agglomérées par de la lymphe plastique récemment organisée et facile à déchirer. L'intestin est rouge et tuméfié. Ces adhérences détruites, on arrive à une ligne blanche transparente, au-dessous de laquelle on distingue les fils non encore détachés. Cette cicatrice est due à l'accolement et au rapprochement des deux feuillets séreux, entre lesquels a eu lieu une exsudation plastique mince et peu résistante. A l'orifice du bout supérieur de l'intestin, on observe un tœnia qui oblitère en partie sa cavité. La plaie n'est pas réunie immédiatement. Les fils adhèrent encore à ses bords. Les deux lèvres sont écartées d'environ 3 lignes ; entre elles existe un tissu mou de nouvelle formation, et deux ou trois points fistuleux vers les angles de la plaie. La séreuse est friable et recouverte de lamelles de matières plastiques, et la muqueuse autour de la plaie est rouge et visiblement enflammée.

Troisième expérience. — Suture complète. Mort. On n'a pas fait l'ouverture de ce chien.

Quatrième expérience. — Suture transversale incomplète. Plaie abdominale cicatrisée. Adhérence en dedans des portions épiploïques, et réunion de plusieurs anses intestinales au point correspondant. Accollement immédiat à la suture de deux circonvolutions. Dilatation de 4 centimètres de largeur et de 7 de longueur de la portion de l'intestin opéré.

Elle renferme un bouchon de matière moulé sur la dilatation. Le bout inférieur contient des matières stercorales. Il n'y a pas de réunion immédiate, et on observe pour cicatrice une production nouvelle, molle, large et facile à déchirer. Une circonvolution ferme en partie la plaie.

Cinquième expérience.—Section complète transversale. Mort en trente-huit heures. A l'autopsie, nous trouvâmes les bouts de l'intestin flottant dans le ventre, un épanchement péritonéal et des fausses membranes.

Sixième expérience. — Suture longitudinale. Il n'y a pas de réunion immédiate de la plaie, qui se trouve bouchée par des anses intestinales voisines. Quand on détruit les adhérences, la solution de continuité de l'intestin est reproduite, et les matières s'échappent dans le péritoine. Point de traces de réunion entre les lèvres de la plaie.

Septième expérience. — Le chien n'a pas été sacrifié.

Ainsi donc, dans toutes ces expériences, le fait capital est que la réunion immédiate de la plaie ne s'est pas opérée, qu'il y a eu tantôt épanchement diffus dans la cavité du péritoine, tantôt circonscrit entre les anses intestinales accidentellement accolées à la plaie. Dans tous les cas, il y a eu entéro-péritonite avec inflammation de la muqueuse correspondante à la section, avec dilatation, tuméfaction ou invagination de l'intestin. Dans les points où la réunion a eu lieu, ce résultat était dû à l'accollement plus ou moins parfait des deux feuillets de la séreuse, et non à la réunion immédiate des lèvres de la plaie. Deux fois la continuité entre les surfaces saignantes s'est établie à l'aide d'une substance intermédiaire de nouvelle formation, substance molle, facile à déchirer, et qui n'occupait pas toute l'étendue de la division et offrait plusieurs points fistuleux.

Voilà ce que nous avons vu relativement au mode opératoire, et ce que nous avons observé quant aux conséquences de la suture de M. Reybard. Que voulait cependant produire notre confrère? La réunion immédiate des lèvres de la plaie, c'est-à-dire la réunion directe et par première intention, l'accollement des surfaces saignantes, séreuse, musculeuse et muqueuse réunies, et par quel procédé? Si vous vous rappelez la description que M. Reybard a donnée de son mode opératoire dans le cours de l'opération dont nous avons présenté l'analyse, vous aurez remarqué qu'il a eu recours à la suture en surjet modifiée. Quoi qu'il en soit, M. Reybard pensait qu'avec les changemens apportés au procédé de Pelle-

tier, il produisait d'abord l'accollement immédiat des lèvres de la plaie, but final de son opération; et, en second lieu, que les fils, disposés comme il les plaçait, pouvaient se détacher et sortir par l'intestin sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchemens consécutifs. En effet, la première aiguillée étant fixée dans l'intérieur de l'intestin par un gros nœud et même par un petit bourdonnet de charpie devait entraîner par son poids le bout de fil dans l'extrémité libre au-dessous des anses de la deuxième aiguillée. Quant à celle-ci, réunie vers la fin de la suture aux ligatures placées sur les artères mésentériques, et introduite avec elles, elle devait également tomber avec facilité de ce côté.

Si M. Reybard se fût bien pénétré des objections faites depuis si longtemps au procédé en question, et s'il ne se fût pas fait sans doute illusion sur les résultats obtenus chez les animaux, il aurait hésité à conseiller la suture à surjet. Vous en avez eu la preuve par les faits que nous avons exposés. Qu'on se serve de la suture à surjet, de la suture à points passés, il paraît impossible d'arriver à cet accollement direct des surfaces saignantes. La mobilité des parties, le peu d'épaisseur des points qui doivent être maintenus en contact, les causes si nombreuses qui peuvent opérer l'écartement de ces surfaces, comme la contraction des tuniques, te gonflement, la dilatation déterminée par les gaz, etc.

Toutes ces raisons expliquent suffisamment comment la réunion immédiate ne saurait avoir lieu à l'aide de la suture conseillée de nouveau par M. Reybard; et si cette réunion n'a pu être obtenue chez des chiens, comment pourrait-on l'obtenir chez l'homme, là où les tuniques intestinales sont encore bien moins épaisses?

Mais comment aussi ne pas songer qu'il y aura quelquefois un trajet organisé, une véritable fistule intestinale, abdominale, dans l'endroit où ces fils sont repoussés dans l'intestin? Comment conseiller d'abandonner ainsi dans la cavité de l'abdomen un élément si probable d'insuccès?

L'intention de M. Reybard, si elle avait pu se réaliser, était bonne; mais elle paraît impraticable. Les expériences sur les animaux en ont démontré les dangers.

Cette critique, fondée sur l'observation attentive des faits, est le résultat d'un examen consciencieux. Nous regrettons que M. Reybard ait abandonné les opinions qu'il avait émises dans un travail publié en 1827, sous le titre de MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES ANUS ARTIFICIELS, DES PLAIES PÉNÉTRANTES DES INTESTINS ET DES PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE.

Alors notre confrère en était arrivé, par de curieuses vivisections, à démontrer l'impossibilité de la réunion immédiate des plaies intestinales. Nous ne pouvons mieux faire, pour réfuter ce qu'il avance aujourd'hui, que de citer quelques passages empruntés à ses recherches antécédentes.

Voici comment il s'explique à propos de la réunion directe de la plaie. Après avoir insisté sur le renversement des lèvres de la section déterminée par la contraction des fibres musculaires, il ajoute (p. 112): « Cette disposition, qui s'observe dans toutes les blessures de l'intestin grêle, qu'elles soient longitudinales, obliques ou transversales, s'oppose à ce qu'on puisse rapprocher les bords de la plaie, et que ceux-ci puissent se réunir immédiatement, en sorte que leur guérison ne s'opère que par les adhérences qu'ils contractent par un côté péritonéal contre les parois intestinales de l'abdomen, etc. » Dans un autre endroit (p. 39): « La guérison des plaies du tube digestif ne s'opère point par la réunion par première intention, comme celle des autres organes; lorsqu'elle a lieu, les lèvres de la plaie ont contracté des adhérence avec les tissus voisins par leur surface péritonéale, et c'est consécutivement que les bords se réunissent entre eux et se cicatrisent. »

Voilà, quant à la théorie de la réunion immédiate de la plaie, ce qui arrive. Que lui avait appris l'expérience, soit sur l'homme, soit sur tes animaux? « Qu'une suture ordinaire ne s'opposerait peut-être pas même à l'épanchement des matières fécales dans le ventre » (p. 39); et surtout d'après deux expériences répétées sur des chiens, et après une suture opérée bien plus solidement encore que celle qu'il propose aujourd'hui, que ces lèvres de la plaie ne se réunissaient pas directement.

Voici le résultat de deux ouvertures (p. 116): « L'animal mort un mois et demi après l'opération, j'en fis l'ouverture: les intestins n'étaient pas enflammés; une anse de cet organe qui correspondait à la plaie abdominale y était encore adhérente..... La portion de cet organe où était la plaie adhérait aussi aux parois abdominales...... Ayant ouvert l'intestin par le côté opposé à la blessure, je découvris que les bords de la plaie, loin d'être cicatrisés, étaient au contraire très écartés. »

Dans la deuxième expérience, à l'autopsie (p. 118): « Le doigt porté dans la plaie extérieure pénétrait dans la cavité de l'intestin. Ayant détaché une grande étendue des parois abdominales, tout autour de la plaie, et l'ayant renversée, j'aperçus d'abord beaucoup de rougeur dans les intestins adhérens entre eux et autour des parois de la plaie. L'anse de l'intestin sur laquelle avait porté l'opération, ouverte par derrière, me fit apercevoir qu'un des bords de la plaie tenait à une des lèvres de l'abdomen, et que l'autre, fortement engagé et dur, était collé à l'intestin voisin. On voit, d'après ce que je viens de dire, que l'opération n'a pas eu de succès (p. 113). »

Ces derniers passages, comme vous le voyez, auraient pu faire partie de notre rapport.

Ce que nous voulons conclure surtout d'un travail dont nous n'avons pas à vous présenter l'analyse, c'est que déjà, en 1827, M. Reybard, après avoir répété sur des animaux toutes les méthodes connues de sutures intestinales, était arrivé à établir que la réunion immédiate des lèvres de la plaie était impossible. Vous savez aussi maintenant que par son nouveau procédé il n'a pas été plus heureux.

Dans une troisième expérience (p. 131), M. Reybard dit: « Les bords de la division des deux bouts de l'intestin n'étaient réunis qu'au moyen de la fausse membrane. *Ils n'étaient point immédiatement cicatrisés*. Les extrémités des bouts de l'intestin, renfermées dans la plaie du ventre, étaient froncées et resserrées au point de se toucher, mais n'étaient pas cicatrisées.

Revenons actuellement à l'observation dont nous avons donné une analyse.

Si des doutes, et de très légitimes, peuvent s'élever sur la nature de la tumeur enlevée, tumeur dont on a à peine examiné la structure, tumeur qui a été égarée et ne peut plus être aujourd'hui soumise à notre examen, on ne saurait mettre en suspicion l'enlèvement d'une portion de 2 à 3 pouces d'intestin, tant la description des temps de l'opération pratiquée par M. Reybard est précise et circonstanciée.

La guérison ne se maintint pas; les douleurs locales dans l'hypochondre gauche reparurent, ainsi que tous les signes d'une affection grave dans la fosse iliaque, et le malade succomba. Malheureusement l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et en l'absence de renseignemens précis: 1° sur la nature de la tumeur enlevée; 2° sur ce qui s'est passé entre les deux bouts d'intestin réunis par la suture; 3° sur l'état exact des désordres consécutifs, il est impossible de tirer de ce fait aucun parti rigoureux pour la science.

Vos commissaires concluent donc de l'examen auquel ils se sont livrés pour faire le rapport:

1° Que les modifications apportées par M. Reybard à la suture en surjet relativement à la disposition des fils ne sauraient produire facilement leur chute dans l'intestin, ni empêcher les trajets fistuleux, ni les épanchemens funestes;

2° Qu'en conséquence on ne peut approuver un pareil mode d'opération, surtout quand on songe au conseil donné de refouler l'intestin, ainsi opéré dans la cavité de l'abdomen;

3° Que si les expériences faites sur les chiens paraissent prouver que la réunion immédiate des plaies intestinales est impraticable, on doit en déduire qu'elle est encore plus inadmissible chez l'homme;

4° Qu'enfin on ne saurait conclure d'après l'observation, telle qu'elle est rapportée par l'auteur, à la réunion immédiate.

En dernière analyse, cependant, vos commissaires, persuadés du zèle de M. Reybard, et en trouvant la preuve suffisante dans la communication qu'il vous a faite et les expériences qu'il a suivies avec eux, vous proposent de lui adresser des remercîmens et de déposer son observation dans les archives.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

—A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ COMPLET DE L'ANATOMIE, DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL; par M. FOVILLE. Première partie : ANATOMIE. — 1 vol. in-8°, avec un atlas de 23 planches, par MM. E. BEAU et F. BION. Paris, chez Fortin, Masson, libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

L'étude du système nerveux est toujours la plus attachante comme la plus difficile. Chaque année, pour dévoiler ses lois fonctionnelles, nous assistons à de nouveaux efforts tentés dans une nouvelle voie. Mais la vérité gagne peu à ces travaux mal coordonnés. Forcé d'apprendre presque un langage différent, pour pouvoir saisir les diverses théories émises sur ce sujet, l'esprit hésite et recule. Il n'est vraiment pas un auteur qui, en cette matière, n'ait sa méthode à lui, ses expériences personnelles, ses moyens d'étude favoris, on pourrait presque dire sa manière de raisonner particulière; et, grâce à ce manque d'unité, il est devenu aujourd'hui beaucoup plus aisé d'étayer sur des présomptions très plausibles tous les systèmes les plus différens et les plus contraires que d'en trouver un seul qui soit établi par des argumens péremptoires.

Au milieu de tant d'hypothèses, une idée cependant est demeurée debout. C'est la grande conception de Ch. Bell sur l'attribution spéciale des racines nerveuses antérieures et des postérieures. Fondée sur les procédés les plus légitimes de démonstration, cette découverte éclaire et domine encore toute la physiologie de l'encéphale. Par elle, une époque de positivisme dans les doctrines, de rigueur dans les preuves, a remplacé les vagues explications dont se payait le siècle précédent. Seule elle a suffi à la gloire de plusieurs hommes. Depuis l'illustre inventeur, l'un a répété ses expériences sans y rien changer, l'autre les a appliquées dans des conditions de vitalité mieux conservée; celui-ci a pris pour sujet des animaux d'une espèce plus voisine de l'homme, celui-là a confirmé le principe par l'observation de faits pathologiques, et tons ont trouvé dans ces découvertes de seconde main une part bien satisfaisante d'éloges et de réputation. Il n'est pas jusqu'à une malencontreuse attaque qui ridicule attaque qui n'ait valu, il y a quelques quatre ou cinq ans, à son auteur les honneurs d'une sorte de popularité, uniquement parce que l'homme contre lequel elle était dirigée était Ch. Bell.

Avouons-le néanmoins; jusqu'ici l'ingénieux aperçu de Ch. Bell, développé par ses successeurs, se bornait à expliquer les fonctions des nerfs et de la moelle: mais il restait muet quant aux attributions des parties centrales. Il ne pouvait donc donner la clé de toute la physiologie de l'en-

céphale. C'était moins l'édifice achevé qu'une pierre d'attente d'un édifice encore à construire. Pour terminer, sur le même plan, l'œuvre si heureusement commencée, il restait beaucoup à faire. Il fallait suivre dans l'encéphale les faisceaux antérieur et postérieur de la moelle, démontrer leur marche distincte, voir leurs irradiations, leurs terminaisons, le mode de communication, soit des fibres du même ordre entre elles, soit des fibres motrices avec les sensitives. Or, pour qui connaît même superficiellement la contexture du cerveau, ainsi posée la tâche assurément devait sembler décourageante; aussi ne faut-il pas s'étonner si elle avait mis jusqu'ici en défaut le zèle des meilleurs anatomistes; si, quoique frappant pour ainsi dire tous les yeux, elle était restée ou abandonnée ou incomplète. C'est ce travail que M. Foville a entrepris. Initié depuis bien longtemps par des maîtres habiles à l'art de la dissection ainsi qu'à l'étude des maladies cérébrales, il a fait concourir à la solution du problème les résultats de près de vingt années laborieusement consacrées à cette double série de recherches. Quelles lumières ont jailli d'investigations poursuivies sous de tels auspices, ce n'est pas à nous, c'est aux faits de le dire. L'ouvrage dont M. Foville publie aujourd'hui la première partie est d'ailleurs un de ceux qui doivent marquer dans l'histoire de la science physiologique. Pour ce motif, nous ne nous bornerons point ici à l'apprécier; nous tâcherons, par un résumé succinct, de procurer à nos lecteurs le plaisir de pouvoir mettre leur propre jugement à la place du nôtre.

Pour donner une idée de la manière dont M. Foville envisage les connexions des fibres nerveuses, on peut adopter deux méthodes différentes: ou suivre avec lui ces fibres à partir de l'un des faisceaux de la moelle, les accompagner dans leur trajet si compliqué au milieu des ganglions cérébraux et les voir revenir ensuite dans une direction inverse jusqu'à leur point de départ; ou bien les prendre dans un point quelconque de leur cours et montrer celles qui sortent de ce point et celles qui y viennent. Le premier mode est celui qui convient le mieux à l'analyse. Jetons cependant en commençant sur l'ensemble du sujet un coup d'œil synthétique. A l'instar de l'auteur, nous fixerons donc d'abord l'attention sur un espace qu'il est souverainement important de bien connaître dans cette étude; c'est ce que M. Foville appelle le *quadrilatère perforé*. Cette partie est située dans la moitié la plus interne de la scissure de Sylvius. Criblée de nombreux vaisseaux qui lui ont valu son nom, elle est surtout remarquable en ce que, d'un côté, s'y rendent les nerfs optique et olfactif, de l'autre elle est le terme des prolongements qu'envoient au cerveau les faisceaux postérieurs de la moelle avec lesquels se combinent les racines sensoriales des nerfs spinaux, les nerfs acoustiques et les trijumeaux. Enfin, pour achever de prouver l'importance de cet espace, disons que, d'après M. Foville, toutes les circonvolutions en naissent, les unes immédiatement, les autres se rattachant à celles-ci dans des directions telles, que, malgré la distance, on peut démontrer leur tendance vers ce quadrilatère. Cette première notion étant bien posée, nous allons suivre les fibres nerveuses, en les prenant au sortir de la moelle épinière.

Sous le nom de *tronçon nerveux* intermédiaire à la moelle épinière et au cerveau, M. Foville comprend la moelle alongée, la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux et les pédoncules cérébelleux. Dans ce tronçon, on retrouve clairement les divers élémens qui constituaient la moelle. Mais ces faisceaux devant former de nouvelles combinaisons pour s'unir soit avec leurs congénères, soit aux renflemens encéphaliques, leur dissection présente de nombreuses difficultés. Si on poursuit séparément chaque faisceau principal de la moelle, on voit d'abord que les postérieurs, devenus momentanément externes, se prolongent sous les tubercules quadrijumeaux, les couches optiques et le quadrilatère perforé. Une partie considérable de leurs fibres se porte dans le cervelet. D'autres émanations de la même source appartiennent aux fibres transverses de la protubérance. — Quant aux faisceaux antérieurs du *tronçon*, ils font communiquer les faisceaux antérieurs de la moelle avec le centre de la base du cerveau, dans laquelle ils pénètrent en traversant une sorte d'anneau que forment les faisceaux postérieurs combinés avec les couches optiques et le quadrilatère perforé. — Enfin, les faisceaux latéraux, parvenus dans la gouttière que tapisse la couche noire du pédoncule, ne s'arrêtent pas entièrement en ce lieu; ils se prolongent dans le cerveau lui-même. — Les fibres transverses du *tronçon* sont des dépendances des faisceaux postérieur, latéral et antérieur. Elles se combinent avec tous ces faisceaux et aussi avec la portion du pédoncule cérébelleux annexée à la protubérance. — Pour compléter cette idée générale sur la structure du tronçon, ajoutons que la commissure qui s'y observe contient des fibres entrecroisées procédant en grande partie de la région fasciculée du pédoncule. Ces fibres se rendent après leur entrecroisement dans les deux plans de fibres verticales médianes. Celles qui viennent du pédoncule droit appartiennent au côté gauche du plan vertical droit, et, réciproquement, celles qui viennent du pédoncule gauche se rendent aux fibres verticales accolées au faisceau latéral droit.

La description du cervelet est des plus simples, si on le rattache de la même manière avec les divers faisceaux de la moelle épinière et avec ceux du tronçon nerveux qui relie la moelle au cerveau. Ainsi, la couche corticale du cervelet est unie à la substance grise centrale de la moelle. La doublure immédiate de cette couche corticale, les deux couches fibreuses du disque central, la membrane jaune festonnée contenue dans ce disque se continuent avec le faisceau postérieur et les nerfs auditif et trijumeau. La couche superficielle du noyau cérébelleux, intermédiaire au disque central et à la couche corticale, doublée d'une expansion des nerfs auditif et trijumeau, se continue avec la protubérance, et, par suite, avec les faisceaux antérieurs de la moelle. Une portion du faisceau, nommée *processus ad testes*, se porte au faisceau moyen. Le faisceau accessoire du latéral envoie un épanouissement qui se combine dans le faisceau cérébelleux avec l'épanouissement du faisceau de la protubérance, à la face interne duquel il est appliqué.

De sorte que si l'on vient considérer le cervelet comme un ganglion nerveux, on voit ce ganglion, élevé sur les dépendances des nerfs auditif et trijumeau et sur les développemens du faisceau postérieur de la moelle, se rattacher au faisceau antérieur par des faisceaux fibreux issus de l'intérieur de sa substance. Les divers élémens du pédoncule cérébelleux aboutissant, les uns au faisceau postérieur, les autres à l'antérieur, peuvent être comparés aux deux ordres de racines des nerfs spinaux, qui sont séparément fixés au faisceau postérieur et au faisceau antérieur de la moelle épinière.

Revenons maintenant au cerveau; mais avant de décrire, d'après M. Foville, la marche qu'y suivent les divers faisceaux de fibres sortis du *tronçon* intermédiaire, jetons un coup d'œil sur les circonvolutions. Une étude attentive a révélé sur ce point, à l'auteur, des particularités importantes à connaître.

Il existe quatre ordres distincts de circonvolutions. Une seule constitue le premier ordre. Elle émane des bords du quadrilatère perforé et constitue la circonférence entière de la lisière de la couche corticale. Dans son trajet circulaire, elle confine successivement au corps calleux, au tronçon pédonculaire, et enfin à l'ouverture du ventricule connue sous le nom de fente de Bichat.

Le second ordre comprend deux grandes lignes ayant pour caractère commun de former des anses d'une étendue considérable, attachées par leurs extrémités sur cette partie de la circonvolution du premier ordre qui forme la marge antérieure et externe du quadrilatère perforé, ses deux lignes de profil.

Les circonvolutions du troisième ordre, plus nombreuses, servent de moyens d'union entre celle du premier ordre et les deux du second. Comme celles-ci, elles sont situées dans un plan antéro-postérieur à peu près vertical; mais, au lieu de former de grandes anses antéro-postérieures, elles rayonnent dans le plan qu'elles occupent, de la circonvolution du premier ordre, laquelle forme un arc de cercle plus petit (ou mieux une anse plus courte) aux deux circonvolutions du second ordre, dont les cercles ou les anses offrent un diamètre plus considérable.

Enfin, les circonvolutions du quatrième ordre sont celles de la convexité de l'hémisphère, destinées à remplir l'intervalle que laissent entre elles les deux circonvolutions du second ordre. Leur disposition générale est celle d'un réseau dont la plupart des lignes, anastomosées les unes avec les autres, serpentent dans l'intervalle des deux circonvolutions du second ordre, auxquelles elles finissent toujours par se rattacher. Ces dernières, les plus indépendantes par leur origine du siége des nerfs sensoriaux, appartiennent exclusivement, d'après M. Foville, à l'intelligence; elles existent en effet presque exclusivement chez l'homme. Et si l'on remarque que, seules, elles n'aboutissent pas directement au quadrilatère perforé, lieu où viennent se rendre les faisceaux postérieurs ou sensitifs de la moelle, on comprendra la raison anatomique pour laquelle ces circonvolutions restent étrangères à la sensation et sont affectées à l'intelligence.

Considérées d'une manière générale, et par régions, ces circonvolutions, quel que soit leur ordre, présentent ce caractère commun, savoir: que chacune de ces régions peut toujours être comparée à celle d'un croissant, c'est-à-dire qu'elle a deux limites, l'une plus petite, l'autre plus grande, courbées l'une et l'autre dans le même sens et confondues à leurs extrémités qui sont toujours, quelque grande région qu'on examine, les bords du quadrilatère perforé.

Telles sont les circonvolutions. Mais leur ensemble ne constitue pas seul l'hémisphère cérébral. De chaque côté de la ligne médiane existent deux parties centrales (noyau cérébral) unies entre elles par une commissure, communiquant, de même que les circonvolutions, avec l'espace quadrilatère perforé, et recevant d'autre part le prolongement des trois faisceaux de la moelle. Ce fragment du système nerveux est donc, comme

on le voit, l'un des plus importans à étudier, puisque, par cette double connexion, il se trouve placé entre le système des fibres motrices et celui des fibres sensitives et qu'il préside ainsi, on le peut dire, à la vie de relation tout entière dans les impressions et dans les manifestations qui constituent ses actes. Ce noyau, divisé lui-même en partie centrale ou pédonculaire et partie périphérique ou extra-pédonculaire, se compose de tous les renflemens, de toutes les bandelettes qu'on désigne, dans les traités d'anatomie descriptive, comme constituant les parois des ventricules. M. Foville montre comment on peut y suivre les fibres nerveuses émanées du tronçon, et comment ces mêmes fibres, abandonnant ensuite le noyau central, vont former l'hémisphère cérébral proprement dit et doubler intérieurement la couche corticale des circonvolutions.

Etudiant enfin cette couche corticale, M. Foville admet que, loin de consister uniquement dans une substance grise, elle est composée de quatre couches blanches et de trois couches de matière grise. Il trouve aussi moyen de rattacher aux parties fibreuses ou médullaires du centre de l'hémisphère ces quatre couches, qui ne seraient ainsi qu'une sorte d'*effeuillement*, comme il le dit, du cercle fibreux de l'orifice ventriculaire.

D'après ce qui précède, on voit que les connexions de la couche corticale sont multiples. D'un côté, elle se rattache à l'espace perforé, au tractus optique, à l'appendice olfactif, et par là aux faisceaux postérieurs ou sensitifs de la moelle. De l'autre, les appendices périphériques des grandes couches fibreuses rayonnantes de l'hémisphère atteignent le sommet des duplicatures de la couche corticale, dans toutes les circonvolutions de la convexité. Or, ces grandes couches fibreuses rayonnantes n'étant autre chose que les prolongemens amplifiés de l'éventail fibreux de la région fasciculée du pédoncule, les faisceaux latéral et antérieur de la moelle sont, de cette manière, mis en rapport avec la membrane corticale.

Ainsi, par sa circonférence, la couche corticale est rattachée aux nerfs cérébraux et au faisceau postérieur de la moelle; et les élémens qu'elle reçoit de ces nerfs et de ce faisceau se prolongent dans toute son étendue. Par ses parties centrales, cette même couche corticale est pénétrée de dedans en dehors d'appendices fibreux qui se rattachent au faisceau antérieur de la moelle. Du reste, la manière dont ces derniers élémens fibreux se combinent avec la couche corticale est différente du mode de combinaison avec cette même couche des élémens fibreux qu'elle emprunte au faisceau postérieur.

En résumé, le cerveau est composé de deux élémens principaux : l'un central, unique, symétrique, creusé de ventricules. C'est le noyau cérébral qu'on peut considérer comme un segment amplifié de l'axe nerveux dont la moelle épinière est la partie la plus simple. L'autre, périphérique, divisé en deux moitiés séparées, solides. C'est l'hémisphère, qu'on peut considérer comme un énorme ganglion rattaché à l'axe central, et duquel se séparent les nerfs cérébraux.

Dans chacun de ces élémens, le noyau cérébral et l'hémisphère, se prolongent les trois faisceaux distingués dans chaque moitié de la moelle épinière.

Toutes les surfaces libres du noyau cérébral, c'est-à-dire la surface des ventricules, celle de l'espace perforé, la surface extra-ventriculaire du corps calleux, sont formées de couches fibreuses ou de masses grises rattachées aux prolongemens encéphaliques du faisceau postérieur. Toutes les surfaces libres de l'hémisphère, c'est-à-dire la surface des circonvolutions appartiennent à la membrane corticale dans laquelle se continuent également, contribuant à la constituer ce qu'elle est, des émanations du faisceau postérieur. Les surfaces libres du noyau cérébral, les surfaces libres de l'hémisphère s'unissent les unes aux autres ; c'est avec elles aussi que se combinent les nerfs cérébraux de même que le cervelet.

Les prolongemens du faisceau antérieur et du latéral occupent toujours une situation profonde dans le cerveau. Dès que la région fasciculée du pédoncule cérébral a franchi l'anneau dont l'entourent la couche et le tractus optiques à son entrée dans le noyau cérébral, il ne faut plus chercher ses prolongemens à des surfaces libres. Qu'on les étudie dans le noyau cérébral ou dans l'hémisphère, ils sont toujours enveloppés par les développemens du faisceau postérieur ; ils peuvent approcher des surfaces par leurs dernières ramifications, mais jamais ils ne s'épanouissent dans ces surfaces.

Quelque satisfaisans qu'en soient les résultats, cette étude isolée ne saurait cependant suffire pour donner une idée exacte du système nerveux. De même que l'être pensant, que le *moi* est un, de même l'encéphale ne forme qu'un seul tout et ne doit pas ainsi être scindé en deux moitiés indépendantes. La facilité de la description, il est vrai, commande cette division; mais ce n'est et ce ne peut jamais être qu'une abstraction. M. Foville insiste avec beaucoup de raison sur l'étude des connexions qui établissent entre les parties les rapports que nécessitaient impérieusement leurs fonctions. Ainsi, il prouve que dans toute l'étendue de l'arbre cérébro-spinal, la matière grise, soit qu'elle occupe l'axe de la moelle épinière, soit qu'elle se replie à la surface des lames du cervelet ou des circonvolutions du cerveau, est continue à elle-même; que la matière fibreuse est également continue à elle-même dans toute l'étendue du système nerveux encéphalo-rachidien; enfin, que les deux substances doivent toujours et partout se rattacher l'une à l'autre et correspondre, par quelques parties centripètes, avec la commissure étendue sans interruption d'une extrémité à l'autre du système. Ajoutons que, d'après M. Foville, le corps calleux et les autres commissures plus petites sont des dépendances des fibres postérieures du bulbe, tandis que les commissures établissant communication d'un côté à l'autre sont étrangères aux parties placées sur le trajet des faisceaux antérieurs. Ainsi, par suite de la réunion médiane des parties affectées aux fonctions sensorielles, le nerf sensitif est toujours en rapport avec les deux côtés du cerveau, tandis qu'il en est tout autrement pour les nerfs moteurs, qui émanent des régions auxquelles les commissures sont entièrement étrangères. Voilà sans doute pourquoi les paralysies du sentiment sont beaucoup moins fréquentes et toujours moins complètes que celles du mouvement.

Après cet exposé de la structure de l'encéphale, l'auteur énumère les nerfs qui en émanent. Mais plus jaloux de rester original que d'être réputé complet, il élague volontairement de cette description toutes les particularités qu'on trouve dans les traités ordinaires d'anatomie, et se borne surtout à poursuivre les connexions des cordons nerveux avec les surfaces et les parties encéphaliques. Grâce à ses déterminations si exactes du trajet des fibres nerveuses, il trouve moyen de rattacher tous les nerfs, quelle que soit leur origine apparente, à trois classes distinctes, selon qu'ils procèdent du faisceau postérieur, du faisceau antérieur ou du faisceau moyen.

Enfin les enveloppes osseuses et membraneuses de l'encéphale ont été, de la part de M. Foville, l'objet de recherches étendues. L'intérêt qu'a pris l'étude du crâne depuis les travaux de Gall justifiait assez le développement de cette partie de l'ouvrage ; et pour celui qui le lira avec attention, des aperçus aussi piquans que profonds viendront à chaque instant en démontrer tout l'à propos. Ainsi, après avoir indiqué la multiplicité des liens vasculaires qui rattachent l'encéphale à son enveloppe osseuse, il montre ainsi l'utilité de cette disposition : « Les membranes concourent aussi par l'enveloppe qu'elles fournissent aux veines qui se rendent à la dure-mère, au soutien de la masse cérébrale. Ces membranes forment sac autour du cerveau; et ce sac, rattaché à la voûte du crâne, suspend l'organe en masse, tandis que les vaisseaux intrinsèques servent à soutenir, pour ainsi dire, une à une chacune des molécules de sa substance. »

« Par cet ensemble de moyens, la matière très molle du cerveau contenue dans une enveloppe très dure, loin de s'affaisser par son propre poids contre les parties déclives de la boîte osseuse, se trouve soutenue, suspendue, équilibrée de la manière la plus parfaite. Maintenue à une distance à peu près égale de tous les points de la périphérie interne du crâne, elle ne pèse habituellement sur aucun. Et quand elle vient à les toucher (ce qui arrive indubitablement presqu'à chaque battement artériel, à chaque mouvement expiratoire), c'est par une locomotion dont l'élasticité des brides membraneuses et vasculaires, et l'intermédiaire d'une couche fluide, préviennent toujours les violences. »

Quant au crâne, M. Foville a surtout étudié avec soin la résistance de cette boîte osseuse, et on sait déjà à quels résultats intéressans il a été conduit par l'observation des déformations qui suivent, dans certains pays, l'usage chez les enfans d'une coiffure trop serrée. Ses recherches sur la solidité différente du crâne selon les diverses régions où on l'examine sont moins connues. En voici un aperçu : la base du crâne présente dans son centre un parallélogramme de peu d'étendue, situé au voisinage de la gouttière basilaire. Des angles de ce parallélogramme divergent les apophyses qui séparent les unes des autres les régions principales de la circonférence, quatre rayonnemens osseux principaux ; et, en outre de ceux-ci, deux autres médians qui correspondent aux renforts osseux situés sur les parties médianes de la circonférence crânienne. Ces rayons osseux, toujours plus épais que les surfaces qu'ils interceptent, ont tous des projections dans le sens vertical. Maintenant, des points où ces rayonnemens osseux se terminent à la circonférence du crâne, il s'élève dans la voûte des arceaux osseux qui sont supérieurs en force aux parties intermédiaires, de même que les rayonnemens existant à la base sont plus épais que les surfaces ou cavités qu'ils circonscrivent.

Il est enfin une question de la plus haute importance à laquelle l'auteur a consacré ses investigations, nous voulons parler des rapports qui existent entre la configuration du crâne et la forme des diverses régions du cerveau. M. Foville ne nie point que, d'une manière générale, le volume du contenu ne se traduise sur le contenant par des modifications de sa sur-

face. Seulement, il croit que, pour rester dans le vrai, la science qui s'occupe de ces connexions doit se borner à signaler les rapports les plus généraux, et s'abstenir d'entrer dans les détails où l'arbitraire, sinon l'erreur, a toujours une si large part. Passant immédiatement lui-même à l'application de ces principes, il cherche à déterminer les causes qui président à la formation des saillies osseuses constantes de la surface crânienne, que les anatomistes connaissent sous le nom de *bosses*. C'est à la présence des ventricules qu'il les attribue. Il est remarquable, en effet, que chacune d'elles répond par sa forme et par sa situation à une partie plus renflée des ventricules cérébraux. Ainsi, en divisant les deux bosses frontales par une section perpendiculaire à leur surface, cette section prolongée à travers la masse cérébrale ouvre les ventricules latéraux à leur extrémité antérieure; les bosses, d'ailleurs, sont rondes ou ovales, comme l'est cette extrémité antérieure. Sciez de même la bosse pariétale, la plus forte de toutes, vous tombez sur la région des ventricules la plus vaste et la plus saillante en dehors. Les deux bosses occipitales supérieures, plus aiguës, recouvrent exactement l'extrémité postérieure du ventricule, cavité de proportions analogues. — Il est tout naturel, d'ailleurs, que le développement du cerveau agisse ainsi sur son enveloppe osseuse. On sait que, chez l'embryon, la place du crâne est occupée par une poche membraneuse qui, simple dans quelques points, est renforcée dans d'autres par une doublure fibreuse. Or, un viscère renfermé dans ce sac et y croissant graduellement de volume devra nécessairement repousser en dehors les parois, et les repousser plus fortement dans les points où elles seront les plus minces. De là les saillies ou bosses de la surface extérieure. L'état pathologique vient déposer en faveur de cette loi; car, chez les hydrocéphales, on voit augmenter les paires de bosses constantes, à mesure que l'hydropisie ventriculaire est produite. Mais, pour que ce mécanisme se réalise, il importe que l'enveloppe contenante oppose un certain degré de résistance, qu'elle soit fermée. Ainsi, les bosses existent lorsque le crâne ne contient que de l'eau au lieu de cerveau; mais elles manquent, si, avec l'absence de l'encéphale, coïncide l'ouverture du crâne. — Pour prouver enfin qu'un corps mou peut fort bien, par sa pression incessante contre une surface dure, déprimer, déformer celle-ci, M. Foville cite l'exemple de l'œil dont le développement détermine un refoulement de la paroi crânienne. Que si l'on opposait la consistance du globe oculaire, beaucoup plus grande que celle des parties cérébrales, M. Foville répond que, en effet, il y a de la part de la sphère oculaire une pression plus forte que celle exercée par les ventricules, puisque, dans sa paroi orbitaire, le crâne placé entre ces deux puissances est déprimé du côté du cerveau et non du côté de l'œil. Mais, dans le reste de son étendue, la surface crânienne est libre; elle n'a pas à supporter de pression de dehors en dedans, et conséquemment elle doit céder et cède en effet à l'effort excentrique de l'encéphale.

Cette longue et cependant bien incomplète analyse montre assez que le livre de M. Foville donne sur presque tous les points des solutions neuves et propres à l'auteur. Bien que le plus souvent original, l'auteur ne s'est point dispensé pour cela de la clarté; soit qu'il ait à exposer ses vues, soit qu'il discute celles de ses devanciers, il parle toujours un langage à la portée même des élèves, et ne pense pas, comme tant d'autres, que le génie soit exempté des règles ordinaires du style. C'est donc à la fois, pour le fond, un ouvrage d'anatomie transcendante, et, pour la forme, un ouvrage élémentaire. Si, parfois, il emploie des dénominations nouvelles, *tronçon nerveux*, *noyau cérébral*, etc., c'est lorsque, résumant les données précédentes, elles peuvent être suffisamment comprises et lui offrent l'avantage de valoir à elles seules toute une description.

Malgré toute la lucidité des descriptions, l'auteur aurait risqué, s'il s'en fût tenu là, de n'être que compris. Il voulait plus; il voulait être cru. Pour cela, il fallait mettre chacun à même de reproduire les préparations, les dissections et les coupes par lesquelles il a conçu et établi ses idées sur la disposition de l'encéphale. Aussi entre-t-il à cet égard dans les détails les plus explicites, et personne ne pourrait à l'avenir lui faire le reproche adressé à plusieurs de ses prédécesseurs, d'avoir emporté avec eux le secret des préparations qui leur servaient à prouver certains faits de rapports ou de continuité des fibres cérébrales entre elles. Dans les manœuvres qu'indique M. Foville, tout sans doute n'est pas également facile, mais tout est présenté aussi consciencieusement. Les points délicats, les procédés embarrassants, il les signale avec le même soin que les opérations les plus simples, en notant les précautions qui peuvent en assurer le succès, et en avertissant de bonne foi que, dans quelques cas rares, on est exposé, malgré toute l'attention possible, à n'obtenir qu'un résultat imparfait. Un magnifique atlas de 23 planches dessinées par MM. E. Bean et F. Bion met sous les yeux du lecteur les préparations les plus importantes à connaître pour la démonstration des idées propres à l'auteur. Ce sera un guide également précieux pour ceux qui se borneront à lire et pour ceux qui tiendront à vérifier par eux-mêmes la dissection.

Ce premier volume, qui contient la plus grande partie de l'anatomie du système nerveux cérébro-spinal, est le commencement d'un traité complet où seront également comprises la physiologie et la pathologie de ce système. M. Foville a bien senti que la connaissance préalable de l'organe est indispensable pour pouvoir pénétrer ses fonctions; aussi a-t-il voulu en donner d'abord une idée exacte. Mais une description simplement topographique ne pouvait suffire à ce but. De même que l'on éclairerait peu la circulation du sang en indiquant la forme des artères et des veines sans rien dire sur le mode de communication de ces vaisseaux, de même, pour pouvoir apprécier les fonctions de l'axe cérébro-spinal, il faut d'abord connaître les rapports et l'enchaînement de ses fibres. Une fois qu'on a suivi leur continuité depuis la phériphérie jusqu'aux centres, ainsi que des centres à la périphérie, la marche de l'agent ou fluide nerveux dans ces diverses directions se comprend sans peine; et la physiologie la plus sûre, comme la plus rationnelle n'est, à proprement parler, que la traduction d'une anatomie ainsi exécutée. On voit donc quel service M. Foville a rendu à la science en poursuivant sur de tels principes la dissection du système nerveux central. Il n'est pas le premier qui ait abordé ce problème difficile; mais nul, ce nous semble, ne l'avait encore résolu sur tous les points d'une manière aussi satisfaisante. Sans doute, comme il le dit lui-même, il n'y a guère de public préparé pour apprécier des travaux de cette nature. Mais s'il est agréable pour un auteur de trouver un public prêt à le comprendre, il n'est pas moins glorieux peut-être de s'en créer un. Que cette pensée encourage M. Foville; car ses doctrines, à tous égards, sont de celles qui méritent de faire école. Nous le connaissons d'ailleurs homme à préférer aux acclamations de la foule le suffrage silencieux d'un petit nombre de savans. Aussi bien que nous, il sait que les voix qui donnent la vogue sont impuissantes à fonder une renommée.

VARIÉTÉS.

— Le Conseil général des hôpitaux a décidé, dans sa dernière séance, que le cours sur la chirurgie sous-cutanée, commencé à l'hôpital des Enfans, ne serait pas continué. Cette mesure a été motivée sur ce que M. Guérin n'avait pas demandé au Conseil l'autorisation d'ouvrir ce cours, et aussi sur ce que ses conférences embrassaient des matières étrangères à l'objet spécial de son service. Nous nous dispenserons de toute récrimination; nous nous bornerons à faire remarquer que M. Guérin se croyait suffisamment autorisé par cinq années d'exercice non interrompu de son enseignement. Les conférences sur les malades de la consultation continueront d'avoir lieu tous les samedis à dix heures.

Le cours sur la chirurgie sous-cutanée sera repris et complété lorsque M. Guérin aura trouvé un local convenable; ce ne pourra être qu'après les vacances.

— M. le docteur Henroz, rédacteur de l'EXPÉRIENCE, avait intenté un procès à M. Guérin à cause de la publication et de la distribution de son MÉMOIRE A CONSULTER, produit en appel devant la Cour royale. Après les plaidoiries de Me Favre pour le plaignant et de Me Billault pour M. Guérin, et sur les conclusions conformes de M. l'avocat du roi, le tribunal a rendu le jugement qui suit :

« Attendu que le mémoire incriminé a été produit devant la Cour royale de Paris, chambre des appels de police correctionnelle, à l'appui d'une plainte en diffamation et injures publiques portées par Jules Guérin contre Henroz, Malgaigne et Vidat;

» Attendu que les juges saisis de cette plainte n'ont point prononcé la suppression de ce mémoire et n'ont fait aucune réserve au profit de Henroz;

» Attendu que, dans ces circonstances, l'action de Henroz n'est point recevable aux termes de l'article 23 de la loi du 17 mai 1819, encore bien que ledit mémoire ait été de nouveau publié depuis les débats devant la cour;

» Attendu d'ailleurs que la publication dont il s'agit a été faite par Jules Guérin sans aucun but coupable, mais dans l'intention d'assurer la répression des délits par lui poursuivis et de repousser les reproches qui lui avaient été adressés;

» Le tribunal, par ces motifs, renvoie Jules Guérin des fins des poursuites, et condamne Henroz en tous les dépens. »

Ceux de nos confrères qui tiendraient à s'édifier complètement sur le MÉMOIRE A CONSULTER, objet des poursuites de M. Henroz, peuvent en adresser *franco* la demande à la GAZETTE MÉDICALE; on s'empressera de le leur faire parvenir.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES MENTALES.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HYPOCHONDRIE (1); par M. le docteur Michéa.

Comme l'hypochondrie est une affection rarement simple, mais bien presque toujours compliquée de désordres très divers, matériels ou dynamiques, au sein de plusieurs organes, on ne doit point s'étonner si tant d'auteurs ont pris jadis le subordonné pour l'essentiel, les phénomènes variables, contingens pour les symptômes constans, nécessaires; et si, actuellement encore, son diagnostic est vague et incertain aux yeux du plus grand nombre. Cependant, lorsque l'esprit se trouve dirigé par une bonne méthode, et surtout lorsque le jugement cherche la lumière là où il peut la rencontrer, lorsqu'il se fonde sur les investigations auxquelles doit se livrer tout médecin qui veut s'occuper avec fruit de l'étude du genre nosologique dont cette affection fait partie, le chaos ne tarde point à se dissiper, l'obscurité à s'évanouir.

Grâce à la précision qui règne aujourd'hui dans la science, il n'est plus possible de rapprocher les symptômes pathognomoniques de l'hypochondrie de ceux d'une foule d'altérations matérielles, au point de les identifier, comme on le faisait autrefois. Individualité morbide appartenant à l'ordre des vésanies, l'hypochondrie ne peut être confondue qu'avec des individualités morbides rangées dans la même classe, ou du moins s'en éloignant très peu.

Quoi qu'en disent Sydenham, Lorry, etc., l'hystérie est une des névroses complexes qui diffère le plus de l'affection dont il s'agit. Joseph Frank et M. Dubois (d'Amiens) ont mis ce point de diagnostic dans tout son évidence. Or, l'opinion de ces deux auteurs ne rencontrant plus d'opposans chez les pathologistes, nous ne croyons pas devoir y insister davantage, renvoyant ceux qui voudraient en connaître les motifs aux ouvrages où ils se trouvent formulés.

Ce qu'il importe surtout de chercher à établir, c'est en quoi l'hypochondrie diffère de la simple névropathie ou névrosthénie; car ces deux états morbides se trouvent presque toujours combinés et ont entre eux plusieurs points de contact. En effet, dans l'un et l'autre cas, l'attention des malades est constamment fixée sur leur souffrance; ils analysent avec ardeur tous les symptômes dont ils se plaignent et les décrivent minutieusement. Ils désirent vivement guérir, ils consultent et les médecins et des personnes étrangères à la médecine; ils lisent des ouvrages concernant cette science; ils ont l'âme triste, abattue, livrée à la crainte et au désespoir. Mais, chez les hypochondriaques, le jugement est dépravé, tandis que l'intelligence demeure saine chez les névropathes. Les premiers redoutent surtout la mort, et en conséquence croient leur mal plus grave qu'il n'est en réalité; ils s'ingénient à lui trouver des causes et une essence qu'il n'a pas; les seconds craignent principalement la don-

(1) Ce fragment inédit fait partie d'un ouvrage sous presse, couronné par l'Académie royale de médecine.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Cher confrère,

Que ne suis-je tout à fait coupable d'avoir autant différé de vous écrire! Au risque de mériter vos reproches, je voudrais bien avoir force bonnes nouvelles, force événemens piquans à vous raconter. Hélas! ma conscience est légère et n'est troublée par le moindre regret. Ce qui ne valait pas la peine d'être dit il y a deux mois n'a guère plus de raison de l'être aujourd'hui. Les grands événemens de la politique et de l'industrie ont suspendu la vie de toute chose et résolu ionné pour eux seuls l'attention générale. On dirait que les faits de l'ordre moral suivent la loi de ceux de l'ordre physique. En temps d'épidémie les autres maladies se taisent: au fort du choléra on ne parlait ni de pleurésies, ni de pneumonies, ni de quoi que ce soit, si ce n'est du choléra; ainsi de même aujourd'hui. Le microcosme médical est absorbé par le macrocosme politique. N'était la crainte de voir nos bonnes habitudes se perdre, j'attendrais en silence l'éclosion de quelque grande chose qui couve probablement sur notre petit rivage. Pour le quart d'heure rien chez nous qui puisse rivaliser avec la guerre du Maroc ou les hauts faits du bonhomme Pritchard. Voici mes glanes pourtant: accueillez-les avec l'excellent caractère dont vous nous avez donné tant de preuves depuis que vous êtes notre fidèle abonné.

Vous avez ouï-parler sans doute de ce fameux procès où le barreau et la médecine ont réussi à faire prononcer la nullité d'un legs d'un million. La chose n'était pas seulement sérieuse au point de vue de la somme léguée, mais elle l'était surtout au point de vue de la science. Il s'agissait de savoir si le donataire avait testé sain d'esprit ou en proie aux premières atteintes de la folie. Le fait est que trois ans après avoir écrit son testament, il est mort bien et dûment aliéné. On arguait que la maladie avait dû débuter plusieurs années auparavant, et que c'était pendant la période d'*incubation* de la folie qu'il avait fait ses dispositions. La légataire, au dire de son avocat, était une nièce bien capable sous tous les rapports de justifier la générosité du testateur. N'importe, les tribunaux ont admis la doctrine de l'incubation de la folie, et le testament a été annulé. Remarquez bien d'abord qu'il ne s'agit pas ici d'approuver ou d'improuver le jugement; ce n'est pas là notre affaire; mais la doctrine médicale invoquée soulève une question neuve, et notre intention est de la signaler aux hommes spéciaux plutôt que de nous permettre de la résoudre. — Où finit la raison, où commence la folie; où cessent la volonté, la liberté, où commence l'enchaînement des facultés par la maladie: il ne s'agit ni plus ni moins que de cela. A l'époque où ce fou trois ou quatre fois millionnaire jetait un million dans le tablier de sa nièce, il *s'apercevait* que ses facultés diminuaient. « Ma tête s'est appesantie, écri-

leur, leur état valétudinaire. Ils s'en affligent, mais ne s'évertuent point à l'expliquer, à en déduire des pronostics fâcheux : ils ne sont point enclins à lui supposer une terminaison funeste.

Lichtenberg (1) et Zimmermann (2) étaient, comme ces derniers, des *vaporeux*, des *panophobes*, et non pas des hypochondriaques, comme on l'a prétendu.

Si le célèbre physicien de Goëttingue se désolait souvent de n'avoir pas éternué trois fois de suite depuis vingt années, cela ne tenait point à la peur de la mort ; car l'existence lui pesait sans cesse, ainsi qu'on le voit dans ces phrases : « Que n'ai-je déjà franchi la ligne de séparation ! Mon Dieu ! combien il me tarde de toucher au moment où le temps cessera d'être pour moi le temps, où je serai reçu dans le sein maternel où je dormais lorsque le Heinberg était battu par l'Océan, lorsqu'Epicure, César, Lucrèce écrivaient, et que Spinosa concevait la plus grande pensée qui jamais soit entrée dans la tête d'un homme. » Comme tous les individus qui ont beaucoup de force et d'étendue dans l'imagination, il avait le défaut de tirer des conséquences sérieuses des moindres événemens, de trouver des rapports entre des objets qui n'en offraient aucun. De plus, il portait des jugemens faux, bizarres, ridicules, bien moins sur les phénomènes relatifs à sa santé, à son corps, que sur des incidens d'où pouvait dépendre sa vie intellectuelle et sociale. Ainsi, il croyait lire dans le mouvement d'un insecte le signe d'une visite qu'il devait faire ou recevoir. Une lumière, qui venait d'être allumée et qui s'éteignit presque tout à coup, lui fit désespérer d'un voyage qu'il projetait en Italie. Etant plus jeune, un soir, il déposa sous le toit de la maison de son père un billet où il avait écrit ces mots : Qu'est-ce que l'aurore boréale ? Il s'imaginait que les esprits, dans l'existence et le pouvoir desquels il avait une foi profonde, ne lui refuseraient point la solution de ce problème. En raison de son tempérament nerveux, à cause de sa sensibilité excessive, il percevait la souffrance avec plus de vivacité qu'un autre, il se trouvait plus dominé par elle, et conséquemment il la redoutait davantage. Mais si ce symptôme se rencontre très souvent dans l'hypochondrie, il n'en est point un élément nécessaire, un phénomène constant, un caractère essentiel.

Quant à Zimmermann, la peur ne s'emparait pas seulement de lui lorsqu'il était dans son carrosse, lorsqu'il pensait à la possibilité d'une chute ; il tremblait encore indépendamment de toute idée relative à un accident susceptible de compromettre sa santé ou sa vie ; il éprouvait une terreur profonde à Sans-Souci, par exemple, en s'approchant de la chambre du grand Frédéric. Quoique préoccupé de ses souffrances et rempli d'inquiétudes à cet égard, il cherchait peu à se guérir. « Il trouva toujours, dit Tissot, une foule d'objections à opposer aux meilleurs conseils, et ne fit rien. » L'erreur qui subjuguait plus particulièrement son ame ne résidait pas là. « Il voyait continuellement, ajoute le médecin de Lausanne, l'*ennemi dévastant sa maison*.... Il ne prenait presque aucune nourriture, soit parce que le dégoût était insurmontable, soit parce qu'elle le faisait souffrir, soit peut-être aussi, comme M. Wichmann l'a cru, par cette cruelle illusion *qu'il n'avait pas un sou* (1). » En un mot, Zimmermann était un vaporeux, un névropathe, avec une aberration d'idées relatives au sentiment de la propriété, comme Lichtenberg en était un autre, avec cette différence que ses conceptions erronées roulaient sur la faculté du merveilleux ou du surnaturel.

Joseph Frank range au nombre des hypochondriaques les mélancoliques qui, s'imaginant que leur corps est fait de beurre, comme un médecin distingué du dix-septième siècle, Gaspard Barlœus ; de boue, comme un malade dont parle Arétée ; de cire, comme celui qui fut observé par Grimm ; de verre, comme un savant que cite Sanchez d'après le témoignage oral de Boerhaave, fuient la chaleur dans la crainte de se voir fondre, évitent de boire de peur d'être dissous, se tiennent continuellement assis afin de ne point être brisés. Il confond aussi avec eux les *zoanthropes* et tous les autres monomaniaques qui ont des idées ou des perceptions fausses relativement à leur propre individualité. Cette opinion est une erreur qui s'évanouit devant une classification des formes du délire partiel fondée, non plus sur des bases factices et arbitraires, ou sur les simples attributs de l'ame : son état de tristesse ou de joie, un vice de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, de l'association des idées, etc. ; mais sur les caractères propres aux facultés fondamentales de l'esprit, aux principes actifs, primordiaux dont le chef de l'école écossaise, Thomas Reid, a si admirablement commencé l'analyse. En effet, avec la classification du délire puisée dans les élémens de ce dernier ordre d'actes psychiques, la seule qui puisse satisfaire désormais les psychiâtres, et imprimer un progrès véritable au traitement des maladies mentales, il existe une différence très grande entre les hypochondriaques et les monomaniaques en question. Chez les premiers, le délire se lie à l'instinct de la conservation ; chez les seconds, il se rapporte à la faculté de l'individualité, des corps. Les uns déraisonnent en ce qu'ils se croient menacés du trépas sans avoir de maladie mortelle ; les autres se trompent en tant qu'ils méconnaissent l'identité de leur personne. Parmi les derniers, les individus qui s'imaginent être métamorphosés en objets du monde inorganique, avoir un corps fait de beurre, de cire, de boue, de verre, tremblent bien aussi à l'idée de leur destruction, puisqu'ils n'osent ni s'approcher du feu, ni boire, ni se livrer au mouvement ; mais cette crainte constitue un caractère purement accessoire. Quoi de plus juste que ces conséquences, en admettant les prémisses fausses posées par ces individus ! La peur extrême de la mort, qui se rencontre assez souvent chez les personnes en proie à la lypémanie religieuse, s'éloigne aussi beaucoup de celle qui existe chez les hypochondriaques ; car elle n'y joue

(1) « Mon hypochondrie est, à proprement parler, la faculté d'extraire pour mon usage la plus grande quantité possible de poison de chaque événement de la vie..... Lorsque je suis malade, je ne puis rien sentir, rien penser sans le rapporter à moi, à ma maladie..... Il me semble que le monde entier soit un appareil destiné à me faire sentir mes maux de toutes les manières possibles.... Voir seulement le plus mauvais côté des choses, craindre tout, regarder même la santé comme un état dans lequel on ne sent pas la maladie, voilà le caractère que je crois pouvoir peindre le mieux. » (Extrait du journal de sa vie. ARCHIV. LITTER., ann. 1804, p. 233-34. — Article consacré à ce savant par M. Stapfer, dans la biographie de Michaud.)

(2) « Pendant plusieurs années, la maladie et des souffrances inexprimables me mettaient, par intervalles, dans un état affreux, depuis que je ne respirais plus l'air de la Suisse..... Pendant plusieurs années, ma tête fut comme une pierre ; je restais des heures entières dans la journée sans pouvoir penser ; je disais souvent le contraire de ce que je voulais exprimer ; je ne prenais presque aucune nourriture ; je ne pouvais supporter rien de ce qui fortifie les autres ; je croyais tomber à chaque pas ; enfin, je souffrais tous les tourmens de l'enfer lorsque j'étais assis et que j'écrivais. » (TRAIT. DE LA SOLITUDE, traduction de M. Jourdan, p. 344.)

(1) V. sa vie en tête de la traduction du TRAITÉ DE L'EXPÉRIENCE.

---

vait-il, mes idées se troublent, j'ai peine à suffire aux occupations de bureau et d'affaires ; depuis quelque temps ce mal empire. » Nul doute que le mal commençait, qu'il datait déjà de loin. Mais ne vous semble-t-il pas qu'un homme qui *voit* ses facultés s'en aller, la démence venir, si vous voulez, n'est pas encore fou ? Sa mémoire, dit-on, était moins sûre, sa volonté moins ferme, son irascibilité plus grande et sa sensibilité plus exquise ! Mais s'il voyait tout cela, s'il le reconnaissait, n'avait-il pas, au moins en grande partie, la conscience de ce qu'il était, de ce qu'il pensait, de ce qu'il disait, de ce qu'il voulait. La folie, celle pour laquelle il conviendrait peut-être de réserver le mot de *démence*, celle seulement dont on devrait avoir le droit d'interdire les actes, d'annihiler les résolutions, peut-elle exister réellement alors que la raison s'observe encore, et veille pour ainsi dire sur elle-même ? Elle est en lutte, le mal la menace, elle chancelle, elle va succomber, plus tard elle succombe ; mais jusque-là elle a résisté, elle a triomphé. Jusque-là ne conserve-t-elle pas, n'est-elle pas en droit de conserver la liberté et l'autorité de ses actes, et surtout de ses actes raisonnables ? Les facultés cérébrales sont multiples : la mémoire, l'attention, la volonté, les instincts, les passions, sont toutes choses qui tiennent de plus ou moins près à la conscience du moi, mais qui en diffèrent au point qu'une ou plusieurs peuvent manquer alors que celle-ci reste, comme celle-ci peut manquer ou disparaître à son tour, alors que les autres persistent. Je livre ces remarques à votre sagacité ; jusqu'à plus ample informé, je serais assez disposé à croire que la folie, la vraie folie qu'il faille interdire et dont on ait droit d'annuler les dernières volontés, est celle où la *conscience*, l'*intention réfléchie*, sont lésées, altérées dans leur source. Tout le reste ne nous paraît qu'accessoire. — Où en serions-nous, bon Dieu, avec une doctrine contraire ? Pour le coup, ne serait-ce pas le cas de dire avec certain moraliste, que la moitié du genre humain devrait être enfermée ? Bien des gens qui se croient irréprochables à l'endroit de l'intelligence auraient de graves mécomptes : vous-même peut-être ne seriez-vous pas plus rassuré pour vous que pour moi.

Mais passons à des procès moins sérieux. La falsification, les remèdes secrets, l'exercice illégal de la médecine, ont fourni, comme de coutume, leur contingent.

Aux falsifications que je vous signalais dans ma dernière lettre ajoutons les suivantes. On fait depuis longtemps déjà avec de la glucose du sucre de canne, de la manne, du miel de Narbonne. La glucose, vous le savez, est le sucre de fécule. Chimiquement, tout cela est à peu près la même chose : c'est comme pour le sucre de betterave et le sucre de canne. En effet, la science est convaincue que les deux sucres sont identiques ; mais mon cuisinier n'est pas entièrement de cet avis. — C'est déjà chose assez vieille que le sel falsifié avec de la terre, du sel marin des salpêtrières, avec le sulfate de soude, avec le plâtre. Cependant on assure que cette coupable industrie continue à s'exercer en grand. On a calculé que 20 milliers de kilogrammes à peu près de ce sel sont annuellement consommés dans Paris. Il y a là de quoi assaisonner toutes les gibelottes de contrebande et autres inventions très en vogue dans certains quartiers de la capitale. — Voici qui est plus nouveau. La consommation du tabac est très grande, à Paris surtout, où l'excitation de l'esprit doit être en rapport avec ce qu'il produit. Or, depuis que la régie, en possession de son monopole, ne débite, au dire des amateurs, que d'assez médiocre marchandise, le St-Vincent, le Virginie,

également qu'un rôle secondaire. Haller qui, dans les accès de son délire partiel triste, recherchait les avis des prêtres avec la même ardeur que l'hypochondriaque les conseils des médecins; qui était effrayé du tableau de ses péchés, qui n'espérait pas et n'avait jamais espéré pour son propre compte la miséricorde de Dieu; « Haller redoutait la mort, dit Zimmermann, et n'avait jamais caché sa faiblesse; mais il ne craignait l'heure dernière qu'à cause du jugement dont elle devait être suivie, et, pour employer les expressions dont ce pauvre malade avait la coutume de se servir, à cause de la laideur de son ame (1). »

Mais, tous les délirans qui, indépendamment d'aucune préoccupation de supplice dans le monde infernal, s'effraient outre mesure à l'idée de perdre la vie; dont l'erreur se lie à l'instinct de la conservation, et non pas au sentiment d'après lequel on se représente la divinité avec le cortége de ses attributs; tous ces délirans ne sont point hypochondriaques. Il ne faut assimiler à ces derniers ni les mélancoliques qui s'imaginent devoir succomber au fer d'un meurtrier, comme était l'académicien Bertin, ni ceux qui se figurent qu'on cherche à les empoisonner, comme était Charles VII. Ces mélancoliques ne sont pas hypochondriaques, parce qu'ils ont l'idée fixe d'une mort violente, d'une fin que le cours ordinaire des choses n'a point amenée. Les uns et les autres sont bien des individus soumis à des espèces diverses d'un même genre de folie, d'un groupe d'aliénation dont le principe commun est l'exagération du besoin de la conservation; mais ce ne sont pas des délirans qui présentent seulement des variétés d'une même espèce de désordre mental. Ce qui caractérise les hypochondriaques, c'est la crainte mal fondée d'une mort naturelle: au lieu de redouter de finir par le fer ou le poison d'ennemis imaginaires, ils tremblent d'être emportés par des maladies survenues spontanément au sein de leur organisme; au lieu d'attribuer leurs souffrances physiques à des causes absurdes, impossibles, comme certains autres lypémaniaques, comme le théologien Jurieu, par exemple, qui prétendait que la gastralgie et les flatuosités dont il était atteint provenaient de la présence de sept cavaliers au milieu de ses entrailles; ils leur donnent pour raison des maladies plus ou moins bizarres, et toujours graves, qui n'existent pas actuellement; ils leur trouvent des explications fausses, sans être néanmoins dépourvues de vraisemblance.

Au premier abord, on serait tenté de confondre certains hypochondriaques avec les individus affectés de lypémanie suicide; mais quand on étudie à fond l'état psychique des uns et des autres, on s'aperçoit bientôt de l'immense intervalle qui les sépare, au moins dans la majorité des cas. En effet, si les premiers parlent très souvent du projet d'attenter à leurs jours, s'ils demandent avec instance la mort à ceux qui les environnent, tout cela est de leur part feinte, pure comédie. Comme ils voient leurs parens, leurs amis, leurs connaissances, les médecins notamment, peu disposés à partager leurs idées, à croire leurs organes aussi détériorés, leur maladie aussi dangereuse qu'ils le pensent eux-mêmes; comme ils observent sur la physionomie de ces personnes l'empreinte du doute quand ils font le récit de leurs souffrances, ils usent de tactique pour tâcher de les intéresser à leur sort; ils simulent le désir de vouloir abandonner cette vie, afin que chacun s'efforce de trouver des moyens susceptibles de la leur conserver. L'intention de se donner la mort occupe tellement peu leur esprit qu'ils passent très rarement de l'idée à l'acte, et que, quand ils en viennent là, leurs tentatives avortent presque toujours. Une autre preuve de l'assertion dont il s'agit, c'est que leur physionomie s'épanouit, le calme renaît dans leur âme si vous parvenez à les convaincre de la réalité de leur guérison, si vous leur vantez avec chaleur et assurance l'efficacité de tel ou tel remède dont ils n'ont pas encore fait usage. Nous nous sommes assuré de leur mensonge d'une manière bien plus directe.

Chez plusieurs hypochondriaques qui affectaient extraordinairement d'implorer la mort et de nous instruire des projets de suicide qu'ils roulaient dans leur tête, voici le subterfuge auquel nous eûmes recours: nous redoublions d'efforts pour captiver leur confiance et leur attention; puis, à travers le cours de la conversation, saisissant le moment où ils manifestaient le désir de mettre eux-mêmes un terme à leurs souffrances, nous leur faisions comprendre par mille insinuations qu'il était des moyens de réaliser ce désir promptement et sans aucune espèce de douleur. Revêtant l'air et le langage d'une personne qui veut communiquer un secret dont la révélation est interdite et punie avec rigueur, leur recommandant un silence absolu sur l'acte d'une complaisance coupable, silence dont l'infraction pouvait nous perdre sans retour, nous mettions entre leurs mains un petit flacon contenant quelques pilules empoisonnées, et qui n'étaient composées d'autres choses que de mie de pain et d'*assa fœtida*. Eh bien! aucun de ces malades n'approcha seulement une pilule de ses lèvres, tous nous surent mauvais gré de notre complaisance, quoiqu'ils la crussent exempte de feinte, et n'eurent rien de plus pressé que d'en instruire tout le monde, que de la blâmer avec indignation.

Les mélancoliques poussés réellement au suicide ne parlent, au contraire, jamais de leurs projets funestes, ou, s'ils consentent à en faire l'aveu, c'est toujours avec hésitation, à demi-voix, brièvement, et seulement aux personnes qui leur inspirent beaucoup de confiance. Donnez-leur comme poison une substance dépourvue de tout danger, ils l'accepteront avec empressement et reconnaissance, ils ne reculeront pas devant son introduction dans leur économie.

Enfin, quand les hypochondriaques ne cherchent point à en imposer à cet égard, quand il n'y a pas moyen de douter qu'ils ne désirent la mort et qu'ils n'opèrent des tentatives de destruction, en un mot, quand leur état mental se combine, ce qui est très rare, avec la lypémanie suicide, ou plutôt se termine par elle, ces malades se distinguent encore de ceux qui sont exclusivement en proie à cette dernière espèce de délire partiel, en tant qu'ils ne mettent pas de la même manière leur dessein à exécution. Généralement l'acte de courage auquel ils se déterminent reste entaché d'un élément de faiblesse. Au lieu de se porter eux-mêmes le coup d'où peut résulter la mort, ils cherchent à se la faire donner par d'autres mains ou à en charger les influences aveugles du monde inorganique. Il est très probable que ce malade, qui, suivant Sainte-Marie (1), provoqua un duelliste de profession, dans l'espoir d'être frappé par lui, avait, consécutivement à une spermathorrée, une hypochondrie compliquée de monomanie suicide.

Chez le tabescent dont parle M. Lallemand, qui s'exposait à tous les orages, afin de courir le risque d'être tué par la foudre, qui se plongeait

(1) De la solitude, p. 151.

(1) Voy. les notes de sa traduction du Traité des pertes séminales diurn.; par Wichmann, p. 91.

le Macouba, le Régent, d'origine parisienne, ont eu beau jeu: il en fallait à tout prix, n'en fût-il plus au monde. Or, on a fait surtout du *Régent*. Voici, d'après M. Chevallier, l'épouvantail des falsificateurs présens et à venir, la formule de ce précieux sternutatoire: prenez du tan pour imiter le grain, de l'ocre jaune et du noir de fumée pour donner de la couleur, de la feuille de *geranium rosa* pour donner le goût, et du verre pilé en poudre pour donner du *montant*; le tout soigneusement fermé dans de petites boîtes de plomb recouvertes en papier rouge et ornées d'une vignette parfaitement anglaise. Ceci était le coup d'essai de cette intéressante industrie; elle a fait de notables progrès depuis. Hier, à notre porte, on a découvert une nouvelle fabrique. Le produit superfin n'a rien de commun avec le tabac trop vulgaire de la régie; il s'en distingue par un choix d'élémens on ne peut mieux appropriés: prenez de la sciure de bois d'acajou, du noir d'ivoire, du sel ammoniac, de la couperose, de la potasse et de l'alun, aromatisez avec l'essence de ce que vous voudrez: vous aurez ainsi à volonté du tabac à la rose, à la violette, à tous les parfums possibles, moins le parfum du tabac, dont la tradition courrait risque de se perdre, n'était la police correctionnelle et l'impitoyable M. Chevallier. J'allais oublier de vous apprendre que les inventeurs de ce tabac merveilleux, au noir d'ivoire et à la potasse, ont été condamnés à 8,000 fr. d'amende et à la confiscation de leur produit. Ils ont trouvé que c'était assez mal reconnaître les jouissances procurées par eux aux narines des Parisiens, comme si ces excellens consommateurs, disent-ils, n'avaient pas été habitués dès longtemps au sel, au thé, au miel, au sucre, au café et à toutes sortes de produits *ejusdem farinæ*.

On continue à faire et à vendre des remèdes secrets, et il ne se passe pas de semaine où quelque condamnation n'atteste l'existence, sinon l'efficacité, des moyens de répression. Il est superflu de vous citer les faits particuliers; ce serait aider au but de ces habiles industriels, car ils n'ont rien autant en aversion que le silence; ils aiment l'attaque, ils adorent la persécution, voire même la condamnation. Vous n'avez peut-être pas oublié qu'il y a quelques années, l'un des coryphées de la bande trouvait moyen d'utiliser dans ses prospectus les considérans des jugemens qui lui infligeaient l'amende et la prison. Un mal qui se reproduit aussi souvent est véritablement sans remède, et le remède qui l'empêche si peu est tout au plus un palliatif, un des stériles succédanés d'une médecine symptomatique. Cela paraîtrait banal, et pourtant tout le monde est loin encore d'être de cet avis.

Un personnage élevé, S. A. R. le duc de Nemours, recevait il y a peu de temps, lors de son passage à Marseille, les doléances de la Société royale de médecine de cette ville; le président de la Société exposait au prince le besoin urgent d'une loi contre le charlatanisme. Il le priait, au nom de la science et de l'humanité, de solliciter et de hâter auprès de son auguste père la promulgation de cette loi. Le prince répondit que « *nous pourrions, en faisant exécuter les lois* » *existantes, obtenir tous les jours ce que nous réclamons depuis long-* » *temps.* » Le président, M. Villeneuve, fit observer à S. A. R. que les lois existantes suffiraient peut-être si la pénalité était plus élevée. Cette remarque n'est pas sans quelque fondement; mais une plus forte dose du remède pourrait, au plus, mieux pallier le mal; il ne l'atteindrait jamais dans sa source, dans sa cause. C'est toujours une assez mauvaise médecine et une assez mauvaise législation que celles qui se contentent de réprimer les symptômes et ne cherchent

dans l'ean froide jusqu'à la poitrine et gardait ses vêtemens mouillés tout le reste de la journée, tonjours dans le but d'être promptement enlevé de ce monde; qui désirait aussi succomber au milieu d'un duel, l'hypochondrie consécutive n'est nullement donteuse, sinon durant tout le cours de la maladie, du moins pendant une certaine période.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RELATION D'UNE OPÉRATION D'ENTÉROTOMIE LOMBAIRE, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS SUR UNE FEMME AGÉE DE 53 ANS; SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INTESTIN COLON LOMBAIRE; lue à l'Académie royale des sciences, le 30 juillet 1844; par J. Z. AMUSSAT.

La possibilité d'établir une voie artificielle au gros intestin, sans ouvrir le péritoine, avait été entrevue il y a longtemps; mais des essais infructueux avaient fait naître des doutes, et cette idée avait été abandonnée; enfin on avait nié qu'il fût possible d'ouvrir le colon lombaire sans intéresser le péritoine.

Après m'être livré à des études d'anatomie chirurgicale et d'anatomie pathologique, j'ai démontré, par des faits irrécusables, que cette opération était praticable et qu'elle était préférable sous tous les rapports à celle de Littre.

Mais pour que cette rénovation chirurgicale pût être admise sans difficultés dans la pratique, j'ai voulu la soumettre au jugement des hommes qui font, à juste titre, autorité dans la science, et c'est dans ce but que j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs mémoires sur ce sujet.

En 1842, l'Académie, adoptant les conclusions du rapport de sa commission composée de MM. Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril, Larrey, de Blainville, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Magendie, a encouragé mes travaux sur ce point en m'accordant une récompense sur les prix Moutyon.

Ce jugement favorable m'engage à vous donner aujourd'hui la relation d'un fait nouveau qui confirme tout ce que j'ai dit sur cette opération, et à compléter par quelques considérations d'anatomie pathologique la démonstration d'un fait que je crois désormais acquis à la science; savoir: qu'on peut pratiquer l'entérotomie lombaire sur l'adulte et sur l'enfant sans ouvrir l'abdomen, ce qui exclut le danger immense de la lésion du péritoine.

OBSTRUCTION COMPLÈTE DU TUBE DIGESTIF PENDANT VINGT JOURS CHEZ UNE FEMME AGÉE DE CINQUANTE-TROIS ANS; TYMPANITE, ACCIDENS GRAVES, VOMISSEMENS, ETC.; IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE DE TROUVER LE SIÉGE PRÉCIS DE L'OBSTACLE; ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE, EN OUVRANT L'INTESTIN COLON SANS INTÉRESSER LE PÉRITOINE; GUÉRISON.

OBS. — Madame B..., âgée de 53 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé; réglée à 14 ans, mariée à 24, elle a eu trois enfans qu'elle n'a pas nourris. Ses règles ont cessé il y a quatre ans, et vers cette époque elle a eu quelques pertes sanguines. Jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme indiquant une affection de la matrice.

Les garderobes ont été régulières et faciles jusqu'au mois d'avril 1843. Alors survint de la constipation qu'on fut obligé de combattre par des lavemens dont la malade n'avait presque jamais fait usage avant ce temps. Depuis quatre mois surtout, cet état s'est aggravé, et la malade ressentait des coliques assez vives.

Il y a deux mois environ, les coliques sont devenues plus vives encore et plus fréquentes; les matières rendues à la suite de l'administration des lavemens étaient, d'après le dire des parens, minces, aplaties, rubanées et entourées de glaires et de sang. Les gaz expulsés produisaient un bruit très fort, entendu à distance.

Les garderobes étant devenues de plus en plus difficiles, et les lavemens étant insuffisans, on fut obligé d'avoir recours aux purgatifs tels que l'huile de ricin, les pilules écossaises, etc.

A partir du 12 juin, il n'y a plus eu de garderobes, ni d'expulsion de gaz, malgré tous les moyens auxquels on a eu recours; ainsi l'huile de ricin, l'huile de croton tiglium, les lavemens purgatifs, etc., furent administrés sans résultat; le ventre s'est distendu et ballonné lentement; des vomissemens sont survenus, ainsi que des coliques et des douleurs aiguës très vives ayant constamment leur siége autour de l'ombilic.

Le 26 juin, je fus appelé, auprès de la malade, par mon honorable confrère le docteur Sédillot, qui jusqu'alors avait dirigé le traitement avec autant de soin que d'habileté. Déjà M. Marjolin, appelé en consultation quelques jours auparavant, avait conseillé les douches ascendantes, et il avait pensé qu'il faudrait peut-être avoir recours à l'opération. Il y avait quatorze jours d'interruption complète du tube digestif.

Le ventre est distendu par des gaz et sonore dans tous ses points. Aucune tumeur n'est appréciable par la palpation.

Le toucher par le rectum ne fait reconnaître aucun obstacle. Dans toute l'étendue de cet intestin parcourue avec le doigt, on constate que la muqueuse est saine.

Par le vagin, on trouve que le col de l'utérus est un peu abaissé et que le fond de l'organe appuie sur le rectum comme dans la rétroflexion. Aucune sensibilité anormale de ce côté. Nous convînmes de continuer les douches ascendantes et d'employer pour calmer les douleurs vives qui empêchaient la malade de goûter un instant de repos, des embrocations sur le ventre avec un liniment composé d'huile d'amandes douces et de laudanum.

Le 27, l'état de la malade n'a changé en aucune manière; les douches ont été administrées plusieurs fois dans la journée d'hier; mais le liquide est ressorti sans entraîner de matières fécales; on y trouve des glaires et des détritus de tissus organiques. Il n'est pas sorti de gaz par l'anus.

Le 28, le ventre est toujours distendu et ballonné; il serait par conséquent assez difficile de constater la présence d'une tumeur qui indiquerait le point malade de l'intestin. Mesuré au niveau de l'ombilic, il offre un développement circulaire de 83 centim., mesure égale à celle prise la veille.

Du reste, même état de la malade: douleurs, coliques vives, vomissemens bilieux, malaise général, nausées, insomnie continuelle; pouls à 96 pulsations.

Continuation des douches et des calmans.

L'établissement d'un anus artificiel paraît être de plus en plus indiqué, et nous nous rattachons à cette idée qu'il faudra inévitablement sans doute mettre à exécution dans un court délai. Mais ici nous sommes encore en présence de difficultés semblables à celles qui se sont présentées dans la plupart des cas où nous avons pratiqué cette opération, car nous ne connaissons ni le siége, ni la nature de l'obstacle au cours des matières fécales et des gaz.

Nous sommes donc dans un doute absolu sur la question de savoir, non pas si l'opération doit être pratiquée, car elle est devenue indispensable; mais dans quel point elle devra être faite. Ouvrirons-nous le colon lombaire gauche? ou bien dans la crainte de rester au-dessous de l'obstacle en agissant de ce côté, ouvrirons-nous le colon lombaire droit? Néanmoins en tenant compte des antécédens de la malade, assez vagues, il est vrai, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un étranglement aigu; mais bien d'une obstruction chronique du gros intes-

---

pas plutôt à les prévenir. Doublez, triplez, quadruplez les amendes, vous ne ferez que diminuer les bénéfices du spéculateur, sans rien enlever au système et à la nature de ses spéculations. Ce qu'il faut, ce n'est pas le moyen de poursuivre le charlatanisme, mais de l'empêcher, de le rendre une mauvaise voie, une mauvaise entreprise, et par là de le rendre impossible. Un auteur célèbre a dit qu'il se faisait une plus grande dépense d'esprit et d'invention à imaginer les moyens de ruse et de fraude qu'à rechercher la vérité. La raison en est simple; c'est que l'un donne moins de peine et plus de profit que l'autre. Faites que l'honnête homme, que l'homme laborieux, l'homme intelligent soit sûr de la récompense; faites au contraire que l'intrigue, l'envie, les passions basses ne soient pas encouragées; que la richesse amassée par des spéculations sordides ne puisse être accueillie, recherchée, honorée, et les lois répressives seront inutiles, ou elles serviront tout au plus à balayer les immondices des derniers étages du charlatanisme. Il faut donc viser plus haut. La loi organique de la médecine, il faut l'espérer, sera conçue dans cet esprit, et ses dispositions prohibitives et répressives n'en seront et n'auront besoin d'en être que des corollaires naturels et accessoires. Tout cela n'est pas nouveau, cher confrère; mais les faits de chaque jour excusent nos répétitions en prenant soin de leur conserver l'à-propos.

Un incident qui touche de bien près à ce qui précède est celui-ci:

Une femme philantrope, Mme de V.., vient de fonder, sous la protection de la *vierge Marie*, une maison spécialement consacrée aux soins à donner à la première enfance. Cette sainte dame n'a rien trouvé de mieux, pour faire accréditer sa maison et étendre sa clientèle, que d'adresser une circulaire autographiée aux médecins, avec un post-scriptum conçu en ces termes: « *Une remise de dix francs sera faite par personne.* » Ceci, remarquez-le bien, n'est ni imprimé, ni lithographié, mais écrit à la main et s'adresse bien à nos confrères. Je fus d'abord surpris et crus à une erreur; on me détrompa bientôt, et, en me détrompant, quelques confrères plus initiés que moi aux mystères de la profession ont paru aussi surpris de ma surprise que je l'avais été du post-scriptum de Mme de V... J'ai peine à vous expliquer toute ma pensée, tant elle est encore nouvelle et difficile à acclimater dans mon esprit. Si je ne comptais sur votre entière discrétion, je me garderais bien de vous dire jusqu'au bout ce que m'ont appris quelques amis à l'endroit de certaines pratiques médico-industrielles, dont la proposition sus-indiquée n'offrirait qu'un très modeste exemple. Suivant le respectable docteur A..., la sainte directrice de l'établissement voué à la vierge Marie en saurait plus que vous et moi là-dessus; c'est du moins ce que porterait à croire sa circulaire. Il est vrai, Dieu merci, qu'elle a dû se renseigner ailleurs que chez mes amis et les vôtres. Le docteur C..., qui était témoin de ma surprise et de mon incrédulité, m'a cité des faits et des noms propres. Ici, c'est un cancer enlevé de compte à demi; là, une pierre extraite ou broyée aux mêmes conditions; plus loin, c'est...... ; mais vous approuverez ma retenue; je craindrais de n'en pas dire assez ou d'en dire trop. La révélation de ces faits devra mettre en émoi certaine Société de chirurgie qui s'est instituée pour rétablir la *vérité dans la science et la moralité dans l'art*: nous nous empressons de les lui signaler; ils rentrent tout à fait dans ses attributions; d'aucuns même prétendent qu'elle serait en mesure de fournir des renseignemens tout particuliers; si elle s'en occupe, je vous tiendrai fidèlement au courant de ce qu'elle aura dit ou fait à cet égard. Elle profitera sans doute de la

tin, vers sa partie inférieure, puisque la coustipation existe depuis assez longtemps, qu'elle a toujours été en augmentant et qu'enfin la malade rend depuis deux mois environ, non sans beaucoup d'efforts, après tes lavemens, des matières rubanées, aplaties et entourées de glaires et de sang. En se rappelant aussi que les affections organiques du gros intestin, donnant lieu à la tympanite et à la rétention des matières fécales, out habituellement leur siége à la réunion de l'S iliaque et du rectum, nous pouvons espérer qu'il en est ainsi dans ce cas et que l'opération pourra être pratiquée sur le colon lombaire gauche. Mais il nous reste encore un moyen de lever nos doutes à cet égard. Il faut savoir quelle est la quantité de liquide qui peut être introduite dans l'intestin par une injection forcée donnée sous forme de lavement.

Disons, au reste, que l'indication de l'opératinn était bien évidente, mais qu'il n'y avait pas nne nécessité impérieuse à la pratiquer sans retard, l'état de la malade n'étant pas assez grave pour tirer parti d'une ressource, précieuse il est vrai, mais dont on ne doit se servir qu'après avoir reconnu que sans elle la mort est inévitable et prochaine. Et pourtant, il faut savoir tenir un juste-milieu entre l'empressement et la temporisation.

Le 29 juin, même état que la veille; nausées, mais pas de vomissemens. Les lavemens ont été continués, ainsi que les douches ascendantes avec l'appareil Bizet. Dans le liquide rendu, on ne trouve pas de matières fécales, mais un résidu de matière organique en morceaux et en détritus.

On essaie les lavemens forcés, non dans le but de chercher à vaincre l'obstacle, mais pour évaluer, par la quantité de liquide qui pourra être introduite, la hauteur à laquelle se trouve l'obstruction. De tous les signes qui peuvent éclairer le diagnostic sous ce point de vue, celui-ci est en effet le meilleur.

La malade étant placée les jambes à terre, le ventre appuyé sur le bord de son lit et le dos tourné de notre côté, un lavement a été introduit et gardé facilement; mais un second n'a pu être introduit entièrement, et bien qu'on serrât fortement avec les mains les fesses de la malade, le liquide s'échappait. On a constaté ainsi qu'un lavement et un tiers avec une *seringue ordinaire* constituaient la quantité de liquide reçue dans l'intestin et conservée quelques minutes.

La malade a rendu le lavement sans mélange de détritus et de matières; une partie du liquide introduit dans le rectum n'est pas ressortie, car, en comparant la quantité de liquide rendu avec la quantité de liquide introduit, on trouve qu'un tiers de cette dernière a disparu.

Les coliques et les douleurs ont été plus vives que les jours précédens.

Le 30 juin, même état. La malade demande avec instance à être opérée. La distension du ventre n'a pas augmenté, mais les coliques ont été parfois beaucoup plus vives que les jours précédens; il n'y a pas eu de vomissemens. Les douchés ascendantes et les lavemens n'ont amené aucun résultat.

La volonté de la malade étant formellement exprimée, et d'ailleurs l'inefficacité des moyens employés jusqu'ici étant bien démontrée, nous résolûmes d'avoir recours à l'opération le lendemain.

Mais, pour nous éclairer encore et fortifier nos idées, nous profitâmes du séjour momentané à Paris du célébre professeur Crampton (de Dublin) pour l'inviter à venir examiner la malade et nous donner son avis sur ce que ses lumières et sa longue expérience lui indiqueraient de faire dans un cas aussi obscur et aussi difficile.

Le 1er juillet se trouvérent réunis, chez Mme B..., MM. Crampton, Maccloughlin, Berthes de Gray, Sédillot, L. Boyer, Filhos, A. Amussat et Le Vaillant. Après avoir résumé les antécédens, M. Crampton examina la malade avec le plus grand soin et sous tous les rapports. L'exploration du ventre, la percussion ne lui indiquèrent pas qu'un point de l'abdomen, plutôt qu'un autre, fût le siége de la maladie. Le toucher par le rectum et par le vagin ne lui fit rien découvrir, non plus, qui fût de nature à indiquer, à préciser le siége et la nature de l'obstacle au cours des gaz et des matières. M. Crampton trouva que le col de l'utérus était abaissé et que le fond de cet organe appuyait sur le rectum, ce que nous avions déjà constaté différentes fois.

L'abdomen est distendu comme la veille. La mesure prise est exactement la même.

La malade est décidée à être opérée, et elle craint que la consultation qui va avoir lieu ne retarde ce qu'elle appelle le moment de sa délivrance.

M. Crampton, invité à donner son avis, se résuma en disant que si l'on doit, dans ce cas, pratiquer l'opération de l'anus artificiel, ce que son expérience personnelle ne lui permet pas de décider, parce que jamais il n'a fait cette opération dans des circonstances semblables, il ne faut pas attendre, dans la crainte de l'inflammation qui pourrait survenir dans les points malades de l'intestin et s'étendre au péritoine, résultats inévitables, si l'on n'agissait promptement, et qui ôteraient la possibilité de recourir à une opération qu'il approuve d'après les faits que nous avons publiés.

Les autres personnes présentes ayant unanimement partagé l'avis parfaitement motivé de M. Crampton, la question de l'opportunité de l'opération ayant été résolue, l'on discuta celle relative au point que l'on devait choisir pour établir l'anus artificiel.

Après avoir tenu compte, d'une part :

De la chronicité, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de la maladie qui a amené l'obstruction complète du tube digestif, état chronique démontré par la constipation, qui a toujours été en augmentant;

De l'extrême fréquence des rétrécissemens ou d'une lésion organique vers la fin de l'S iliaque, relativement aux cas où un obstacle a son siége dans d'autres points des intestins;

De l'absence des vomissemens de matières fécales, vomissemens ordinairement très fréquens dans le cas où une affection organique ou autre occupe les intestins grêles ou la partie supérieure du gros intestin;

Enfin, *de l'impossibilité d'administrer plus d'un lavement et un tiers*, ce qui tend à prouver que l'obstruction n'est pas très éloignée de l'anus;

D'autre part, en considérant les avantages d'un anus artificiel établi sur le colon lombaire gauche, avantages que je comparerai tout à l'heure aux inconvéniens d'un anus artificiel sur le colon lombaire droit..., il fut décidé que, malgré nos appréhensions fondées sur le peu de certitude du siége de l'obstacle qui pouvait être placé plus haut que nous le supposions, l'opération serait pratiquée sur le côté gauche.

Un lit de sangle assez élevé, placé au milieu de l'appartement, fut recouvert de matelas; la malade ayant été placée dessus, on l'engagea à se tenir couchée sur le ventre; et afin de faire saillir le plus possible les régions lombaires, on glissa sous elle plusieurs oreillers attachés ensemble.

Le côte gauche ne paraît pas plus proéminent que le côté droit.

Après avoir marqué avec des lignes à l'encre l'espace circonscrit en bas par la crête de l'os des îles, en haut par le rebord de la dernière fausse côte, en arrière par le bord externe de la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal, je pratiquai au milieu de cet espace une incision transversale de 3 à 4 pouces d'étendue, incision que j'étendis peu à peu en profondeur jusqu'à l'aponévrose du muscle transverse. Trois petites artères divisées pendant ce premier temps de l'opération furent tordues; puis j'incisai avec précaution l'aponévrose du muscle transverse; aussitôt un peloton graisseux s'échappa par l'ouverture faite à cette membrane, et se déploya comme une anse intestinale herniée. J'incisai en travers cette masse graisseuse, cette espèce de coque, et je vis une portion d'intestin rougeâtre et rénittente. Pour chercher à m'assurer si cette portion d'intestin appartenait bien au colon que je voulais ouvrir, j'explorai avec soin, minutieusement, les tissus voisins, et j'arrivai à constater qu'elle devait lui appartenir puisque le carré des lombes mis à découvert dans son bord externe avait le rapport que nous lui connaissons avec cet intestin. Cependant, je n'avais pas une entière certitude d'avoir affaire au colon. Mais en faisant éponger la plaie et en la nettoyant à l'aide d'un filet d'eau, j'aperçus en dehors, sur la portion d'intestin qui s'offrait à ma vue, un corps jaunâtre mobile, pendant les mouvemens respiratoires, placé sous le péritoine et paraissant s'arrêter à la limite de cette membrane.

J'hésitais encore à pratiquer la ponction de cette portion intestinale mise à découvert, bien qu'elle me parût, par sa position, par ses rapports avec les parties voisines, appartenir au colon lombaire; mais il m'était impossible d'acquérir la certitude que ce ne pouvait être que cet intestin et non pas une anse d'intestin

---

même occasion pour répondre d'une manière quelconque à la simple question que nous lui reposons pour la quatrième fois, au sujet du mémoire sur la myotomie rachidienne, lu devant l'Académie de médecine. Si vous vous le rappelez, l'auteur avait annoncé textuellement qu'une commission de la Société de chirurgie avait *vérifié* l'exactitude de tous les faits qu'il avait avancés. J'ai eu le plus vif désir de savoir *quand*, *comment*, *sur qui et par qui* cette vérification avait été faite. Il s'agissait de 24 bossues que ladite Société aurait examinées ou fait examiner par ses commissaires. Je n'ai pas eu encore la satisfaction d'une réponse quelconque. J'avais l'espoir qu'elle m'arriverait par une autre voie, par le rapport tant annoncé et si peu près de venir de la commission de l'Académie: même silence partout. A propos du rapport de la commission de l'Académie, comme il est à craindre, ainsi que je vous le disais dans une de mes précédentes lettres, qu'il reste toujours à l'état de projet, je crois de mon devoir de vous communiquer ce que j'en ai recueilli.

La commission composée de cinq membres renferme, comme vous savez, trois partisans du droit de visite, et deux opposans à ce système; système comparé assez durement par ces derniers, s'il vous en souvient, à un espionnage de police. Comme bien vous le pensez, la minorité s'est abstenue, et vous avez cru peut-être qu'après la réprobation presque unanime de l'Académie, la majorité se serait abstenue aussi. Point. Les partisans du droit de visite se sont mis en marche, et ils ont fait, je vous assure, courageusement la besogne. On peut sans indiscrétion dire ce qu'ils ont fait, car en gens parfaitement honnêtes et dignes, ils n'ont cru probablement faire que leur devoir et rien de plus. On peut diviser en trois catégories les résultats de leur visite. La première comprenant les malades chez lesquelles ils ont été accueillis et où ils ont pu exercer jusqu'au bout leur inspection vertébrale. La seconde comprenant les malades qui leur ont tourné le dos et sur lesquelles ils ont pu diagnostiquer, dans cet instant de révolution courtoise, l'état de la colonne par dessus les vêtemens. La troisiéme enfin comprenant les malades qu'ils n'ont pas vues, qu'ils n'ont pu voir, ou qui ont refusé de se prêter à ce scientifique passe-temps. Je ne vous dirai pas au juste jusqu'à quel point tes prévisions de MM. Adelon et Cloquet se sont accomplies; si l'Académie représentée dans la personne des commissaires a été suffisamment honorée; si on lui a offert des chaises, si on l'a reçue debout ou si on ne l'a reçue d'aucune maniére; si même on a eu l'impolitesse de lui fermer..... Mais je m'arrête. Il y a des détails d'une nature si délicate que les intéressés tiendront sans doute à les faire connaître eux-mêmes. Ce que je puis vous dire pourtant, parce que je crains que la modestie de ces messieurs ne les empêche de s'expliquer assez complétement, c'est qu'ils ont déployé un zèle au-dessus de tout exemple; ils n'ont épargné ni leur temps ni leur éloquence : « Nous sommes de l'Académie, médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux, professeurs à la Faculté de médecine, membres de l'Institut. Notre mission est une mission de science, de vérité et d'humanité. C'est dans l'intérêt de M. J. Guérin lui-même que nous venons. » Il y a eu des personnes assez malavisées pour ne pas les croire, et ne pas accepter cette déclaration avec le sérieux qu'elle commandait. Chez certains malades ils sont restés une demi-heure, chez d'autres une heure, et vous comprenez, hélas! que leur succès a été en raison inverse de la durée de leur visite. Voilà, cher confrère, une partie, et une partie seulement des petites révélations que je me permets touchant une affaire qui me donnera l'occasion de vous en faire

grêle; néanmoins, comme j'étais un peu rassuré par l'idée dans laquelle j'étais d'avoir vu les limites du péritoine en dehors, je me déterminai à traverser l'intestin avec une aiguille courbe enfilée d'un fil ciré, en arrière du point où je croyais que s'arrêtait le péritoine. J'enfonçai ensuite dans l'intestin un ténaculum à manche, et je l'incisai verticalement avec des ciseaux courbes, entre le fil et le ténaculum. Aussitôt, j'entendis un sifflement très fort produit par les gaz qui s'échappaient de l'intestin, et un instant après j'aperçus des matières fécales jaunâtres. Etant donc rassuré sur le résultat de l'opération, ou plutôt ayant atteint le but que je m'étais proposé, j'agrandis sans crainte, avec des ciseaux, l'ouverture faite à l'intestin, ce qui permit aux gaz et aux matières fécales de sortir facilement. La malade éprouva de suite un soulagement notable par le fait de cette évacuation. Enfin, pour terminer l'opération qui avait réussi au-delà de toutes mes espérances; car je redoutais de me trouver en face de difficultés beaucoup plus grandes que celles que j'ai rencontrées, difficultés et perplexités qu'on ne comprend bien que lorsqu'on les a éprouvées en pratiquant cette opération..., je fixai l'intestin à la peau, après l'avoir attiré dans la partie antérieure de la plaie, au moyen de trois points de suture entrecoupée.

Une injection, faite dans l'intestin par l'anus anormal artificiel que je venais d'établir, permit aux matières de s'échapper avec abondance.

Je n'ai pas cru devoir réunir par des points de suture la partie postérieure de la plaie, parce que dans un cas semblable, où j'avais agi ainsi, je fus obligé de désunir la plaie pour donner une libre issue au pus et aux matières qui séjournaient au-dessous.

Cette opération a été admirablement supportée par la malade qui a fait preuve d'un courage bien rassurant pour un opérateur. Remise dans son lit, après avoir été nettoyée, son pouls n'était ni plus faible, ni moins fort, ni plus accéléré qu'avant l'opération.

Le soir, calme parfait; il n'y a pas eu de vomissemens; des matières fécales en abondance sont sorties par l'anus artificiel.

Le lendemain 2 juillet, la nuit a été assez bonne, mais le sommeil a été presque continuellement interrompu par les pansemens qu'on a été obligé de faire à cause de la quantité énorme de matières fécales qui sont sorties par l'anus lombaire. La malade a ressenti quelques coliques; elle n'a pas eu de vomissemens; le ventre est souple, insensible à la pression et affaissé comme dans l'état normal; le pouls est à 80-85. Quelques heures de sommeil dans la matinée ont procuré à la malade, une satisfaction qu'elle n'avait pas éprouvée depuis dix ou douze jours. Elle nous dit, à cette occasion, que si elle n'avait pas eu d'enfans, elle se serait jetée par la fenêtre pour mettre un terme à ses horribles souffrances que rien n'avait pu calmer : elle ajoute que dans certains momens, oubliant sa famille, elle aurait voulu pouvoir saisir la petite fiole qui contenait le laudanum dont on mettait quelques gouttes sur les cataplasmes pour l'avaler et en finir avec son existence qui lui était devenue insupportable. Aussi attendait-elle l'opération avec une grande impatience. Sa fille nous dit qu'elle comptait les heures avant notre arrivée, comme s'il se fût agi pour elle d'un événement heureux.

Le 3 juillet, visage calme, pas de fièvre; il y a eu quelques heures de sommeil pendant la nuit. Coliques légères partant de l'hypogastre, contournant l'ombilic et venant se terminer vers l'anus artificiel et suivies immédiatement de la sortie de gaz et de matières fécales.

Ce fait est probablement produit par le mouvement antipéristaltique qui fait remonter les matières et les gaz de l'obstacle que nous supposons exister dans l'S iliaque jusqu'au colon lombaire gauche.

Le 4 juillet, pouls à 76 pulsations. Le ventre est aplati et insensible à la pression. La plaie est vermeille (elle avait été recouverte les jours précédens de charpie imbibée d'une décoction de kk) et offre le meilleur aspect possible. L'une des sutures s'est détachée. La malade a rendu, par l'*anus normal*, des gaz qui ont produit un bruit très fort.

Le 5, l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant.

Les jours suivans, il est sorti par l'anus normal des matières fécales, mais en petite quantité, ce qui n'a pas empêché les évacuations par la voie artificielle qu'il ne faut pas chercher à fermer, car le passage des matières par l'anus n'a été que temporaire et je n'ose espérer qu'il se rétablisse entièrement.

Aujourd'hui, trente jours après l'opération, la plaie est cicatrisée, l'anus artificiel est maintenu fermé par un bouchon de cire dans l'intervalle des évacuations. Enfin l'état actuel de madame B... fait espérer que l'opération qu'elle a subie aura un succès durable, puisque nous n'avons pas encore découvert de traces d'une affection organique capable de compromettre son existence.

Cette observation confirme tout ce que j'ai avancé déjà dans les différens mémoires que j'ai publiés sur le même sujet; elle m'encourage beaucoup, et elle doit encourager les praticiens à ne pas craindre de la répéter au lieu de laisser mourir les malades, comme on le fait encore trop souvent.

Le diagnostic de l'occlusion du gros intestin basé sur les antécédens, c'est-à-dire sur les vomissemens, sur la suppression des selles et des gaz, sur la sortie de glaires, de sang et de putrilage par l'anus est donc bien établi par tous ces signes.

Par conséquent, on peut désormais se fier à ce diagnostic, lors même qu'il n'y a aucun autre indice, c'est-à-dire absence de douleur, de tumeur et d'obstacle par le toucher, et le fait qu'on vient de lire est en faveur de la possibilité de préciser le diagnostic malgré les plus grandes difficultés.

Relativement au siége de l'obstacle, il ne suffit pas de savoir qu'il a lieu dans le gros intestin; il importe aussi beaucoup de s'assurer à peu près à quelle hauteur il se trouve, afin de se décider à opérer à gauche ou à droite.

On est souvent fort embarrassé pour s'assurer de ce fait; ni le toucher, ni la percussion, ni les douches, ni même les grandes sondes qui sont presque toujours illusoires et dangereuses ne peuvent résoudre la difficulté. Il reste encore un moyen que je n'ai pas encore employé, c'est la ponction exploratrice avec un petit troicart. Peut-être pourra-t-on employer ce moyen dans d'autres cas semblables si l'on reconnaît qu'il ne présente pas d'inconvéniens. Alors il faudrait pratiquer deux ponctions; l'une dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin. Ce moyen pourrait permettre d'atteindre et faire reconnaître dans quelques cas le siége d'une tumeur dans un des points du ventre, tumeur qu'il est impossible d'apprécier lorsque le ventre est ballonné et distendu à un certain degré par des gaz et l'accumulation des matières fécales. Mais dans ce cas ce moyen n'eût servi à rien, puisque le ventre étant affaissé son exploration ne fait reconnaître aucune tumeur.

Il en eût été de même dans un autre cas que j'ai publié.

Lorsque rien ne peut indiquer le siége précis de l'obstruction du gros intestin, le lavement administré avec le plus grand soin est le seul moyen que j'aie trouvé pour s'assurer à quelle hauteur se trouve l'obstacle. Du reste, les signes fournis jusqu'à présent par la quantité d'eau injectée dans le rectum et pouvant être conservée quelques instans par les malades ont été très concluans, et dans ce cas, comme dans les autres que j'ai publiés, ils n'ont pas été *trompeurs*.

Puisque sans aucun autre indice que le lavement, sans douleur, sans tumeur, sans obstacles, appréciables ni par le toucher, par le rectum et par le vagin, ni par la palpation, nous avons pensé que l'occlusion était dans la dernière portion de l'S iliaque, et que nous avons opéré avec succès dans la région lombaire gauche, nous pouvons en conclure que ce renseignement, c'est-à-dire le lavement, suffit pour se décider, en l'absence de tout autre, à opérer à gauche ou à droite; mais il faut être en garde sur l'administration du lavement, et le faire donner devant soi, avec le

---

d'autres. Jugez du reste par ce spécimen. Je ne suis pas très sûr que le reste arrive, et s'il arrive, cela ne paraît pas devoir être de si tôt; car, à l'heure qu'il est, vous avez dû lire dans les feuilles de votre département que l'un des membres du magnanime triumvirat se rend aux Pyrénées. Or il ne serait ni convenable, ni prudent peut-être, que le rapport fût fait en son absence. En attendant, l'auteur du mémoire ne perd pas de temps; il donne dans son journal les premiers bulletins des visites domiciliaires; il vante le courage et l'abnégation des visiteurs; il leur distribue des consolations et des couronnes. Tout cela serait fort innocent et très légitime assurément, s'il n'y joignait quelque chose que je n'ai pas besoin de qualifier, mais que les précédens dispensent d'appeler par son nom. Vous savez qu'on a opposé et qu'on opposera toujours aux allégations de l'auteur du factum académique, de n'avoir à citer que 24 cas de non guérison sur les 155 cas du relevé alors que ce dernier ne mentionne que 24 guérisons et reconnaît l'existence de 131 non guérisons. La difficulté était gênante; pour en sortir, l'habile homme a imaginé un expédient digne de ceux que vous connaissez. Il a imprimé (1) en chiffres bien conditionnés, caractères gras, que le relevé porte 52 guérisons. De 24, chiffre réel, à 52, chiffre supposé, la distance est assez grande; mais plus elle est grande, plus elle diminue celle des 24 non guérisons prétendues aux 131 non guérisons avouées du relevé. L'une des deux proportions gagne ce que l'autre perd. Les lecteurs du journal où ces innocentes substitutions se font finiront pour peu que cela continue par être tout à fait de l'avis de l'auteur du factum. D'autant plus que dans le même article, l'homme contre qui tout cela se poursuit avec une si rare persévérance est voué à l'anathème et placé sous les auspices du grand Escobar. Le moyen de soupçonner un homme qui en accuse si hardiment un autre! Tout cela cependant commence à s'user. La trame qu'on avait ourdie et lainée avec tant de soin se montre à nu. Vous le savez, nous ne sommes point de ceux qui grossissent la victoire quand elle vient à eux, quoique bien des gens prennent soin de la métamorphoser en défaite. Nous devons toutefois nous féliciter avec vous d'un incident qui nous a causé une satisfaction indicible, et qui doit en avoir causé fort peu à nos adversaires. Vous verrez au compte-rendu de l'Académie de médecine qu'il y a eu, mardi dernier, élection d'un nouveau membre dans la section de chirurgie. Parmi les candidats se trouvaient les deux apôtres du droit de libre discussion. A entendre leurs amis peu discrets, l'Académie devait, par une manifestation presque unanime, protester en faveur de ces deux victimes de la persécution judiciaire. L'auteur du factum sur la myotomie rachidienne devait surtout triompher d'emblée: on le lui avait dit de tout côté, et il l'avait fait répéter de même. O surprise! ô mécompte! ô déception! Quand le scrutin est venu, les fidèles ont manqué! Un autre a recueilli le fruit d'une guerre dont la toge académique devait être la récompense. Par un revirement magique, sur lequel il aura le temps de réfléchir, la majorité vaporeuse et idéale du matin s'est transformée l'après-midi en une minorité très réelle et très claire: et les deux astres de la critique libre, entourés de trois de leurs satellites, ne sont point parvenus, tous ensemble, à balancer la majorité qui a nommé M. Laugier au premier tour de scrutin. Vous savez que M. Laugier ne complait point,

(1) JOURNAL DE CHIRURGIE, cahier de juillet.

plus grand soin, c'est-à-dire avec toutes les précautions indiquées dans cette observation.

Relativement à l'opération, ce fait prouve qu'elle n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire et le craindre. Tous les temps, dans celle-ci, ont été aussi simples que possible; les *repères* ont été parfaitement exacts; ils ne nous ont point trompés.

Dans tous les cas, il est fort utile avant de se décider à attaquer l'intestin de laver et d'éponger avec soin la plaie, afin de pouvoir mieux observer les parties et chercher à distinguer l'espace celluleux ou intermédiaire aux deux replis du péritoine. En faisant faire des efforts au malade ou en pressant légèrement le ventre on pourra peut-être, comme dans ce cas, reconnaître le point où se réfléchit le péritoine.

L'ouverture de l'intestin est le point capital dans l'opération. Après avoir bien pris ses dimensions, je pense que pour la faire il vaut mieux tenir l'intestin avec deux ténaclum que de se servir d'un seul de ces instrumens et du fil qui a été placé préalablement.

Ainsi après l'incision de l'aponévrose du muscle transverse, le coussinet graisseux s'est montré et a fait hernie.

Après l'incision du coussinet graisseux, l'intestin a été aperçu immédiatement; mais il faut le dire il ne présentait pas les caractères distinctifs du gros intestin.

Enfin, après avoir lavé la plaie, une tache jaune, probablement l'épiploon ou une appendice graisseuse allant et venant par les mouvemens du ventre sous la réflexion du péritoine, nous a avertis du danger et le bord du carré nous a fixés sur le point précis où il fallait attaquer l'intestin.

Ici, nous avons pu facilement comparer les avantages de l'incision transversale que j'avais déjà proposée dans la RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS (p. 42) et que j'ai substituée définitivement à l'incision verticale proposée par Callisen. Sans elle, je n'aurais pas pu étudier aussi bien cette tache jaune, qui m'indiquait la limite du péritoine, éviter cette membrane et me diriger sans crainte. C'est donc là un avantage incontestable qui permet de voir, d'observer dans une plus grande étendue et de choisir le lieu où l'intestin doit être ouvert.

Dans ce cas, on a pu apprécier les avantages de la torsion des artères, puisqu'avec elle on se dispense d'un aide et on n'est pas obligé de se servir d'un fil. Avec des pinces, je me suis débarrassé promptement de l'écoulement incommode du sang.

C'est une ressource précieuse et infiniment préférable à la ligature sous tous les rapports, qu'il me soit permis de le dire encore à cette occasion. Tous les assistans ont pu apprécier l'avantage de manœuvrer seul et vite au fond d'une grande plaie et de pouvoir continuer l'opération sans être embarrasé par des fils toujours gênans parce qu'on cherche à les éviter.

Du reste, les artères lombaires sont peu redoutables surtout avec l'incision transverse qui permet de les épargner autant que possible. Rarement on est forcé de les tordre, et en général elles sont très petites.

Au premier abord, on pourrait croire que la plaie était trop grande en arrière, surtout en voyant l'anus artificiel placé fort en avant dans l'angle antérieur de la plaie; mais quand on réfléchit à l'importance de se guider sur le carré lombaire, on comprend pourquoi la plaie doit être étendue en arrière en longueur et en profondeur. Doit-on chercher à réunir cette partie de la plaie? Je ne le pense pas. parce que cette réunion serait difficile à pratiquer avec des sutures simples et parce qu'elle ne permettrait pas de nettoyer convenablement une plaie qui demande à être entretenue dans un état de propreté extrême.

Relativement aux sutures de l'intestin avec la peau, je crois qu'elles sont utiles pour amener l'anus artificiel dans l'angle antérieur de la plaie. Dans toutes les opérations que j'ai pratiquées, j'ai obtenu ce résultat, et pourtant les sutures, qui ne tiennent que trois ou quatre jours, n'empêchent pas la rétraction de l'intestin dans le fond de la plaie; mais ce temps est suffisant pour faire adhérer l'anus artificiel dans l'angle antérieur de la plaie.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples. La malade n'a pas eu de fièvre. Serait-ce parce que j'ai moins attendu pour opérer que dans tous les autres cas? Cela est probable; mais n'oublions pas que le péritoine n'a pas été ouvert, pour nous rendre compte de l'innocuité de l'opération de l'anus artificiel par mon procédé, mieux démontrée encore par ce dernier fait que par tous ceux que j'ai observés. Et cependant je craignais les suites de l'opération, dans un moment où il régnait à Paris une épidémie de fièvres graves et d'érysipèles.

Il faut ajouter encore, pour expliquer le calme et l'absence de fièvre, que la malade désirait ardemment l'opération, qu'elle l'a acceptée comme un bienfait..., et que le soulagement qu'elle en a obtenu a soutenu son courage et entretenu son état moral dans des idées on ne peut plus favorables au succès complet de toutes les opérations.

Plusieurs jours après l'établissement de l'anus artificiel, des gaz sont sortis par l'anus normal, et au bout de quelques jours la malade a rendu des matières fécales par cette voie.

On peut expliquer ce fait de deux manières: ou bien le rétrécissement organique gonflé à l'excès s'est dégonflé et a permis aux gaz et aux matières de passer au-dessous, comme cela arrive pour l'urine dans les cas de rétrécissemens de l'urètre; ou bien il s'est établi une voie latérale par la soudure des deux portions intestinales au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et par une ulcération au centre de cette soudure, de cet adossement; l'on conçoit qu'il en peut être ainsi, en examinant la pièce recueillie chez Talma, et en lisant la relation d'une observation que j'ai publiée dans mon deuxième mémoire sur l'anus artificiel.

Quoi qu'il en soit, je n'espère pas encore que les matières fécales reprendront leur cours par l'anus normal, et qu'il sera possible de supprimer l'anus artificiel. Aussi n'ai-je pas osé jusqu'à présent favoriser la tendance de la nature à rétablir la voie normale autrement que par de petits lavemens, parce que je crains de troubler le travail de la cicatrice et peut-être de nuire à mon opérée. Sans doute, les douches et les lavemens forcés pourraient seconder la nature en bouchant provisoirement l'anus artificiel

J'ai dit, dans le cours de cette observation, qu'il n'était pas indifférent d'établir l'anus artificiel sur le colon lombaire gauche ou sur le colon lombaire droit. Et d'abord, énumérons les cas dans lesquels on est forcé d'ouvrir une voie artificielle sur le côté droit: 1° quand on a la certitude que l'obstacle au cours des gaz et des matières fécales est situé à une grande hauteur dans le gros intestin; 2° lorsque l'on reste dans un très grand doute sur le siége de l'obstruction, malgré la quantité de liquide qui peut être introduite dans le rectum; 3° lorsque la maladie ayant été reconnue à gauche dans la dernière portion du gros intestin, on craint d'opérer dans le voisinage de parties déjà si disposées à l'inflammation.

---

comme chacun de ses cinq compétiteurs, parmi ses ouvrages, la fameuse lettre au SIÈCLE, et au nombre de ses titres, celui de membre de la société de chirurgie, et pourtant il a été élu.—L'avenir, a dit un saint Père, est gros de consolations; nous en souhaitons à tout le monde et à chacun de ces messieurs en particulier. Nous ne nous permettrons pas, vous le supposez, de féliciter l'Académie de ce qu'elle a fait. Fidèle à ses traditions d'honneur et de haute convenance, elle n'a songé et n'a dû songer qu'à elle-même, et elle s'est conduite en conséquence. Que cette seconde leçon profite à ceux qui en voudraient tenter une troisième.

Après l'élection académique, on n'a pas été médiocrement surpris d'entendre une lecture de M. Bally sur le choléra, ou choladrée lymphatique, comme il l'appelle. Le respectable membre veut à toute condition qu'on débaptise le fléau indien. Il y tient infiniment; car voilà plusieurs années qu'il s'est mis fort en peine pour cela. Si la choladrée lymphatique nous revenait, et M. Bally paraît avoir des raisons toutes particulières de le croire, nul doute que la dénomination plus douce, plus euphonique de choladrée ne causât moins de frayeur aux femmes et aux enfans. Mais la réputation du choléra est faite: il est si connu comme choléra qu'on aura une peine infinie à lui faire changer de nom. M. Bally trouverait plutôt le moyen de le guérir, ce qui ne manquerait pas d'être d'une certaine utilité.

Voici quelques nouvelles.

—M. D'Arcet, membre de l'Académie des sciences, vient de mourir. Avec cet estimable et laborieux savant s'éteindra sans doute la discussion sur la gélatine. Si ses idées n'ont pas eu tout le succès qu'il s'en était promis, on conservera du moins longtemps le souvenir de ses efforts, de sa modération et de sa persévérance. Il laisse un fils qui portera dignement son nom.

— Il existe dans Paris une industrie de date assez récente. Pour un prix honnête, on peut faire insérer dans les journaux étrangers, anglais, allemands ou italiens, une diffamation politique, scientifique ou littéraire: la diffamation scientifique coûte plus que les deux autres; elle est plus difficile et rapporte davantage. Comme dépendance de la même industrie, on dresse un nouveau genre de *bravi* italiens. Ils auront pour spécialité d'attaquer les honnêtes gens dans les journaux, dans les livres, voire même devant les académies. Des essais ont été faits déjà qui ont parfaitement réussi.

— Dans le dernier concours pour l'agrégation, un des concurrens avait adopté et voulait défendre les théories de la rétraction musculaire et de la transformation fibreuse des muscles rétractés. Pressé de fournir ses preuves et de faire connaître ses autorités, il citait J.-L. Petit et d'autres qui n'y avaient guère songé. Ces citations satisfaisaient peu l'opposant. Le partisan des opinions modernes poussé à bout: « Il y a des faits, dit-il; et des autorités que vous et moi connais» sons bien; mais je ne veux pas vous les nommer. » Et en effet, il avait des raisons graves pour cela: parmi les juges du concours siégeaient plusieurs hommes très peu partisans des doctrines de la rétraction et surtout de l'auteur de ces doctrines. On a trouvé généralement que le candidat avait fait preuve de tact et de prudence. C'est un de ceux qui ont été nommés.

— On vient d'imaginer, dans le grand duché de Hesse-Cassel, une machine nouvelle et éminemment confortable pour l'application du fouet. Cette invention témoigne de la haute sollicitude qu'on a dans ce pays pour les malheureux condamnés à ce genre de supplice. Jusqu'à présent, pendant l'exécution de la peine

Pour établir le diagnostic dans les deux premiers cas, les lavemens forcés doivent être employés en première ligne, et cependant ce moyen ne met pas à l'abri de l'erreur, parce qu'il existe des personnes atteintes d'une irritation chronique du gros intestin, qui, dans l'état ordinaire de leur santé, peuvent à peine recevoir un lavement entier. Or, si une obstruction de l'intestin survenait chez ces personnes, on ne pourrait pas conclure, de ce qu'elles ne peuvent recevoir qu'un seul lavement, que cette obstruction a son siége très près de l'anus; mais, en dehors de ces cas rares, si un malade atteint d'une tympanite et d'une interruption complète du tube digestif, ne peut recevoir qu'une petite quantité de liquide par le rectum, on est autorisé à penser, et jusqu'à présent les faits que j'ai observés m'ont confirmé dans cette idée, que l'obstacle n'est pas à une grande hauteur. De même que si, dans des circonstances pathologiques semblables, un malade peut recevoir plusieurs lavemens, on peut en conclure que l'interruption du canal digestif a son siége dans un point assez élevé.

Je n'ai pas besoin de dire que le diagnostic serait parfaitement établi si une tumeur avait son siége dans les régions occupées par la première portion du gros intestin, c'est-à-dire à droite ou dans le voisinage du colon transverse.

Enfin, dans le troisième cas, le diagnostic est facile à établir. Ainsi, par le toucher, par la palpation, par la percussion, on peut constater l'existence d'une tumeur qui se serait développée, soit dans la région lombaire gauche, soit dans la fosse iliaque, et qui aurait fini par obturer l'intestin. Mais si le ventre était ballonné, il serait difficile, sinon impossible, de reconnaître la présence de la tumeur, et alors le lavement forcé, indiquant à peu près la hauteur de l'obstacle, ne permettra pas d'opérer à gauche, dans un point trop rapproché des parties malades.

Lorsqu'on a été forcé d'opérer à droite par les raisons que j'ai indiquées, l'anus artificiel est suivi d'inconvéniens qu'on retrouve à un degré infiniment moindre lorsqu'il a été établi à gauche, et ces inconvéniens proviennent surtout de la grande étendue du mouvement antipéristaltique qui peut avoir lieu et que j'ai remarqué plusieurs fois. Ce mouvement, par lequel la portion du gros intestin, devenue inutile par le fait de l'opération, cherche à se débarrasser des matières fécales, qui, malgré l'ouverture artificielle, ont été entraînées par le mouvement péristaltique, est très douloureux; les matières s'accumulent, reviennent difficilement pour sortir l'anus artificiel; le colon transverse s'abaisse, et de ces causes, qu'on a beaucoup de peine à faire cesser par les purgatifs et par les lavemens, il résulte une gêne très grande pour les malades. J'ai même été obligé, dans plusieurs cas de ce genre, de débarrasser l'intestin des matières fécales, en les retirant avec une longue curette de bois. Il faudrait donc pouvoir, lorsqu'on a été obligé de faire l'anus artificiel du côté droit, établir un éperon capable de s'opposer à l'ascension des matières au-dessus du point où l'anus artificiel a été établi; mais jusqu'à présent je pense que les avantages présumés de cette opération secondaire ne doivent pas faire oublier les dangers que son exécution pourrait présenter. D'ailleurs l'intestin est attaché et fixé trop solidement à la paroi abdominale pour que l'on puisse compter sur la réussite de ce moyen.

Je pense donc, en résumé, qu'il faut y renoncer.

Jusqu'à présent l'anus artificiel établi chez la malade qui fait le sujet de cette observation ne présente aucune tendance à livrer passage à la muqueuse intestinale, ou, en d'autres termes, la muqueuse ne tend pas à s'invaginer. Chez les malades que j'ai opérées, je n'ai jamais observé cette disposition fâcheuse qui se rencontre très fréquemment à la suite des opérations par la méthode de Littre. Ainsi, M. Foullioux (de Brest), qui a vu la plupart des opérés de Duret et des autres chirurgiens de cette ville, m'a assuré qu'il existe chez tous une invagination plus ou moins grande. Peut-être cela tient il au procédé, et je me range à l'opinion de M. Foullioux, qui pense que l'intestin ouvert par le procédé de Littre étant flottant dans l'abdomen et fixé seulement à l'ouverture de la peau est placé dans des conditions qui permettent beaucoup plus facilement l'invagination que lorsque l'anus artificiel est établi sur un intestin solidement fixé à la paroi abdominale, comme le sont les colons lombaires. Telle me paraît être la seule cause de la différence à l'avantage de mon procédé..... J'ajouterai que les malades opérés par la méthode de Littre sont soumis à une incontinence presque complète des matières fécales, tandis que tous les malades que j'ai opérés ont été constipés et qu'ils ont éprouvé le besoin d'aller à la garderobe. Dans ces conditions, ils n'ont pas été un objet de dégoût pour eux-mêmes et à charge aux personnes qui les ont entourées, comme s'ils eussent été atteints d'une incontinence des matières fécales. L'ouverture étroite de l'intestin est aussi une circonstance qui empêche le passage continuel et involontaire des matières.

En résumé, c'est la neuvième opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée par mon procédé, c'est-à-dire par l'incision transversale de la région lombaire pour ouvrir les colons sans intéresser le péritoine; trois fois sur des enfans, six fois sur des adultes. Les enfans étaient atteints d'imperforation de l'anus, et j'ai opéré à gauche avec succès; les adultes étaient atteints d'obstruction du tube digestif, trois fois j'ai opéré à gauche, trois fois à droite.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE PATHOLOGIQUE SUR L'INTESTIN COLON LOMBAIRE.

Après la relation du fait que je viens de lire, je vais avoir l'honneur de vous soumettre quelques considérations d'anatomie pathologique chirurgicale qui fortifient complètement les idées sur lesquelles repose l'opération.

Dans les différens mémoires que j'ai publiés sur ce sujet, j'ai seulement indiqué le point capital, c'est-à-dire la distension de l'intestin par la maladie qui exige l'opération; mais aujourd'hui, après avoir rassemblé tout ce que je possède sur l'anatomie pathologique chirurgicale, c'est-à-dire sur l'état du colon lombaire et ses rapports dans les cas d'obstruction du gros intestin, je puis compléter la démonstration de ce fait et l'établir sur des bases plus certaines encore, sur des résultats d'autopsie d'adultes et d'enfans morts de tympanite stercorale.

Longtemps on a pensé que l'espace celluleux du mésocolon lombaire gauche était trop étroit et trop variable pour permettre de tenter d'ouvrir l'intestin de ce côté; il est juste de dire que les essais infructueux de Callisen et de Duret (de Brest), et l'examen trop superficiel des chirurgiens qui se sont occupés de cette question avaient accrédité cette erreur, qui provient essentiellement de ce que les colons lombaires ont été examinés étant vides. Déjà, en 1838, dans la relation de la maladie de Broussais (p. 43), j'avais insisté sur ce point important.

Des études d'anatomie chirurgicale m'ont conduit à trouver l'idée capitale, c'est-à-dire un large espace celluleux dépourvu de péritoine; j'ai dé-

---

du fouet, peine que les lois du pays prononcent dans un très grand nombre de cas, le patient était attaché à un poteau, ce qui offrait de grands dangers; car le patient n'étant pas contenu dans une position tout à fait immobile, au moindre mouvement qu'il faisait, les coups, au lieu de tomber sur le dos, atteignaient des parties du corps où ils pouvaient occasionner des lésions fort graves. Voici l'*ingénieux* instrument que le gouvernement vient de substituer à l'ancien.

Cet instrument consiste dans une grosse poutre creusée en quelque sorte comme un moule qui servirait à former la statue d'un homme en demi-relief, c'est-à-dire qu'il y a des cavités destinées à recevoir la tête, le cou, le torse, les bras, les jambes et les pieds. Ces cavités sont de différentes profondeurs; celle du torse est, proportion gardée, beaucoup moins profonde que les autres, de façon que, lorsque le patient est placé dans l'instrument, son dos, sur lequel les coups de fouet doivent porter, se trouve fortement en saillie, tandis que la tête, le cou et les extrémités se trouvent sur un plan de beaucoup inférieur. Toutes les cavités sont *rembourrées*. Le patient est retenu immobile dans l'instrument par des bandes de fer qui lui passent sur la nuque, sur les reins, sur les jarrets et sur le bas des jambes.

Cette machine pourra concourir avec succès pour les prix Montyon, section des arts insalubres.

— Le JOURNAL DE BÉZIERS rapporte ce qui suit :

« M. le docteur ... revenait de ses visites à une heure avancée de la nuit. Tout à coup, dans une rue obscure, il est accosté par deux individus qui réclament les secours de son art; il les suit sans hésiter. Arrivés devant un hôtel, on frappe doucement à la porte, elle s'ouvre, le docteur entre; on lui fait jurer sur son honneur de garder le secret le plus inviolable sur le nom de la jeune dame qu'il va délivrer. Introduit auprès d'elle, il recueille bientôt un enfant, sans que la mère pousse un cri, fasse entendre une plainte. Le docteur donne ses prescriptions, on le ramène. Deux jours après, il se rend à la mairie pour déclarer la naissance. L'officier de l'état civil crut que l'acte était entaché d'un vice comme ne portant ni le nom, ni le domicile de la mère.

» M. le procureur du roi est averti; on mande le docteur à l'Hôtel-de-Ville. Il soutient qu'en déclarant la naissance il a rempli le vœu de la loi et qu'il n'est tenu à rien de plus. On lui objecte que l'enfant n'a pas été présenté, il promet de le faire reconnaître par l'un de MM. les adjoints. Le même jour, à dix heures du soir, un adjoint et M. le docteur, par une pluie battante, se trouvaient sur le chemin de Villeneuve; bientôt, ils voient briller dans le lointain une petite lumière qui s'approche rapidement. — C'est la voiture, dit le docteur. En effet, une chaise de poste arrive, le docteur s'avance, des mains inconnues lui remettent un enfant; à la lueur de la lanterne, l'adjoint voit la plus jolie petite créature qui se puisse imaginer. Elle était couverte de dentelles. Il reconnaît une toute petite fille; on rend l'enfant, et la chaise de poste s'éloigne.

» Cette affaire a été soumise à M. le procureur-général à Montpellier. On attend avec impatience sa décision pour poursuivre le docteur, dont la belle conduite ne se démentira pas. En effet, le docteur a persisté dans son honorable résistance. »

— Il a été trouvé ces jours derniers sur les quais un petit volume, écrit en latin, et intitulé : DE VIRGINITATE RESTAURANDA. On y traite avec détails d'un art fort en usage chez les Romains. C'est une spécialité qui était perdue. Avis à

montré ce fait d'abord par l'insufflation de l'intestin, par le succès de mes opérations et aussi par des faits d'anatomie pathologique.

J'ai montré, dans une planche que je mets sous les yeux de l'Académie, l'intestin colon lombaire gauche d'une femme qui a succombé, sans avoir été soumise à aucune opération, quarante-six jours après une interruption complète du tube digestif, causée par un cancer de la partie inférieure de l'S iliaque. Le colon étant fortement distendu, l'espace dépourvu de péritoine en arrière est très large, et l'opération de l'entérotomie lombaire par mon procédé aurait pu être pratiquée facilement et avec succès.

Chez les enfans imperforés, la distension du colon lombaire gauche par le méconium et par les gaz développe, comme sur l'adulte, l'espace celluleux en proportion du volume qu'acquiert l'intestin distendu.

J'ai en l'honneur de présenter à l'Académie plusieurs dessins représentant les gros intestins d'enfans morts par suite d'une imperforation du tube digestif, et j'ai constaté le fait que je viens de signaler.

C'est donc un résultat constant fourni par l'anatomie chirurgicale, et qui confirme la possibilité de l'opération sans ouvrir le péritoine, même chez les enfans.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les principales objections qui m'ont été adressées dès le principe de mes idées sur l'établissement d'une voie artificielle dans la région lombaire.

Ainsi, sans tenir compte du fait de la distension de l'intestin, lorsque l'opération est indiquée, on me disait que le méso-colon lombaire était si variable qu'on ne pouvait sans témérité tenter d'ouvrir l'intestin par sa face postérieure.

De même pour la possibilité de la lithotripsie avec des instrumens droits; sans s'arrêter à mes objections sur la manière vicieuse de constater la direction de l'urètre en insufflant la vessie et le rectum, on me disait qu'on ne pouvait sans témérité introduire des instrumens droits dans un canal recourbé en S, et on me renvoyait aux pièces des cabinets d'anatomie de l'école.

Mais il existe encore un autre point d'analogie entre les objections adressées à ces deux opérations, c'est qu'après avoir été obligé d'accepter mes idées sur l'adulte, on s'est retranché sur les enfans et pour la lithotripsie et pour l'entérotomie lombaire.

Et qu'il me soit permis de faire un rapprochement curieux. C'est en désinsufflant la vessie et le rectum, que l'on distendait toujours, que j'ai été conduit à démontrer qu'on pouvait introduire les brise-pierres droits dans la vessie; et c'est, au contraire, en insufflant les gros intestins que j'ai établi la possibilité d'ouvrir les colons dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine.

Enfin, pour la vessie, on n'avait pas calculé l'impossibilité de la distendre par l'injection ou l'insufflation, afin de favoriser la *cystotomie sus-pubienne*, parce que, dans le plus grand nombre des cas où l'on pratique cette opération, la vessie est dure et hyperthrophiée.

Pour le colon, au contraire, on n'avait pas compté sur l'effet inévitable de la maladie, qui produit naturellement ce qu'on pouvait désirer.

Le point essentiel étant établi dans cette note, c'est-à-dire l'espace celluleux étant constant lorsque l'opération est indiquée, il ne me paraît pas nécessaire d'insister sur l'anatomie chirurgicale que j'ai traitée dans un autre mémoire; qu'il me suffise de dire seulement que l'anatomie chirurgicale extérieure à l'intestin est invariable et qu'elle ne change pas : les rapports sont les mêmes; il suffit de se rappeler la dernière côte, la crête iliaque, l'aponévrose postérieure du transverse, le coussinet graisseux et le bord externe du carré lombaire, pour se diriger sur le point de l'intestin que l'on doit ouvrir.

Relativement à l'opération, je l'ai suffisamment indiquée dans mes précédens mémoires; cependant je tiens encore à insister ici sur le temps le plus important et le plus embarrassant, c'est l'ouverture du colon lombaire; puisqu'il faut se décider à l'attaquer sans avoir d'autre certitude que celle qui résulte de sa position constante, et je dois le dire rien n'indique positivement que c'est bien le gros intestin, je n'ai trouvé jusqu'à présent aucun caractère distinctif. Cependant la remarque que j'ai faite sur ma dernière opérée, c'est-à-dire l'observation d'une tache jaune qui indique la réflexion du péritoine en dehors de l'intestin, me paraît d'une grande importance et pourra, j'espère, se représenter dans des cas analogues.

Du reste, neuf fois déjà j'ai réussi sans ouvrir le péritoine et deux fois sans que l'intestin fût distendu. La première fois sur M. T..., mon deuxième opéré, l'intestin était contracté. La deuxième fois, sur la malade qui fait le sujet principal de cette lecture, il n'y avait qu'une demi-distension.

Le danger d'ouvrir le péritoine est incontestable dans toutes les opérations que l'on pratique sur l'abdomen. Il suffit du reste de comparer les résultats obtenus par le procédé de Littre et par le mien pour s'en convaincre.

J'ai opéré neuf fois par mon procédé, six fois sur l'adulte et trois fois sur les enfans; deux malades sont morts dix jours après sans avoir éprouvé d'accidens de péritonite, tandis que presque toujours, après le procédé de Littre, il s'est développé, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, des accidens inflammatoires du côté de cette membrane séreuse, et cela se conçoit puisque, par ce procédé, le péritoine est ouvert deux fois.

Une autre preuve plus concluante et qui prouve mieux encore le danger d'ouvrir le péritoine m'est fournie par J. L. Petit. Ce grand chirurgien raconte franchement qu'il a tenté trois fois, presque malgré lui, la cure radicale des hernies par la simple incision du sac. Deux malades sont morts de la péritonite, et le troisième lui a donné de sérieuses inquiétudes; il cite aussi quelques autres faits analogues.

Il est donc incontestable qu'il y a un très grand avantage à pouvoir éviter la lésion du péritoine dans une pareille opération. Aussi je pense que le procédé que j'emploie sera définitivement admis dans la science, et j'espère que désormais les praticiens au lieu de laisser mourir les malades affectés d'obstruction du gros intestin; au lieu de dire que la maladie est au-dessus des ressources de l'art; au lieu d'éviter de se donner la peine de recourir à un moyen hardi..., j'espère que les chirurgiens s'empresseront de pratiquer l'opération que je propose, puisqu'il est démontré maintenant qu'on n'a pas à craindre d'ouvrir le péritoine.

En comparant l'opération de l'anus artificiel avec l'opération de la hernie étranglée, on peut arriver à des rapprochements utiles.

On trouve d'abord que les indications sont les mêmes, puisque l'une et l'autre de ces opérations sont réclamées par une occlusion du tube digestif.

L'opération est indispensable dans les deux cas, c'est le *sine quâ non*, c'est vivre ou mourir. On est donc aussi coupable dans un cas que dans

---

ceux qui voudraient la faire revivre : les occasions ne manqueraient peut-être pas plus aujourd'hui qu'autrefois.

— Parmi les motifs qu'on a fait valoir auprès du conseil général des hôpitaux, pour obtenir la suppression du cours sur la chirurgie sous-cutanée, on a allégué le suivant : on a prétendu que le professeur avait l'intention de faire l'opération césarienne. On sait que les sujets, garçons et filles, admis à l'Hôpital des Enfans doivent être compris entre l'âge de 2 à 15 ans. On a des raisons de croire que la terreur provoquée par cette révélation n'a été pour rien dans la décision prise par le conseil.

— On s'attache aux gens pour le bien qu'on leur fait. Cette maxime, déjà ancienne, était regardée comme incontestable. On change tout cela aujourd'hui, comme du temps de Molière on avait mis le foie à gauche et la rate à droite. Voici comment il convient de dire : « On aime d'autant plus les gens qu'on leur fait plus de mal. » Cette amitié d'un genre neuf et imprévu est professée et appliquée avec une distinction toute particulière par M. V... Vous vous souviendrez d'avoir lu dans le compte-rendu de la discussion soulevée à l'Académie à l'occasion de la dernière motion orthopédique, que le savant académicien nous gardait au fond du cœur, malgré quelques apparences contraires, une amitié tendre. Beaucoup parurent surpris de cette déclaration. Le tout est de s'entendre. Si on avait connu la théorie de M. V... aussi bien que sa pratique à l'endroit des sentimens du cœur, on aurait été moins étonné de ses penchans pour nous. Nous pouvons l'assurer ici d'une complète réciprocité.

Cher confrère, je termine cette lettre, déjà bien longue, par une observation chirurgicale du plus haut intérêt.

Un jeune homme entre à l'Hôtel-Dieu : « Ce sujet, dit le professeur, a une » exophthalmie (exophthalmos) à l'œil gauche, produite très *probablement* par » la présence d'une tumeur dans le fond de l'orbite, qui repousse le globe oculaire en avant, et, comprimant en même temps le nerf optique, donne lieu à la » perte de la vue; car cet œil, quoique en apparence *intact et sain dans ses* » *élémens constitutifs*, est tout à fait dépourvu de la faculté de voir... Quelle » peut être la nature de cette tumeur intra-orbitaire? Il est *difficile de le pré-* » *voir*. Peut-être ne sera-t-elle pas de nature maligne, et pourtant on ne pour- » rait l'extraire sans enlever en même temps l'œil. Je regrette beaucoup, ajoute » le professeur, d'avoir à *sacrifier un organe si important* que celui-ci, et qui » a l'apparence d'*être sain*; mais je ne *saurais* comment remédier à cette » exophthalmie d'une autre manière. » — L'opération est pratiquée avec la prestesse qu'on se plaît à reconnaître chez le chirurgien; il enlève l'œil jusqu'à la racine du nerf optique, fait le pansement et continue ses réflexions comme il suit : « Avant de procéder à l'opération, la pensée m'était venue que peut-être » *on pourrait* enlever la tumeur *sans toucher* à l'œil, et qu'ainsi on aurait » laissé cet organe à sa place pour servir, sinon pour voir (car je ne croyais pas » possible de lui redonner la vue), du moins comme un simulacre, ou comme » moignon sur lequel on pourrait appliquer un œil artificiel. Certes, la position » du malade aurait été *meilleure* qu'elle *n'est maintenant* avec l'orbite vide. » Mais j'ai pensé que ces avantages, *assez grands* pour *une personne* du » monde intéressée à masquer une difformité, auraient été *minimes* pour notre » malade, *destiné à vivre à la campagne*. D'ailleurs, l'extirpation de la tu- » meur isolée, en conservant l'œil, aurait présenté, *tout en étant possible*,

l'autre, en laissant succomber les malades dont la vie peut être prolongée par l'opération.

Dans la hernie étranglée, il n'y a pas de temps à perdre; la gangrène arrive vite quelquefois, mais cet état peut amener la guérison du malade par l'établissement spontané d'un anus artificiel qu'on cherche à fermer plus tard.

Pour l'étranglement interne, on ne doit guère compter sur les ressources de la nature, car il est bien rare que l'obstacle cède ou qu'il établisse une voie latérale.

Relativement à l'opération, celle de la hernie est mieux indiquée, moins embarrassante. L'espace dans lequel on doit agir est bien limité, bien circonscrit, tant par la tumeur que par l'ouverture qui a livré passage à l'intestin.

L'entérotomie lombaire présente beaucoup plus d'incertitudes; elle n'est pas aussi nettement indiquée ni aussi urgente; l'opération est en elle-même plus embarrassante sans aucun doute; mais aussi elle est moins dangereuse que celle de la hernie étranglée parce qu'on n'ouvre pas le péritoine.

En résumé, je crois avoir démontré par la triple voie de l'expérimentation, de l'anatomie chirurgicale pathologique et du résultat heureux de mes opérations, que le fait de la possibilité d'ouvrir le colon lombaire sans pénétrer dans le péritoine est maintenant établi d'une manière incontestable.

Je puis en outre ajouter que l'entérotomie lombaire a été tentée avec succès par plusieurs chirurgiens français et étrangers. Cette opération, qui est aussi indispensable que celle de la hernie étranglée, puisque l'une s'applique aux étranglemens internes, tandis que l'autre s'applique aux étranglemens externes, me paraît devoir être placée parmi les opérations les plus urgentes que les chirurgiens sont appelés à pratiquer lorsque toutes les ressources de l'art ont été employées infructueusement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN CAS DE RAGE CHEZ L'HOMME; communiquée par M. le docteur ACHILLE CHEREAU.

OBS. — M. M..., entrepreneur de peinture pour bâtimens, âgé de 35 ans, d'une stature de 1 mètre 83 centimètres environ, d'une constitution vraiment athlétique, fut mordu par son chien vers les derniers jours d'avril 1844, dans les circonstances suivantes.

Ce chien, jeune encore (5 ou 7 mois), appartenant à la race dite des chiens-loups, était d'un caractère irascible, ne se laissant approcher par aucun étranger; il était ordinairement attaché par une chaîne dans la cour attenant à la maison. Il n'avait du reste jamais présenté aucun des caracteres propres aux chiens atteints de l'affection rabique, et, lorsqu'il mordit son maître, il n'offrit que des signes de simple excitation amenée sans doute par l'imprudence que commit ce dernier de jouer avec lui et de lui serrer le museau entre les doigts. Ce fut alors que ce chien mordit M. M... à la partie dorsale de la main droite et lui fit là cinq ou six plaies contuses qui ne furent point cautérisées et qui guérirent néanmoins en peu de temps.

Je dois faire remarquer aussi que le concierge de la maison avait été mordu la veille, mais très légèrement, par le même chien.

Furieux de ce que son chien l'avait mordu, et poussé du reste par la crainte que l'animal inspirait aux personnes qui venaient dans la maison, M. M... ordonna à son concierge de s'en défaire en le perdant, ce qui fut exécuté aussitôt. Il paraîtrait que ce chien revint bientôt aboyer devant la maison, où il resta pendant une heure environ, et finit par s'éloigner pour ne plus reparaître. Une personne de la famille de M. M... m'a affirmé avoir rencontré le dimanche 9 juin, c'est-à-dire plus de quarante jours après son éloignement de la maison, une personne tenant en laisse ce même chien. Mais je dois ajouter que ce dernier fait est douteux.

Ces détails étaient, selon nous, nécessaires, et ils conduisent tous à faire admettre que l'animal n'était point atteint de la rage au moment où il mordit son maître, ou au moins, *bien certainement*, ne présentait point les signes propres à cette terrible affection.

Depuis l'accident jusqu'au 9 juin, c'est-à-dire dans un espace de quarante-deux à quarante-quatre jours, le blessé n'offrit rien de particulier, à l'exception d'un accès de frissons (20 mai), qu'il crut être une attaque de fièvre intermittente. Il vaquait à ses affaires comme de coutume, ne s'occupait plus de sa blessure, ne changea point ses habitudes ordinaires; le moral était bon, les digestions s'effectuaient très bien; rien, en un mot, ne pouvait faire présager l'horrible catastrophe qui conduisit au tombeau un homme plein de santé et de vie il y a quelques instans, d'une intelligence peu commune et d'une activité exemplaire.

Dimanche, 9 juin. M. M... se lève en bonne santé; il déjeune comme à son ordinaire, n'offre rien de particulier et va dîner chez un de ses parens à Montmartre. Là il se plaint, vers le soir, de céphalalgie, de pesanteur de tête, et compare l'état dans lequel il se trouve à celui d'un homme ivre; les tempes étaient boursoufflées (c'est l'expression de l'un des parens), la figure rouge, vultueuse, injectée. Appelé immédiatement, M. le docteur André ramène lui-même le malade à son domicile à Paris, et, reconnaissant les symptômes d'une congestion cérébrale, il pratique une large saignée du bras.

La nuit du dimanche au lundi fut, à ce qu'il paraît, très agitée; mais il y eut un peu de sommeil, et, chose remarquable, le malade se plaignit de *secousses* qu'il ressentait dans les membres.

Lundi, 10 juin. M. Mélier est appelé à six heures du matin. Connaissant déjà la circonstance de la morsure, et voyant que le malade éprouvait du spasme à la gorge, l'impossibilité d'avaler une goutte d'eau, et de la suffocation, ce praticien distingué conçoit des inquiétudes sur la nature du mal qu'il a devant les yeux. Il revient à une heure, fait part alors de ses craintes à toute la famille, et fait prendre un bain entier, une potion calmante et des révulsifs aux extrémités inférieures. Le malade *se plonge avec plaisir dans le bain*. A cinq heures du soir, nouvelle visite de M. Mélier, qui trouva un peu de calme amené sans doute par le bain; celui-ci est répété. Mais ce calme ne fut que de courte durée, les accidens acquirent plus d'intensité, la suffocation devint plus imminente, le spasme, l'étranglement augmenterent, la face était gonflée, rouge, vascularisée, ce qui nécessita dans la nuit, à deux heures du matin, une saignée du bras.

Mardi, neuf heures du matin. Même état. Convaincu de plus en plus qu'il avait affaire à un cas de rage, et connaissant l'insuffisance de tous les moyens que l'on avait mis en usage en pareil cas, M. Mélier aurait voulu soumettre le malade à l'action de l'ammoniaque, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; mais cet agent déterminant, lorsque les émanations parvenaient jusqu'à la membrane olfactive du patient, une exacerbation considérable des accidens, on fut obligé d'y renoncer. M. Mélier provoque une consultation, et amène avec lui M. Magendie, qui exprime des doutes sur la nature rabique de la maladie.

Enfin, à partir de cinq heures du soir, les symptômes deviennent de plus en plus intenses, et M. Mélier étant absent de chez lui, l'on vient requérir mes soins en toute hâte vers sept heures dans la soirée. Je suis alors témoin du tableau suivant:

Le malade est cramponné aux persiennes de la fenêtre, qui sont liées ensemble par mesure de sûreté, et qu'il ébranle avec force, en manifestant de temps à autre l'intention de se précipiter dans la cour. Le teint blême, mat, les yeux brillans, secs, saillans et roulant dans leurs orbites; il tient dans sa main une

---

» d'assez grandes difficultés...., de sorte que, tout bien considéré, j'ai cru plus » *convenable* d'agir comme je l'ai fait, en sacrifiant un organe qui d'ailleurs ne » pouvait plus servir à l'usage auquel il est destiné par la nature. »

EXAMEN DE LA TUMEUR. « Quelle sera, continue le professeur, la nature de la » tumeur que nous avons sous les yeux? il est *difficile* de répondre à cette » question. Si nous devons nous en rapporter aux renseignemens fournis par le » malade, qui nous dit n'avoir pas souffert de douleurs bien vives, de ces dou» leurs lancinantes qui, comme vous savez, sont propres à l'affection cancé» reuse, nous *serions portés à croire* que la tumeur *n'est pas mélanique;* » du reste, quand on examine la tumeur coupée en deux, on n'y distingue » *rien positivement qui ressemble au cancer.* »

Le petit malade succomba quelques jours après l'opération, avec tous les symptômes d'une méningo-céphalite. L'autopsie, faite le lendemain, offrit les particularités suivantes; je cite toujours d'après la leçon et l'observation publiées. « Le point important à reconnaître, c'était l'état où se trouvait le nerf optique » qui avait été coupé; eh bien! on le trouva *avec toutes les apparences de » l'état normal.* » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 6 août 1844, p. 362.)

Si vous avez suivi avec attention, cher confrère, les détails de cette curieuse observation, vous avez dû être frappé de la multiplicité des points de vue qu'elle offre à considérer. Je me garderai de les aborder tous: votre sagacité suppléera à mon silence. Mais je ne puis m'empêcher d'admirer avec vous la prévoyance rare du professeur qui s'est aperçu, l'œil sur la table, qu'il aurait pu se dispenser de l'enlever; la finesse d'analyse avec laquelle il a caractérisé la différence des indications chez le citadin et l'homme de la campagne; enfin la sûreté de diagnostic qui lui avait fait voir avant l'opération que l'œil était sain, que la tumeur n'était point de mauvaise nature! Comme toutes ses prévisions ont été merveilleusement vérifiées! N'était le prix toujours regrettable, auquel tant de choses précieuses ont été achetées, on n'aurait que des actions de graces à lui rendre. Je n'ai pas besoin de vous nommer l'auteur, vous le reconnaîtrez à ses œuvres; vous le reconnaîtrez surtout au désintéressement avec lequel il laisse publier ses revers, ce dont il vient d'être justement loué dans une excellente brochure de M. le professeur Bouisson *sur les succès et les revers en chirurgie.* C'est un genre de mérite que personne ne lui conteste, et vous savez que les occasions de le produire ne lui manquent pas; il en a presque le privilége; je dirais même que c'est sa spécialité, si je ne craignais de le heurter à l'endroit de ses antipathies bien connues contre le spécialisme. Toujours est-il que la franchise et le désintéressement avec lesquels notre célèbre confrère publie ses insuccès est une source d'enseignemens aussi nombreux que variés. Vous venez d'en avoir un échantillon.

Excusez-moi, cher confrère, de vous avoir autant parlé pour vous dire aussi peu de choses; je serai plus court quand j'aurai plus de choses à vous dire. *Vale.*

— Le choléra a éclaté à Bombay; il y a eu 149 décès du 1er au 13 mars.

petite bouteille en verre, à large ouverture, remplie d'eau, et qu'il porte sans cesse à ses lèvres; l'introduction dans la bouche d'une simple *gorgée* du liquide produit des accès épouvantables; la suffocation augmente considérablement, la poitrine est haletante, le malade marche à grands pas dans sa chambre, demande de l'air avec instance et accuse ses parens qui, effrayés, n'osaient pas entrer, et, se tenant dans la cour, étaient témoins de cette scène.

A mon arrivée, et au seul nom de médecin, le malade se calma beaucoup, et je pus l'observer à mon aise: le pouls était vif, petit, accéléré, donnant justement 120 pulsations à la minute; la face pâle exprimant l'anxiété, la déglutition horriblement difficile ou plutôt impossible, sensation de constriction à la gorge, de chaleur à la bouche, quelques frissonnemens sous l'influence d'un bruit quelconque, impatience par la moindre cause; et cependant le malade raisonne parfaitement bien; il répond exactement aux questions qu'on lui adresse et s'occupe même de petits détails domestiques peu en rapport avec l'état d'exacerbation dans lequel il se trouve. Percutée et auscultée avec soin, la poitrine ne m'a rien offert de particulier, et le murmure respiratoire s'entendait clairement, sans aucune altération, dans toute l'étendue des deux poumons.

Il est à remarquer que ces divers symptômes n'avaient pas toujours la même intensité et revenaient par accès; il y avait même des intervalles, bien courts à la vérité, de rémission presque complète des accidens.

Je prescrivis la potion suivante, à prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Prenez :	Extrait thébaïque........	20 centigr.
	Eau distillée de laitue......	80 grammes.
	Sirop de sucre............	40 —
	Liqueur d'Hoffmann	12 gouttes.

9 heures du soir. Consultation entre MM. Mélier, Renouard et moi. Il est décidé que l'on continuera l'usage des opiacés, que l'on appliquera des sinapismes aux mollets et que l'on frictionnera la poitrine avec la pommade de Gondret. Je suis désigné pour passer la nuit auprès du patient.

10 heures. Le malade, qui a pris environ un tiers de la potion précédente, est moins agité; la suffocation est moins imminente, et il n'y a véritablement pas d'accès proprement dits caractérisés par une excitation générale, et tout cet ensemble de symptômes formidables que l'on observe ordinairement dans l'affection lyssique. Il éprouve continuellement le besoin irrésistible d'humecter la bouche, et comme la déglutition des liquides à larges gorgées est de toute impossibilité, on attache à l'extrémité d'une plume à écrire une petite éponge enveloppée d'un linge fin, et, au moyen de cet instrument improvisé qu'il plonge dans un verre contenant de la limonade, le malade s'humecte sans cesse la bouche. C'était affreux à voir ce malheureux, tenant d'une main son verre, de l'autre son tampon, et portant alternativement ce dernier du verre à sa bouche et de sa bouche au verre. Quoique très court, le temps nécessaire pour que l'éponge plongée dans le liquide parvienne à la bouche était encore trop long, et le malade répétait souvent : « Ah! docteur! docteur! aidez-moi; ma main est engourdie; j'étouffe! j'étouffe! » Cet état dura plus de quinze heures! il était accompagné de crachottemens continuels qui fatiguaient beaucoup le patient, et celui-ci fit étendre lui-même une grande nappe sur son lit pour cracher tout à son aise.

Minuit. Émission facile d'environ 300 grammes d'une urine tout à fait normale. Les sinapismes occasionnent des douleurs assez vives et ont amené de la rougeur à la peau. J'essaie à plusieurs reprises de faire des frictions ammoniacales sur la poitrine, mais ce fut en vain; aussitôt que les émanations du liquide parvenaient sur la membrane olfactive du malade, celui-ci entrait dans un état d'exacerbation épouvantable; il se levait tout à coup sur son séant, jetait loin de lui le verre qu'il tenait à la main, repoussait tout ce qui l'approchait, et faisait alors une large et profonde inspiration qui avait pour résultat la cessation *immédiate* de l'accès. Nous fûmes donc obligés de nous priver de ce puissant moyen de révulsion.

2 heures et demie. Les symptômes ont acquis plus d'intensité, les accès reviennent à des intervalles beaucoup plus fréquens; la face est injectée, les yeux saillans, le pouls encore vif mais plus plein, la peau chaude; il est impossible de maintenir le patient dans son lit, et il se précipite à la fenêtre pour respirer plus librement. Saignée du bras de 500 grammes au moins (caillot dur, résistant, cupuliforme, retroussé sur ses bords, point couenneux; sérosité jaunâtre en quantité médiocre). Cette émission sanguine augmente sans contredit les accidens, car les accès reviennent encore plus fréquemment, et le malade, en m'accusant, rejette sur la faute de la saignée l'exacerbation de ses douleurs. Cette recrudescence dura jusqu'à cinq heures, et résista à tous les moyens que nous employâmes.

MM. Mélier, Renouard, André, Letellier, se rendirent bientôt auprès du malade. Nous décidâmes, dans une consultation générale, que l'on appliquerait les grandes ventouses du docteur Junod, et que l'on administrerait des lavemens opiacés.

12 juin (midi). L'application des ventouses aux deux jambes, laquelle a duré environ une heure, a procuré un calme remarquable et une facilité de respiration plus grande. Le pouls est devenu un peu plus régulier, plus fort; l'on a pu compter les pulsations. A partir de cette époque, et probablement aussi sous l'influence d'une infusion de jusquiame et de belladone qui remplaça la limonade avec laquelle le malade s'humectait la bouche, nous observâmes une amélioration bien sensible dans la respiration et dans la constriction de la gorge. A trois heures, le pouls était vif, fort, très rapide (140 pulsations); il y avait de la somnolence et du calme; la figure, un peu rouge, n'offrait plus cette anxiété de la veille; le malade causait avec les personnes qui l'entouraient, se livrait même parfois à quelques accès de gaîté, et fit renaître l'espérance dans le cœur de ses malheureux parens. Mais nous observâmes pour la première fois que ses facultés s'altéraient, que les pupilles devenaient insensibles et se dilataient. Jusqu'à cinq heures du soir, le pouls a presque toujours donné 140 pulsations; il s'est développé à la partie antérieure du col un gonflement plus considérable vers le côté où existaient les morsures, sans changement de couleur à la peau, n'occasionant aucune douleur, et qui disparut graduellement par l'application de la glace. On donna plusieurs bains de pieds à la moutarde. L'état de somnolence continua, les crachottemens diminuèrent beaucoup et cessèrent même complètement; les besoins d'humecter la bouche étaient bien moins vifs, et c'est à peine s'ils se faisaient sentir tous les quarts d'heure; les pupilles restèrent dilatées, les urines coulèrent librement; il n'y eut point de garderobes.

Notre confrère, M. le docteur Letellier, chargé de veiller le malade pendant toute la nuit, m'a communiqué les notes suivantes :

Depuis cinq heures jusqu'à neuf du soir, le malade est tantôt levé, tantôt couché. Léger délire consistant en causeries gaies, mais sans suite dans les idées. État ressemblant beaucoup à un commencement d'ivresse. Vers neuf heures, agitation plus grande; la face s'est colorée; pouls vif et intermittent. Chose remarquable, ces intermittences se présentent surtout entre trois pulsations et paraissent coïncider avec un arrêt dans la contraction cardiaque. A neuf heures et demie, le patient se lève pour uriner (urine foncée en couleur); il survient ensuite quelques attaques épileptiformes avec écume à la bouche, suivies d'un vomissement d'une matière brune (trois ou quatre verres) ressemblant beaucoup à une forte décoction de thé noir. Ces attaques durent chacune dix minutes, et à leur suite le pouls acquiert de la force et de la plénitude.

Dix heures et demie. Application des grandes ventouses Junod. Elles opèrent un déplacement considérable et sont suivies d'un second vomissement de même nature que le premier. Agitation extrême, pupilles énormément dilatées, cris, délire; point de garderobes. Un lavement purgatif ne peut entrer dans le rectum, malgré tous les efforts de M. Letellier. Ce médecin administra le café et le jus de citron étendu d'eau. De minuit à trois heures, perte complète de connaissance, insensibilité de la vue, immobilité des pupilles, cris continuels, écume à la bouche, vomissemens fréquens, cessation du besoin de boire, moiteur à la peau, face sardonique très prononcée, contracture des membres. Mort à quatre heures moins quelques minutes.

Malgré mes instances, malgré tous les moyens de persuasion que je mis en usage, je ne pus obtenir des parens la faculté d'ouvrir le cadavre.

Je dois faire remarquer que M. Mélier et moi nous examinâmes avec soin pendant tout le cours de la maladie la face inférieure de la langue du patient, et que *jamais* nous n'observâmes, malgré toute notre attention, ces *petites vésicules de la grosseur d'un pois, ayant un aspect charnu, siégeant près du frein*, et décrites par MM. Marochetti, Salvatori et Xanthos.

Quoique incomplète puisqu'elle n'est pas suivie de l'examen nécroscopique, cette observation nous a paru digne d'être publiée et d'appeler l'attention des médecins; à moins de supposer que nous avons eu affaire ici à un cas de rage *spontanée*, il faut admettre nécessairement qu'un chien qui n'offre aucun des symptômes propres à l'affection lyssique, et chez lequel par conséquent la maladie est à l'état *latent*, peut encore communiquer à l'homme un virus propre à engendrer chez ce dernier la maladie, ou bien encore que chez notre malheureux malade l'imagination a fait tous les frais et est la cause *immédiate* des symptômes épouvantables qu'il a éprouvés.

Remarquons que, de l'aveu de toutes les personnes alliées à M. M..., le chien n'avait *jamais* présenté aucun symptôme de la rage; que ce chien, après avoir mordu son maître, but et mangea comme de coutume; qu'il revint aboyer devant la maison lorsqu'on se décida à le perdre; qu'il était dans l'habitude de vouloir mordre toutes les personnes qui l'approchaient; qu'il mordit le concierge la veille, et que ce dernier, homme brute, adonné aux boissons spiritueuses, et dont une bouteille de vin est seule capable d'exciter l'imagination, est très bien portant à cette heure; enfin que ce chien fut vu, *dit-on*, quarante jours après dans un état apparent de parfaite santé. Voilà certes bien des raisons qui tendraient à faire croire que l'animal était bien portant, et que notre cas doit être rapproché de celui qui a été publié dans la REVUE MÉDICALE (mai 1834), et dans lequel on voit un aubergiste éprouver tous les accidens de la rage et y succomber, après avoir été mordu par un chien PARFAITEMENT SAIN. (L'animal fut examiné par le docteur Strahl.)

Remarquons encore que bien que *paraissant* ne pas s'occuper de la morsure qu'il avait subie, M. M... n'en était pas moins vivement affecté; l'on aurait dit qu'il craignait de s'avouer à lui-même cette circonstance, et que, par son silence, il faisait tous ses efforts (mais inutilement) pour chasser cette idée. Une circonstance fera mieux comprendre que toute autre chose l'état de son imagination à cet égard. Pendant que j'étais la nuit auprès de lui pour lui donner immédiatement les secours nécessaires, je lui fis part, le trouvant mieux, du désir que j'avais d'aller me promener quelques instans dans le jardin. Je reçus la réponse suivante : « Allez, docteur, vous ne devez avoir aucune crainte, *il n'y a plus de chien*, » et ce dernier mot fut suivi d'un abattement remarquable.

Cependant, à vrai dire, malgré tous ces argumens qui sembleraient de prime-abord faire croire à la *spontanéité* de la rage dans notre cas, il nous manque le principal élément qui pourrait décider la question, la présence du chien. Toutes les recherches qui ont été faites pour le retrouver ont été jusqu'ici infructueuses. Ce n'eût été qu'en observant ce chien ultérieurement tous les jours que l'on eût pu compléter cette

observation et répondre affirmativement sur la cause de l'affection. Il n'est pas impossible, il est même probable qu'un chien atteint *depuis peu de temps* de la rage, et chez lequel cependant les symptômes ordinaires à cette maladie ne se sont pas *encore* manifestés, puisse encore communiquer à un autre animal ou à l'homme des élémens propres à engendrer la rage. Rien ne nous prouve que la maladie, ou si l'on veut, le germe de la maladie ne puisse pas exister, pendant un certain temps du moins, avant de se manifester par des signes antérieurs, et qu'il ne jouisse pas de propriétés contagieuses. Les symptômes ne sont que la manifestation de la maladie et peuvent peut-être ne surgir qu'après un laps de temps plus ou moins considérable pendant lequel cependant l'animal est *imprégné* de cet être inconnu appelé virus rabique susceptible d'être communiqué à un autre animal.

Un phénomène remarquable dans notre observation, c'est le *désir continuel* éprouvé par le malade pour les liquides et le *plaisir* qu'il ressentait en voyant la chambre éclairée par une vive lumière. Plusieurs fois, en effet, il nous a priés de disposer la lampe de manière que la lumière vînt le frapper directement, et s'apercevant qu'elle n'éclairait pas assez et qu'elle manquait de combustible, il la fit aussitôt remplir d'huile. Il passait aussi très fréquemment devant un miroir sans qu'il parût s'en inquiéter de quelque manière que ce fût. L'*horreur des liquides et des corps brillans* était donc remplacée par une disposition d'esprit tout opposée, et la maladie, dans ce cas, eût été beaucoup mieux caractérisée par le mot *hydrophilie* que par celui d'*hydrophobie*.

OBSERVATION D'HYPERTROPHIE DU CŒUR ET PERFORATION DE LA VALVULE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE; communiquée par M. BERTRAND, chirurgien major de la marine.

OBS. — Le nommé Lemaire, forçat sous le n° 30,524, entra à l'hôpital du bagne de Toulon le 11 décembre 1843. Il était malade depuis un mois et présentait les symptômes suivans : douleur vague dans le thorax et l'abdomen, toux fréquente, expectoration difficile de crachats muqueux peu abondans, face rouge, pouls plein, fort, fréquent. On lui fit à la visite du soir une large saignée du bras. Le lendemain matin, vingt sangsues furent appliquées sur la partie antérieure du thorax. Diète, boissons gommeuses. Ce traitement fit disparaître tous les accidens; et le malade sortit le 17, dans un état satisfaisant, d'après les indications du cahier de visite.

Le 31, du même mois Lemaire rentra dans le service des fiévreux dont j'étais alors chargé. Il éprouvait les mêmes symptômes pour lesquels il avait été traité pendant son premier séjour à l'hôpital. Il me raconta qu'ils avaient reparu peu de temps après sa sortie : d'abord faibles, ils n'avaient pas tardé à prendre assez d'intensité pour l'obliger à réclamer des soins.

Cet homme, âgé de 24 ans et d'un tempérament sanguin, était doué d'une forte constitution. Interrogé sur l'état de sa santé pendant les années précédentes, il m'apprit que depuis un temps assez long, mais dont il ne put déterminer la durée, il avait, à plusieurs reprises, éprouvé des phénomènes de suffocation accompagnés de douleurs vagues dans le thorax. Il avait été saigné un grand nombre de fois pour ces accidens et constamment on l'avait soulagé, à l'aide de ce moyen.

A ma première visite je constatai de la gêne dans la respiration, de la toux sans expectoration bien marquée; la force, la plénitude du pouls, et la coloration de la face. La peau était moite et sans élévation sensible de la température.

La percussion donnait un son clair dans tout le côté droit et dans la partie postérieure et latérale du côté gauche du thorax; mais le son devenait mat quand on se rapprochait de la région précordiale, et l'espace dans lequel existait la matité était beaucoup plus considérable que dans l'état normal.

L'auscultation me fit reconnaître dans ce point l'existence d'un bruit particulier qui me parut tout à fait semblable à celui que produirait une scie mince agissant sur du bois mou. Ce bruit était intermittent et isochrone à la systole ventriculaire et aux pulsations des grosses artères. Les battemens du cœur étaient plus forts et plus étendus que dans l'état ordinaire. Le bruit respiratoire était tout à fait distinct du bruit de scie. Par la suspension des mouvemens de la respiration, on obtenait ce dernier parfaitement isolé; et pendant que la respiration s'effectuait, les deux bruits étaient facilement distingués l'un de l'autre, car celui des poumons était plus fort que celui du cœur et présentait un tout autre caractère.

En établissant le diagnostic de cette affection, j'admis qu'il existait une hypertrophie du cœur, avec altération de la valvule mitrale devenue insuffisante pour boucher complètement l'ouverture auriculo-ventriculaire gauche. Je fus conduit à ce diagnostic par les motifs suivans : c'était dans les cavités gauches que l'affection principale devait exister, car le bruit de scie était d'autant plus fort qu'on se rapprochait davantage du côté gauche de la région précordiale; il paraissait diminuer quand l'oreille était appliquée vers l'union des cartilages avec le sternum. C'était plutôt à l'orifice auriculo-ventriculaire qu'à l'orifice aortique parce que ce bruit se faisait entendre en même temps que s'opérait la systole ventriculaire. Les congestions fréquentes que les poumons présentaient et l'absence de toute espèce d'infiltration venaient corroborer mon opinion.

Le traitement de Valsalva convenablement modifié me parut indiqué dans cette circonstance. On fit une saignée du bras de 300 grammes, la digitale fut administrée à faibles doses, sous forme de teinture; le régime se composa de deux soupes très légères. Quelques jours après, on pratiqua une seconde saignée de 250 grammes. Le sang des deux saignées n'offrit pas de couenne. Le caillot était très volumineux et assez consistant. Ce traitement amena une diminution sensible dans les accidens. Pendant le jour, le malade se trouvait beaucoup plus tranquille; mais tous les soirs le pouls prenait plus de développement et de fréquence, les mouvemens du cœur devenaient plus forts, la face était plus colorée, et une dyspnée très prononcée obligeait Lemaire à garder l'attitude assise dans son lit. Ces phénomènes de réaction duraient une grande partie de la nuit; mais ils se dissipaient presque entièrement vers le matin. Le bruit de scie persistait quoiqu'un peu moins fort.

Le huitième jour de ce traitement, un autre médecin fut chargé du service dans lequel se trouvait le malade; mais je pus continuer à suivre la marche de la maladie. On abandonna l'emploi des saignées; la digitale fut continuée à plus forte dose et administrée sous une autre forme. L'affection du cœur qui avait paru un instant s'amender ne tarda pas à prendre beaucoup plus de gravité. La gêne de la respiration devint beaucoup plus grande, le 14 janvier; les battemens du cœur devinrent plus étendus, plus fréquens, le bruits de scie bien plus intenses, les extrémités inférieures s'infiltrèrent, la bouffissure de la face se montra; il y eut expectoration de crachats sanglans; le malade ne put plus garder la position horizontale même pendant le jour. Le délire se déclara, et la mort survint le 16, à deux heures après-midi.

L'autopsie fut faite 26 heures après le décès.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Face considérablement tuméfiée; oreilles d'un brun livide; infiltration de tous les membres, à l'exception du membre supérieur droit, dont le bras seul est légèrement œdématié; épanchement considérable de sérosité dans la tunique vaginale des deux testicules. Les couches celluleuses sous-dermiques ne sont que très faiblement infiltrées. La tête n'a pas été ouverte.

THORAX. Poumons fortement engoués, d'une couleur brune foncée, non crépitans, mais n'offrant pourtant pas exactement le degré de consistance que l'on rencontre dans ces organes splénisés, dans le premier degré de la pneumonie. L'incision de leur parenchyme ne donne issue qu'à une assez faible quantité d'un liquide sanieux. Une portion de cette substance pulmonaire placée dans l'eau surnage dans le liquide.

Le péricarde contient une assez grande quantité de sérosité.

Le cœur est très volumineux; sa surface externe présente quelques plaques blanches, surtout en avant. Vers le sommet du cœur existe une plaque plus large que les autres et à laquelle adhère une adhérence membraneuse flottante. Les vaisseaux du cœur contiennent fort peu de sang, et la couleur de la substance musculaire est d'un rouge pâle.

Les cavités droites sont plus grandes que dans l'état normal; l'épaisseur de leurs parois n'est pas sensiblement augmentée; cependant, comme elles sont considérablement dilatées, leurs parois devraient être plus minces que dans l'état ordinaire, sans l'hypertrophie, qui a été amenée par une nutrition plus énergique.

Dans l'oreillette se trouve un caillot fibrineux, du volume d'une petite orange, tremblotant, presque tout à fait transparent et de la couleur de l'ambre jaune. Ce caillot se prolonge dans les deux veines caves. En opérant des tractions sur lui pour le retirer de la cavité qui le contient, on voit sortir de ces deux vaisseaux les prolongemens qu'ils renfermaient.

Le ventricule droit contient un caillot d'une semblable matière, mais plus petit et se prolongeant aussi dans l'artère pulmonaire. Ces caillots n'avaient contracté aucune adhérence avec les parois des cavités dans lesquelles ils se trouvaient.

La valvule tricuspide est un peu plus épaisse et plus grande que dans l'état normal; elle n'offre aucune autre altération. L'artère pulmonaire paraît être saine. Les valvules semi-lunaires qui bordent son orifice ne présentent rien de particulier.

L'oreillette gauche, très sensiblement dilatée, est vide; ses parois sont plus épaisses que dans les cas ordinaires.

Le ventricule de ce côté n'est pas plus grand qu'à l'état normal, mais ses parois ont une grande épaisseur; elles sont évidemment hypertrophiées. Ce ventricule ne renferme aucun caillot. A sa surface interne sont deux bandelettes; placées transversalement, elles mesurent toute l'étendue de la portion postérieure de cette surface; elles adhèrent au cœur par leurs deux extrémités et sont libres dans le reste de leur longueur; elles sont formées d'une substance qui paraît tenir le milieu, pour la consistance et la couleur, entre le tissu fibreux et le tissu musculaire cardiaque.

La valvule mitrale est très grande, généralement épaisse et évidemment hypertrophiée dans beaucoup de points de son étendue; sa dureté, augmentée, n'est pourtant pas aussi grande que celle des fibro-cartilages; elle n'offre aucune incrustation calcaire.

Le lobe antérieur de cette valvule est perforé à son centre d'une ouverture, dans laquelle le bout du petit doigt peut être facilement introduit. C'est dans le point qu'occupe cette perforation que la valvule a le plus d'épaisseur. Toute la circonférence de cette ouverture anormale est garnie de franges fibreuses, disposées comme les rayons d'un cercle; leur forme est plus ou moins régulière, leur longueur est de plusieurs millimètres; elles ont un millimètre environ d'épaisseur; leur consistance est moins grande que celle de la valvule. Ces franges sont toutes, sans exception, rebroussées vers la surface auriculaire de ce repli fibro-séreux. Quand on les ramène vers l'ouverture, non seulement elles la bouchent entièrement, mais elles forment de plus au-dessus d'elle une saillie assez considérable.

L'orifice aortique du ventricule gauche, ainsi que les valvules semi-lunaires qui le surmontent n'ont rien d'anormal. L'artère de l'aorte, examinée jusqu'au-delà de sa crosse, paraît intacte.

Abdomen. Les organes abdominaux sont sains; le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré de sérosité dans beaucoup de points et surtout autour de la vésicule biliaire.

Tels sont les résultats nécroscopiques fournis par le cadavre de Lemaire. Mais, à l'aide des symptômes observés pendant la vie et des altérations anatomiques dévoilées par l'autopsie, peut-on déterminer quand et comment la perforation valvulaire s'est opérée?

Il me paraît impossible de fixer l'époque à laquelle s'est formée la perforation valvulaire. Les renseignemens fournis par le malade sont insuffisans. Un médecin qui aurait suivi la marche de l'affection du cœur dès son début aurait pu seul, par l'auscultation, constater sa formation; si le bruit de scie était dû au passage du sang à travers cette ouverture, comme je le suppose.

Mais a-t-elle précédé ou suivi l'hypertrophie du cœur? Je crois qu'elle a été consécutive à l'hypertrophie. Si, en effet, elle l'avait précédée, l'augmentation d'épaisseur des parois des cavités cardiaques n'aurait dû exister qu'à droite; or, l'autopsie a démontré que le ventricule gauche était peut-être plus hypertrophié encore que les autres cavités.

L'hypertrophie du cœur dépendait-elle d'un obstacle à la circulation dans le tronc aortique, ou bien était-elle due à une cardite générale? Nous avons vu que l'aorte paraissait être à l'état normal dans sa portion thoracique. Je regrette beaucoup d'avoir négligé d'examiner sa portion abdominale. Cependant si un rétrécissement quelconque existait dans cette portion, n'aurait-on pas dû trouver quelque changement dans l'aorte pectorale?

Je crois que c'est plutôt à l'inflammation, soit des séreuses cardiaques seules, soit de tous les tégumens organiques du cœur, qu'il faut attribuer l'hypertrophie de cet organe. Cette inflammation, qui a dû sans doute être le point de départ de la maladie, est démontrée par les bandelettes anormales du ventricule gauche et par les plaques pseudo-membraneuses de la surface externe du cœur.

Comment la valvule mitrale s'est-elle perforée? On peut expliquer cette perforation de plusieurs manières.

1° Le cœur étant hypertrophié et chassant avec plus de force le sang qu'il contenait dans les vaisseaux artériels a pu déterminer la déchirure de la valvule, même non altérée.

2° Cette déchirure a pu avoir lieu sous la même influence, la valvule étant ramollie par l'endocardite.

3° La valvule a pu s'ulcérer à la suite de l'endocardite ou de tout autre état pathologique.

4° Des incrustations calcaires ont pu se déposer entre les feuillets séreux de la valvule mitrale, amener son hypertrophie et sa déchirure consécutives.

5° Un dépôt athéromateux a pu se faire entre ces feuillets, et, par son élimination ulcérative, amener la formation de la perforation.

De toutes ces hypothèses, la dernière est celle qui me paraît avoir le plus de probabilités. Elle permet beaucoup mieux que les autres de se rendre raison de la disposition singulière que présentait la perforation valvulaire. Voici du reste comment j'ai expliqué le mécanisme de sa formation. Enfermée entre les deux lames du repli valvulaire, la matière athéromateuse a dû former, en s'accumulant, une tumeur du volume d'une petite cerise. Le tissu fibro-séreux qui l'enveloppait s'est hypertrophié; plus tard la fonte de cette matière hétérogène a eu lieu, l'élément fibro-séreux s'est enflammé, s'est ulcéré dans un grand nombre de points, et a livré passage à cette matière par une foule de pertuis. Mais l'impulsion incessante du sang que le ventricule gauche poussait contre cette valvule a lentement déchiré la continuité des bandelettes existant entre les divers pertuis, de manière à déterminer la disposition de l'ouverture telle que nous l'avons rencontrée. Les débris du kyste sont restés flottans et tournés vers la face auriculaire de la valvule.

Une simple déchirure de la valvule soit intacte, soit ramollie par l'inflammation, n'aurait pas produit une perforation à bords frangés régulièrement.

Une ulcération n'aurait également produit qu'une ouverture à bords unis.

Des incrustations calcaires en se détachant n'auraient déterminé qu'une perforation garnie à sa circonférence d'un ou de plusieurs lambeaux membraneux irréguliers.

Quelle était la cause du bruit de scie? Je crois qu'il était dû au passage du sang dans l'ouverture anormale de la valvule pendant la systole ventriculaire et je pense qu'il était déterminé par les vibrations des franges qui bordaient cette ouverture. Ce bruit était doux parce que ces franges étaient molles.

L'existence des caillots renfermés dans les cavités droites mérite de fixer notre attention. Nous devons examiner d'abord s'ils se sont formés pendant la vie ou après la mort. J'admets la première hypothèse, et je pense que leur formation a dû se faire pendant les derniers momens de la vie, alors que le sang, ne pouvant plus traverser l'arbre vasculaire des poumons librement, s'accumulait dans le cœur droit.

Il ne me paraît pas aussi facile d'expliquer pourquoi ces caillots n'étaient formés que par de la fibrine retenant dans ses mailles une très grande quantité d'eau. Evidemment il n'est pas arrivé ici ce qui se passe quand du sang se coagule dans un vase. On voit alors, dans quelques circonstances, les globules sanguins se déposer dans le fond du vase, et une partie de la fibrine se coaguler toute seule à la partie supérieure et former la couenne inflammatoire; mais dans les cavités droites du cœur il n'y avait pas de globules sanguins; les caillots offraient partout la même couleur ambrée, la même transparence.

L'étude de la circulation chez Lemaire peut seule faire comprendre la nature des symptômes qu'il a présentés pendant la vie. Le cœur droit exécutait normalement ses fonctions. Il envoyait cependant un peu plus de sang qu'à l'ordinaire dans les poumons parce que ses cavités avaient augmenté de capacité. Après avoir traversé l'arbre pulmonaire, le sang arrivait dans l'oreillette gauche qui le transmettait au ventricule du même côté; celui-ci se contractait, mais le sang dont il se débarrassait se divisait en deux colonnes; l'une d'elles s'engageait dans l'artère aorte; l'autre rentrait dans l'oreillette; il résultait de là que le cœur gauche ne faisait passer dans le système artériel général qu'une partie plus ou moins considérable de la quantité de sang que le cœur droit lui envoyait à travers les poumons. C'est à cette inégalité qu'il faut rapporter ces congestions pulmonaires fréquentes auxquelles le malade était sujet. La saignée faisait disparaître momentanément ces congestions. Quand on en abandonna l'emploi, le sang accumulé dans les vaisseaux pulmonaires détermina l'asphyxie lente; il se coagula d'abord dans l'artère pulmonaire; plus tard dans le cœur droit et dans les veines caves; mais en même temps qu'il se coagulait la suffocation devenait très considérable, l'expectoration était sanglante, l'infiltration se déclarait dans presque toutes les parties du corps.

Pouvait-on diagnostiquer l'existence de la perforation de la valvule mitrale? Je ne le pense pas. Deux phénomènes dépendaient de cette perforation, la gêne de la respiration et le bruit de scie. La gêne de la respiration due à l'engorgement pulmonaire pouvait bien indiquer un obstacle à la circulation dans le cœur gauche; mais elle était insuffisante quand on cherchait à déterminer quelle était la nature de cet obstacle et quel était son siége précis. Le bruit de scie faisait faire un pas de plus dans l'investigation diagnostique. Il portait l'attention sur les valvules. Son synchronisme avec la systole ventriculaire devait faire supposer qu'il existait une altération de la valvule mitrale, que cette altération permettait le reflux du sang dans l'oreillette; mais on ne pouvait pas aller au-delà de cette détermination. Je dois convenir que je croyais que la valvule était en partie ossifiée, et qu'ainsi altérée elle ne pouvait plus boucher convenablement l'orifice auriculo-ventriculaire.

Quel traitement devait-on employer contre une pareille affection! Celui que j'avais adopté avait pour effets la diminution de la masse du sang, l'amaigrissement de toutes les parties et l'affaiblissement des battemens du cœur. Convenable dans un cas d'hypertrophie du cœur, il aurait été probablement nuisible chez Lemaire, s'il avait été employé comme j'avais l'intention de le faire. Je crois que dans un cas semblable il suffirait de faire quelques saignées quand la congestion pulmonaire s'établit; on ne devra jamais compter sur une guérison complète.

Nota. J'ai déposé la pièce anatomique au muséum d'anatomie de l'école de médecine navale de Toulon.

NOTE SUR LES VARIÉTÉS DES MOUVEMENS RELATIFS AU TEMPS DE ROTATION DANS L'ACCOUCHEMENT NATUREL (OCCIPITO-COTYLOÏDE GAUCHE); communiquée par M. Dumas, médecin à Lemenil-Amelot.

Que l'on consulte les auteurs, tant anciens que modernes, qui ont écrit sur l'art des accouchemens, on y verra qu'à propos du temps de rotation dans l'accouchement (occipito-cotyloïde gauche), ils n'ont généralement décrit qu'un seul procédé, à l'aide duquel la matrice se débarrasse du produit de la conception. J'ouvre à cet effet un des traités pratiques les plus récens, et qui en outre représente assez exactement les idées de M. le professeur Dubois; encore même remarque; il n'y est pas traité plus qu'ailleurs de certaines anomalies sur lesquelles je désire appeler l'attention des praticiens; nonobstant en me fondant sur l'observation de faits puisés dans ma pratique, je me crois autorisé à établir qu'un premier procédé généralement décrit il convient d'en ajouter deux autres importans à connaître à plusieurs titres, et que voici.

Dans l'un de ces mécanismes, l'occiput primitivement en rapport avec la cavité cotyloïde gauche se trouve successivement en rapport avec la symphyse du pubis, la cavité cotyloïde droite, puis enfin avec la symphyse du pubis, où les choses arrivées à ce point se terminent comme de coutume, ce qui revient à dire que l'accouchement commencé en première position se termine en seconde position.

Dans l'autre mécanisme, l'occiput, primitivement en rapport avec la cavité cotyloïde gauche, vient se poser sur la symphyse du pubis, se dirige ensuite vers la cavité cotyloïde droite, sans se trouver complètement en rapport avec elle; les épaules ont exécuté les mêmes évolutions; puis enfin, par un mouvement rétrograde, l'occiput vient se replacer sous la symphyse du pubis, où les choses se terminent, comme de coutume, dans la position occipito-cotyloïde gauche; ainsi, pour rapprocher ces deux variétés des mouvemens relatifs au temps de rotation, on voit que, dans la première, la conversion de première et seconde position est complète, tandis que la seconde est incomplète, qu'elle éprouve un temps d'arrêt; je ne sache pas que personne ait jamais parlé de ces anomalies, à moins que l'on ne veuille admettre qu'elles se trouvent implicitement comprises dans quelques faits rapportés par M. le professeur Dubois, constatés depuis par M. Cazeaux; mais cette assertion tombe d'elle-même, si l'on fait attention que les observations de M. le professeur Dubois sont relatives à la position occipito-iliaque droite, et que nous, au contraire, nous nous sommes occupés de la position occipito-cotyloïde gauche. Le silence des auteurs sur ces anomalies a d'autant plus lieu d'étonner que celles-ci ne sont pas très rares; quoique n'ayant qu'une pratique d'accouchement, assez limitée, j'ai cependant pu les rencontrer plusieurs fois.

Une remarque importante à faire à propos des variétés de mécanisme du temps de rotation que je viens de signaler, c'est que dans la première variété, où la conversion est complète, tout se passe à l'extérieur, de sorte que si, s'en tenant à son premier diagnostic, l'on néglige le toucher, à la fin du travail on sera fort étonné de voir le mouvement de restitution s'effectuer à droite contrairement à son attente.

Dans le second mécanisme au contraire, tout se passant sous les yeux de l'observateur, de semblables mécomptes ne sauraient avoir lieu.

Entre autres conséquences pratiques découlant des remarques ci-dessus présentées, je me bornerai à rapporter celles qui sont relatives à l'application du forceps et du levier. Supposons, par exemple, qu'une application de forceps soit devenue nécessaire, que la position occipito-cotyloïde gauche ait été constatée, qu'en raison d'un examen préalable attentif l'on ait ensuite négligé le toucher, et qu'enfin celui-ci, pratiqué tardivement, soit devenu décevant en raison de la compression de la déformation que la tête aura eu à subir; eh bien ! je dis que dans un cas semblable il faudra s'attendre à rencontrer des difficultés d'autant plus grandes qu'elles seront plus inattendues, et que leurs sources seront plus cachées, et que si la sagacité et l'expérience du praticien viennent à faire défaut, l'application du forceps s'effectuera inévitablement contre les règles de l'art et au grand préjudice des parties intéressées.

Si je voulais citer quelques exemples de semblables méprises, je n'aurais que l'embarras du choix; mêmes réflexions pour le levier.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 AOUT.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine opératoire.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la liste de présentation, ainsi composée, par ordre alphabétique :

MM. Denonvilliers, Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert et Vidal (de Cassis).

La feuille de présence porte 100 signatures. On procède au scrutin par appel nominal. Le scrutin donne 99 bulletins; majorité 50. Les votes sont répartis de la manière suivante :

M. Laugier obtient	52 suffrages.
M. Malgaigne	21 —
M. Robert	10 —
M. Huguier	7 —
M. Vidal	7 —
M. Denonvilliers	2 —
Total	99

M. Laugier, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

CHOLÉRA ASIATIQUE. — NOMENCLATURE MÉDICALE.

M. BALLY lit une note sur le choléra asiatique, ou la *choladrée lymphatique*, nom que l'auteur a cherché à faire prévaloir dans ses publications précédentes sur ce même sujet, auxquelles cette note fait suite. M. Bally s'attache particulièrement dans ce nouveau travail à faire ressortir tout ce qu'a de vicieux la dénomination de *choléra*, appliquée à la maladie dont il s'agit, et il exprime à cette occasion le vœu qu'il soit institué dans le sein de l'Académie une commission permanente chargée de constituer sur de nouvelles bases la nomenclature médicale.

VARICOCÈLE; PROCÉDÉ DE L'ENROULEMENT DES VEINES.

M. VELPEAU, au nom de MM. Gimelle, Blandin et au sien, fait un rapport sur le mémoire lu récemment par M. Vidal (de Cassis), relatif à un nouveau mode de traitement du varicocèle par l'enroulement des veines spermatiques. Le rapporteur, après un examen critique du procédé proposé par l'auteur, conclut en proposant le renvoi du mémoire au comité de publication et des remercîmens à l'auteur. (Adopté.)

CHUTE SPONTANÉE DE LA MATRICE.

M. VELPEAU donne communication d'un fait rare et digne d'intérêt, dont l'observation lui a été adressée par M. Estevenet, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Il s'agit d'une chute spontanée et de l'expulsion complète de la matrice à travers les parties génitales externes, suivie, onze jours après, de l'invasion d'une péritonite et de la mort.

MONSTRUOSITÉ DOUBLE.

M. BÉRIGNY, médecin de l'hôpital de Meulan, présente un enfant vivant, qui offre un exemple remarquable de monstruosité double (diplogénèse) bornée à la moitié inférieure du corps. Cet enfant, du sexe féminin, est âgé de 22 jours et fortement constitué. Son père est âgé de 27 ans; sa mère a 21 ans; l'un et l'autre ont une bonne constitution. A l'âge de 17 ans, cette femme a eu un premier enfant fortement développé et bien conformé. Pendant la grossesse de son second enfant, elle n'a éprouvé aucun symptôme qui pût faire pressentir la monstruosité qu'elle allait mettre au monde; elle ne se rappelle pas avoir éprouvé aucune émotion, avoir fait aucune chute, ni reçu aucun choc. Sa petite fille est venue au monde en première position après trois heures seulement de fortes douleurs; l'enfant est restée au passage quelques instans, arrêtée qu'elle était par la région lombaire là où elle commence à être double. Je pense, dit M. Bérigny, que cette enfant doit être rangée dans l'ordre des *diplogénèses*, d'après les idées émises par M. Breschet sur la classification des monstres, bien qu'elle ne soit double, je le répète, qu'à partir de la région lombaire. Là commence un second individu parfaitement formé comme le premier; seulement le volume de ces deux individus superposés agrandissant trop, pour la capacité normale de l'utérus, le diamètre antéro-postérieur qui passerait par les deux régions sacro-pubienne, le siége qui commence le second individu a été dévié et reporté naturellement à gauche, ce qui a permis à la jambe de ce côté de contourner la hanche du premier individu et de venir s'appliquer sur son abdomen. Quant à la jambe droite, elle est restée fléchie sous le siége, et par cette raison a acquis un volume un peu moindre que celui de sa congénère, qui est bien développée.

M. Bérigny se borne pour le moment à cette simple présentation, afin de ne pas laisser ignorer plus longtemps l'existence de ce sujet monstrueux, qui d'ailleurs pourrait mourir d'un instant à l'autre, attendu que déjà la semaine dernière il avait eu de légères convulsions. Mais il se propose d'adresser prochainement à l'Académie un mémoire dans lequel il signalera les détails anatomiques et physiologiques qu'il aura observés, et de solliciter une commission qui donnerait son avis sur la question de savoir s'il y aurait danger pour les jours de l'enfant à tenter un moyen capable de faire disparaître le second individu.

M. GERDY demande si l'anus et les organes génitaux du second individu sont dans l'état normal.

M. BÉRIGNY fait remarquer que les ouvertures naturelles sont indiquées, mais non perforées.

M. J. GUÉRIN : On remarquera que le train postérieur ajouté à l'enfant normal présente deux pieds-bots très caractérisés, l'un équin, l'autre varus équin. Peut être qu'indépendamment de ces difformités il y a dans les os des pieds et des jambes quelques vices de conformation. Je possède dans mon cabinet un exemple de monstruosité double tout à fait analogue, dans laquelle le tronçon du train postérieur présente également deux pieds-bots. Cette circonstance, à laquelle on n'avait pas fait attention jusqu'ici, n'est pas sans intérêt. Elle me paraît propre à jeter du jour sur l'origine de la monstruosité double par greffe d'une portion de fœtus détruit sur un fœtus normal. Pour moi, j'y vois le témoignage d'une affection profonde des centres nerveux qui aurait détruit les parties supérieures. La rétraction musculaire, à laquelle j'attribue les deux pieds-bots, serait le résultat de l'affection convulsive produite par la destruction des centres nerveux; et les difformités seraient ainsi le résidu permanent d'une maladie des premiers temps de la vie intra-utérine, d'une époque où la greffe des parties restantes serait facile à s'effectuer et simple à comprendre.

— M. GERDY présente un malade affecté de paralysie du nerf facial.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAUX ÉLÉMENS COMPLETS DE LA SCIENCE ET DE L'ART DU DENTISTE; SUIVIS D'UNE NOTICE HISTORIQUE ET CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX IMPRIMÉS SUR L'ART DU DENTISTE, DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOUS; CONTENANT PLUS DE CENT NOMS QUI NE SONT INDIQUÉS DANS AUCUNE NOTICE PUBLIÉE A CE SUJET; par M. DÉSIRABODE, chirurgien dentiste du roi, et ses fils, docteurs en médecine. — 2 vol. grand in-8°. Paris, 1843. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

Il y a longtemps déjà qu'un traité de l'art du dentiste ne peut plus chez nous prétendre au succès par l'originalité des idées ou par la promesse de principes entièrement nouveaux. Dans cette paisible spécialité, ce ne sont pas des révolutions qu'on annonce, comme ailleurs, à grand bruit; ce sont tout simplement des perfectionnemens grace à l'heureux accord qui enchaîne ainsi tous les travailleurs au même plan; un livre nouveau, dans cette branche de la chirurgie, peut presque n'être considéré que comme une nouvelle édition des anciens ouvrages. A l'auteur qui entre le dernier dans la carrière, on ne demande ni réforme dans les doctrines, ni système qui lui soit propre. S'il a le bon sens de suivre dans son exposé l'ordre le plus naturel, s'il énoce clairement les travaux de ses devanciers, en y ajoutant de son fonds le jugement que son expérience l'a mis à même de porter sur leur valeur, s'il fait part enfin sans charlatanisme, mais surtout sans réticences, des procédés curatifs qu'il a pu découvrir, il aura rempli sa tâche de manière à rendre son œuvre supérieure à celle de ses prédécesseurs. Facile triomphe qu'un peu de tact et beaucoup de bonne foi suffisent toujours à lui assurer jusqu'à ce qu'un successeur vienne le lui enlever aux mêmes conditions.

Voilà les réflexions que, à première vue, nous avait fait faire la publication de MM. Désirabode. Mais ce n'est pas seulement parce qu'il vient le dernier en date que cet ouvrage est digne de soutenir avec ses aînés une comparaison avantageuse. Et c'est ce dont, après l'avoir lu, chacun demeurera comme nous convaincu. Impossible du reste de préciser avec plus de netteté et de modestie que les auteurs ne l'ont fait eux-même le but qu'ils se sont proposé en publiant ce traité. « Nous n'avons eu, disent-ils, l'orgueilleuse prétention ni de reconstituer cette branche des sciences médicales sur des bases nouvelles, ni de nous placer au-dessus de nos confrères.... Notre principal but en écrivant a été de réunir dans un même cadre tout ce que la science médicale, dans ses diverses branches, possède de plus immédiatement applicable à notre spécialité, et de faire servir à la rectification d'un grand nombre de faits pratiques trop légèrement admis, et même, il faut le dire, au redressement de plusieurs erreurs, une expérience acquise au milieu des circonstances les plus favorables, expérience dont personne, nous le pensons du moins, ne pourrait sans injustice contester l'immense étendue pour ce qui a trait surtout à l'art proprement dit. » En acceptant ce programme tel qu'ils se le sont tracé, la critique la plus sévère serait fort embarrassée pour signaler de graves défauts dans la manière dont il a été rempli. Peut-être cependant aurait-on pu, dans ces pages, demander quelque chose de plus à la science, quelque chose de moins à l'art! Peut-être le moment serait-il venu enfin de fixer d'une façon plus positive ce qu'il faut entendre par ces mots *carie*, *décomposition*, *consomption*, *érosion*, *usure*, etc., qui reviennent à chaque instant dans la chirurgie dentaire, et dont on est à peu près convenu de se payer sans avoir d'idée bien exacte sur leur sens précis !... Nous posons ces questions; nous exprimons nos désirs; mais sans faire pour cela à MM. Désirabode un reproche plus direct qu'à pas un de leurs devanciers si la solution de ces difficiles problèmes ne se rencontre dans les ouvrages édités jusqu'ici.

Le nom tout populaire de M. Désirabode semblait annoncer dans cette œuvre un caractère exclusivement pratique, peut-être même un peu trop professionnel; plus d'exemples que de préceptes, plus d'empirisme que d'inductions. Ce n'est donc pas sans quelque surprise (soit dit sans rien d'offensant pour l'honorable auteur) que nous avons là trouvé partout la science à la place et avec les développemens qui lui appartiennent de droit. Si, comme nous venons de le dire, MM. Désirabode ne pénètrent guère plus avant que ne l'avaient fait leurs prédécesseurs dans les grands mystères de la pathogénie, leur livre a néanmoins sous ce rapport un mérite incontestable. Toujours l'étude des lésions vient en première ligne, et les corollaires pratiques se présentent ensuite comme déduction rationnelle, bien plus que comme justifiés par la seule expérience. Il y a là une tendance dont on ne saurait trop féliciter les auteurs : nous la recommandons particulièrement à l'imitation de ceux qui voudront plus tard suivre la même carrière. C'est en y restant fidèles, en ne craignant même point de l'exagérer, que les dentistes finiront par faire accepter au rang des autres sciences une spécialité qui, depuis quelques années, est devenue l'objet de tant de travaux sérieux et recommandables.

L'ordre suivi par MM. Désirabode est, à peu de chose près, le même qu'ont adopté et qu'adopteront, on peut le prédire à coup sûr, tous les auteurs de traités didactiques sur la chirurgie dentaire. Une première partie traite de l'*anatomie*, de la *physiologie*, de l'*hygiène*, de l'*orthopédie*, de la *pathologie* et de la *thérapeutique* : c'est la SCIENCE. Là les opinions théoriques s'expriment et se discutent; les procédés mécaniques n'y sont présentés que comme conséquences; et la thérapeutique jusque-là exclusivement scientifique pose l'indication et ne va pas plus loin. Dans la seconde partie, sont comblées ces lacunes volontaires. L'ART y reprend ses droits et révèle dans leurs plus minutieux détails tous les secrets par lesquels il sait conserver, réparer et suppléer au besoin les organes. La *médecine opératoire* et la *prothèse* dentaire forment deux chapitres distincts. A elles seules, ces deux dernières subdivisions comprennent tout le second volume. Mais aussi c'est là, comme le dit l'auteur, sinon le but exclusif, du moins l'élément principal du dentiste; et malgré les développemens qu'a reçus cette partie du livre, aucun de ceux qui veulent étudier l'art pour le pratiquer ne sera tenté d'accuser la prolixité de l'écrivain.

Après avoir tâché de caractériser sommairement la méthode et le plan de cet ouvrage, il nous resterait à justifier par l'exposé analytique notre jugement sur le mérite et la portée que nous avons cru pouvoir lui accorder. Mais, forcés de faire un choix, nous nous restreindrons à quelques exemples pris, sans ordre, parmi ce qui nous a semblé plus nouveau ou plus intéressant; aimant mieux, si nous pouvons ainsi dire, faire connaître par échantillons que par catalogue des objets dont l'énumération complète deviendrait fastidieuse, quoique chacun, à sa place, ait une valeur bien réelle.

La question est depuis longtemps posée entre les physiologistes de savoir si la sensibilité que les dents manifestent en certaines circonstances est due à la transmission de l'impression jusqu'à la pulpe dentaire, ou si au contraire l'ivoire est un corps vivant, et, comme tel, sensible. L'expérience suivante, que rapporte M. Désirabode, nous semble d'un grand poids en faveur de la seconde solution. Ayant pris une dent fraîchement extraite et intacte, il a introduit dans sa cavité une petite tige de bois enduite d'un bleu-tournesol; puis il a touché la couronne de cette dent avec un pinceau imprégné d'un liquide acide. Si l'agacement instantané qui suit l'application d'un acide sur les dents dépendait, comme on le croit en général, de l'action sur la pulpe dentaire de cet acide qui imbibe subitement toute la partie ossiforme, évidemment cette action aurait dû ici se faire sentir tout de suite sur la couleur bleue dont on avait rempli le canal et la faire tourner au rouge. Or, il n'en a rien été : bien au contraire, ce n'est que longtemps après que cette couleur a été attaquée par l'acide. M. Désirabode a même tenu plusieurs minutes, plongées dans du vinaigre, des couronnes de dents dont il avait rempli le canal de sirop de violettes, sans que ce sirop tournât au rouge. D'après cela, l'agacement aurait donc primitivement son siége dans une partie moins profondément située que la pulpe, partie qui ne peut être que l'ivoire.

Ce qu'on va le plus souvent demander à un dentiste, c'est *un remède pour le mal de dents*. Pour les gens du monde, on le comprend, c'est là le summum, le *nec plus ultrà* de la science et de l'art. Plus d'un médecin, il faut bien l'avouer, partage aussi ce préjugé; et, en ouvrant un livre tel que celui-ci, il en tournera sans s'arrêter les feuillets jusqu'à ce qu'il ait rencontré la *recette infaillible* de l'auteur contre l'odontalgie. Dénaturée comme elle l'est à l'envi et depuis si longtemps par la crédulité et le charlatanisme, il paraissait difficile de rationaliser cette partie de la médecine. M. Désirabode l'a essayé cependant, et avec d'autant plus de mérite, selon nous, qu'il n'a fait pour cela que classer sans avoir besoin d'éliminer. Aucun moyen, aucune formule, quelque bizarre qu'elle semble, n'est repoussée par lui. Seulement, il commence par préciser quelles sont les diverses modifications vitales à l'aide desquelles on peut arriver à calmer la douleur; puis, passant en revue les mille et une recettes plus ou moins merveilleuses dont regorgent les moindres officines, il les déclare bonnes, insignifiantes ou dangereuses, selon qu'elles sont propres à exciter dans l'organisme l'une ou l'autre de ces modifications vitales, incapables d'atteindre ce but, ou enfin susceptibles de le dépasser d'une manière pernicieuse. On comprend toute la simplicité et la rigueur d'un pareil système de classification, si, comme celui-ci, il est fondé sur une base exacte. Ainsi, de toutes les médications prônées comme anti-odontalgiques, aucune n'a la moindre efficacité si elle ne peut produire un des quatre effets suivans : 1° calmer l'inflammation dont la pulpe dentaire ou les annexes de la dent cariée peuvent momentanément être le siége; 2° exciter une autre partie plus ou moins éloignée de la dent malade et absorber ainsi la douleur de cette dernière; 3° assoupir localement ou générale-

ment et même éteindre la sensibilité de la dent; 4° enfin soustraire la cavité de la carie à l'action de l'air, des alimens et de toutes les matières plus ou moins irritantes avec lesquelles elle peut se trouver en contact. Cette explication, nous le répétons, a surtout cela de précieux qu'elle élève au rang des moyens rationnels et réhabilitera ainsi dans l'esprit des médecins une foule de médications qu'on s'obstinait à rejeter parce que, n'en saisissant pas le véritable mécanisme, on les avait relégués à tort dans la catégorie des agens empiriques.

Un chapitre qu'on lira avec beaucoup d'intérêt est celui qui traite de la *suppuration des gencives*. Sous ce nom, l'auteur décrit une maladie bien distincte des abcès gingivaux, ainsi que des affections vénérienne, mercurielle ou scorbutique des gencives. Elle consiste dans le suintement purulent qui résulte d'une sécrétion morbide de la membrane gengivo-alvéolaire, et se reconnaît à l'issue d'une gouttelette de pus qui fait saillie entre la dent et la gencive dès qu'on passe sur cette dernière. En voyant signalées les causes, les espèces, la marche et les conséquences de cet état, le praticien reconnaîtra une maladie qu'il avait eu bien souvent sans doute l'occasion d'observer sans avoir pu trouver dans les traités ordinaires sa description complète. Il est à regretter seulement que la partie thérapeutique ne réponde pas par son développement à celui qu'ont reçu les autres points de son histoire, et qu'elle ne consiste qu'en quelques préceptes généraux, incapables sans doute d'égarer, mais également incapables de servir de guide.

L'*extraction* des dents a été traitée par MM. Désirabode, soit dans ses indications, soit quant à son exécution, avec une abondance de détails qui laisse peu à désirer. S'il nous était permis de reprendre ici quelque chose, nous signalerions seulement dans le langage des auteurs une réserve, une certaine répugnance à opérer, qui parfois semble aller quelque peu au-delà des bornes d'une sage circonspection. A Dieu ne plaise que nous confondions M. Désirabode avec ces industriels de bas étage pour qui une dent malade est, comme on l'a déjà dit, un client qui paie bien, et qu'ils ne sauraient en conséquence trop s'efforcer de conserver. Mais nous remarquerons cependant, et cela d'une manière générale pour les dentistes-écrivains, qu'ils sont tous ennemis déclarés de l'extraction, et que c'est cependant parmi les personnes de la classe aisée (celles auxquelles ils sont le plus fréquemment appelés à donner des soins) qu'on rencontre le plus d'odontalgies rebelles, de fluxions des gencives et de la joue, de névralgies suite de caries dentaires d'ancienne date. Dans le peuple, on en finit plus vite avec un mal de dents; et l'expérience commune semblerait prouver que l'expéditif et vulgaire *coup de clef* vaut encore mieux que tous les raffinemens de l'art qui, en palliant le mal, lui laissent souvent le temps d'engendrer des affections graves. Peut-être notre avis sera-t-il taxé d'hérésie : peut-être nous reprochera-t-on, comme le dit M. Désirabode, de vouloir *exercer sur les dents un vandalisme destructeur !...* Nous n'affichons point la prétention d'engager ici un conflit avec les sommités de la spécialité, pas plus que nous n'avons voulu donner à nos remarques le poids et l'extension d'un précepte universellement applicable. Mais nous attendrons cependant, pour changer d'opinion, qu'on apporte des faits capables de balancer ceux auxquels nous venons de faire allusion; on, si l'on veut se contenter de raisonnemens, nous en désirerions de plus péremptoires que celui à l'aide duquel notre auteur, par exemple, croit avoir démontré (V. p. 247) que souvent, par suite de l'extraction d'*une* dent, *toutes* les autres sont *nécessairement* exposées à perdre leur solidité ! — Il nous resterait bien encore plus d'une observation à faire sur le chapitre de la médecine opératoire, plus d'une réserve à présenter, par exemple, sur la proscription que tous les dentistes s'acharnent à lancer contre la clef de Garangeot. Mais ce sujet exigerait des développemens et une discussion *in extenso*, à laquelle ce n'est ici ni le lieu ni le temps de nous livrer.

Nous nous accuserions cependant d'injustice si, au milieu des corrections ou inventions ingénieuses que la brièveté imposée nous force de passer sous silence, nous omettions de mentionner l'idée vraiment digne d'éloges qui a conduit M. Désirabode à imaginer un système d'obturateurs palatins bien supérieurs à tout ce qu'on connaissait jusqu'ici. On sait que, dans le traitement des perforations accidentelles ou congéniales de la voûte palatine, il faut tenir l'ouverture *fermée* et en même temps il faut la laisser *libre*, de manière à ne pas contrarier l'effort incessant par lequel la nature tend constamment à la resserrer. Mais ces deux indications ne pouvaient être simultanément remplies sans de grandes difficultés; et le génie des inventeurs avait dû s'exercer de mille et mille manières pour atteindre ce but ou pour en approcher. Enfin, l'on crut être arrivé au dernier degré de la perfection lorsqu'on eut découvert le moyen de se borner, pour tout appareil, à une seule plaque buccale maintenue par des liens ou par des crochets aux dents de la mâchoire supérieure. M. Désirabode a été plus loin. Dans une voie qu'on croyait désormais fermée, il a trouvé moyen de faire encore un pas. Il ne se contente pas de *laisser* l'ouverture se resserrer naturellement, en même temps qu'il la tient oblitérée, il *sollicite activement* ce rétrécissement. Nous n'entrerons pas à cet égard dans des détails techniques que chacun voudra lire dans l'ouvrage même. Nous dirons seulement que, dans la construction de son instrument, il a surtout tiré partie de l'élasticité du caoutchouc. Supposez un obturateur ou plutôt une plaque buccale composée de deux pièces latérales, séparées mais susceptibles de se réunir, quand on le veut, au moyen d'une articulation. On commence par fixer chacune de ces deux pièces avec des crochets aux dents du côté correspondant. Si l'on se figure maintenant que l'une de ces pièces a une partie de sa largeur formée d'une bande épaisse de caoutchouc, et que cette bande est assez étroite pour qu'on ne puisse réunir les deux pièces entre elles qu'en lui faisant subir une certaine distension, on comprend que, l'articulation une fois fermée, le caoutchouc revient sur lui-même et attire d'une manière soutenue l'une vers l'autre les deux arcades dentaires, et par suite les deux moitiés de la mâchoire. Ce procédé a cela d'avantageux qu'il opère le rapprochement des maxillaires sans exercer sur eux aucune compression, comme le faisaient tous les appareils anciennement employés. M. Désirabode compare avec raison cet effort lent et persistant à la nature de l'influence que la suture du voile du palais possède pour réunir les bords des fissures congéniales. La staphyloraphie heureusement pratiquée est en effet, et très notoirement, un moyen efficace pour faire disparaître consécutivement les divisions de la voûte du palais; que sera-ce donc d'un agent d'union tel que celui-ci, dont on peut à volonté régler, modérer, graduer, augmenter la force? C'est là, nous n'hésitons pas à le déclarer, non seulement de la mécanique ingénieuse, mais d'excellente chirurgie basée sur les considérations les plus légitimes et les plus rationnelles.

Nous devons, avant de terminer, encore un avertissement à MM. Désirabode. Dans un ouvrage du genre de celui qu'ils ont entrepris, la critique a des droits, mais elle a aussi des bornes. Nous admettons sans difficultés qu'on ne peut représenter les opinions qu'en faisant intervenir des noms propres; et nous savons aussi que discuter une autorité, c'est implicitement reconnaître sa valeur. Nous le savons..., et cependant, disons-le franchement aux auteurs, il est vraiment certains noms qui reviennent trop souvent sous leur plume. Par quel hasard les contemporains sont-ils à peu près les seuls dont les noms ne soient presque jamais cités dans ces deux volumes qu'à l'occasion de quelque erreur ou de quelque contradiction qu'on leur reproche ? Puis, n'eût-il pas mieux été, dans un livre sérieux comme celui-ci, de se dispenser de grossir la table analytique de ces formules répétées presque à chaque ligne : « Erreur de M...; illusion de M... et de M...; du ridicole conseil donné par M..., et que M... tend encore à réhabiliter? » MM. Désirabode comprendront le motif qui nous dicte ces remarques. Il est bon sans doute de discuter, et il est bon aussi d'avoir raison; mais il y a quelquefois du danger à se préparer de ses propres mains un triomphe. Le peuple d'Athènes souffrait d'entendre nommer Aristide, *le juste* : qu'eût-ce été si le grand citoyen se fût décerné lui-même publiquement ce titre !

La véritable érudition, celle qui consiste à n'omettre aucune autorité de quelque valeur, se fait constamment remarquer dans les chapitres de cet ouvrage. Néanmoins, pour faciliter les recherches qu'on désirerait faire ultérieurement, une notice historique est annexée à la fin, où sont mentionnés, avec le titre et l'époque précise de leurs publications, tous ceux qui ont écrit sur l'art du dentiste d'une manière directe ou d'une manière accessoire. Quoique ce travail ait été rendu plus aisé par les recherches bien antérieures de M. Duval et surtout de M. Blandin (qui a fait dans son excellente thèse de concours, en 1836, un exposé aussi attachant que complet des connaissances successivement acquises sur l'anatomie et la physiologie des dents), il est juste de reconnaître que, en vertu de leur position spéciale, MM. Désirabode étaient à même d'y ajouter beaucoup. Ce résumé qui place sous les yeux du lecteur les titres de leurs émules est, de la part de nos auteurs, un acte d'impartiale équité. Mais on peut sans danger se montrer juste lorsqu'on est de son propre fonds aussi riche qu'ils le sont. Aussi cet historique, quoique surchargé de noms illustres et de grandes découvertes, n'est-il point cependant assez rempli pour ne pas avoir encore une place honorable à offrir au praticien laborieux que l'amour seul de l'humanité a décidé à rendre publiques les leçons d'une heureuse et longue expérience.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C°, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 33. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 17 AOUT 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE CHYLE; par F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir les numéros 26, 27 et 31.)

VI. — DE L'ABSORPTION DU CHYLE.

Puisque le chyle n'existe pas comme tel dans le tube digestif, mais qu'il y est seulement représenté à l'état rudimentaire par des substances protéiques ramollies ou liquéfiées, par des corps gras émulsionnés ou par des granules microscopiques sans caractère précis et constant, on ne peut, rigoureusement parlant, étudier l'*absorption du chyle;* du moins cet acte fonctionnel ne consiste-t-il pas seulement dans le changement des voies de la matière alimentaire, il réalise une action constitutive dont le chyle est le produit. Ainsi, dans l'imbibition de la paroi organique qui correspond à l'origine des vaisseaux chylifères, s'accomplit un travail intime qui ne se borne pas à séparer des corps préalablement mélangés, mais qui les organise, les perfectionne et leur donne de nouveaux caractères physico-chimiques ou physiologiques. Le chyle est alcalin, le contenu de l'intestin est acide; le chyle prend une couleur blanche caractéristique, tandis que les corps renfermés dans le chyme font varier sa coloration, à laquelle s'ajoute encore celle de la bile, qui généralement devient prédominante. Le chyle est coagulable, tandis que le chyme, constitué par des matières désagrégées ou dissoutes, n'a aucun caractère physiologique qui soit comparable à celui que nous venons d'indiquer. Le chyle présente les traces d'une constitution organique où le microscope démontre une forme constante, tandis que le chyme n'offre qu'une agglomération confuse de particules divisées, et sans caractère ou sans proportions arrêtées; enfin, le chyle revêt un état chimique déterminable, alors que le chyme n'est que de la matière alimentaire en travail de mutation, sinon quant à la nature des substances, du moins quant à la forme qu'elles prennent, puisque toutes les substances protéiques tendent à se réduire en albumine pour reparaître dans le chyle à ce dernier état et subir ultérieurement d'autres transformations.

Ces considérations nous conduisent à considérer le chyle comme une sécrétion, opérée sur le chyme par les parois organiques des vaisseaux lactés, de même que les sécrétions ordinaires sont opérées aux dépens du sang par les origines des vaisseaux excréteurs des glandes.

L'acte intrinsèque de l'absorption est réductible en un acte de sécrétion lorsqu'il y a simultanément pénétration de la paroi organique par un corps et apparition d'un produit différent au-delà de la paroi. Ici, comme dans les sécrétions ordinaires, on constate le passage de matériaux inaltérés, de matériaux légèrement modifiés et de matériaux réellement transformés. L'eau est dans le premier cas, les corps gras sont dans le second, les ma-

Feuilleton.

RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME, ET LETTRE SUR LES CAUSES PREMIÈRES; par J.-G. CABANIS, etc. — 8e édition, augmentée de notes et précédée d'une notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. PEISSE.

Depuis l'origine de la philosophie, c'est-à-dire depuis que les hommes méditent, réfléchissent et expriment leurs pensées sur les phénomènes de la nature, les écoles, les systèmes ont toujours été séparés, non pas seulement sur quelques points, mais dans les principes fondamentaux, dans l'ensemble même des doctrines. Qu'on ne se hâte pas pour cela de condamner la philosophie ni les philosophes; ces mouvemens contraires, cette fluctuation des idées, cette permanente mutabilité d'opinions tiennent évidemment à la nature même des objets qu'on étudie, à l'extrême difficulté des questions à résoudre. Ceux qui savent combien la science de soi-même est profonde, difficile et déliée ne sont nullement étonnés de ces différences d'opinions. Nous sommes condamnés sans relâche et peut-être sans espoir à la recherche de la vérité, à en reconnaître les sources primitives. Ainsi, les philosophes, comme les physiologistes, disputent et disputeront éternellement sur les phénomènes physiques et moraux qui constituent l'homme. Y a-t-il rien, en effet, que nous connaissions plus superficiellement que nous-mêmes? Notre pensée s'abîme dans notre pensée. A ne juger que scientifiquement les choses, qu'est-ce que l'esprit? qu'est-ce que la matière? leur différence ou leur identité sont-elles démontrées? puis, quels sont leurs rapports, leur influence réciproque? la raison est-elle autre chose que l'instinct, ou n'en est-elle que le perfectionnement? d'ailleurs, comment classer les phénomènes de l'entendement, etc., etc.? Voilà le champ sur lequel depuis trente siècles, et peut-être par delà, s'exerce l'entendement humain; il est probable que le même espace de temps écoulé dans l'avenir ne donnera nullement la solution définitive de cette série de hautes questions agitées depuis tant d'années. Nous n'avons pas d'organe pour connaître ce qui est en essence; une cause connue découvre aussitôt mille causes inconnues, et cela jusqu'à l'infini, jusqu'à Dieu. Chacun veut néanmoins expliquer l'homme et la nature, d'après son point de vue et son système (1).

D'aussi simples réflexions devraient rendre tolérans ceux qui jugent les philosophes et les condamnent souvent sans les approfondir, et cependant il n'en

(1) « On veut être du conseil de Dieu, et prendre avec lui la charge de conduire le monde. » (Descartes, LETTRES A MADAME ELISABETH, 1646.)

tières azotées dans le troisième. En même temps, il y a une sorte d'action élective exercée sur les élémens du chyme, puisque, ainsi que nous l'établirons bientôt, il est certaines matières qui sont généralement absorbées par le système veineux et que l'on ne retrouve pas dans le chyle. Les matières alimentaires sont au chyle ce que le sang est aux produits sécrétés; ici la pénétration se fait du dehors au dedans, là elle s'accomplit de dedans en dehors; dans les deux cas, l'action organique modificatrice se produit au contact intime de la matière alimentaire ou du sang avec la paroi vivante, et tous les phénomènes de l'organisme sont placés entre ces deux opérations si différentes par leurs résultats, si analogues par leur nature.

A. Des régions de la surface digestive ou s'opère l'absorption du chyle. Enoncer ici que cet acte fonctionnel a lieu principalement dans le duodénum et la partie supérieure de l'intestin grêle sera suffisant pour rappeler un fait généralement connu et qui n'exige aucune preuve additionnelle. Mais la surface de l'intestin grêle n'est pas la seule où le chyle puisse être absorbé, ainsi que l'avaient établi plusieurs physiologistes.

Déjà Biumi et Belli (1) avaient indiqué les lymphatiques de l'estomac comme exerçant une première action sur le chyle. MM. Leuret et Lassaigne ont de nouveau reproduit cette assertion; d'après leurs expériences sur le cheval. Ces observateurs disent avoir vu les lymphatiques de l'estomac de ce mammifère remplis de chyle quelque temps après l'introduction des alimens dans sa cavité. Ce résultat ne saurait surprendre lorsque les expériences sont faites sur les chevaux, car le duodénum de ces animaux communique librement avec le ventricule par un orifice large et dépourvu d'anneau valvulaire. La bile peut donc baigner les alimens chymifiés qui arrivent à la région pylorique, et favoriser les opérations organiques dont le chyle est un résultat; ou bien des alimens déjà parvenus dans l'intestin peuvent refluer par un mouvement antipéristaltique vers l'estomac, et fournir des matériaux propres à l'absorption du chyle dans ce viscère.

Le même résultat peut aussi être observé chez d'autres espèces animales, malgré l'absence de conditions aussi favorables. Nous avons choisi, pour vérifier son exactitude, de jeunes chiens auxquels nous avons laissé prendre à discrétion de la soupe au lait, après les avoir soumis à deux jours d'abstinence pour rendre l'absorption plus active. Une heure et demie après l'ingestion de cet aliment, nous avons reconnu, vers la région pylorique de l'estomac de l'un de ces animaux, et vers la partie supérieure de l'intestin des lymphatiques remplis d'un fluide blanc opaque, l'estomac contenait du lait caillé mélangé avec une sorte de bouillie. Le canal thoracique renfermait un fluide ayant tous les caractères du chyle.

L'action absorbante des vaisseaux du gros intestin est suffisamment démontrée par l'expérience journalière, qui apprend que les médicamens introduits dans l'économie par cette voie exercent une action aussi prompte que ceux qui sont directement portés dans l'estomac, et par la résorption rapide des injections aqueuses dans le rectum. Mais la disparition de ces corps est généralement attribuée à l'action du système veineux, et l'on s'est à peine occupé de l'action que les sucs des gros intestins font subir aux matières qui en sont pénétrées. M. Magendie (2) exprimait encore, il y a dix ans, l'incertitude de la physiologie expérimentale sur ce sujet, et provoquait des recherches nouvelles sur le mode d'action exercé par le gros intestin sur les liquides nourrissans.

Or, il nous a été démontré, par des expériences réitérées, que les substances alimentaires, sous forme de bouillon ou de lait, y étaient transformées en une matière plus ou moins analogue au chyme, ayant une réaction acide et disparaissant graduellement par une action absorbante à laquelle les lymphatiques prenaient part. La continuation de la formation du chyle dans le cœcum et le colon était d'ailleurs connue depuis longtemps dans la science, puisqu'à l'occasion d'une controverse élevée à ce sujet entre Méry et Winslow, ce dernier convainquit son contradicteur en piquant un des vaisseaux blanchâtres émanés du gros intestin, et en démontrant par l'écoulement du liquide que ces lignes blanches n'étaient point des rameaux nerveux. Nos expériences ont porté principalement sur des liquides injectés dans le gros intestin.

Un jeune chien fut purgé avec de l'huile de croton tiglium incorporée à de la matière alimentaire, et soumis encore à deux jours d'abstinence. Nous lui fîmes injecter par le rectum, à plusieurs reprises, 120 grammes de lait. Une heure après la dernière injection, l'animal fut mis subitement à mort. Du lait coagulé à réaction acide était répandu dans le gros intestin; les lymphatiques de ce viscère renfermaient un liquide blanc, et les ganglions mésentériques auxquels ils aboutissaient en étaient aussi pénétrés. Le liquide du canal thoracique était d'un blanc mat.

Un autre chien fut soumis à une expérience analogue après les mêmes précautions; mais, au lieu de lait, ce fut du bouillon de viande chargé de matière grasse qui servit à l'injection; bien qu'une partie assez considérable du liquide eût été expulsée par les efforts de l'animal, il nous fut cependant possible de constater une certaine opacité dans les lymphatiques de l'intestin. Le contenu du cœcum et du colon avait une certaine consistance, répandait une odeur désagréable et offrait une coloration jaunâtre évidemment produite par la bile.

L'expérience avec le lait fut reproduite sur un troisième chien; mais, afin d'éviter les inconvéniens des déjections, le lait fut directement introduit dans le colon, au moyen d'une incision pratiquée dans la région iliaque gauche. Une ligature fut appliquée au-dessus et au-dessous de l'ouverture faite à l'intestin. Malgré le trouble et la douleur inséparables de cette manœuvre opératoire, l'expérience fut suivie de succès; le lait fut presque entièrement résorbé, mais il avait franchi la valvule iléo-cœcale, et une partie avait passé dans l'intestin grêle.

B. Du rôle respectif des lymphatiques et des veines dans l'absorption des matériaux du chyle. La détermination des organes de l'absorption du chyle a subi des vicissitudes liées aux progrès de l'anatomie, et, on peut ajouter aussi, aux caprices de la physiologie expérimentale. A l'époque où les vaisseaux lymphatiques n'étaient point connus, l'opinion était unanime pour attribuer aux veines l'absorption de la matière alimentaire. Après la découverte des vaisseaux lactés et surtout après qu'elle eut été complétée par celle des lymphatiques du reste de l'économie, l'absorption exercée par ces derniers organes fut acceptée comme réelle. Mais ce fut surtout à dater des expériences de Hunter et de ses élèves que les opinions devinrent indépendantes des suggestions tirées de l'anatomie et se basèrent sur les résultats de la physiologie expérimentale. Or, ici comme dans la plupart des questions difficiles à résoudre, la

(1) Cités par Haller.
(2) Loc. cit.

---

est rien. En dehors des discussions de l'ordre scientifique, l'esprit de secte ou de parti, l'ignorance, les préjugés, les passions haineuses ont presque toujours porté des jugemens que le bon sens des siècles futurs a plus ou moins rectifiés. Socrate but la ciguë précisément parce qu'il blessa les doctrines en faveur chez les Athéniens. A ce peuple crédule, irritable et cruel, demandant toujours *quoi de nouveau?* on put répondre une fois : il y a un sage condamné à la mort parce qu'il ne pense pas comme vous. Anytus, en effet, n'a été que l'expression personnifiée du ressentiment public. Dans la suite des âges, les mêmes causes ont produit les mêmes effets, et l'histoire de l'esprit humain en fournit des preuves aussi nombreuses que déplorables.

Sans parler de Hobbes, de Descartes, de Bayle, on peut dire que, sous plus d'un rapport, Cabanis est aussi un exemple de ces jugemens préconçus et passionnés. Nous ne partageons point, à beaucoup près, les opinions de ce médecin, mais nous disons que, comme tous les hommes qui ont un drapeau élevé, signalant une doctrine manifeste, Cabanis, notre contemporain, n'a été encore, jusqu'à ce jour, ni connu, ni jugé, au moins comme il doit l'être, et l'on en jugera par le commentaire de l'édition actuelle. Les uns, pleins d'enthousiasme pour les écrits de cet illustre médecin philosophe, ont complétement adhéré à ses opinions; elles ont été pour eux une incontestable autorité. Poussé, disent-ils, par un louable amour de l'évidence, Cabanis s'est renfermé dans la stricte observation des phénomènes perceptibles. Rebuté par d'inintelligibles abstractions, il a voulu transporter les réalités de l'étude des faits organiques dans le monde conjectural de l'imagination et de la métaphysique, qui ne sont autre chose qu'un appel aux ténèbres; il s'en est tenu pour la science de l'homme à l'étude de ses organes, car c'est en eux et par eux que nous vivons, que nous sommes; au delà, tout est problème, incertitude, parce que tout est obscur, hors de la portée de nos sens.

Les autres n'ont considéré Cabanis que comme un matérialiste, comme un athée, ne voyant que le physique, que l'organe, que la matière visible et tangible; qui, partant de ces données, véritables erreurs placées à la base même de la science, a dit que l'ame était le produit final de l'organisation, et la pensée une *sécrétion du cerveau*. Parmi ces derniers, il en est qui ont même assuré qu'on ne lisait plus Cabanis, que, philosophe sans mérite, écrivain sans talent, ses ouvrages étaient à peu près oubliés, relégués dans les bas fonds des bibliothèques. Est-il besoin de réfuter ces dernières assertions? L'ouvrage entier de M. de Bonald (Recherches philosophiques sur les premiers objets des connaissances morales), destiné à réfuter Cabanis, les ouvrages de Bérard, de Maine de Biran et tant d'autres, enfin cette *huitième* édition, prouvent combien les écrits de Cabanis, et notamment celui dont il s'agit ici, ont encore de poids, d'autorité et de lecteurs.

On voit, par ce que nous venons de dire, l'étrange diversité des jugemens portés sur les travaux de l'auteur des *rapports*, etc.; deux camps ennemis ne sont pas plus opposés; aussi nous ne craignons pas de le répéter, Cabanis jusqu'à ce jour n'a été ni connu ni jugé. Maintenant il n'en sera plus ainsi, à moins de la plus aveugle prévention. Par l'édition nouvelle, enrichie d'une vie de ce médecin et d'un grand nombre de notes explicatives, on pourra désormais apprécier les opinions de Cabanis avec pleine justice et impartialité, qu'on les adopte ou

science procéda par oscillations et vit naître des partisans des opinions les plus opposées, jusqu'à ce qu'une observation plus complète et plus exacte vint concilier des faits en apparence contradictoires, et montrer que l'interprétation était fautive.

Hunter, Cruikshank, Mascagni entrèrent les premiers dans la voie de l'expérimentation, et attribuèrent aux lymphatiques un pouvoir absorbant exclusif. Leurs expériences étaient d'ailleurs dirigées de manière à confirmer cette idée, et ils s'abstinrent de contr'épreuves suffisantes pour l'examen de la même fonction dans le système veineux. A part quelques rares opposans, les physiologistes acceptaient les inductions de l'école expérimentale de Hunter, lorsque la question fut reprise d'une manière plus générale par M. Magendie, et résolue dans un sens entièrement opposé. La propriété absorbante fut restituée aux veines, et le système lymphatique n'eut plus qu'une faible part dans la fonction. MM. Ségalas, Flaudin et une foule d'autres physiologistes vinrent accréditer ces idées. Mais les faits sur lesquels celles-ci étaient basées ne pouvaient détruire d'autres faits non moins avérés, et ils n'étaient propres qu'à étendre la démonstration du nombre des organes chargés de l'absorption. Il existait du moins un argument irrévocable en faveur du système lymphatique, auquel on ne pouvait contester la propriété d'absorber du chyle. Toute la question consistait à déterminer si cette dernière fonction était exclusivement remplie par les vaisseaux lactés, ou si elle était aussi partagée par le système veineux abdominal. Divers genres de preuves ont été invoqués pour la résoudre.

On a recherché si le sang de la veine-porte contenait visiblement du chyle. A ce sujet, Tiedemann dit avoir vu des stries blanches dans le sang de la veine-porte du cheval et du chien. Fohmann a prétendu avoir fait la même observation sur un homme qui s'était suicidé. Puis on a rappelé des observations analogues de Glisson, Swammerdan, etc. Mais, outre que la rareté de ces faits permet de supposer quelques inexactitudes dans leur constatation, ils ne possèdent pas en eux-mêmes une valeur importante, et il est d'ailleurs possible que ces stries réputées chyleuses fussent le résultat, non d'une absorption à la surface de l'intestin, mais d'une pénétration du chyle dans la veine-porte par l'intermédiaire des ganglions mésentériques.

On a recherché, d'une autre part, quelle était la direction prise par certaines substances qui résistaient à la transformation digestive et que l'on pouvait retrouver dans les voies de la circulation ou dans les liquides sécrétés, avec des caractères assez tranchés pour être exactement reconnus. Les matières colorantes, celles qui sont douées d'une odeur persistante, les substances chimiques susceptibles d'être mises en évidence par des réactifs, divers poisons ont particulièrement servi à ce genre d'expérience, et l'on a recherché la route que ces substances suivaient pour pénétrer dans l'organisme. Sous ce rapport, les essais de M. Magendie, appuyés de ceux de Tiedemann et d'un grand nombre d'imitateurs, ont notablement contribué à la solution du problème, et ont démontré que dans ces cas les veines étaient les agens de l'absorption. Ainsi les matières colorantes végétales ont été retrouvées dans le sang de la veine-porte et non dans le chyle; il en a été de même du camphre, du musc et des substances dont l'odeur tenace révélait facilement la présence. Même résultat pour le cyanure de potassium et autres produits chimiques employés par Westrumb; même résultat surtout pour les poisons dont l'action a toujours en des conséquences fâcheuses, alors même que la transmission par les lymphatiques était complètement interceptée.

Toutefois les résultats que nous venons d'énoncer n'ont pas paru concluans à tous les physiologistes, et il s'est élevé quelques dissidences, principalement au sujet des matières colorantes. Si MM. Magendie, Tiedemann, Westrumb, Krimer, Lawrence et Coates, n'ont pu retrouver ces produits dans le chyle, d'autres expérimentateurs non moins recommandables, à la tête desquels se voient les noms de Haller et de Hunter, prétendent avoir observé certains d'entre eux. Ainsi ces illustres physiologistes, ainsi que Lister et Blumenbach, disent avoir reconnu dans le chyle la couleur bleue du tournesol ou de l'indigo; Viridet et Mattei affirment un résultat pareil pour la couleur rouge après avoir nourri des animaux avec des betteraves. Seiler et Ficinus ont retrouvé dans le chyle la couleur jaune du curcuma et la couleur rouge de la garance, après avoir administré cette substance à des animaux. Les mêmes contradictions existent dans la science au sujet de certaines substances minérales. Ainsi le cyanure de potassium a été retrouvé tantôt exclusivement dans le sang, tantôt dans le sang et le chyle à la fois, tantôt dans ce dernier, par Seiler, Ficinus, Fodéra et par des médecins de Philadelphie cités par Burdach. Des essais du même genre ont donné lieu à des observations analogues, quand on s'est servi du sulfo-cyanure de potassium ou du chlorure de baryum.

Ces résultats contradictoires ont entretenu dans la science des doutes qui ne pouvaient être détruits que par une nouvelle direction donnée aux essais précédens. Il nous a semblé que l'opposition dans les faits n'était qu'apparente, et qu'en réalité ces derniers étaient réductibles en une vérité commune. Ainsi la présence des matières colorantes ou salines dans le chyle ne prouve pas que les vaisseaux lactés les aient absorbées directement, mais qu'elles y sont parvenues par une voie quelconque. Comme la lymphe se mêle avec le chyle à la partie inférieure et dans divers points du canal thoracique, le sérum de cette lymphe chargé, comme celui du sang, des matières absorbées dans l'intestin par les radicules de la veine-porte, peut, en définitive, transmettre au chyle les qualités qui dépendent de leur présence. Ainsi Hunter et Mazzi prétendent avoir reconnu l'odeur du musc dans la lymphe où elle avait été transmise par l'intermédiaire du sang, puisque l'odeur des substances qui possèdent le plus manifestement cette propriété n'est point sensible dans le chyle du canal thoracique, lorsqu'on la recherche peu de temps après que ces mêmes substances odorantes ont été portées dans l'estomac, ainsi que le démontrent les nombreuses expériences de M. Magendie.

Pour acquérir une conviction sur ce point, nous avons entrepris divers essais dont les résultats nous ont paru décisifs.

Exp. I. — Deux lapins, soumis à une abstinence préalable, furent alimentés avec du son dans lequel une assez forte proportion de garance avait été incorporée. L'aliment coloré fut laissé à leur disposition pendant trois heures. Ils furent ensuite tués pendant qu'ils étaient en pleine digestion. Les lymphatiques du mésentère, les ganglions de la même région et le canal thoracique étaient remplis de chyle légèrement opalin où l'on n'apercevait aucune trace de la coloration particulière de la garance, tandis que le sérum du sang présentait cette coloration.

Exp. II. — Deux autres lapins furent soumis au même régime, mais ne furent sacrifiés qu'après une alimentation plus prolongée. Le chyle n'était point coloré, mais le sérum du sang l'était et la teinte rouge de la garance s'observait en outre dans l'urine.

qu'on les rejette. M. Peisse en a fait une exposition et un commentaire aussi profond dans la doctrine qu'élégant dans la forme. Notre excellent collaborateur a donné ici une nouvelle preuve de l'étendue de son savoir comme de la justesse de son esprit. Que fallait-il, en effet, pour comprendre et connaître Cabanis comme il doit l'être? un homme qui pût le juger sans engouement, sans dénigrement, c'est-à-dire, sans esprit de secte, de parti, de doctrine et même de profession; qui, également versé dans l'étude de la médecine et celle de la philosophie, eût indiqué les limites de l'une et l'autre de ces deux sciences; or nul mieux que M. Peisse n'était capable d'exécuter ce difficile travail: Armé d'une logique aussi déliée qu'inflexible et judicieuse, il passe en revue toutes les opinions les plus remarquables de Cabanis; il ne les adopte point, il ne les condamne pas; il ne les exalte pas, il ne leur lance pas l'anathème; seulement, comme tous les libres-penseurs, il les examine, les approfondit et les explique; il les admet, les rejette, les juge, autant qu'il est en lui, au point de vue des faits, de l'expérience, autrement dit de la vérité. On doit croire qu'il ne s'agit nullement d'une critique locale, vulgaire, restreinte dans son horizon, transportant ordinairement dans la science l'ardeur et les préoccupations de la polémique de parti; c'est une critique large, vivifiante, fondée sur les principes d'où émanent les grandes et solides doctrines. Nous pouvons assurer que M. Peisse a commenté Cabanis avec cette sûreté d'aperçus, cette équité de jugement toujours motivé, cette manière calme et sensée qui attache et intéresse, précisément parce qu'on y reconnaît cette mission que le savoir et l'expérience donnent aux meilleurs écrivains contre les têtes exaltées, les esprits prévenus, les consciences timorées; nouvelle preuve qu'avec de la bonne foi toutes les questions s'élèvent et s'éclaircissent.

M. Peisse ne veut pas transformer Cabanis en auteur tout à fait orthodoxe; son bon sens est trop éclairé pour avoir cette prétention. Mais il démontre qu'en général on a mal compris les opinions de Cabanis, en le regardant comme matérialiste dans l'entière acception de ce mot. Il prouve en outre que la Lettre sur les causes premières n'est nullement une rétractation des principes de ce médecin, comme on l'a répété. Cabanis part toujours de l'organisation et des phénomènes qu'elle présente, sans rien affirmer, sans rien nier de ce qui peut être au-delà. On a beau faire, on ne saurait pourtant rejeter la haute importance de cette étude, même sous le rapport philosophique. Quoi qu'on dise, le mot de Pascal sera éternellement vrai, l'homme n'est ni *ange* ni *bête*; la nature a lié physiologiquement et anatomiquement l'homme au reste des animaux, l'âme elle-même se forme dans le moule organique où Dieu l'a jetée, indépendamment qu'il existe dans l'économie cette sorte de fatalisme providentiel qu'on nomme instinct et qui entre pour sa part dans les déterminations intellectuelles. Ainsi sentir, connaître, vouloir, c'est l'*unité* humaine dans sa triplicité. Qu'on rejette ces principes ou qu'on les admette, ils n'en sont pas moins fondés sur les faits les plus exactement observés. Aussi, est-ce sur l'étude des organes et des appareils d'organes, sur leur liaison plus ou moins étroite avec les actes de l'intelligence que se fondent les opinions de Cabanis; il faut toujours les considérer sous ce point de vue. « Le caractère fondamental du travail de Cabanis, dit M. Peisse, est d'avoir fait de l'étude des rapports du physique et du moral une

Exp. III. — Deux lapins furent alimentés pendant dix jours avec du son mélangé avec de la garance en poudre; ils furent ensuite soumis à deux jours d'abstinence complète afin que du chyle ne se formât pas et que de la lymphe seule pût être recueillie dans le canal thoracique. Les animaux furent alors sacrifiés. La coloration rouge de la garance imprégnait la plupart des fluides et elle était particulièrement sensible dans la lymphe obtenue du canal thoracique.

Exp. IV. — Deux lapins furent soumis au régime de la garance jusqu'à saturation, et nourris ainsi, l'un pendant dix jours, l'autre pendant quinze. Après ce laps de temps, ils furent tués pendant la digestion. Chez tous les deux, le chyle du canal thoracique présentait la couleur rouge de la garance d'une manière moins prononcée, il est vrai, que la lymphe obtenue dans l'expérience précédente, mais assez caractérisée pour qu'on ne pût la méconnaître. Presque tous les liquides de l'organisme étaient empreints de la même coloration, ainsi que le tissu osseux.

Ne faut-il pas attribuer, d'après ces faits, la couleur rouge-garance du chyle à son mélange avec la lymphe qui arrive au canal thoracique saturée de matière colorante? Ainsi s'expliquent les dissidences apparentes entre les opinions exprimées plus haut. Si les animaux qui servent aux expériences n'ont pris qu'une faible quantité des alimens colorés, si on recherche le principe colorant dans le chyle après les premières digestions, on ne le rencontre pas. Il n'existe encore que dans le sang; mais peu à peu, à mesure que ce mode d'alimentation continue, le principe colorant apparaît dans les urines et d'autres liquides sécrétés; plus tard, la lymphe s'en charge à son tour, et alors elle se mélange avec le chyle auquel elle donne la coloration qu'elle a prise elle-même; en sorte que ce dernier liquide peut conserver ou perdre sa propre couleur suivant le temps depuis lequel dure l'expérimentation.

Un autre résultat surgit des expériences ou des faits que nous avons rapportés et amène à conclure que les lymphatiques de l'intestin absorbent principalement les substances assimilables destinées à devenir la matière du sang, telles que les matières azotées neutres réduites en albumine, les substances grasses, l'eau, quelques sels, tandis que le système veineux absorbe au contraire les substances non assimilables et qui sont destinées à être expulsées de l'économie.

Cette déduction exprime un fait bien général et réunit la majorité des suffrages parmi les physiologistes de notre époque; mais on ne saurait l'accepter comme une vérité absolue et sans exception. On peut dire que la plupart des ajournemens de la certitude scientifique sont dus à la tendance que l'on a eue, à presque toutes les époques, à regarder comme constans les faits que l'on observe le plus fréquemment. Dans l'organisme vivant, beaucoup de phénomènes, beaucoup d'actions n'ont pas une existence nécessaire; leur accomplissement n'est qu'habituel et la dérogation de la nature à ce mode ordinaire n'a rien qui doive surprendre l'observateur impartial. Ainsi les attributions que nous avons reconnues aux veines et aux lymphatiques de l'intestin n'impliquent pas la nécessité d'une action toujours identique et les fonctions de ces deux ordres de vaisseaux ont, au fond, assez d'analogie pour qu'ils puissent se suppléer temporairement dans les cas d'obstacle à l'absorption par l'un ou l'autre système. Lorsque la progression du chyle est empêchée par une altération des ganglions mésentériques ou par toute autre cause, nul doute que les veines ne soient aptes à absorber les matériaux du chyle qui se mêlent alors directement avec le sang. Rien ne répugne à admettre pareillement que l'absorption par les chylifères fasse entrer dans l'organisme, des matériaux plus divers que d'habitude, lorsqu'une tumeur du foie ou un obstacle d'une autre nature s'opposent au libre exercice de la circulation veineuse abdominale. Mais comme ces actions supplétives sont toujours imparfaites, si l'obstacle qui les provoque se prolonge, la santé et la vie elle-même peuvent être menacées.

VII. — DE LA PROGRESSION DU CHYLE.

Le trajet du chyle mesure l'intervalle compris entre la surface intestinale et la veine sous-clavière gauche et consiste anatomiquement en une voie d'abord multiple représentée par les vaisseaux lactés qui, après s'être agminés en ganglions se réunissent en un seul tronc, sous le nom de canal thoracique. Dans ce trajet, le chyle n'est soumis à aucun moteur dont l'action particulière soit puissante, mais il est sollicité dans une direction constante par plusieurs causes dont les influences réunies déterminent sa progression.

Le premier moteur du cours du chyle, c'est l'absorption elle-même de ses élémens, à la surface intestinale. Nous n'avons pas à examiner de nouveau la question tant de fois discutée, de savoir si les lymphatiques de l'intestin s'ouvrent au sommet des villosités ou s'ils représentent des réseaux très rapprochés de la surface libre de la muqueuse. Depuis les travaux de Lieberkuhn (1) sur les villosités jusqu'à ceux de Lauth (2), de Fohmann (3) et de Panizza (4) sur l'origine des vaisseaux lymphatiques, presque toutes les possibilités anatomiques semblent avoir été épuisées. L'opinion à laquelle on s'est le plus généralement arrêté, d'après M. Breschet (5), est celle qui consiste à admettre que l'origine des lymphatiques consiste en un réseau délié où le microscope ne démontre aucun pertuis régulier qui mérite le nom de bouche absorbante. Les élémens du chyle attirés par les parois de ce réseau les imbibent, se modifient à leur contact et pénètrent dans leur cavité sous la forme nouvelle qui appartient au chyle proprement dit. MM. Gruby et Delafond (6) ont récemment expliqué d'une autre manière la pénétration du chyle dans ces vaisseaux. D'après les observations microscopiques auxquelles ils se sont livrés, le chyle brut, incessamment mis en rapport avec les villosités par les mouvemens vibratiles d'inclinaison latérale dont elles sont le siége, parviendrait dans l'orifice des cellules de l'épithélium qui recouvre ces villosités, s'y convertirait en chyle homogène et pénétrerait dans le vaisseau chylifère central et unique qui est en communication avec les cellules de l'épithélium; en outre, une partie du chyle pénétrerait aussi par endosmose dans les vaisseaux sanguins qui environnent le canal chylifère.

Quelque apparence de précision qu'il y ait dans le compte-rendu de ces observations, on ne saurait l'admettre sans plus ample examen; la difficulté même de l'observation et les opinions dont la science est encombrée

(1) DISSERT. ANAT. — PHYS. DE FABRICA ET ACTIONE VILLORUM INTESTINORUM TENUIUM HOMINIS. Amsterdam, 1760.
(2) ESSAI SUR LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES. Strasbourg, 1824.
(3) MÉMOIRE SUR LES VAISSEAUX LYMPH. DE LA PEAU, DES MUQUEUSES, ETC. Liége, 1833.
(4) OSSERVAZIONI ANTROPO-ZOOTOMICO FISIOLOGICHE. Pavia, 1830.
(5) LE SYSTÈME LYMPHATIQUE CONSIDÉRÉ SOUS LES RAPPORTS ANAT., PHY. ET PATH. Paris, 1836.
(6) COMPTE-RENDU DE L'ACAD. DES SCIENCES. Juin 1843.

---

science distincte et indépendante, en la dégageant nettement du cortége des questions métaphysiques et ontologiques qui en avaient jusque-là embarrassé la marche, et en la plaçant sur le terrein des faits compris dans la sphère de l'observation sensible et de l'expérience interne. » On voit ici comment le judicieux commentateur a considéré et apprécié les opinions de Cabanis, et nous le croyons dans le vrai. Ce qui prouve que partisans et adversaires qui ont tiré de ces opinions des conséquences extrêmes se sont également trompés. Ecoutons encore M. Peisse : « Quant à l'imputation de matérialisme, nous croyons pouvoir également nous dispenser de la discuter en détail, car nous avouons sincèrement être incapable de décider quelle a été précisément, nous ne disons pas la doctrine, mais la croyance de Cabanis sur l'obscur et profond mystere ontologique de l'essence et de la destinée de la personnalité humaine. Nous serions même porté à croire qu'il était resté à cet égard, après beaucoup d'hésitations, dans un état d'incertitude équivalent au scepticisme. » Rien de plus équitable que ce jugemente qu'il est impossible de ne pas partager, surtout dans le sens philosophique, car, ainsi que l'observe M. Peisse, « la philosophie n'est ni un système, ni une école, ni même une science; elle est, dans son essence, le libre exercice de la pensée sous la loi de la seule raison. Cette liberté est le principe vital de son activité et de son développement. » Etudions donc les organes, soit dans leur action proprement physiologique, soit dans leur liaison avec les actes de l'intelligence. Cette étude faite, comme elle doit l'être, ne conduira certainement pas au matérialisme, doctrine superficielle, qui n'explique rien, ne connaît rien et n'a pas même pu jusqu'à ce jour s'élever jusqu'aux phénomènes atomistiques, sa base et ses racines. Les inquiétudes d'une ame avide de la vérité, ou les tourmens d'un scepticisme absolu, seront toujours neutralisés par ce besoin de l'inconnu, par cette évidence d'une cause des causes qui vivent au fond des cœurs. Et l'argument qui s'appuie sur l'élan éternel de l'homme vers une autre destinée, sur l'instinct précurseur de la vie immortelle qui proteste en nous, jamais on ne le détruira; or cet argument est plus puissant qu'on ne croit, en raison de la source dont il émane. C'est là ce qui rassure, ce qui termine bien des discussions. N'est-ce pas le véritable sens de ce mot profond de saint Augustin : *fides est sanitas mentis*? « La croyance est la santé de l'esprit. »

Au reste, ne pouvant entrer dans de plus grands détails, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même, aux savantes remarques qui l'accompagnent et en éclaircissent les principes. M. Peisse a fait précéder le travail de Cabanis d'une très bonne notice sur ce médecin. Cette notice est divisée elle-même en deux parties : la première contient *la vie et les travaux divers* de Cabanis; la seconde est l'exposition synthétique de sa *doctrine*. Dans l'une et l'autre, on trouvera, nous le répétons, les caractères d'une critique profonde et lumineuse, c'est-à-dire une grande puissance d'attention et une rare capacité d'analyse.

Quant à la forme, nous ne dirons rien du style de Cabanis. Qui ne connaît cette diction claire et précise, qui laisse à la pensée toute sa netteté, toute sa vigueur, donne au mot son sens juste et sa vive couleur? Certes, il y a loin de ces qualités à l'obscurité nuageuse, à la solennité hiéroglyphique dans les mots et les principes de certaines métaphysiques. D'un commun accord, amis et ennemis, tous ont regardé la manière de Cabanis comme un véritable modèle de

sur ce point commandent une juste réserve dans l'appréciation qui s'y rapporte. Toutefois si la connaissance des organes de l'absorption est lente à se perfectionner, le phénomène le plus important de cette fonction, c'est-à-dire la transformation qui coïncide avec la pénétration des matériaux dn chyle, présente plus de difficultés encore dans sa constatation. C'est que cette action profonde s'accomplit sous l'empire direct de la vie, et, dans ce domaine intime, l'observation ne fait que de rares conquêtes; elle constate les conditions préalables; elle apprécie les résultats accomplis, mais leur liaison reste mystérieuse et révèle l'intervention d'une force particulière. L'imbibition, l'endosmose, quelque réelles qu'elles soient, ne peuvent équivaloir à une explication; car, loin d'être le fait lui-même ces phénomènes ne peuvent être considérés à bon droit que comme un moyen et non comme une cause.

Le chyle, une fois introduit dans la cavité des lymphatiques, est poussé par la contraction de ces derniers, on par celle dn canal thoracique lorsqu'il est arrivé jusqu'à ce tronc ultime. La contractilité des canaux lymphatiques est le moteur le plus direct dn chyle et son existence est démontrée par un grand nombre d'observations. Si, après avoir ouvert l'abdomen d'un animal vivant, pendant la chylification, on étale le mésentère pour observer les vaisseaux lactés, on voit que, sous l'influence de l'excitation produite par l'air, leur volume se réduit, en même temps que le chyle est poussé vers les ganglions mésentériques. Bientôt les vaisseaux cessent d'être apercevables et reprennent leur transparence. Le canal thoracique se resserre plus visiblement à l'air, sans s'effacer néanmoins d'une manière complète. Tiedemann et Westrumb (1), disent qu'il se resserre de près d'une moitié de son diamètre. Si l'on applique une ligature sur les vaisseaux du mésentère et à plus forte raison sur le canal thoracique, de manière à faciliter l'accumulation du chyle au-dessous du nœnd et qu'on pique la partie distendue, la rétraction des parois peut expulser le chyle quelquefois jusqu'à un décimètre de distance, en le faisant jaillir en arcade. Cette rétractilité consiste en une action tonique analogue à celle des veines. Elle est peu sensible lorsque la chaleur animale a disparu; les vaisseaux pleins de chyle ne se vident pas alors spontanément.

La contractilité des canaux chylifères obéit d'ailleurs médiocrement aux excitans extérieurs. On a reconnu que leur rétrécissement sous l'influence des acides et des caustiques essayés par Haller n'était autre chose qu'un raccourcissement physique. L'eau chaude et l'alcool affaiblissent les rétrécissemens à peine. Valentin a remarqué que les irritations mécaniques n'exerçaient aussi qu'une influence médiocre, et Muller qui a mis en usage la pile galvanique pour éprouver leur contractilité n'a d'abord aperçu aucun changement; ce n'est que plus tard qu'il a reconnu des étranglemens à peine perceptibles sur les points du canal thoracique qui avaient directement subi l'action de la pile. Ces divers résultats écartent l'idée de structure musculaire admise par Cruikshank et d'autres anatomistes. Nos propres observations nous font adopter l'opinion de M. Cruveilhier qui considère la partie contractile des parois de ces vaisseaux comme formée de tissu *dartoïde*. Dans l'état de vie les contractions de ce tissu sont d'ailleurs lentes, égales et poussent le chyle d'une manière uniforme. Ce n'est que chez les animaux inférieurs que des organes sont annexés au système lymphatique et font l'office de cœur. Ces organes découverts chez les reptiles par Muller et Panizza n'ont point d'analogues chez l'homme, et l'on n'observe pas que les parties les plus dilatées des voies lymphatiques se contractent d'une manière plus sensible que le reste. Le réservoir de Pecquet ne jouit sous ce rapport d'aucune action privilégiée; nous l'avons plusieurs fois examiné sur des animaux vivans dans le but de constater sa contractilité, et nous n'avons pas remarqué qu'elle fût plus évidente qu'en d'autres points du canal thoracique. Il ne répond pas non plus d'une manière plus sensible aux excitans extérieurs.

La contraction tonique des vaisseaux dn mésentère et du canal thoracique ne serait pas un agent suffisant du mouvement du chyle, si des valvules n'étaient disposées dans leur cavité. En effet, le chyle suivrait aussi bien une direction rétrograde qu'une direction progressive, s'il n'existait des conditions propres à empêcher le premier effet. Le chyle, nouvellement absorbé, constitue d'abord une force *à tergo* qui oppose le premier obstacle à la rétrogradation, puis les valvules forment le second et le plus puissant. Ces replis, découverts par Rudbeck et Bartholin, offrent une si grande résistance que, d'après des expériences de Sœmmering, une colonne de mercure de 33 pouces fut trop faible pour les faire céder. On ne saurait donc admettre avec Darvin que le chyle puisse refluer de la partie supérieure du canal thoracique vers la partie inférieure, lors d'un obstacle à la circulation du sang dans la veine-cave supérieure. Ce reflux n'est possible que chez les animaux dépourvus de valvules, tels que les vertébrés inférieurs, et, parmi les mammifères, quelques carnassiers. Chez ceux qui possèdent ces replis, le reflux toujours très borné n'a lieu que dans l'intervalle des valvules, et si un obstacle existe au versement du chyle dans la veine sous-clavière, ce liquide en s'accumulant audessous de l'obstacle forme graduellement une tumeur dont la rupture peut être la conséquence. A. Cooper (1) a vu ainsi le réservoir du chyle se rompre après la ligature du canal thoracique. Il est inutile de reproduire les justes objections faites de nos jours contre l'assertion de ceux qui ont nié l'existence des valvules des voies lymphatiques. Il n'est point d'anatomiste un peu exercé qui ne puisse facilement constater leur présence et leur disposition.

Aux actions impulsives ou aux conditions anatomiques que nous avons signalées, il faut encore ajouter quelques influences accessoires qui ne sont pas sans action sur le cours du chyle. Les contractions de l'intestin doivent être placées en première ligne; sans invoquer ici les assertions très contestables de Bamdohr et de Rengger qui prétendent que les contractions du canal intestinal des insectes expulsent à travers les parois de ce conduit le chyle formé dans sa cavité, on comprend que, chez les animaux supérieurs, les mouvemens de l'intestin soient aptes à activer la pénétration du chyle dans les lymphatiques et à accélérer son cours en comprimant les vaisseaux contenus dans l'épaisseur de ses tuniques. Nous avons déjà cité le procédé de M. Magendie qui conseille pour obtenir une plus grande quantité de chyle de malaxer la masse intestinale. De même, Muller a reconnu qu'en cernant par deux ligatures une certaine quantité

(1) Physiologische Unterhuchungen. P. 47.

(1) Mémoire sur l'oblitération du canal thoracique. Œuvres complètes trad. par MM. Chassaignac et Richelot.

style scientifique et philosophique. Eh bien! nous pouvons assurer que l'annotateur n'est nullement au-dessous de son auteur: lui aussi possède l'art d'être clair dans les questions les plus ardues; ses idées sont profondes et son style très lucide, qualités infiniment rares, parce qu'elles supposent une grande étendue de vues et beaucoup de souplesse dans l'esprit. Aussi cette édition de Cabanis doit-elle être considérée comme la plus importante qui ait paru jusqu'à ce jour; c'est une véritable édition *princeps*, qu'il faudra nécessairement étudier, consulter, quand on voudra connaître l'auteur des *rapports* dans la réalité de ses opinions.

R. P.

COPIE DE LA MINUTE AUTOGRAPHE D'UNE LETTRE QUE LE CÉLÈBRE ASTRONOME LALANDE ÉCRIVAIT A SA MÈRE LORSQU'IL FUT NOMMÉ MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES; communiquée par le docteur Ribes père.

Voici par quelles circonstances je me suis trouvé possesseur de cette lettre intéressante que j'ai cru devoir livrer à la publicité.

Dans les premières années de mes études médicales, j'avais placé mes modestes pénates rue St-Jean-de-Beauvais, non loin du Collége de France. Quand mon temps me le permettait, j'allais y entendre M. Lalande. Ce savant, malgré son esprit supérieur et sa légitime célébrité, était loin de réunir autour de lui le nombreux auditoire qu'attire la parole éloquente de l'illustre Arago. Néanmoins, j'écoutais ses leçons avec un intérêt extrême.

Un jour, le pied glissa au grand astronome, comme il montait en voiture, et il se fit une légère écorchure à la jambe. J'étais en ce moment chez la femme du concierge du Collége de France, où je visitais un enfant malade. Elle me pria de venir voir la jambe de M. Lalande et de lui indiquer ce qu'il faudrait appliquer sur cette petite plaie. En me voyant, le célèbre professeur ne tarda pas à me reconnaître pour un de ses auditeurs; il en prit même occasion pour m'engager à me livrer sérieusement à l'étude de l'astronomie, la première, selon lui, et la plus importante de toutes les sciences.

Quelques années plus tard, je devins le médecin et l'ami de M. Lalande neveu et de sa famille, ce qui me procura la connaissance de M. le baron Damoiseau, astronome et membre de l'Institut. Ces liaisons me permirent d'être utile à plusieurs candidats aux places de membres de l'Institut, et je pourrais en citer un certain nombre pour lesquels mon crédit ne fut pas sans succès. Ce fut à l'occasion de M. Double, devenu l'un des membres les plus distingués de ce corps savant, par ses formes vraiment académiques, que Mme Lalande me répéta ce qu'elle m'avait déjà dit plusieurs fois: « Au lieu de solliciter pour vos confrères, » vous devriez parler pour vous-même. Mais puisque rien ne peut exciter votre » ambition, tenez, voici une minute autographe d'une lettre que mon oncle écri- » vait à sa mère lorsqu'il fut nommé membre de l'Académie des sciences. Peut- » être que la lecture de cet autographe plein d'enthousiasme aura sur vous » quelque influence, et pourra vous déterminer à vous présenter une autre fois.»

de lait introduite dans une anse d'intestin, et en exerçant une pression sur cette anse on faisait pénétrer le liquide dans les chylifères.

A l'action de l'intestin s'ajoutent encore des pressions extérieures sur les vaisseaux lymphatiques, telles que celles qui ont lieu pendant la contraction des muscles de l'abdomen et du diaphragme, et l'acte même de l'inspiration, qui, en facilitant la circulation veineuse, accélère nécessairement la progression du chyle sur laquelle l'influence de l'acte inspirateur se fait d'autant mieux ressentir que ce liquide est versé près de la terminaison du système veineux. Cette explication nous paraît plus acceptable que l'idée fournie à E. Burdach par une expérience équivoque, et d'après laquelle le chyle serait mu vers le sang en vertu d'une attraction particulière exercée par celui-ci.

Sous l'influence de ces actions propulsives réunies, le chyle parcourt ses voies dans un temps dont l'appréciation a occupé plusieurs physiologistes qui se sont efforcés de déterminer soit la quantité, soit la vitesse de ce liquide.

Le calcul de la *quantité* de chyle admis dans les vaisseaux du mésentère a été quelquefois établi d'après des bases tellement hypothétiques que les résultats n'ont eu aucun profit pour la science. Ainsi Lieberkuhn croyait pouvoir faire cette appréciation de la manière suivante : il évaluait le nombre des villosités intestinales à cinq cent mille et la cavité du vaisseau lymphatique contenu dans chacune d'elles à un cinquantième de ligne cube ; puis ayant vu sur des animaux l'intestin se contracter et chasser le chyle deux fois par minute, il arrivait à conclure d'après ces données que vingt-huit livres de chyle pourraient passer dans l'espace d'une heure par la voie des vaisseaux lymphatiques. Il suffit d'énoncer cette conclusion pour montrer où peut conduire le calcul établi sur des bases exagérées ou évidemment fausses.

Haller (1) cite des expériences à l'aide desquelles on obtenait quatre, six ou huit onces de chyle par jour ; mais il n'entre dans aucun détail à ce sujet. Saviard (2) a mentionné une observation de fistule chyleuse, qui avait fourni pendant la durée d'un temps assez long 289 pintes de chyle. Cette observation manque non seulement de précision, mais même d'authenticité. M. Magendie assure qu'en incisant dans la région du cou le canal thoracique d'un chien de moyenne taille qui a mangé à discrétion des alimens de nature animale, on obtient d'abord au moins une demi-once de chyle en cinq minutes, et que l'écoulement de ce liquide devient ensuite bien plus lent. Cette indication peut donner une idée assez approximative de la quantité de chyle ordinairement produite, mais elle ne saurait équivaloir à une appréciation rigoureuse. La nature et la quantité des alimens consommés, l'état général de l'organisme, l'activité particulière du tube digestif et plusieurs autres conditions doivent introduire une grande variabilité dans la somme des produits de la chylification ; à quoi il faut ajouter encore que le canal thoracique est dilatable à divers degrés, et que, comme il est l'aboutissant commun du chyle et de la lymphe, ce dernier liquide s'ajoute au premier et complique l'estimation de sa quantité.

Quant à la *vitesse* même avec laquelle le chyle parcourt ses voies, elle doit aussi varier beaucoup et subir l'influence de nombreuses conditions. Cruikshank (1) dit avoir vu chez un chien le chyle parcourir quatre pouces en une seconde, ce qui ferait vingt pieds par minute ; mais tout fait présumer que le cours de ce liquide est loin d'offrir une telle vitesse. D'abord le passage du chyle dans les ganglions mésentériques doit nécessairement en retarder le cours ; en second lieu, les changemens que subit le chyle dans son trajet le long du canal thoracique font supposer que sa vitesse doit être médiocre ; enfin, dans l'état de vie, la résistance offerte au chyle soit par les parois des canaux qui le renferment, soit par le courant sanguin qui remplit la veine où il va se déverser, représente des conditions tout à fait différentes de celles qu'on établit dans les expériences, en ouvrant le canal thoracique, ou en examinant son embouchure dans la veine sous-clavière. La liberté d'issue qui lui est offerte dans ce cas, combinée avec la rétraction des vaisseaux lymphatiques sous l'influence de l'air froid, la font jaillir avec une vitesse contre nature. Le microscope pouvait offrir quelque secours pour mieux apprécier cette vitesse, en faisant assister l'observateur à la progression des globules. M. Poiseuille a fait quelques recherches à l'aide de cet instrument (2), et paraît avoir obtenu plus de précision dans les résultats sur une souris âgée de vingt-quatre jours, qui avait mangé depuis une heure et demie du pain et du millet, une division de la paroi antérieure de l'abdomen laissa échapper une portion considérable d'intestin. On disposa sur une lame de verre une partie d'intestin, où l'on voyait parfaitement les diverses circulations qui ont lieu dans l'épaisseur de cet organe. Un vaisseau chylifère très distinct fut examiné comparativement avec une artère et une veine à l'aide d'un microscope qui grossissait de 120 diamètres. Les globules du chyle présentaient un mouvement qui coïncidait avec la contraction péristaltique des fibres musculaires de l'intestin. Le mouvement était très lent dans l'intervalle des contractions saccadées. La progression du sang dans les artères et les veines était, au contraire, beaucoup plus rapide et indépendante des mouvemens de l'intestin.

D'après cette expérience, qui ne constate, il est vrai, que la vitesse relative des fluides contenus dans les vaisseaux des parois intestinales, la vitesse du chyle semblerait assez faible, résultat d'autant plus admissible qu'il s'harmonise avec les déductions rationnelles fournies par les autres données de la physiologie.

(La suite prochainement.)

(1) Element. physiol., tom. vii, pag. 243. *Chyli motus*.
(2) Observat. cxi.

(1) Loc. cit., p. 63.
(2) Voir la thèse de M. Breschet sur le système lymphatique, p. 211.

CHIRURGIE PRATIQUE.

APPLICATION DE LA TÉNOTOMIE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANCIENNES PLAIES DES MUSCLES; par M. le docteur Fabrizi.

Il n'est pas rare, dans la pratique de la chirurgie, de voir des plaies siégeant dans la substance des muscles ou dans les tissus environnans ré-

---

Pour mon malheur, il arriva un moment où plusieurs fauteuils académiques vinrent à vaquer. Alors, je l'avouerai, poussé par mon mauvais génie, j'eus la faiblesse, malgré mon âge, et peut-être à cause de mon âge, de me laisser entraîner parmi les candidats qui se présentaient. La première démarche une fois faite, je n'eus plus le courage d'avancer ni de reculer ; bientôt je reconnus ma faute, mais hélas ! il était trop tard.

Au reste, voici cette lettre très remarquable, qui est la cause innocente de la petite déconvenue à laquelle je me suis si inconsidérément exposé.

Du 14 mars 1753.

J'ai vu une brochure faite contre Voltaire, au sujet des procédés indignes dont il a accablé M. de Maupertuis. L'auteur s'est trouvé dans le cas de me nommer comme témoin oculaire de quelques faits, et a bien voulu y joindre cette apostille flatteuse pour moi : « M. de Lalande, le même qui, peu de temps après, sans femmes et sans cabale, est entré à l'âge de vingt ans dans un corps où il est glorieux d'avoir place à soixante. » Ce fait n'est pas absolument bien exact, mais il est flatteur. Je ne sais, chère maman, si je vous ai marqué que j'avais reçu des nouvelles de M. de Maupertuis ; qu'il a craché un abcès du poumon et qu'il se trouve fort soulagé ; il ne me dit pas s'il compte se mettre bientôt en voyage, mais ses amis le croient ; je lui ai écrit, à la prière de M. Lemonnier, de faire mettre dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie de Berlin une note pour servir de correction à un passage où j'ai attribué par erreur à M. Lemonnier un ouvrage qui ne lui appartient pas ; il craint que ceux qui connaissent l'étroite amitié qui nous lie ne le soupçonnent de m'avoir engagé à le louer aux dépens d'un Anglais que je ne connaissais que très peu.

J'ai fait connaissance avec un voisin fort aimable ; c'est un médecin habile, riche et jeune, qui a beaucoup de talens pour la musique : j'avais été ému assez vivement, en entendant de notre jardin un orgue dont le son est extrêmement doux ; comme c'est de tous les instrumens celui qui a le plus d'harmonie, et que l'harmonie est pour moi un plaisir sans égal, je ne désirais que de l'entendre souvent et de près ; j'en ai trouvé l'occasion.

J'ai été voir ces jours passés M. Vaucanson, ce fameux mécanicien que tout l'univers connaît et que je voulais connaître plus particulièrement que le reste de nos académiciens ; j'ai vu chez lui les machines les plus curieuses ; il est logé comme un prince et il s'occupe toujours, selon les vues du ministère, à perfectionner les arts utiles, les manufactures et tous les instrumens de fabrique.

Je vous ai probablement ennuyé bien souvent en vous parlant d'académiciens et d'académie ; mais excusez-moi encore un peu de temps ; c'est une faiblesse qui passera ; je suis encore plein de mon objet ; et quand je mets la main à la plume, c'est la première chose que je tire de mon écritoire et de ma tête. Je reçois de tous côtés des lettres de félicitations de mes amis, de ceux même à qui je n'avais pas fait part de ma nouvelle élévation, et qui ne l'ont apprise que de la renommée portée sur les ailes de la gazette. Comment avec cela pourrais-je

sister longuement aux moyens à l'aide desquels on peut heureusement combattre les plaies qui affectent les autres parties du corps.

Frappé de l'opiniâtreté de ces plaies rebelles, je me suis demandé s'il ne se pourrait pas que la cause qui entretient la maladie tînt à l'état de contraction qui affecte les muscles lorsqu'ils se trouvent dans les conditions que je viens d'énoncer. Je voyais, en effet, que, par cet état de contraction de la fibre musculaire, le fond des plaies dont il est ici question ne prenait que difficilement cette forme plane, régulière et relâchée qui est le caractère général des plaies les plus disposées à une cicatrication facile et prompte.

Guidé par ces réflexions, je me suis décidé à interroger sur cette question l'expérimentation directe, en pratiquant la section des tendons des muscles placés dans les conditions sus-indiquées. En effet, la tension musculaire étant effacée par cette opération, on pouvait reconnaître, par les phénomènes survenus dans la plaie, si le rôle que joue cette condition morbide dans la marche de la maladie était tel que je l'avais supposé par le raisonnement.

Obs. I. — Dans les derniers jours de l'année 1839 une femme, âgée de 36 ans, vint me consulter, à Malte, se plaignant d'une ancienne plaie suppurante dont elle se trouvait affectée à la partie moyenne antérieure du bras gauche. Les tégumens étaient détruits dans l'étendue d'un demi-pouce carré environ, et on remarquait, au fond de cette plaie, trois ouvertures à travers lesquelles on pouvait introduire un stylet émoussé et le promener dans l'intérieur de plusieurs cavités, dont le plus grand nombre siégeaient dans la substance du biceps. Les autres ne faisaient que longer les parois externes de ce muscle qui était contracturé de manière qu'il fallait employer quelque force pour amener l'avant-bras dans une parfaite extension.

Le traitement subi jusqu'alors avait été très rationnel, et on n'avait omis d'employer aucun des moyens qui réussissent dans les cas ordinaires. Mais tous ces moyens avaient été inefficaces.

Lors de mon premier examen du bras malade, les ouvertures à travers lesquelles le pus s'écoulait étaient convenablement placées, et je pensai qu'il pouvait être indiqué d'essayer les injections avec la teinture d'iode dans les sinus fournissant la suppuration. Ce moyen thérapeutique aidé de la compression sur la totalité du membre malade n'amena aucun changement favorable, de manière que je me crus autorisé à essayer la section du tendon du biceps, dans l'idée que la tension du muscle pourrait être la cause qui entretenait la maladie. Aidé par mon ami, le docteur Mordo (jeune médecin fort remarquable de Salonique, actuellement médecin inspecteur du gouvernement turc à Kajassaré), je pratiquai la section du tendon du biceps très près de son insertion au radius. L'avant-bras fut amené dans une extension complète sur le bras, et avec un massage prolongé, on chercha à produire le relâchement le plus prononcé de la masse musculaire du membre. Quelques injections iodées furent poussées le plus profondément possible dans les sinuosités existantes au bras, et avec un bandage qui comprimait modérément les parties malades, on maintint le membre dans la position sus-indiquée. L'appareil fut enlevé le 20e jour, et on ne trouva qu'une très petite quantité de pus. La plaie extérieure avait subi une amélioration remarquable, et les sinuosités avaient perdu de leur étendue et de leur profondeur. J'ai pu reconnaître toutes ces modifications avantageuses en introduisant un stylet et en faisant des injections iodées dans les sinuosités. J'employai ces moyens avec beaucoup de précaution, dans la crainte de nuire au travail de la cicatrisation qui s'était établi. On renouvela exactement le premier pansement pour être substitué par un autre tout à fait semblable au précédent, après encore une vingtaine de jours.

A cette époque, on constata une amélioration telle que je crus devoir me borner à la seule application du bandage contentif, et deux mois après l'opération la malade se trouvait parfaitement guérie.

La seconde occasion où j'ai appliqué la ténotomie dans le même but que dans le cas précédent s'est offerte à moi au mois de mars 1840.

Obs. II. — P... C..., de Malte, âgé de 18 ans, était affecté, depuis cinq ans, de plaies suppurantes à la partie postérieure de la jambe gauche. Dans le courant de cette longue maladie, ses plaies s'étaient souvent cicatrisées; mais au bout de quelque temps on les avait vues reparaître presque toujours accompagnées de sinuosités qui rampaient dans la substance même des muscles jumeaux et dans les tissus environnans. Ces trêves répétées de la maladie et ces recrudescences étaient accompagnées d'induration douloureuse des muscles affectés et de la rétraction de ces organes, de manière qu'il en était résulté un pied équin des plus exagérés. Le pied ainsi difforme appuyait sur le sol par le côté externe du gros orteil et du second, de sorte que le malade ne se servait pas de ce pied pour la sustentation du corps, et se trouvait forcé de marcher avec deux béquilles.

Dans les derniers jours du mois de mai 1840, je pratiquai sur ce sujet la section du tendon d'Achille, à 1 pouce du calcanéum, ayant en vue de traiter en même temps l'affection des muscles et la difformité qui en était le résultat. On pratiqua des massages prolongés pour placer les muscles dans un état de relâchement, et on acheva le traitement par l'emploi de machines propres au redressement progressif du membre. Le pied avait repris sa position normale au bout de deux mois. Le malade, à cete époque, a pu marcher librement et quitter pour toujours les béquilles. La suppuration s'est tarie, et la jambe a repris, depuis l'opération, tous les caractères de l'état normal.

Ce résultat a été constaté par beaucoup de témoins parce qu'il a été obtenu sur l'un des malades que j'ai traités dans l'établissement des difformités dont j'ai eu la direction à l'hospice des Invalides, à Malte, et il est représenté par les plâtres placés, aux nos 19 et 20, dans la salle opératoire.

J'ai à citer un autre cas, où l'on essaya le même genre de traitement, au mois d'octobre 1843, dans l'hôpital des Femmes, à Livourne.

Il s'agissait de plusieurs plaies accompagnées de déperdition de substance à la peau qui recouvre les muscles jumeaux. Ces plaies étaient compliquées de sinuosités profondes siégeant dans la substance même des jumeaux et dans le tissu cellulaire qui enveloppe ces muscles. La maladie était un peu ancienne et demeurait rebelle à tous les moyens les plus rationnels de l'art. Les muscles étaient tendus et contracturés; mais leur tissu n'avait pas subi une véritable rétraction. Il me parut que c'était là le cas de tenter d'ajouter, aux mêmes moyens thérapeutiques, le relâchement des muscles par la section du tendon, et je conseillai cette pratique à M. le docteur Lombardi, médecin inspecteur de l'établissement, et à M. le docteur Marchettini, chirurgien primaire du service chirurgical. Ces deux médecins très distingués par l'étendue de leurs connaissances et par l'élévation de leur caractère, adoptèrent le projet que je venais de leur proposer, et la section du tendon étant ajoutée au traitement ordinaire on parvint promptement à la cicatrisation de la plaie.

Le sujet de la quatrième et dernière observation, qu'il me reste à rapporter à l'appui de la pratique dont il s'agit, est une demoiselle âgée de 18 ans, de Corte (île de Corse), qui, à la suite d'une affection tuberculeuse des os de l'avant-bras, gardait depuis longtemps, à la partie interne de ce membre, de nombreux sinus intermusculaires qui parcouraient, par de longs trajets, plusieurs directions dans les interstices musculaires. Le muscle petit palmaire et le cubital interne se trouvaient contracturés et un peu rétractés, de manière que la main demeurait dans un état de

---

sortir de l'enthousiasme où je suis? D'ailleurs, comment n'estimerais-je pas celui de mes attributs que je suis sûr de garder toute ma vie, et le seul qui doive un jour me survivre? On ne s'informera jamais dans le dix-neuvième siècle combien il y avait d'avocats ou de présidens dans une cour de justice; mais on reverra éternellement avec plaisir quels étaient, dans les diverses époques de la France, ce petit nombre de gens choisis qui formaient le sanctuaire de toutes les sciences et sur lesquels une nation aussi éclairée que la nôtre se reposait du soin d'examiner, de sonder, de pénétrer la nature et d'en développer les mystères aux yeux d'un public fait, ce me semble, pour être ignorant dans les choses qu'il lui importerait souvent le plus de savoir. J'attends avec impatience notre séance publique; c'est là le jour où on lève, pour ainsi dire, aux yeux du profane vulgaire, le rideau qui nous sépare de lui, et où nous paraissons en public comme ces demi-dieux qui semblent être révérés de la nature entière, objets de leurs méditations, et qui paraissent au moins en jouir tout autrement que le reste des hommes, parce que leur jouissance est éclairée, agréable pour eux et profitable pour les autres.

Vous n'ignorez pas que les plus savans mythologistes ont cru que les divinités des anciens, surtout Mercure, Prométhée et Cérès, n'étaient que des savans dont les lumières utiles au reste des humains les ont fait élever, dans l'estime et dans la reconnaissance des peuples, au rang de la nature divine : voilà ce qui vient de m'arracher le mot de demi-dieux, dont ma cousine Bouvent m'a fait naître l'idée dans une lettre pleine d'esprit qu'elle m'a écrite depuis ma réception. Je voudrais pouvoir vous citer ce qu'en dit Ovide dans le premier livre des Fastes, vers 297; mais faites-le lire par M. de Bouvent, si, par hasard, il trouvait de l'exagération dans ce que je viens de vous dire, en parlant d'académie. Telle est l'impression de ce mot sur mon esprit, qu'aussitôt que je le prononce, il m'entraîne toujours plus loin que je ne voudrais. Ce serait bien pis si je vous écrivais un jour en sortant d'une séance de l'Académie, et tout plein de l'admiration que je vais chaque fois y puiser. Priez Dieu de m'en préserver : vous croiriez tout de bon que la tête me tourne.

— Hygiène des bains de mer, de leurs avantages et des dangers de leur abus; par le docteur Leconte, médecin adjoint de l'hôpital et du château d'Eu. In-8o. Prix : 3 francs.

— Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale, observée à l'hôpital militaire de Versailles en 1839, par M. le docteur Faure-Villar, ancien médecin en chef de cet établissement, médecin ordinaire aux hôpitaux militaires de l'Algérie. Brochure in-8o de 136 pages. Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

flexion permanente qoe les muscles extenseurs ne parvenaient pas à détruire.

En présence de mon ami, le docteur Grimaldi, médecin très habile de l'île de Cose, je pratiquai la ténotomie an tendon du petit palmaire et dn cubital interne; et, après avoir fait un massage qui ponvait mettre ces muscles dans le relâchement le plns complet, je plaçai le membre dans un appareil propre à maintenir la main immobile dans l'extension.

A la suite de cette opération, on a pu constater le même résultat que dans les cas précédens. En effet, les muscles devinrent moins engorgés et moins douloureux. Les sinus se cicatrisèrent promptement, de manière que j'acquis une noovelle prenve en faveur de la section do tendon d'un muscle, lorsque cet organe est le siége d'nne ancienne plaie suppurante, rebelle aux moyens chirurgicaux ordinaires, soit que cet état morbide se trouve limité aux tissus qui l'environnent, oo qu'il en soit affecté lui-même dans l'épaisseur de ses fibres charnues.

N'ayant jamais tronvé dans les ouvrages de chirurgie l'indication de la pratique que je viens de décrire, j'ai cru devoir la faire connaître et la proposer aux chirurgiens. C'est maintenant à l'expérience à décider la valeur qu'on doit accorder à cette npération dans les conditions morbides où j'ai pensé qu'elle remplissait une indication importante, capable de conduire à des résultats heureux, difficiles on impossibles à obtenir par les antres moyens de traitement (1).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE AMPUTATION DE LA JAMBE POUR CARIE DES OS DU PIED, CHEZ UN SUJET SUR LEQUEL ON AVAIT DÉJA FAIT L'AMPUTATION DE CHOPART; SUIVIE DE RÉFLEXIONS; communiquée par M. le docteur STANSKI, chirurgien du deuxième dispeusaire, médecin du bureau de bienfaisance du cinquième arrondissement.

Au mois de juillet 1843, il a été ln devant l'Académie de médecine par M. Laborie un mémoire SOR LA VALEUR RELATIVE DES AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED. L'aoteur parle dans ce mémoire, entre aotres observations importantes, d'nne malade qui a subi dans les hôpitaux différentes opérations très graves pour la même maladie, et dont le résultat n'a pas été aussi heureux que M. Laborie voulait le faire pressentir. Donnant mes soins à cette malade depuis plusieurs années, je vais rappeler l'observation, ao moins brièvement, pour ce qui concerne les faits relatés dans le mémoire précité, en insistant surtout sur les conséqoences qu'on peut déduire de l'amputation de la jambe, que j'ai été obligé de pratiquer à cette malade ao mois de novembre dernier, et qui présentent un grand intérêt sons le rapport de la pratique.

OBS. — Poncet Pierrette, âgée de 47 ans, jouissait ordioairement d'une assez bonne santé, si ce n'est que dans son enfance elle était faible et délicate, comme le sont les eofaus d'une coostitutiou lymphatique. Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, à la suite d'une maladie assez grave, qui, d'après son rapport, paraîtrait être la fièvre typhoïde.

Depuis ce moment elle se portait tonjonrs bien; elle se maria à l'âge de 25 ans et eut plusieurs enfans, qui tous jouissent d'une assez bonne santé, excepté sou fils aîné, que j'ai soigné pour une maladie de Pott, laquelle a été eurayée par les amers et les cautères, appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale, et aujourd'hui il ne lui reste de cette affection qu'une forte courbure de la coloone vertébrale dans la région dorsale, une gêne de la respiration et une grande faiblesse dans les extrémités inférieures.

La malade raconte qu'au enmmeocement de l'année 1836 elle fit ou faox pas; à la suite de cet accident, sou pied se gonfla, devint douloureux, et malgré tous les traitemens qu'elle suivit, des abcès se formèrent, s'ouvrirent et restèren fistuleux. Lorsque j'ai été appelé auprès de la malade, en 1839, j'ai trouvé son pied gauche rempli d'ouvertures, qui donnaient nue grande quantité de pus; le moindre mouvement était très douloureux; la malade avait des sueurs nocturnes, une fièvre coutinuelle, avec exacerbations le soir, nne toux quinteuse fatigante, une expectoratiou abondante et un amaigrissement très considérable, bref tous les signes rationnels d'une phthisie pulmonaire; mais ni l'aoscultation, ni la percussion ne fournirent aucun symptôme évident de la présence des tubercules dans la poitrine.

Après avoir examiné avec soin l'état de la malade, mou opinion fut qu'il n'y avait pas d'autre moyen de guérison que l'amputation de la jambe, et je décidai la femme Poucet à entrer à l'hôpital Cochin; elle suivit mon couseil et y fut reçue dans les premiers jours du mois de juin 1839.

M. Michon, espérant probablement conserver au moins une partie du pied, ne jugea pas à propos de couper la jambe et pratiqua l'amputation de Chopart. La malade supporta très bien l'opération, et, la cicatrisatiou étant bien avaocée, elle sortit un mois après avoir été opérée. Peo à peu, la plaie finit par se cicatriser complètement. La malade reprit son embonpoiot et se portait assez bien, si ce n'est qu'elle ne pouvait s'appuyer sur son membre, qui se gonflait et devenait très douloureux aussitôt qu'elle voulait s'en servir. Elle éproovait même pendant le repos des dooleurs très fortes dans le moignon. Les muscles se retractèrent et relevèrent le talon en arrière, et quatre ou ciuq mois après que la plaie eot été fermée, trois abcès se formèreot de nouveau daus la cicatrice, s'ouvrireut successivement, dégénérèrent en fistules intarissables et forcèrent la malade de garder tonjours le lit.

An mois de février 1842, j'ai décidé la malade poor la seconde fois à aller daos un hôpital; elle entra donc immédiatement à St-Louis, avec la ferme résolutiou de se faire amputer la jambe. Mais M. Jobert, voulant sans doote éviter à la malade le désagrément d'uue jambe artificielle, a été d'uu avis coutraire: il ouvrit la cicatrice, fit la résectiou d'une portiou du calcanéum, qui lui paraissait être malade, et la section sous-cutaoée du tendon d'Achille, afin d'amener le pied à sa position normale; mais il n'a pu arriver complètement à ce résoltat, malgré un bandage approprié, à l'aide duquel il maintenait le pied dans sa position naturelle.

Lorsque la malade sortit de l'hôpital, elle conservait encore deux oo trois petites fistules autour de la cicatrice, qui ne se tarireut jamais, donnèrent continnellement do pns, dont la quantité augmentait cousidérablement lorsque la malade voulait marcher, même avec des béquilles, car elle n'a jamais pu s'appuyer sur son membre opéré, malgré un soolier approprié à l'état de son pied. Celui-ci rougissait, en outre,, s'euflait et devenait très douloureux au moindre exercice, et la femme Poncet, après les deux opérations qu'elle avait subies, était encore condamnée à rester an lit. En même temps le talon se renversa peu à peu encore davantage en arrière, et la cicatrice, fortemeut tiraillée, se trouvait daus la direction de la plaute du pied; la jambe, en touchant le sol, appuyait directement sur elle, ce qui augmeutait encore les douleurs.

Du reste, la malade conservait son emboupoint et jouissait d'one assez bonne santé; mais elle demandait instamment d'être débarrassée de la portion du pied qui était la source de tant de douleurs et l'empêchait de vaquer à ses affaires.

J'ai donc pratique l'ampntation de la jambe an-dessus des malléoles le 21 novembre 1843, près de deux anuées après sa sortie de l'hôpital St-Louis.

L'opération et ses suites n'out présenté rien d'extraordinaire; la plaie a été rénoie par première intention; les ligatures ne tombèreut que le dix-septième jour, et le vingt-unième, la plaie a été presqu'entièrement fermée. Aujoord'hui la malade se porte parfaitement bieu, n'éprouve aucune douleur dans le moignon et marche avec noe jambe artificielle de Martin.

EXAMEN DE LA PORTION DE LA JAMBE AMPUTÉE. — Après avoir disséqué avec soin le pied, on voit que tous les tendons des muscles de la régiou postérieure de la jambe, tels que ceux du jambier postérieur, du long fléchisseur do gros orteil, du fléchisseur commun, out une iusertiou fixe à la partie antérieure de la face inférieure du calcauéum; les deux teudons des péroniers latéraux s'attacheut aussi à cet os, et comme leur poulie de reovoi, formée par la face postérieure de l'extrémité iuférieure du tibia et du pérouée est plus eu arrière que leur insertion, on imprime, en tiraut sur ces muscles, au calcanéum et à l'astragale, un mouvemeut d'exteosion.

Les tendoos du jambier antérieur et de l'extensenr commun des orteils preunent leur insertion sur la peau; par couséquent, cette iusertioo étant mobile, les teudons n'ont aucune action sur les os, et il n'y a que l'exteuseur propre du gros orteil qui s'insère au bord supérieur de la facette articulaire antérieure de l'astragale, encore n'imprime-t-il à cet os qu'uo mouvemeut de flexiou très borné.

Presque toute la portion du calcanéum qui se trouve ao-devaut de la facette articulaire supérieure externe a été enlevée par la résectioo à l'hôpital St-Louis; cependant on voit encore une graude portiou de cet os, ainsi que de l'astragale, qui est cariée. Les deux os sout tellement tirés en arrière et eo haot que le calcanéum touche le bord postérieur de la face articulaire du tibia.

Eufin, outre les tendous des muscles postérieurs de la jambe, qui tirent le pied en arrière, le calcanéum est encore fortement fixé daos l'extrusion par les fibres postérieures des ligamens latéraux, et surtout par celles de l'externe, qui se sont retractées et forment comme une corde très solide. L'astragale est luxé eo avant et est sorti presqu'en entier de la poulie formée par les extrémités inférieures dn pérooé et du tibia, de mauière que sa facette articulaire antérieure regarde en bas. Après le relâchement de tous les tendous postérieurs, il est impossible de faire rentrer cet os à sa place et de rameuer en avant le calcanéum, qui est mainteno en arrière par le ligament latéral externe, comme nous l'avons dit.

Cette observation présente sous plusieurs rapports un grand intérêt; d'abord on voit par ce fait qo'un malade affecté de la carie des os d'un membre peot être réduit à l'état d'une grande faiblesse et d'un grand amaigrissement et préseoter tous les symptômes rationnels d'nne phthisie pulmonaire; on voit aussi que lorsqu'il a été opéré de ce membre et que la source de l'épuisement a été enlevée, on voit, dis-je, non seulement que son état peut s'améliorer, mais aussi que ce malade pent recouvrer

(1) En proposant la pratique dont il s'agit ici, je ne veux pas toucher à la questioo de l'application de la téuotomie aux différens tendous. Je reviendrai bientôt sur cette question dans un écrit spécial sur la ténotomie que je ferai paraître incessamment.

sa parfaite santé, pourvu toutefois qu'on n'ait pas constaté par des signes stéthoscopiques la présence des tubercules dans les poumons; car alors je crois, d'après ce que j'ai eu l'occasion d'observer dans d'autres cas, qu'on ne ferait que précipiter la fin de ses jours.

Ce fait nous montre que dans les cas de carie des os spongieux du pied par suite d'une cause interne, on ne doit pas se borner à faire des amputations partielles; car, abstraction faite des inconvénients qui peuvent résulter de ces opérations, et dont nous parlerons tout à l'heure, on voit qu'en laissant les autres os du pied en place, on est d'autant moins certain qu'il n'y aura pas de récidive, qu'on n'a aucun signe évident si les os qu'on laisse ne portent pas déjà un germe de la même maladie, qui tôt ou tard se terminera par abcès et fistules, pour lesquels il faudra faire de nouvelles opérations; c'est ce qui est arrivé chez cette malade. M. Michon, après avoir bien reconnu le siége et l'étendue du mal au moment de l'opération, pratiqua l'opération de Chopart voulant faire éviter à la femme Poncet une jambe mécanique par une amputation sus-malléolaire; il a eu même la satisfaction de voir la plaie se cicatriser complètement. Mais malheureusement pour la malade, outre qu'elle ne pouvait se servir de son membre à cause des douleurs intolérables qu'elle y éprouvait à chaque mouvement, elle vit quatre ou cinq mois après se former de nouveaux abcès et de nouvelles fistules autour de ces cicatrices, et se trouva à peu près dans la même position qu'avant l'opération. Il est évident, en outre, dans cette observation, que ni la résection d'une portion du calcanéum, ni la section sous-cutanée du tendon d'Achille n'ont aucunement amélioré localement l'état de la malade, et il a fallu nécessairement en venir à l'amputation de la jambe pour la débarrasser des douleurs continuelles, pour tarir des fistules entretenues par les portions du calcanéum et de l'astragale restées encore malades; enfin, pour mettre la malade à même de quitter le lit, qu'elle était obligée de garder encore après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis.

L'examen du pied amputé nous montre que l'amputation de Chopart, loin de présenter un avantage aux opérés, leur est plutôt nuisible. Car, dans cette opération, les os du tarse étant désarticulés presqu'au niveau du bord antérieur de la poulie articulaire formée par le tibia et le péroné, les tendons des muscles antérieurs de la jambe, en supposant même qu'ils prissent leur point d'attache sur l'astragale, agissent sur un bras de levier tellement court, par rapport à celui sur lequel exercent leur action les muscles de la région jambière postérieure, qu'ils ne pourraient d'aucune manière contrebalancer l'action de ces derniers, et pour peu qu'ils prennent leur insertion sur la peau, comme cela est arrivé chez cette malade, toute leur action est perdue, quant aux mouvemens du pied, tandis que les tendons des muscles postérieurs s'attachant à la face inférieure et à l'extrémité postérieure du calcanéum conservent toute leur action. Il en résulte donc que les fibres de ces muscles, en se rétractant, relèvent avec force le talon en arrière, favorisent par cela même la rétractation des ligamens et des fibres aponévrotiques qui se trouvent en arrière de l'articulation tibio-tarsienne, et enfin attirent la cicatrice du moignon en bas, inconvénient qui empêche le malade d'appuyer sur son pied, et auquel on ne peut remédier efficacement par aucune chaussure mécanique, ni même par la section du tendon d'Achille. On en comprendra d'autant plus facilement la raison, qu'on aura lu attentivement la description que nous avons donnée de l'autopsie du pied.

En effet, on a pu voir qu'après la section du tendon d'Achille il restait encore les tendons des muscles profonds de cette région pour opposer une résistance; mais ce qui opposait le plus grand obstacle à ce que le pied fût remis à sa place ordinaire, c'était les fibres postérieures du ligament latéral externe qui s'étaient fortement rétractées et maintenaient puissamment le pied dans l'extension, bien que tous les muscles eussent été relâchés. Par conséquent, il aurait fallu pour remettre le pied à sa place, non seulement faire la section des tendons de tous les muscles de la région postérieure de la jambe, mais encore et peut-être principalement des fibres postérieures du ligament latéral externe, remettre l'astragale dans la poulie articulaire du tibia et du péroné, dont il était sorti, et l'y maintenir malgré sa grande tendance à quitter sa position.

NOTE SUR L'EXTIRPATION DES POLYPES UTÉRINS PAR TORSION; communiquée par M. le docteur Mathias Mayor, de Lausanne.

L'excision et la ligature des polypes qui sont implantés dans la cavité utérine se disputent la préférence, et leurs partisans réciproques interviennent avec tant de chaleur dans cette querelle qu'on serait tenté de croire qu'il n'existe aucun autre mode de se débarrasser de ces végétations. M. Lucien Boyer, en proposant à l'Académie de médecine un moyen de *sercision*, qu'il dit participer de ces deux genres d'extirpation, semble encore accréditer l'opinion généralement admise qu'on n'a pas d'autre procédé opératoire pour la destruction du pédicule de semblables corps parasites.

Il est cependant un troisième moyen qui diffère essentiellement des deux premiers, et qui l'emporte par la simplicité, l'énergie et l'innocuité: c'est la *torsion* pure et simple de la tumeur. Plus celle-ci sera volumineuse, plus aussi l'opération sera facile, puisqu'il suffira de saisir le polype et de le faire tourner sur son axe un certain nombre de fois pour qu'il se détache aussitôt et en fort peu de secondes.

Les deux observations suivantes, quoique très succinctes, tendent à prouver cette assertion, et ne sont d'ailleurs pas dénuées de quelque intérêt. Il est évident du moins que, si c'est la crainte d'une hémorrhagie qui préoccupe surtout les opérateurs lorsqu'ils extirpent les polypes utérins par la ligature, ils pourront parfaitement se rassurer, s'ils procèdent différemment, en réfléchissant au résultat infaillible du puissant moyen hémostatique que M. Amussat a mis en honneur et fait si bien connaître.

Obs. I. — Marianne E..., âgée de 55 ans, sujette depuis onze ans à des hémorragies utérines, s'aperçut, au printemps de 1843, qu'une tumeur se prononçait entre les grandes lèvres. Elle la prit pour une descente de matrice; et, comme elle répugnait à se faire examiner et traiter, la grosseur parvint à un développement énorme, avec un aspect noirâtre et une odeur très fétide. C'est dans cet état que la malade consentit à me consulter le 8 juillet dernier. Je trouvai à la vulve un corps tout semblable à la tête putréfiée d'un fœtus à terme, et qui, vu les antécédens, ne pouvait être que l'hémisphère inférieur d'un très gros polype. Je le saisis aussitôt avec les deux mains portées aussi avant que je pus; je l'attirai complètement hors du vagin pour le faire tourner trois on quatre fois sur son axe, manœuvre qui me suffit pour rompre le pédicule et faire tomber la tumeur, sans produire la moindre sensation douloureuse.

Il n'y eut aucune hémorrhagie, et la malade quitta l'hospice douze jours après cette extirpation, sans avoir eu besoin de soins particuliers.

Obs. II. — Marguerite D..., âgée de 46 ans, était sujette, dès 1838, à des pertes utérines assez fétides, et qui avaient imprimé sur tout son être les caractères d'une profonde anémie. Je trouvai une tumeur qui remplissait le vagin aussi exactement que l'eût fait la tête enclavée d'un fœtus à terme, de sorte qu'il me fut impossible de porter le doigt ailleurs que sur la surface convexe et inférieure de ce corps. Je n'eus pas de peine cependant à lui reconnaître les principaux signes du polype fibreux. Son extraction n'étant possible qu'à l'aide du forceps, celui-ci fut appliqué de la même manière que s'il se fût agi d'extraire une tête volumineuse et qui aurait occupé toute l'excavation. Malgré de très fortes tractions, la tumeur resta d'abord stationnaire; mais bientôt on la vit apparaître entre les grandes lèvres, et ce ne fut qu'ensuite de redoublemens d'efforts, à la seconde reprise et après un léger repos que le polype monstre sortit brusquement de la vulve. Alors je le saisis entre les deux mains et le fis tourner quelquefois sur son axe, de manière à rompre son moyen d'union à la matrice. L'opération a duré environ huit minutes, et a été suivie de la déchirure du périnée, à la profondeur de 2 centimètres environ, quoique cette femme fût mère de quatre enfans.

Le polype pesait 6 onces, son diamètre longitudinal mesurait 115 millimètres, le transversal 105 et la circonférence 30 et 34 centimètres.

Parmi les nombreux assistans, j'avais le plaisir de compter le docteur Rattier (de Paris), qui passait à Lausanne pour se rendre en Italie et ailleurs en mission scientifique.

La santé générale s'est très vite rétablie chez cette malade; elle a pu sortir de son lit le troisième jour et a quitté l'hôpital le huitième.

J'ai, du reste, appliqué le principe de l'arrachement ou de la torsion aux tumeurs ou ganglions qui ont leur siége au cou ou sous le maxillaire inférieur. Après les avoir fait saillir et suffisamment disséqués, on parvient aisément en effet à les extraire en les tordant, et on évite par là d'être obligé de lier ou tordre un vaisseau artériel qu'il est parfois désagréable d'aller pincer au fond d'une plaie.

La torsion du pédicule d'un polype fibreux est, au demeurant, une opération sûre et sans aucun inconvénient, attendu qu'il est en quelque sorte friable et qu'il se déchire facilement. S'il ne peut pas être saisi avec les doigts, une ou deux pinces-érignes les remplacent avec succès. La torsion est loin, au surplus, d'être un procédé extraordinaire, puisqu'elle est employée partout pour l'extirpation des polypes du nez. Elle n'est donc ici que l'extension et la généralisation d'un excellent principe chirurgical.

NOTE SUR UN CAS D'HERMAPHRODISME BISEXUEL IMPARFAIT OBSERVÉ SUR UN MOUTON; communiquée par M. BERTRAND, D. M. P., chirurgien-major de la marine à Toulon.

L'animal sur lequel existait ce cas d'hermaphrodisme a dû sans doute être considéré comme une brebis à l'époque de sa naissance, puisqu'il portait une vulve et que le canal de l'urètre s'ouvrait dans cette partie de l'appareil sexuel féminin; mais il est probable que plus tard on l'a pris pour un mouton. Toujours est-il qu'il a été acheté comme tel avec beaucoup d'autres animaux de son espèce. Un berger qui l'a vu au moment où on venait de le mettre à mort et de reconnaître son état anormal, m'a assuré que sa conformation générale était un singulier mélange de traits appartenant à la brebis et au bélier. Il est permis de croire que la coexistence des deux appareils sexuels avait produit sur lui un effet, sinon identique, du moins comparable à celui que la castration détermine sur les béliers qui sont soumis de bonne heure à cette mutilation des organes génitaux. Ses cornes étaient assez fortes et décrivaient un tour de spire sur les côtés de la tête.

A la partie postérieure de l'abdomen se trouvaient les mamelles et les bourses. Les premières étaient peu développées; cependant le tissu graisseux était plus abondant à droite qu'à gauche. A droite existaient trois mamelons, tandis qu'il n'y en avait que deux à gauche. Le mamelon supplémentaire droit était plus petit que les autres et placé en dehors.

Les bourses situées derrière les mamelles étaient peu volumineuses et ne renfermaient qu'un seul testicule.

Une vulve de grandeur ordinaire existait au périnée, à 3 centimètres au dessous de l'anus; très près de la commissure supérieure, on voyait le méat urinaire, dans lequel pouvait à peine pénétrer un fort stylet. Le méat urinaire surmontait le clitoris, qui faisait une saillie de plusieurs millimètres au dehors de la vulve. L'extrémité libre de cet organe était terminée par un gland aplati transversalement, et recouvert par un prépuce noirâtre. Un repli muqueux fixait le clitoris au méat urinaire, et de ce frein partaient deux autres replis d'une couleur noire, et qui, se dirigeant en dehors et en bas, venaient se terminer sur la face interne des grandes lèvres, près de leur commissure inférieure.

Au-dessous du clitoris, et entre lui et la commissure inférieure, la vulve présentait une cavité se terminant bien vite en cul-de-sac. Cette cavité était tapissée par une membrane muqueuse; elle était surtout rendue très évidente quand on tirait le clitoris en haut et en dehors.

L'examen de la conformation de cette vulve fait reconnaître qu'il y avait absence complète de l'orifice extérieur du vagin; car si cet orifice avait existé, le méat urinaire ne se serait pas trouvé immédiatement en rapport avec la commissure supérieure. La portion de la vulve qui formait une cavité borgne au dessous du clitoris existe normalement, et ce n'est qu'à la position superficielle de cette tige qu'il faut attribuer la disposition qu'elle offrait.

Derrière et au dessous de la vulve, le périnée présentait une saillie anormale. La dissection me permit de constater qu'elle était due à la présence des corps caverneux qui se rendaient des branches de l'ischion à la vulve pour y constituer le clitoris; mais comme leur longueur était cinq à six fois plus considérable que celle de l'espace qu'ils avaient à parcourir pour se rendre de leur point d'origine à leur point de terminaison, ils s'étaient repliés sur eux-mêmes et formaient des circonvolutions semblables à celles des intestins; ces circonvolutions étaient unies les unes aux autres par du tissu cellulaire et par des fibres musculaires appartenant sans doute au bulbo-caverneux.

Le muscle ischio-caverneux était très développé et se trouvait à sa place ordinaire.

Cette disposition des corps caverneux est très remarquable. Evidemment, ils étaient destinés à concourir à la formation d'une verge. Mais, comme dans la constitution génitale externe, c'est le sexe féminin qui l'a emporté; force a été aux corps caverneux de se replier en circonvolutions pour aller constituer un clitoris. (C'est un exemple de plus à ajouter à ceux que présente l'organisme pour démontrer le mécanisme qu'emploie la nature quand elle doit loger dans un espace étroit un organe dont les dimensions ne sont pas en rapport avec celles de cet espace.)

Le canal de l'urètre, dont l'orifice externe était si rétréci, se portait directement en avant, dans la cavité pelvienne, à travers le détroit inférieur du bassin, en passant au-dessus de la dernière circonvolution des corps caverneux, entre elle et le rectum, dont il était séparé sur la ligne médiane par du tissu cellulaire, et sur les côtés par des fibres musculaires. Après avoir parcouru un trajet de cinq à six centimètres, il se plaçait au-dessous d'une poche fibro-muqueuse qui le séparait ainsi du rectum, et ne tardait pas à s'ouvrir dans la vessie; les rapports du canal de l'urètre avec la vessie et la poche dont je viens de parler étaient tels, que, vus extérieurement, ces deux derniers organes paraissaient se continuer avec le cylindre constitué par le canal urétral.

La surface externe de ce canal avait une couleur rougeâtre. Ses parois étaient très épaisses et formées dans les trois premiers quarts par du tissu spongieux; ce n'était que près de la vessie qu'elles s'amincissaient. Sa cavité, très rétrécie près du méat urinaire, s'élargissait ensuite; la membrane muqueuse qui la tapissait était d'un rouge foncé; mais près du col de la vessie, elle devenait d'un blanc grisâtre. Du reste, elle était parcourue par beaucoup de points longitudinaux. Au point où la poche fibro-muqueuse s'unissait à l'urètre, ce canal présentait deux ouvertures placées l'une à côté de l'autre. La dissection m'a permis de constater que ces pertuis étaient les orifices des canaux éjaculateurs.

La vessie était dans l'état normal; elle se trouvait séparée du rectum par le vagin.

Car c'est sous ce nom que j'ai cru pouvoir désigner la poche fibro-muqueuse dont j'ai déjà parlé. Cette poche, de forme ovoïde allongée, avait six centimètres de longueur sur trois de largeur au centre. Elle renfermait environ vingt grammes d'un liquide trouble et blanchâtre. Sa surface intérieure était blanche comme l'extérieure, mais elle offrait des plis longitudinaux aux deux extrémités de l'ovoïde. Ses parois étaient minces. Son extrémité postérieure était imperforée et se confondait avec les parois de l'urètre. Son extrémité antérieure, plus grosse, se continuait avec le corps de la matrice; elle était percée d'une ouverture par laquelle le vagin communiquait avec la matrice. Cette ouverture n'avait pas la disposition du museau de tanche, et pouvait être comparée plutôt à celle qui existe entre l'estomac et l'œsophage. Dans l'épaisseur des parois de la face vésicale de la poche vaginale, se trouvaient contenus les canaux déférens.

Le corps de la matrice faisant suite au vagin n'avait que quelques centimètres de longueur sur douze millimètres environ de largeur; il se divisait ensuite en deux cornes d'inégale longueur. Sa cavité pouvait à peine admettre une forte plume d'oie. Elle présentait beaucoup de plis transversaux. Ses parois étaient plus épaisses que celles du vagin.

La corne droite se dirigeait vers la fosse iliaque interne du même côté, en décrivant une légère courbure à concavité postérieure presque aussi large que le corps de la matrice; elle avait environ huit centimètres de longueur; elle se terminait en pointe. Elle était parcourue par un canal imperforé en dehors, mais communiquant en dedans avec la cavité utérine.

La corne gauche beaucoup plus longue que la droite, placée comme elle dans la fosse iliaque gauche, gagnait le canal inguinal de ce côté et s'y engageait avec le cordon spermatique composé du canal déférent du muscle crémaster et des vaisseaux et nerfs destinés au testicule, descendait avec lui dans le scrotum, jusqu'auprès de l'épididyme, où elle se terminait en pointe sans se confondre avec lui. La cavité de cette corne offrait la même disposition que celle de la corne droite.

Les parois des deux cornes avaient la texture et l'épaisseur de celles du corps de la matrice.

Dans la fosse iliaque droite et à quelques centimètres seulement de l'extrémité libre de la corne de la matrice, et en arrière d'elle, existait un ovaire de forme irrégulièrement ronde et du volume d'une petite noisette. Enveloppé par le péritoine de la même manière que la rate, il recevait ses vaisseaux par sa face adhérente. On voyait à sa superficie un certain nombre de vésicules remplies d'un liquide citrin. Ces vésicules avaient des dimensions variables; cependant le volume des plus grosses égalait à peine celui d'un petit pois. Au côté par où l'ovaire recevait ses vaisseaux, on remarquait une petite excavation due sans doute à l'expulsion d'une vésicule; les parois de cette excavation étaient très lisses. Autour de cette excavation, la surface de l'ovaire était vivement injectée.

Au devant de l'ovaire et en dehors de l'extrémité imperforée de la corne de la matrice, on apercevait un tube membraneux fermé aux deux bouts, n'ayant que 3 centimètres de longueur. Ce tube était rempli d'un liquide séreux. Sa forme était irrégulière; son extrémité externe était dilatée en forme de tête. Cet organe était réuni par le péritoine à la corne de la matrice, ainsi qu'à l'ovaire. J'ai pensé que c'était la trompe de Fallope irrégulièrement conformée.

Après avoir enveloppé la corne, la trompe de Fallope et l'ovaire, le péritoine formait un prolongement ou cordon tubulé qui pénétrait dans le canal inguinal droit qu'il parcourait dans toute son étendue et allait en-

suite se perdre dans la mamelle droite. Sur ce cordon s'insérait un très petit muscle crémaster qui avait à peine les dimensions du petit oblique de l'œil chez l'homme. Ce muscle prenait des insertions par sa partie interne près de la symphise sacro-iliaque.

J'ai déjà dit que la poche vaginale logeait dans l'épaisseur de ses parois les canaux déférens. Ces deux canaux, dont j'ai indiqué l'ouverture dans le canal de l'urètre, présentaient une dilatation fusiforme dans toute la longueur du vagin et jusqu'auprès de l'origine des cornes de la matrice. Dans ce point ils dégénéraient en un cordon semblable à celui qui constitue le canal déférent chez l'homme; celui du côté droit cotoyait le bord inférieur de la corne de la matrice du même côté et se terminait par une extrémité affince et imperforée, à 3 centimètres environ de l'ovaire, tandis que celui du côté gauche se dirigeait le long du bord inférieur de la corne gauche, portait de l'abdomen avec elle par le canal inguinal et venait se confondre avec l'épididyme du testicule dont il était évidemment la continuation.

A quelques millimètres seulement en dehors de la dilatation fusiforme du canal déférent gauche, existait un petit organe vésiculeux, de la grosseur d'une petite amande, à parois très épaisses et communiquant avec cette dilatation par un petit conduit.

Une cavité était contenue dans les canaux déférens; je n'ai pu en constater la présence que dans la partie dilatée. Une soie de porc introduite dans cette cavité pénétrait dans le canal de l'urètre, dans le point signalé lors de la description de ce canal.

Les deux canaux déférens, presque contigus près de leur ouverture dans l'urètre, s'écartaient ensuite l'un de l'autre en divergeant.

Le testicule unique existant dans le scrotum avait le volume d'un petit œuf de poule. Par sa petite extrémité, il recevait un énorme paquet de vaisseaux. A son bord mince se trouvait l'épididyme, qui le coiffait supérieurement et se prolongeait au-dessous de lui, en se renflant en forme de tête de massue. Un petit repli séreux unissait ce prolongement au corps du testicule.

Une enveloppe fibreuse très épaisse doublait la séreuse vaginale.

Un très fort muscle crémaster prenait ses insertions internes au devant de l'articulation sacro-iliaque gauche, et, après avoir traversé le canal inguinal, s'épanouissait sur le cordon spermatique. Ce muscle était douze ou quinze fois plus volumineux que celui du côté droit.

En résumant les faits que nous avons consignés dans cette note, on voit qu'il existait sur cet animal deux appareils sexuels différens, bien caractérisés. A l'appareil femelle appartiennent : 1° une vulve sans communication avec le vagin; 2° un clitoris; 3° un vagin imperforé postérieurement et communiquant antérieurement avec 4° une matrice, dont les deux cornes se terminent en cul-de-sac; 5° enfin, un ovaire bien conformé et de volume normal.

A l'appareil mâle doivent être rapportés : 1° deux conduits déférens; 2° un testicule des corps caverneux volumineux et très longs.

Mais si l'on veut constater les imperfections des deux appareils, on note l'imperforation du vagin et des deux cornes de la matrice, de sorte qu'un organe copulateur mâle n'aurait pu être introduit dans cet appareil; et, en admettant même que cette introduction eût été possible, la fécondation n'aurait pu être opérée, puisque le sperme ne pouvait arriver jusqu'à l'ovaire, de même que les vésicules de l'ovaire ne pouvaient pénétrer dans la matrice.

Dans l'appareil mâle, il y avait bien un organe pouvant sécréter la matière fécondante, cette matière pouvait bien arriver jusque dans le canal de l'urètre; mais comme l'organe copulateur ou la verge n'existait pas, quoique ses élémens eussent été créés, il s'en suivait que le sperme sécrété par cet animal ne pouvait lui servir à féconder une femelle de son espèce.

Ainsi donc, ce singulier animal, chez lequel les deux sexes existaient, ne pouvait cependant concourir au maintien de son espèce.

On doit remarquer que, dans la disposition des deux appareils, il y avait antagonisme bien prononcé. Dans le côté droit, le sexe femelle était moins imparfait, tandis que l'inverse avait lieu dans le côté gauche. L'imperfection était à peu près égale; dans le segment externe, cependant, le segment femelle paraissait moins irrégulier.

Nota. M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, à qui j'ai fait remettre la pièce anatomique, qui a été déposée par ses soins au Muséum d'histoire naturelle de Paris, m'a fait observer que ce n'était pas un cas d'hermaphrodisme bisexuel. Il pense que si des faits exactement semblables sont rencontrés, on pourra créer un genre nouveau d'hermaphrodisme.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 AOUT.

SUR LE PASSAGE DE QUELQUES MÉDICAMENS DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE ET SUR LES MODIFICATIONS QU'ILS Y SUBISSENT.

M. Millon lit en son nom et celui de M. Laveran un mémoire sur le passage de quelques médicamens dans l'économie animale et sur les modifications qu'ils y subissent.

Les auteurs se sont proposé dans ce mémoire d'observer le médicament après qu'il avait été livré au jeu des organes, d'en noter les transformations à sa sortie de l'économie, ainsi que les effets physiologiques et de surpendre de la sorte quelques relations utiles. Leurs observations les plus nombreuses portent sur l'administration du tartrate double de soude et de potasse. Ils en ont suivi 268 ingestions; le sulfate de soude a été administré quinze fois, le soufre quatre fois, et la salicine a été prise par dix malades différens. Dans toutes ces observations, ils ont préparé eux-mêmes les médicamens; leur dosage et leur ingestion ont été soigneusement surveillés. La recherche des substances administrées à leur sortie de l'économie a porté exclusivement sur les produits de la sécrétion urinaire.

Ce tartrate double de soude et de potasse (sel de seignette) a été d'abord essayé pour fixer l'opinion des auteurs sur un point qui a justement éveillé l'attention depuis quelques années, la conversion des sels organiques de soude et de potasse en carbonates des mêmes bases. On sait que, d'après des observations faites sur les animaux, on considérait la transformation des tartrates, citrates et acétates alcalins en carbonates comme un phénomène constant. La conversion, d'après les auteurs, serait au contraire d'une extrême variabilité. On peut en prendre une idée très générale par les résultats suivans : Sur 268 ingestions de tartrate double, 175 ont été suivies d'urines alcalines à différens degrés, 87 d'urines acides et 6 d'urines sensiblement neutres. On peut, en suivant certaines règles, provoquer l'expulsion complète du sel de seignette par le tube intestinal. Le passage du sel par les urines est alors un cas infiniment rare. On peut, au contraire, faire pénétrer le même sel par les voies de l'absorption et saturer ainsi les urines d'une dose énorme de carbonate alcalin. L'évacuation du tartrate par les selles devient alors l'exception, et encore l'évacuation alvine du tartrate est-elle toujours incomplète.

Il était nécessaire de rechercher si, dans les cas où les urines sont acides ou neutres, la soude et la potasse ne s'échappaient pas néanmoins par les voies urinaires, en combinaison avec l'acide tartrique non décomposé ou tout autre acide organique. Il était possible encore qu'une partie seulement des alcalis existât, dans les urines, à l'état de carbonate, et qu'une autre partie fût en combinaison avec quelque acide organique. Les auteurs exposent le procédé analytique à l'aide duquel ils sont arrivés à ces différentes déterminations; ils ont reconnu dans le cas particulier du sel de seignette : 1° que la quantité de carbonate alcalin ou terreux provenant de la calcination d'un litre d'urine normale saturait de 15 à 25 degrés de la burette alcalimétrique; 2° que cette proportion d'alcali n'était pas augmentée dans les urines qui se trouvaient neutres ou acides, à la suite de l'administration du tartrate double de soude et de potasse; 3° que les urines rendues alcalines par l'administration du même sel donnaient des résidus dans lequels la quantité d'alcali indiquée dans l'urine fraîche n'était augmentée que de 15 à 25 degrés alcalimétriques. Il était alors constant que le sel de seignette ne pouvait s'échapper par les urines à l'état de tartrate, et que celui qui prenait cette voie était entièrement converti en carbonate.

Lorsque le sel de seignette est pris en peu de temps et à haute dose, de 40 à 50 grammes, en une seule fois, son effet tend à se concentrer sur les voies digestives. Les vomissemens sont très rares, mais l'ingestion est toujours suivie de plusieurs selles liquides. Ce n'est que d'une manière exceptionnelle que les malades n'éprouvent rien du côté du tube digestif, mais ils rendent alors des urines alcalines. Prescrit au contraire à petite dose ou bien à dose fractionnée, de sorte que 30 ou 40 grammes ne soient pris qu'en huit ou dix heures, le tartrate produit des effets opposés. Dans ce cas, la purgation est l'exception; l'alcalinité des urines devient l'état habituel. Un seul litre d'urine peut saturer jusqu'à 250 divisions de la burette alcalimétrique. De sorte qu'en ne tenant compte que du tartrate double de soude et de potasse, on voit qu'à haute dose il est directement expulsé par le mouvement de l'intestin et par les fluides sécrétés à la surface de la membrane muqueuse qui le recouvre. Tandis que de petites quantités, bien que leur ingestion soit réitérée, pénètrent l'économie, sont transformées par elle, amenées au dernier terme d'oxidation dans la partie combustible de leurs élémens, et enfin éliminées par les urines, à l'état de carbonate alcalin. Dans le premier cas, il y a indigestion; dans le second, assimilation, sécrétion. Ici, c'est plutôt un médicament, là un aliment.

Après avoir examiné les différences d'action relatives aux doses, les auteurs examinent la part des aptitudes individuelles et des états variables de l'organisme.

Les hommes forts atteints d'indispositions légères montrent la meilleure aptitude à digérer les tartrates. C'est dans cette catégorie que se rencontrent les cas exceptionnels d'une digestion partielle, malgré l'administration du sel de seignette, en une seule fois, à haute dose. La faiblesse des sujets établit une disposition inverse et amène la purgation. On peut même, quoique très rarement, arriver dans des cas de cette nature à des urines acides, malgré des doses fraction-

nées. La constipation habituelle, celle même qui dépend d'une maladie appréciable du cerveau et de la moelle, est une condition favorable à l'absorption. Les individus atteints de dérangement du tube digestif ou de diarrhée ont très peu de capacité absorbante pour le sel de seignette, et, dans ce cas, les urines restent presque constamment acides. Il en est de même lorsque la fièvre domine l'état du malade. Cependant, malgré les conditions les plus défavorables à la combustion du tartrate double, on peut encore te forcer à pénétrer par les voies de l'absorption. On y parvient d'abord en fractionnant de plus en plus la dose, puis en insistant sur l'emploi du sel. Le premier jour, les urines sont acides; le deuxième ou le troisième jour, l'alcalinité se prononce déjà.

L'accroissement des forces de l'oxidation rendu très sensible par la présence de l'urée en excès dans les cas les moins favorables à l'absorption du sel de seignette, a mis les auteurs sur la voie de tentatives et d'applications thérapeutiques nouvelles. Les premières tentatives ont été faites sur des malades atteints de pneumonie aiguë et de rhumatisme articulaire. Sur 10 saignées dont l'analyse a été faite, ils ont reconnu que la fibrine ne diminuait pas de quantité, et que le sang se chargeait d'une couenne aussi forte qu'en l'absence du tartrate. Malgré la formation du carbonate alcalin, les rhumatismes et les pneumonies suivaient leur cours ordinaire. L'accélération des forces oxidantes conduisait à l'emploi du tartrate dans les cas où il est nécessaire d'activer la nutrition languissante. Son efficacité, en pareil cas, a reçu les confirmations les plus générales. Les auteurs se bornent à en rapporter quelques exemples propres à mettre l'action dans toute son évidence. Dans plusieurs cas de monomanie hypochondriaque avec grande débilitation, de phthisie et d'albuminurie, ils ont observé une amélioration notable sous l'influence du tartrate administré suivant la méthode d'absorption. Mais c'est surtout dans les cas de maladies qui se caractérisent par une sécrétion anormale d'acide urique, que les auteurs conseillent de faire l'essai de cette méthode.

Le solfate de soude est soumis, dans son passage, aux mêmes règles de ce set de seignette. Quant au soufre, it a été impossible de déceler sa presence dans les urines, quelle que fût sa combinaison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Daumats, de Metz, correspondant de l'Académie.

EXAMEN CRITIQUE DES FAITS TOUCHANT LE VITALISME.

M. VIREY lit la note suivante :

On a dit : la nature est *une*, et en effet les *sciences physico-chimiques* paraissent aujourd'hui, pour plusieurs esprits, se confondre tellement avec les *sciences physiologiques* qu'elles suffiraient pour établir d'elles seules le phénomène de la vie et de l'organisation. Cette combinaison plus ou moins complexe des élémens chimiques de notre globe, quoique inexpliquée encore, semble avoir fait, selon quelques savans modernes, éclore spontanément les êtres animés à sa surface dans la longue nuit des siècles. De là suit cette opinion, soutenue en Allemagne surtout, que *la matière seule règne* ou que nos divers matériaux telluriques possèdent intrinsèquement les forces éparses de la vitalité, qu'ils sont *cryptobies* (à vie cachée), mais capables de se développer par des circonstances favorables en divers équilibres ou formes organiques. Aussi la théorie des générations spontanées n'y est point abandonnée encore.

D'ailleurs ces principes résultent du système maintenant si débattu de la *philosophie* dite *de la nature* ou du *panthéisme* autocratique. Il ne reconnaît dans l'univers qu'une substance unique, sous un double aspect, jouissant à la fois de l'*étendue* en tant que *matière* et de la *pensée* en tant qu'*intelligence*. Seulement celle-ci ne peut se manifester, suivant les sectateurs de cette hypothèse, que dans les conditions d'un organisme développé chez les animaux.

Mais nous sommes peu disposés à croire que le marbre ou le bronze d'une statue possède par son essence ou contienne virtuellement les élémens de la sensibilité et de la pensée animatrice que Pygmalion cherchait dans sa Galatée, ni que les atomes radicaux de carbone, d'azote, d'hydrogène, d'oxygène, etc., disgrégés, séparés par la putréfaction et la mort d'un cerveau humain, reprennent des fragmens d'idées ou de perceptions qui ont pu les agiter pendant la vie. Par là s'écroule aussi le brillant système des monades de Leibnitz qu'il présente comme des miroirs réfléchissant l'univers.

Qu'elle qu'ait été l'origine obscure des choses, nous voyons clairement d'abord et concevons une matière brute préexistante, fixe ou immanente par sa propre nature, indépendamment de tout être vivant dont elle a dû précéder l'existence sur notre planète. A moins d'une métaphore poétique, on ne peut dire que le globe est vivant, dans ses rochers, que la terre sent ou respire. Ni Spinosa ni Schelling, Oken, Carus, Cabanis, Lamarck, n'ont été fondés à conférer l'intellect et des affections ou passions à cette masse anorganique primitive du globe, au granite, par exemple, comme nous allons en donner des preuves.

Aussi toute espèce de matière n'est pas apte à recevoir la vie; l'arsenic, le mercure, le cuivre, le plomb, la baryte, etc., résistent à toute organisation ou la détruisent. D'autres élémens minéraux, la silice, la chaux, etc., peuvent bien entrer en combinaison avec nos tissus, sans se pénétrer de vie toutefois par eux-mêmes, comme le phosphate calcaire des os, les sels, les coquilles, etc. Donc il existe des substances mortes ou pouvant tuer le vivant, tels sont les minéraux, tes poisons non organisables, purement chimiques. Leurs combinaisons rebelles à toute vitalité en sont même repoussées, éliminées.

Il faut ainsi reconnaître *deux règnes* distincts et parfaitement séparables, puisque le brut, le minéral (*indigesta moles*) primitif peut subsister par lui seul et antérieurement à toute organisation, sur notre planète, à toute vie telle que nous la connaissons.

L'atome ou la molécule minérale *possède en soi la raison de son existence*, dit Kant, c'est pourquoi elle resterait par elle seule éternellement indifférente au mouvement comme au repos. Elle se concentre donc sur elle-même par une force physico-chimique qui est la *cristallisation*. En effet, la matière première du globe, à nous connue, le granit est constitué de radicaux primitifs, comburés, d'oxides de métaux terreux, *silicium*, *calcium*, *aluminium*, etc., fondus et cristallisés. Toute substance travaillée par le feu on dissoute par l'eau peut se cristalliser plus ou moins. *La cristallisation devient ainsi la forme primordiale de toute substance inorganique*; car même dans les corps organisés, tont ce qui reste à l'état cristallin et concret ne vit pas actuellement (des sels, des acides, la stéarine, l'urée, etc.).

Et par cela seul que le minéral est formé jusque dans ses dernières molécules de cristaux, il se doit construire en solides géométriques, anguleux, par *juxtaposition*, comme l'ont démontré Haüy, Mitcherlich et autres minéralogistes Il ne saurait donc ni s'accroître, de même que les tissus vivans par intussusception, ni se nourrir, ni par suite engendrer et mourir. Il est ainsi stable; chaque particule indépendante du total peut en être séparée, mais non pas même se putréfier. D'ailleurs, le minéral, composé d'élémens comburés ou d'oxides pour l'ordinaire (*chtonogènes*), terreux, se combine chimiquement, à la manière binaire des sels inorganiques, comme l'exprime Berzélius.

La mobilité de la vie ne peut s'accommoder de ces radicaux inconvertibles, puisque le fer, la chaux, la silice et autres substances purement minérales, sulfates, chlorhydrates, phosphates, etc., qui pénètrent dans les corps animés, n'y prennent jamais par elles-mêmes le mouvement vital, bien qu'elles le subissent par communication.

Les seuls matériaux susceptibles de vitalité et d'assimilation par nutrition sont des combustibles, le carbone, l'azote, l'hydrogène (même combiné à l'oxygène dans l'eau), et sans doute aussi le soufre, le phosphore, peut-être avec d'autres associations plus ou moins mobiles.

On comprendra que le tissu organique diffère donc essentiellement ou plutôt qu'il n'offre aucune connexité avec les minéraux cristallisables ou morts, inertifs et fixes par eux seuls et qu'on peut fragmenter (1).

Au contraire, qui dit *organisation* exprime non seulement un concours harmonique d'élémens combustibles équilibrés ou s'associant par une force spéciale en un *centre d'unité* pour constituer l'individu ou le *moi*, absorber et s'assimiler des matériaux analogues à sa nature; mais, de plus, tendance vers un but calculé d'avance de conservation, par le moyen d'organes appropriés (membres et sens); enfin, résistance à sa destruction et effort pour se reproduire ou multiplier.

Il ne faut pas néanmoins confondre avec certains physiologistes de nos jours, comme identiques, la *vie* et l'*organisation*, quoique connées, puisque celle-ci est l'instrument, l'autre son état fonctionnel ou agissant, lequel peut s'interrompre, comme dans la graine ou l'œuf, par la froidure, la dessiccation, etc. (2). *Les élémens matériels ne vivent donc point par eux-mêmes*, mais bien par le lien centralisant de leur association temporaire. Pareillement, diverses productions anormales des végétaux et des animaux, les épiphytes et des entozoaires peuvent se développer ou subsister par la seule communication du mouvement vital et la nutrition comme des satellites de la planète qui les entraîne. Tels sont les acéphalocystes, les corps fibreux, etc.

Pour reconnaître combien les sciences physico-chimiques ont été invoquées en vain dans l'explication de la vie, il suffira d'un court exposé de trois principaux systèmes. Ni te *mécanisme statico-hydraulique* de Bœrhave ne rend raison de la tendance réparatrice et conservatrice du corps animal ou végétal; ni l'*irritabilité hallérienne* de la fibre motrice n'a pu réussir à expliquer la formation embryogénique du poulet dans l'œuf; ni l'*incitabilité* de Brown ne

(1) Il y a donc deux principaux modes d'existence de la matière à nous connue : 1° le *mode inorganique et chimique*; 2° le *mode organique vital*. Le premier est minéral ou souterrain, *analysable*; le second est épigée ou périgée (autour de la terre ou à l'extérieur) et *synthétique*, ou formant un corps individuel non réorganisable, tandis que la chimie peut reconstruire le minéral. L'animal, en mourant, rentre dans l'état souterrain ou *hypogée* et minéral. Ses débris nourrissent les végétaux *épigées*, puis l'animal *périgée* porte l'élaboration organique à son summum. Ainsi s'accomplit le cercle, nu la *rotation des êtres*, par la destinée sur ce globe.

(2) Ces physiologistes ont dit avec Lamarck : *L'organe est le résultat de la fonction*. Ainsi l'animal aspirant à fuir ce qui le blesse ou le gêne s'efforcerait de se créer des membres, tentacules, bras ou pieds, des nageoires dans l'eau, des yeux pour voir, etc. Mais ce fait, d'ailleurs erroné, ne peut s'appliquer aux plantes immobiles, insensibles, qui développent pourtant des organes sexuels et autres. Ensuite, l'animal naissant apporte avec lui ses larmes, ses dards, etc., pour vaincre sa proie, tous organes dont il ne pouvait prévoir le besoin en venant au monde sans une révélation providentielle. La fonction est donc postérieure à l'organe encore imparfait du fœtus : exemple, la génération, etc.

donne des notions satisfaisantes sur la transmutation des substances alimentaires en nos tissus et humeurs; ni la *chimie vivante* des modernes pas plus que l'ancienne théorie des *fermens* ne saurait créer les facultés de sensibilité et de motilité des parties; ni les *propriétés* dites *vitales* par Bichat et d'autres physiologistes d'aujourd'hui ne sont capables d'organiser le moindre viscère par elles-mêmes ou de coordonner des membres. Enfin, la chimie brise, disgrége ou tue l'organisation intime du sang, du lait, du sperme pour les analyser sans pouvoir les reconstruire, tandis que la vie associe et synthétise les élémens pour les défendre contre toute putréfaction ou les assimiler.

Or, c'est précisément ce concert synergique qui constitue l'ensemble dont les parties sympathisent et se défendent (quoique plus lentement chez les végétaux) qui établit la vivification générale dans l'individu.

La vie ne peut procéder que de la vie par génération normale. En effet, du moment où le microscope a été découvert, les générations équivoques ont disparu. On a dévoilé les ovules, les graines des moindres insectes ou mousses jusque chez les infusoires, de nos jours. On a réfléchi que la pourriture ou des atomes disgrégés au hasard ne pouvaient, de leur propre science et habileté, constituer les viscères et les yeux d'un imperceptible ciron; pas plus que ceux d'un éléphant. Il faut laisser aux anciens ces crapauds tout formés par la fange des marais.

Lorsque les plus sublimes ressorts sont combinés dans l'encéphale d'une fourmi, que les lois savantes de l'optique et de l'acoustique sont mises à contribution pour divers sens par la nature seule; que les combinaisons les plus transcendantes de la chimie s'opèrent dans les sécrétions; quand la végétation elle-même manifeste des directions spontanées si ingénieuses pour la floraison, et une sorte de passion, d'amour, dans la fécondation; enfin, quand on admire des prédispositions si étonnantes de structure entre les sexes pour n'accepter que telle sorte de pollen et de sperme, afin d'écarter les mélanges adultérins, ou pour empêcher de confondre les genres d'êtres les plus voisins, il est impossible d'admettre que la matière inorganique toute brutale d'elle seule s'élève à cette haute sagesse; car, ne voyons-nous pas se déployer de merveilleux instincts conservateurs, inappris, dans cet œuf d'insecte abandonné aux conflits d'une nature marâtre et sauvage? Le jeune orphelin lutte seul contre ces intempéries du monde extérieur. Le plus faible moucheron a sa spontanéité calculée et son autocratie contre les élémens conjurés; mais les formes protectrices ont été si habilement appropriées à la destination providentielle de l'oiseau, du reptile sans membres que ses actes il les gouverne sans la moindre intelligence du but qu'il doit atteindre.

Qui ne voit ici cette science infuse mouvant l'être indépendamment ou parfois même contre sa volonté, mais pour un utile intérêt comme, dans l'amour, la colère? Cette prescience n'est ni dans l'arbre, ni dans l'animal, mais déjà elle existe tracée dans cette disposition native du germe (œuf ou graine) qui organise l'aiguillon de l'abeille, comme les linéamens de la fleur pour s'épanouir et remplir leur rôle préparé d'avance dans l'avenir.

C'est pourquoi la *vie* est cette cause agissante, *essentiellement intelligente*, bien que dépourvue d'intellect extérieur. Les philosophes, les plus profonds observateurs de l'antiquité la considéraient comme une ψυχη (*anima*), déléguée à chaque forme spécifique, aspirant à rétablir l'équilibre troublé par les maladies, à compléter ou réparer son être après les amputations et les pertes, résistant jusqu'à certaines limites aux efforts destructeurs, portant la nourriture où il le faut, immolant même au besoin une mère à sa progéniture. Le système atomistique des épicuriens a-t-il jamais pu expliquer ces faits?

Certes, s'il y a dans nous un principe distinct de la matière de nos corps qui au contraire parfois le jeu ou le modifie pour un but salutaire, cette *autocratie interne*, dirigeant l'économie de toutes les créatures animées, préside à leurs générations; elle restitue les formes pures et primordiales entières aux fœtus des individus difformes, écourtés, manchots, bossus, déviés, d'après le plan correct et primitif de l'espèce. Il y a donc une *nature* sage et prévoyante attribuant des organes réguliers, bien coordonnés pour le genre de vie, dans le monde extérieur, instruisant sans être instruite ἀπαίδευτοs, l'insecte même, ou guidant l'individu dans le cercle de son existence pour accomplir sa destinée.

Il y a donc, à l'opposé des opinions fausses maintenant régnantes et enseignées dans plusieurs écoles médicales de France et d'Allemagne, opinions qui modifient vicieusement la pratique de l'art :

1° Des matériaux essentiellement bruts, comburés, organiques et abiotiques, constituant la masse minérale de notre globe, ou même *résistant à toute vitalité*. Ils cristallisent par juxtaposition. Ainsi la vie n'émane pas d'eux, contrairement aux panthéistes (1).

2° La vie véritable n'existe que dans des corps organiques émanés d'une forme sphérique originelle (œuf ou cellule) par une génération, concours harmonique de particules conspirant à l'unité centrale et résistant jusqu'à certain point aux lois du monde physique, pendant une période déterminée de durée.

3° Ces matériaux, susceptibles de composition anatomique et d'évolution du centre à la circonférence, sont essentiellement de *nature combustible* (carbone, azote, hydrogène, etc.). Différens des minéraux, ils ne peuvent se constituer qu'à la surface du globe, ou dans les eaux et avec le concours de l'air atmosphérique, ou l'oxigène, et d'une douce chaleur ou même de la lumière.

4° La chimie prouve que le *carbone* prédomine dans les textures végétales, et l'*azote* ou l'*ammonium* au contraire chez les animaux. Ceux-ci ont besoin d'oxigène respiratoire pour entretenir l'excitation vitale et la caloricité, tandis que la plante absorbe des élémens carbonifères.

5° Les *formes spécifiques*, (animales et végétales) correspondent nécessairement à proportion des élémens organisables, comme aux conditions de calorique, de lumière, d'humidité, et des mouvemens diurnes ou annuels de notre planète. Elles expriment même la perfection, la santé, la beauté. Ces structures confirment leurs habitudes hygiéniques, vitales; leur organisation au climat, aux lieux qu'elles sont destinées à peupler. Il est absurde de soutenir que des localités et circonstances identiques aient pu créer les êtres si différens qu'on y voit éclore.

6° La *cristallisation* est le principe formateur du règne minéral non vivant et non générateur. Au contraire tout ce qui vit émane d'un germe (œuf, graine, pore ou propagule) jusque dans l'infusoire microscopique (comme l'ont reconnu Ehrenberg avec d'autres modernes observateurs); car il y a coordination harmonique de parties relativement à un but fonctionnel, même chez les animaux agames ou cryptogames, et résistance vitale jusque dans les vers intestinaux, à formes normales dans nos viscères digestifs, qui ne se digèrent pas.

7° Cette coordination harmonique se manifeste parmi les *séries* et les *groupes* de genres ou d'espèces d'animaux fraternisant comme les plantes; constituant une *chaîne d'êtres* ou des embranchemens émanant de souches soit analogues, soit de structures voisines. Ces *familles* de créations correspondantes attestant un plan général déposent contre de prétendues productions spontanées ou du hasard. Il est donc impossible de n'y point reconnaître un résultat d'ordre et d'intelligence incompatible avec des matériaux bruts. Un *principe vital* nous paraît ici présider inévitablement aux productions organisées; immanent ou circulant dans elles sans cesse par des générations successives non interrompues (1). Cette vérité est ainsi démontrée par les faits.

M. Rochoux : M. Virey acceptera, dit-il, avec plaisir les objections que l'on pourra faire à son travail; je vais tâcher de le satisfaire. Je laisserai de côté le panthéisme allemand et autres niaiseries semblables; je ne ferai pas plus de cas de l'atomisme de Leibnitz, qui n'est guère plus raisonnable et qui n'est au fond que le système d'Épicure dégradé. L'atomisme d'Épicure, dans toute sa simplicité, est le seul qui soit capable de résoudre toutes les difficultés; c'est à ce système que se rattachent tous les systèmes unitaires que M. Virey vient de combattre. Il est en effet aisé de comprendre que s'il n'y avait pas de figures primitives, il n'y aurait point de figures dans les corps. L'existence des formes, dans tout ce qu'il nous est donné d'observer, est la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'existence et de la forme primitive de l'atome. Il n'y a point d'immobilité dans la nature; tout mouvement, toute activité sont également inhérens à l'atome. Tout peut donc être ramené à des atômes indivisibles doués d'une forme et d'une activité constante. L'indivisibilité est prouvée par les limites de la décomposition chimique des corps. Avec ces trois conditions, il est possible d'expliquer la formation des corps et des êtres vivans sans être obligé d'admettre une force active en dehors de la matière. M. Virey reconnaît que des élémens dépourvus de raison peuvent revêtir des formes déterminées, se prendre en cristaux dans certaines combinaisons chimiques. S'il peut me dire comment se forme un cube, je lui dirai comment se forme un champignon, un ciron ou un homme. D'après M. Virey, le caractère de la matière est d'être inerte par elle-même; tant que les germes restent en repos, ils ne s'organisent pas. Il n'y a point d'inertie, ce que l'on appelle ainsi n'est qu'un cas d'équilibre produit par des forces agissant en sens opposé. Il y a partout action, mais l'action est quelquefois latente, c'est ce qui fait croire à l'inertie. Quant au principe vital, pour l'admettre, il faudrait qu'il fût nécessaire. A-t-on jamais vu un organe sans action et une action sans organisation? Pourquoi admettre des distinctions, des séparations lorsque tout nous dit que rien dans la nature n'est séparable? Je me résume en répétant que le système de l'atomisme explique tout.

M. Virey : Il s'agit de savoir s'il existe ou non des substances incapables de recevoir l'organisation et la vie. M. Rochoux ne me semble pas avoir abordé la véritable question. Je prétends qu'il est des matières qui ne sont point susceptibles de l'organiser. A-t-on jamais vu le granit, l'arsenic, dans quelque état de combinaison qu'on les suppose, recevoir la vie? J'ai dit ensuite que les substances susceptibles de devenir vivantes sont les substances combustibles, l'azote, le carbone, l'hydrogène, etc., mais à la condition d'un acte de génération. C'était là-dessus que j'attendais des objections.

M. Rochoux : Jamais personne n'a dit que le granit pût penser. Je n'ai pas prétendu que la colonne de la place Vendôme fût en état de faire des objections à M. Virey. (Rire général.) La question est de savoir si une combinaison de

(1) La souveraine puissance créatrice pouvait *unir la pensée à la matière*, sans doute, comme le présume Locke, mais l'a-t-elle voulu? Où sont les caractères de la pensée et de la vie chez les matériaux bruts organiques? Ce n'est donc qu'une supposition ou simple allégation. Car ces simples molécules minérales ou autres disgrégées, décomposées par la mort, conservent-elles la *faculté de sentir, de penser*, facultés qui, tout au plus, résulteraient de la *synergie harmonique* des parties organisées par une profonde intelligence, ou de leurs mouvemens coordonnés et sympathiques? Demande-t-on, après que les cordes de la lyre sont détraquées et brisées, où se trouvent le concert, les accords harmonieux des sons?

L'âme, dira-t-on, consistait dans cet ensemble du jeu des organes sensibles et percevans du système nerveux vivant, par son concours. N'est-elle pas ce que Pythagore exprimait en disant qu'elle était *unité, harmonie*?

Toujours est-il que cet ensemble coordonné ne peut être le produit spontané d'une masse inerte, inorganique, inintelligente; ce serait une merveille incompréhensible. Il faut donc *force intelligente, élaboratrice* en dehors des élémens bruts. L'observation de la nature nous contraint de le reconnaître sous peine d'absurdité, cet artisan sublime!

(1) Puisque l'œuf non fécondé ne donne par l'incubation qu'un putrilage, il faut donc autre chose que de la matière pour la vivification, avec le sperme, *il faut une force centralisante.*

corps insensibles est susceptible de former des êtres organisés et sensibles. C'est ainsi qu'Epicure a posé la question, et c'est dans ce sens que j'ai cherché à la développer. On voit tous les jours des combinaisons de certains élémens former des composés ayant des propriétés nouvelles, différentes de celles qu'avaient ces élémens. (M. Virey : Mais c'est de la chimie.) Oui c'est de la chimie; mais je pars justement de ces faits simples pour remonter à des faits plus composés, aux combinaisons qui forment les êtres organiques. Il n'y a pas de séparation absolue entre les êtres. De la moississure à l'être le plus parfait, il n'y a qu'une série de gradations, mais point de délimitation.

M. Royer-Collard : Je laisserai de côté Epicure et Leibnitz, les atômes et les monades. On est convenu depuis longtemps de ne plus faire de la cosmogonie dans les sciences physiologiques. Le travail que vient de lire M. Virey soulève une question physiologique très importante, celle de savoir jusqu'à quel point les phénomènes physico-chimiques interviennent dans les phénomènes de la vie et quelles sont les limites au-delà desquelles cesse leur influence. Cette question a été parfaitement posée par M. Virey. Seulement, je crois devoir faire quelques objections à la manière dont il l'a résolue. M. Virey reproche aux doctrines chimico-physiques d'être incapables de rendre compte de l'organisme. Il y aurait, ce me semble, de tout autres raisons à faire valoir contre ces doctrines que celles dont M. Virey s'est servi; il a allégué des argumens usés contre des idées que l'on ne soutient plus. Nous ne disons pas aujourd'hui qu'un corps brut est vivant; nous ne prétendons pas dire non plus que des corps organés différemment composés ne diffèrent point par leurs actions.

M. Virey dit : Vous ne pourrez jamais avec des élémens chimiques faire des substances organiques. On en fait cependant. (M. Virey : Je le nie). On fait artificiellement de l'urée, du liquide allantoïde. Ce n'est pas là de la vie, sans doute, mais c'est de la matière organique.

Les personnes qui se retranchent dans des théories absolues encourent ordinairement le reproche qu'elles adressent aux aures théories. Il y a dans les théories physico-chimiques des hypothèses qui ne sont ni plus ni moins plausibles que celles des vitalistes. Quant à ce qui a été dit qu'aucune matière organique ne se fait par hasard, qu'il n'y a point de génération spontanée, je répondrai que rien dans la nature n'est livré au hasard, tout est subordonné à des lois; mais il est établi par de nombreuses expériences, entre autres celles de M. Edwards, que des matières ayant été organisées peuvent par de certaines combinaisons donner lieu à des organismes nouveaux.

En général, les vitalistes ont, suivant moi, le tort de se servir des argumens dont les spiritualistes se servent contre les matérialistes. Vous dites qu'un morceau de matière n'arrivera jamais à cette haute sagesse qui caractérise les actes des êtres vivans. Sans doute; mais ces actes ne sont point le produit de la matière organisée, mais d'un principe immatériel, de l'ame. Plus on veut retrancher à la matière pour accorder à la vie, plus on retranche à l'ame. L'ame me suffit pour expliquer, non pas l'organisme, mais l'intelligence qui est en dehors de la matière.

Je résumerai ainsi les objections que j'ai cru devoir faire à ce travail : 1° les argumens dont s'est servi M. Virey répondent à des doctrines qu'on ne soutient plus aujourd'hui; 2° les vitalistes mettent une hypothèse à la place des hypothèses qu'ils combattent; 3° on adresse à tort aux doctrines physiologiques que nous soutenons le reproche de panthéisme.

M. Virey : M. Royer-Collard a cru devoir prendre la défense de la chimie. Je ne repousse pas pour mon compte ce qu'il y a de chimique dans l'organisation; ce que je repousse, c'est la prétention de créer des substances organiques par les procédés de la chimie. Ainsi, M. Royer-Collard a dit que l'on faisait de l'urée; je le conteste. L'urée obtenue par la chimie n'a point les propriétés de l'urée naturelle. Je ne nie pas qu'on ne puisse, par certains procédés, modifier les organismes; mais quant à ce qui est de la formation primitive d'êtres organisés, je ne pense pas qu'elle soit possible.

M. Castel : Je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion si je n'y trouvais l'occasion de combattre un préjugé qui s'est introduit dans les sciences physiologiques depuis un demi-siècle. Ce préjugé consiste à ne voir pour toutes choses qu'un seul mobile et à négliger les rapports, les relations qu'ont entre eux les différens élémens qui constituent les êtres vivans. On peut admettre le vitalisme sans repousser l'influence des agens physico-chimiques; on peut aussi repousser le vitalisme sans admettre pour cela les doctrines physico-chimiques. C'est donc une chose bien difficile d'analyser la vie. Oui, puisqu'on ne l'a pas fait encore. On ne fait qu'accroître la difficulté en admettant un principe vital, parce qu'on substitue une abstraction à l'analyse des faits. Cette analyse nous montre deux choses, la sensibilité d'un côté, de l'autre les excitans. Aucun système dans l'organisme n'est absolu; aucun d'eux ne peut rien faire sans le concours des autres. Le système nerveux ne peut rien tout seul. Que les poumons viennent à cesser leur fonction, tous les autres organes étant sains d'ailleurs, l'individu succombe. Un épanchement survient dans le cerveau; tout le reste de l'organisme est sain, et cependant l'individu succombe encore. Si l'on admet un principe vital, il faut le placer au-dessus de tous les systèmes organiques, mais alors la vie devrait subsister malgré la destruction des organes. Voyez combien l'admission d'un principe vital éloigne de ce que nous apprend l'analyse. Il faut considérer la vie comme un produit, sans quoi l'on ne pourra rien expliquer.

M. Virey : C'est à tort que l'on considère le principe vital comme un être; c'est comme ensemble de phénomènes, comme une unité composée de plusieurs fonctions qu'il faut le considérer. M. Castel combat une hypothèse que personne ne soutient.

Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL.

M. Dufresse lit un travail relatif à deux opérations d'anus artificiel pratiquées avec succès, suivant la méthode de Littre, en 1795 et 1811, par Daguesceau, médecin à Madurec (Charente). (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert et Amussat.)

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENS.

M. Pennes lit un travail dans lequel il se propose d'exposer une nouvelle méthode d'administration des médicamens, telle que les malades n'en puissent plus éprouver aucun dégoût.

Cette lecture est interrompue par M. Delens, qui demande l'ordre du jour.

Après une courte discussion soulevée sur cet incident entre MM. Delens, Mérat et Adelon, l'Académie décide qu'il ne sera pas donné suite à cette lecture.

Sur la demande de l'auteur, le bureau désigne une commission composée de MM. Boullay, Chevallier et Martin-Solon pour l'examen de ce travail.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE.

M. Josse lit un travail intitulé : Quelques réflexions sur la hernie crurale étranglée et sa récidive après l'opération. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert et Amussat.)

EXANTHÈMES.

M. Kunsfi lit un mémoire sur les maladies exanthémiques.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux; par W. Mackensie; traduit de l'anglais, avec notes et additions, par S. Laugier et G. Richelot. — Paris, 1844. Un fort volume in-8°. Chez Dusillion, éditeur, rue Lafitte, 40.

Si, depuis quelques années, le goût des traductions se répand dans la littérature et dans le public médical, il serait injuste d'en attribuer uniquement la cause à une sorte de défiance envers les lumières et la véracité des auteurs nos compatriotes. Indépendamment de l'intérêt qu'il peut offrir comme œuvre originale, un traité étranger se recommande toujours à plus d'un titre. On le recherche pour les différences qu'il présente avec nos doctrines, et on le recherche aussi pour la conformité qu'il a avec elles. Les premières ouvrent aux déductions théoriques une nouvelle voie, aux recherches thérapeutiques des ressources précieuses. Puis quelquefois il fait bon pour les vérités même les plus certaines d'avoir un peu vieilli avant de paraître devant ceux qui devront les juger. Ainsi, une idée qui, émise par un concitoyen, eût paru bizarre, paradoxale, absurde, entrera de plein droit dans la pratique lorsque, en la lisant pour la première fois, on apprendra en même temps que depuis longues années déjà elle a reçu chez nos voisins la sanction d'une application heureuse. — Quant aux ressemblances, c'est vraiment là le côté le plus utile de ces publications. A la vérité, la similitude porte plutôt sur le fond que sur la forme, sur les choses que sur les hommes; et tel lecteur français, exclusivement nourri de ses classiques, se trouve parfois singulièrement dépaysé en rencontrant là, sous le nom de leurs véritables inventeurs, des propositions dont il est depuis si longtemps accoutumé à faire honneur à ses compatriotes. Mais si le prestige emprunté de quelque réputation individuelle risque de pâlir un peu à cette confrontation, l'intérêt de la vérité, en revanche, y trouve largement son compte. Nos grands hommes, je l'avoue, sont souvent un peu méconnus à Londres et à Berlin. Mais les faits, éternellement vrais, qu'ils ont observés, restent partout les mêmes. Que ce soit Dupuytren ou Brodie qui parle, Scarpa ou Saunders, Maître-Jan ou Abernethy, ceux que nous avons été habitués à regarder comme nos oracles demeurent presque toujours inviolables dans ce conflit d'opinions et de langage; leur voix ne reçoit que bien rarement des pays étrangers le démenti d'une expérience contraire. Heureux accord, qu'il n'est jamais indifférent de constater! car cette communauté de vues n'est pas moins avantageuse à la cause de la vérité qu'à la gloire des savans de toutes les nations; l'identité d'avis à époques et à distances si éloignées étant, aujourd'hui, presque la seule preuve qui s'impose irrésistiblement aux esprits les plus sceptiques.

Toutefois, pour qu'un ouvrage étranger puisse jouer parmi nous un tel rôle, pour qu'il soit jugé digne de servir ainsi de *criterium* à nos doctrines classiques, il ne suffit pas à son auteur ni d'un nom européen, ni des ressources d'une vaste érudition. C'est surtout une pratique étendue qu'on lui demande. Car l'amour-propre national joint à l'orgueil chatouilleux du savant, nous rendrait difficilement supportable tout autre contrôle que celui des faits; et le seul arbitre que nous puissions consentir à écouter en pareille matière est celui qui s'annonce comme parlant au nom de l'expérience. L'auteur que MM. Laugier et Richelot se sont proposé de faire connaître en France remplit toutes ces conditions. Le nom de M. Mackensie, honorablement lié aux progrès d'une foule de questions importantes en ophthalmologie, et connu en Angleterre comme celui de l'un des spécialistes le plus justement estimés, méritait de se populariser parmi nous au même titre. Dans le TRAITÉ PRATIQUE, que nous avons en ce moment sous les yeux, on devine l'homme qui a cultivé son art en même temps comme praticien et comme professeur. Riche d'une expérience personnelle immense, il ne néglige point pour cela les idées d'autrui, mais il trouve toujours dans ses souvenirs de quoi les apprécier, par voie de comparaison, à leur juste valeur. La plupart des faits consignés dans son ouvrage émanent soit de sa clientelle particulière, soit de son service à l'hôpital ophthalmologique de Glascow; et nous donnerons immédiatement sous ce rapport une idée suffisante des richesses qu'a rassemblées l'auteur, en disant que ces faits ne sont pas au nombre de moins de *trois cent trente-deux*, tous détaillés avec une sage précision, et placés avec régularité à la suite des propositions dogmatiques qu'ils sont plus particulièrement destinés à élucider ou à établir.

Un exposé clair et succinct des parties qui entrent dans la composition de l'œil sert d'introduction. Il est emprunté à Th. Wharton Jones. Entrant ensuite en matière, l'auteur trace successivement l'histoire de toutes les maladies qui peuvent affecter le globe oculaire et ses accessoires. Sans afficher de prétention à une classification irréprochable, sans même se donner la peine d'indiquer une division, M. Mackensie trouve moyen d'atteindre le but qu'on se propose ordinairement en classant et en divisant; c'est assez dire qu'il est complet, et que son cadre ne présente de lacunes notables ni pour le nombre des objets qu'il y a dû comprendre, ni pour la manière dont ils sont esquissés.

Quant à l'esprit de cet ouvrage, on le peut définir d'un mot en disant que c'est celui qui domine plus ou moins dans toutes les productions anglaises en ophthalmologie : ce sont toujours les mêmes qualités et les mêmes défauts. Partout, le diagnostic anatomique tient une place, bien légitime assurément, mais dont les recherches étiologiques eussent pu fructueusement occuper une partie. Ce caractère bien réel de l'école anglaise plane sur la disposition générale du livre, et il se retrouve dans tous ses chapitres. Si elle inspire rarement des données nouvelles en thérapeutique, cette tendance, du moins, a l'avantage de mettre en garde contre les aventureuses déductions auxquelles l'imagination germanique s'était jadis laissé entraîner. Le siége de la lésion, en un mot, est ici le problème dont on se préoccupe d'abord, tandis qu'ailleurs on s'applique sur tout à en déterminer la nature. On sait que dans ces deux directions différentes nos voisins d'outre-Rhin et ceux d'outre-mer ont réalisé des conquêtes précieuses. En France, malgré de trop longues illusions, on paraît enfin aujourd'hui avoir ouvert les yeux sur la valeur de ces deux sectes rivales; et l'esprit public qui sait désormais à quoi s'en tenir sur leurs exagérations peut sans crainte accueillir les productions où règnent encore l'*anatomisme* ou le *spécificisme*, et celles-là même où l'un ou l'autre de ces deux caractères seraient beaucoup plus accentués qu'ils ne le sont dans l'ouvrage de M. Mackensie.

Pour montrer que ce reproche d'exagération n'est qu'en très faible partie applicable à notre auteur, et pour donner en même temps un aperçu de ses opinions au sujet des questions les plus élevées en ophthalmologie, nous citerons quelques passages de son chapitre sur les ophthalmies. « On sait, dit M. Mackensie, que les phénomènes secondaires et tertiaires de l'inflammation sont toujours modifiés par la structure propre de la partie affectée. Les différens tissus de l'œil, jouissant de propriétés tant physiques que vitales qui leur sont particulières, souffrent diversement sous l'influence des phénomènes de l'inflammation. En général, l'œil dévoile d'une manière très tranchée les modifications que l'inflammation reçoit des conditions diverses de la texture. Dans quelques cas, on peut juger de ces modifications par leurs seules conséquences et par l'observation attentive de l'altération dont l'organisation ou la fonction de la partie qui avait souffert reste le siége. Dans d'autres cas, les modifications dont il s'agit échappent à l'observateur, à cause de la délicatesse de la texture de la partie ou de sa situation cachée dans l'œil.

» La conjonctive, la sclérotique, la cornée et l'iris présentent ces modifications de l'inflammation d'une manière assez tranchée pour convaincre les esprits les plus sceptiques de la vérité de ce qui précède, et assez frappante pour exciter les recherches des plus inattentifs. La conjonctive, muqueuse-cutanée, sécrétant une grande quantité de matière purulente, comme dans les ophthalmies contagieuses; la sclérotique, fibreuse, restant affectée pendant des mois d'inflammation rhumatismale; la cornée, perdant entièrement sa transparence, s'infiltrant de pus, ou détruite couche par couche par un ulcère perforant; l'iris, versant une lymphe coagulable qui constitue l'intermédiaire au moyen duquel s'établissent des adhérences morbides par suite desquelles la pupille est privée de ses fonctions : voilà des faits dans lesquels se manifestent d'une manière plus nette et plus frappante que dans toute autre partie du corps quelques-unes des modifications de l'action inflammatoire.

» Indépendamment des différences de texture, il est d'autres circonstances qui apportent des modifications aux affections inflammatoires de l'œil.... Ainsi, elles sont sous l'influence des conditions particulières de la constitution et des maladies constitutionnelles, et elles subissent d'innombrables variations par l'effet des sympathies. Les scrofules, la syphilis et la goutte peuvent exciter dans les diverses parties de l'œil une inflammation qui aura un aspect particulier, ou imprimer aux traits caractéristiques d'une inflammation excitée par d'autres causes des différences telles que souvent il sera difficile de reconnaître une maladie que l'on connait très bien dans sa forme simple et idiopathique.

» Par suite de la sympathie locale, l'inflammation ne prend jamais naissance dans un des tissus de l'œil, sans s'étendre plus ou moins à ceux avec lesquels il est en contact.... De là, parole de conjonctivite, de sclérotite, de cornéite, d'iritis, etc.; mais il doit être bien entendu que, dans aucune de ces affections, l'inflammation n'est entièrement limitée un tissu particulier indiqué par le nom. La maladie a seulement son point de départ et son siége principal dans ce tissu; les parties voisines sont toujours plus ou moins intéressées.

» En songeant aux effets que produisent toutes ces causes combinées, on sera convaincu que nulle maladie ne présente plus de difficulté dans son étude que celle qu'on a appelée ophthalmie. Il semble qu'on pourrait diminuer la difficulté en étudiant ces actions et ces changemens morbides isolément et dans un seul tissu à la fois; dans la cornée, par exemple, en nous représentant dans leur ordre de succession l'épanchement de la sérosité, celui de la lymphe coagulable, la sécrétion du pus, la formation d'un abcès, l'ulcération, la gangrène et la cicatrisation, suivant que chacun de ces phénomènes se manifeste dans la cornée. Mais ce serait se représenter quelque chose qui n'existe jamais dans la nature.... »

Veut-on maintenant un exemple de la manière dont l'auteur agite et résout les questions plus directement applicables à la pratique? Le parallèle entre les diverses opérations pour la cataracte nous fournira l'occasion de le faire apprécier sous ce second point de vue. Citons encore : « Dans le choix que le praticien doit faire entre les diverses méthodes pour cette opération, il est guidé en partie par l'espèce de cataracte à laquelle il a affaire, et par les conditions de l'œil qui en est le siége, et en partie par le degré de confiance qu'il a dans ses facultés personnelles et dans son expérience comme opérateur. Je range les différens modes opératoires dans l'ordre suivant, sous le rapport des dangers qui se rattachent à l'opération même, en plaçant le premier celui qui offre le plus de sécurité, et le dernier celui qui soulève le plus d'objections : la division à travers la sclérotique, la division à travers la cornée, l'extraction par sa moitié latérale, l'extraction par sa moitié inférieure, l'extraction par une petite section de la cornée, la réclinaison à travers la sclérotique, la réclinaison à travers la cornée, l'abaissement à travers la sclérotique, l'abaissement à travers la cornée, l'extraction à travers la sclérotique. Mais si l'on me posait ainsi la question : Si vous étiez atteint de cataracte, par quel procédé préféreriez-vous être opéré? je répondrais : par celui de l'extraction à travers la moitié supérieure de la cornée, par un opérateur exercé à ce procédé. C'est celui qui, quand il est suivi de succès, rend la vue le plus promptement et laisse l'œil dans les meilleures conditions de santé et à même d'être le plus longtemps utile.

» Le succès de la *division* (ou broiement) dépendant de la dissolution des fragmens de la cataracte, et cela dans un espace de temps limité, et sans aucune irritation nuisible de l'œil, cette méthode est contr'indiquée toutes les fois que le cristallin est dur ou ferme, ou que la capsule est très épaissie ou coriacé..... Il ne faut pas cacher que la guérison de la cataracte par *division*, même chez les jeunes sujets, détermine souvent le commencement d'une atrophie de l'œil, qui unit au rétablissement complet de ses fonctions, tandis que cet effet est très rare après l'extraction. Le travail d'absorption nécessaire pour la disparition du cristallin semble souvent nuire à l'œil. L'humeur vitrée, probablement dilacérée dans l'opération, se ramollit; et, sans qu'il se forme aucune adhérence, la pupille se contracte d'une manière notable.

» .... *L'extraction* est la seule méthode convenable pour les cas de cataracte dure. Tout chirurgien qui a acquis une grande expérience dans le traitement des maladies des yeux, et qui est capable d'apprécier par lui-même ce sujet, est fermement convaincu de la vérité de cette proposition, comme il sait que la cataracte molle peut être guérie d'une manière sûre et satisfaisante par la *division*.

» .... Le principe sur lequel est fondée la méthode par *déplacement* est essentiellement mauvais. On pourrait aussi bien proposer de loger dans l'œil un corps entièrement étranger, avec l'espoir qu'il ne surviendra ni irritation continue, ni désorganisation des tissus délicats, avec lesquels il doit rester en contact et que la fonction de l'œil ne sera point interrompue, que d'admettre qu'on peut enfoncer le cristallin dans l'humeur vitrée et l'y laisser séjourner contre la rétine avec conservation de l'état sain de l'œil et de la vision. On ne doit songer à la *réclinaison* et à l'*abaissement* que lorsqu'il existe des contr'indications impérieuses à la division et à l'extraction. »

Ces extraits, que nous eussions aimé pouvoir multiplier, atteindront néanmoins leur but en montrant comment l'auteur a su, à force d'indépendance d'esprit, être neuf sur des sujets aussi rebattus que ceux-là. Peu de traités d'ophthalmologie pourraient, sous ce rapport, l'emporter sur l'ouvrage de M. Mackensie. Cette originalité plaît parce qu'on sent qu'elle a sa source dans une expérience loyalement acquise, et que l'écrivain ne serait pas embarrassé de fournir au besoin la preuve de tout ce qu'il avance. Outre ce mérite, bien précieux par le temps de manuels, de dictionnaires et de *compendium* qui court, le livre de M. Mackensie se recommande encore par le nombre vraiment immense de ses matériaux et par la description de quelques altérations non étudiées jusqu'ici : telles sont, parmi ces dernières, les compressions diverses des parois de l'orbite, l'ophthalmie phlébitique, l'ophthalmie sympathique, les tumeurs non malignes du globe de l'œil, etc., etc. Enfin, ne fît-elle que mettre le lecteur français au courant des opinions qui ont maintenant cours en Angleterre sur les questions d'ophthalmologie, cette traduction, faite sur la troisième édition de l'ouvrage original, ne pourrait manquer d'intéresser ceux qui savent avec quelle persévérance nos voisins cultivent depuis longtemps cette importante branche de la chirurgie.

Il y avait donc là un vrai service à rendre à tous ceux qui cultivent la science pour elle-même et aiment à se tenir au courant de ses progrès à l'étranger. En se chargeant de cette tâche, MM. Laugier et Richelot ont acquis d'autant plus de droits à la reconnaissance de ces appréciateurs d'élite, qu'il ne s'agissait ni d'une œuvre de courte haleine ni d'un travail sans difficultés. Leur traduction brille surtout par une lucidité parfaite; et si la critique peut y signaler çà et là maintes répétitions, ainsi que quelques passages où le style aurait pu, sans tourner à l'emphase, avoir plus d'élévation, nous sommes presque sûrs que ces imperfections n'ont pas nou plus échappé aux auteurs, mais qu'ils ont préféré sacrifier l'élégance à la clarté.

MM. Laugier et Richelot ne se sont pas bornés au rôle de traducteurs. Selon l'usage adopté parmi nous pour ces sortes de travaux, ils ont annexé au texte anglais des notes correspondant aux points qui leur ont semblé avoir surtout besoin d'explications ou de complément. On ne peut, d'une manière générale, méconnaître l'utilité de ces additions; mais nous avons remarqué avec peine que, le plus souvent, les deux auteurs se contentent de combler des lacunes, de suppléer au silence où à la trop grande concision de l'écrivain anglais. Libre sans doute à chacun d'exécuter comme il l'entend ce rôle d'annotateur. Mais, pour nous, nous ne le dissimulerons point, nous l'eussions compris différemment. Ce qu'on peut rechercher de plus avantageux en lisant un traité étranger, c'est de comparer ses dogmes à ceux qui sont en faveur chez nous, d'éclairer notre pratique et de contrôler nos résultats par la connaissance de ceux obtenus dans d'autres contrées. Ainsi disparaissent, soit en théorie, soit en pratique, une foule de préjugés que l'habitude, la routine, l'asservissement aux autorités entretiennent dans notre esprit, préjugés que le raisonnement serait souvent impuissant à combattre, et qui cèdent comme par miracle dès que nous apprenons que, ailleurs, on fait depuis longtemps autrement que chez nous et qu'on ne s'en trouve pas plus mal. Mais ce travail si utile, cette confrontation entre notre pratique et celle de nos voisins, peu de lecteurs sont en état de l'entreprendre, et aucun n'aurait le loisir de la faire extemporanément et d'une manière complète sur tous les points si nombreux qui forment le programme d'un traité du genre de celui de M. Mackensie. Cette tâche revenait donc aux annotateurs. MM. Laugier et Richelot ne l'ont pas remplie ainsi. Est-ce excès de modestie? Est-ce crainte de s'engager dans une fausse voie? Nous ne le savons : mais, à coup sûr, personne plus qu'eux n'était capable d'accomplir cette œuvre importante de comparaison et d'appréciation. Les antécédens de l'un d'eux en pareille matière, les lumières et la bonne foi bien connues de tous les deux, nous offraient des garanties qui doublent nos regrets. — Mais en appréciant même leur travail du point de vue restreint où ils se sont placés, il y aurait encore quelques observations à leur adresser. On pourrait leur demander, par exemple, pourquoi ils ont passé sous silence la section des muscles de l'œil dans la myopie, pourquoi ils n'ont pas même mentionné les intéressantes recherches de M. Desmarres sur les concrétions des voies lacrymales, ni le nom de M. Guépin dans l'histoire de la pupille artificielle, ni la section des muscles de l'œil pratiquée par MM. Cunier et Pétrequin pour dévier la cornée, partiellement opaque, dans le sens où elle est encore accessible aux rayons lumineux, etc., etc. Mais il y aurait de l'injustice à insister sur quelques omissions dans un cadre d'ailleurs si bien rempli et où il était presque impossible de les éviter toutes. Chaque lecteur y suppléera à son gré : son esprit ainsi stimulé par la nécessité de compléter de loin en loin les pensées de l'auteur, n'en sera que plus attentif à saisir et à méditer les excellens préceptes dont cet ouvrage abonde.

VARIÉTÉS.

— Durant l'année 1841, 44,491 hommes ont été revaccinés dans l'armée prussienne. Sur ce nombre, 36,182 portaient des marques distinctes de vaccinations antérieures, 6,192 des marques douteuses, et 2,567 des marques nulles. La revaccination offrit un cours régulier chez 23,383 hommes, irrégulier chez 3,035. Elle n'eut aucun résultat chez 13,523. La revaccination, qui avait échoué une première fois, fut réitérée avec succès chez 2,255 hommes, sans succès chez 9,466. Parmi les individus revaccinés antérieurement ou en 1841, on eut à signaler dans le cours de l'année 1 varicelle, 8 varioloïdes, mais aucune variole vraie.

L'ordre a été donné 1° de revacciner à l'avenir toutes les recrues immédiatement après leur entrée au service; 2° de renouveler la revaccination des individus revaccinés une première fois sans succès..

(Gazette médicale belge.)

— Manuel de petite chirurgie, contenant les pansemens, les bandages, les ponctions, les cautères, les vésicatoires, les moxas, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, les appareils de fractures, le cathétérisme, la réduction des hernies, l'arrachement des dents, etc., par M. A. Jamain, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. Un volume grand in-8° de 624 pages, avec 6 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50 c.

— Manuel pratique de percussion et d'auscultation, par M. le docteur F. Andry, ancien chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité. Un volume grand in-18 de 536 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

— Mémoires pour servir a l'étude des maladies des ovaires. Premier mémoire, contenant 1° les considérations anatomiques et physiologiques; 2° l'agénésie et les vices de conformation des ovaires; 3° l'inflammation aiguë des ovaires, ovarite aiguë; par A. Chereau, D.-M. Un volume in-8°. Paris, 1844. Prix : 3 fr.

— Du climat et des maladies au Brésil, ou Statistique médicale de cet empire; par Sigaud, D. M., médecin de S. M. l'empereur don Pèdre II, membre de l'Académie impériale de médecine de Rio-de-Janeiro, etc. — Un vol. in-8° de 600 pages. Papier raisin vélin. Prix : 9 fr.

Chez Fortin, Masson et comp., libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Même maison, chez L. Michelsen, à Leipsig.

— Traité de mnémotechnie générale, ou l'art d'aider la mémoire appliqué à toutes les sciences; par M. Audibert, docteur en médecine. — In-18 orné de 8 planches. 2° éd. augmentée de l'histoire de la science, etc.

Paris, dépôt général chez l'auteur, rue du Temple, 57.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C°, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au hureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE

DES FIÈVRES TYPHOÏDES RÉGNANTES.

Les lecteurs de la Gazette Médicale se souviennent encore des renseignemens que nous leur avons communiqués sur les fièvres typhoïdes qu'on a observées à Paris dans le cours du printemps dernier. Le nombre de ces affections avait beaucoup diminué depuis, et c'est pour cela que nous avons jugé inutile de leur en parler plus amplement. Ces sortes de maladies viennent de se reproduire en assez grand nombre depuis près d'un mois. Aujourd'hui elles se rencontrent en quantité considérable en ville et dans les hôpitaux. Peu de salles de ces établissemens en sont exemptes. Il y en a beaucoup notamment à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital de la Clinique, à la Charité, à l'hôpital des Enfans. La pratique de la ville en fourmille comme les cliniques des hôpitaux. Tous les médecins sont à portée d'en voir, tant elles sont communes. Nous pourrions même dire qu'elles défrayent à pen près senles les cliniques particulières et privées. Nos relations avec les départemens nons pronvent qu'il en est à peu près en province comme à Paris. On n'a pas de peine à comprendre la grande étendue du règne de ces maladies, pour peu qu'on réfléchisse aux causes qui y donnent lieu. Mais avant d'entrer dans l'analyse de ces causes, voyons quels sont leurs caractères, leurs formes essentielles et la meilleure méthode de les traiter.

Hâtons-nous de le dire, les fièvres typhoïdes régnantes n'offrent qu'une gravité relative. Les cas graves qui se présentent tiennent surtout à la mauvaise direction qu'on leur laisse prendre ou qu'on leur imprime, et encore faut-il en ce genre une sorte d'opiniâtreté bien regrettable pour les pousser à dégénérer, tant elles sont bénignes et disposées à se résoudre heureusement. En sera-t-il de même lorsque les causes qui les produisent auront acquis plus d'énergie, ou lorsque les organisations en lutte à ces causes seront pour ainsi dire à bout de leur force de résistance? Nous n'oserions pas le promettre; mais il est toujours bon de ne pas se jouer avec les causes de maladies. Nous avons pent-être tort de gratifier de fièvres typhoïdes les affections actuelles; nous aurions pent-être mieux fait de les appeler des maladies bilieuses. En effet, les maladies en question reposent toutes sur les principes si connus des maladies de ce genre. Quoi qu'il en soit des noms qu'on peut leur imposer, voici en peu de mots leurs phénomènes caractéristiques; ces phénomènes se trouvent réunis, à peu d'exceptions près, chez tous les malades, et c'est précisément en cela qu'ils caractérisent les maladies régnantes. Nous pouvons les classer sous trois périodes plus ou moins distinctes.

Tous ou presque tous les malades ont éprouvé avant de s'aliter une série de symptômes préliminaires. C'est la période du début. Les malades se plaignent pendant sept ou huit jours d'inappétence, même de dégoût, d'insomnie, de soif; ils ont la bouche amère, quelques coliques sourdes, des garderobes liquides, ou, ce qui est plus rare, de la constipation. En outre, ils sont abattus et faibles avec un sentiment de courbature générale. Leur pean est chande, qnoiqu'ils éprouvent très sonvent des horripilations, entremêlées d'une sueur fatigante. Le soir tous ces symptômes

Feuilleton.

ÉPICURE ET DESCARTES, D'APRÈS M. ROCHOUX.

Dans la récente discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, à l'occasion du manifeste *vitaliste* de M. Virey, nous avons eu le plaisir, qui nous est du reste libéralement prodigué, d'entendre notre excellent et très ingénieux confrère M. Rochoux développer encore une fois les dogmes de sa philosophie. Contre l'habitude de ceux qui objectent et qui se contentent de fourrager sur le terrain occupé par l'ennemi, il essaya de l'en chasser définitivement en établissant ses retranchemens sur les ruines des siens. Cette marche hardie ne surprit personne. On sait que le courage de M. Rochoux ne connaît plus d'obstacles dès que l'occasion se présente de confesser sa foi épicuriste, et il la trouve partout. Cette sortie nous a remis en mémoire une publication déjà un peu ancienne de M. Rochoux, dont nous avons eu jusqu'à ce jour la négligence impardonnable de ne pas rendre compte à nos lecteurs. Si le sujet en est peu médical, l'auteur a droit, en revanche, à toutes nos sympathies.

Cet écrit a pour objet, comme la plupart de ceux de l'auteur depuis quelques années, de restaurer la pure doctrine d'Épicure, et de montrer sa supériorité sur celles de tous les philosophes passés, présens et futurs. Il était destiné à servir de réponse à une question proposée par l'Académie des Sciences Morales et Politiques, qui avait mis au concours une exposition critique de la philosophie de Descartes. De Descartes à Epicure, il n'y a qu'un pas pour M. Rochoux. Il a vu là une bonne fortune. Parler d'Epicure devant la première autorité philosophique de France! Comment résister à cette tentation? Qui sait même s'il n'a pas caressé l'espoir de convertir l'Académie à l'atomisme?

L'événement n'a pas, il est vrai, réalisé ces espérances. Les gens auxquels il s'adressait sont de ces hommes au cœur endurci, au sourd entendement, dont parle l'apôtre; ils ont traité fort cavalièrement ses démonstrations, faute sans doute d'être en état de les réfuter, et ont affecté un superbe dédain pour des spéculations qu'ils étaient probablement incapables de comprendre. Mais ils ne savaient pas à qui ils avaient affaire. Notre excellent confrère n'est pas homme à lâcher prise facilement à l'endroit d'Epicure; il se ferait plutôt hacher en morceaux que d'abandonner une seule de ses propositions. Repoussé par les académiciens, il a fait immédiatement appel au public. Il a retiré son manuscrit des cartons de l'Académie et l'a résolument lancé à la tête de ses adversaires sous la forme d'un in-8° de 122 pages, orné de Notes et d'une Préface qui n'est pas la partie la moins intéressante et la moins curieuse de l'ouvrage.

Il y passe en revue, en quelques pages, les dernières tentatives de la philosophie, depuis Bacon jusqu'à madame Niboyet. Madame Niboyet philosophe est une découverte. On voit bien par là que M. Rochoux lit tout et suit la marche de la philosophie jusque dans ses détours les plus obscurs. Notre profond confrère ne trouve absolument rien à louer dans les efforts des penseurs modernes. Il est particulièrement mécontent de la philosophie écossaise qui, dit-il, n'est « qu'une conception informe, » un ridicule avorton, mort aussitôt après avoir vu le jour. » Selon lui, la philosophie n'a fait que tomber de chûte en chûte à partir de Gassendi. Locke et Condillac ont commencé à dénaturer l'œuvre de ce grand maître qui a eu, aux yeux de M. Rochoux, la gloire sans pareille de réhabiliter la philosophie corpusculaire.

augmentent. Il survient même à cette époque un mouvement décidé de fièvre qui se prolonge pendant toute la nuit et leur procure un sommeil lourd et agité. Cette fièvre tombe tous les matins, et ils se lèvent avec la bouche pâteuse, la langue épaisse et une tendance aux nausées. Quelques-uns vomissent même à la plus légère cause, et rendent ainsi des matières jaunâtres mêlées de mucosités d'un goût très désagréable. La période que nous décrivons dure, avons-nous dit, plusieurs jours, sept ou huit, terme moyen, et elle peut aller jusquà deux ou trois semaines. Une autre période lui succède lorsque la maladie fait des progrès; celle-ci est caractérisée par une fièvre continue accompagnée de l'exaspération de tous les autres symptômes. Dans cette seconde période, on remarque une céphalalgie intense siégant principalement sur le front; d'ailleurs la face est pâle, s'allumant et pâlissant alternativement ou restant quelquefois constamment enflammée. Les yeux sont brillans, le regard mal assuré avec un air d'étonnement. Un dégoût insurmontable se mêle presque toujours à ces symptômes. La langue se montre chargée d'un enduit limoneux très épais, d'une couleur blanche, jaunâtre; le creux de l'estomac est douloureux, le ventre météorisé, douloureux aussi, rempli de gargouillement, les selles liquides et puantes. Arrivés à ce point, les malades sont contraints de garder le lit; ils ne peuvent se soutenir. Le pouls devient fréquent, s'élève et résiste à la pression. Chaque soir la fièvre augmente sans froid ni frisson préalable et les symptômes dépendans du cerveau et de l'estomac suivent constamment l'exaspération de cette fièvre. Pour peu que cet état persiste, la tête s'embarrasse de plus en plus, la céphalalgie dégénère en un délire sourd, sensible d'abord pendant la nuit, toujours plus manifeste sur le soir; mais quelquefois persistant toute la journée. C'est le moment où les traits de la physionomie se décomposent; alors la langue jusque-là humectée se sèche, ainsi que les lèvres et les dents, et la fièvre prend décidément le caractère typhoïde. La maladie n'en reste pas toujours à ce point. L'appareil symptomatique, qui se distinguait jusque-là par une apparence de surexcitation, se transforme bientôt en un état contraire. Cette transformation marque l'avènement de la troisième période, période de faiblesse, de prostration et d'adynamie; c'est au commencement de cette période que le corps, surtout les membres, la poitrine et le ventre présentent çà et là des taches pétéchiales, semblables à des morsures de puces dont elles ne diffèrent que parce qu'elles ne disparaissent pas sous le doigt; cependant ces taches si nombreuses dans certaines de ces fièvres sont assez discrètes généralement en ce moment; beaucoup de malades n'en offrent que quelques-unes ou n'en présentent même point. Ce qu'on observe surtout à l'époque avancée que nous décrivons, c'est une résolution générale des forces, un accroissement des garderobes liquides que le malade rend sans les sentir, un délire ordinairement doux et tous les signes d'une surcharge des voies gastriques. La mort arrive par l'influence de cette aggravation; mais pour peu qu'on recoure aux toniques et aux excitans avant que les symptômes de faiblesse creusent trop profondément, les forces renaissent assez généralement, et les malades reviennent à la vie lentement et difficilement. La convalescence des fièvres actuelles livrées à elles-mêmes ou traitées maladroitement dure très longtemps; elle offre assez généralement un symptôme qui mérite beaucoup d'attention; c'est que les malades sont pris d'une faim que rien ne peut satisfaire et qu'ils ne cessent de solliciter une alimentation substantielle. Et pourtant les alimens qu'on leur permet ne les réparent point; le plus souvent, au contraire, ils rappellent la fièvre si elle avait disparu, ou ils l'augmentent quand elle n'avait pas encore cessé. Rien ne prépare ces malades à des rechutes comme les écarts dans l'alimentation. Nous pouvons même dire que tous ceux qui sont morts après s'être relevés d'une première atteinte le doivent en grande partie à leur désobéissance dans ce sens. Les maladies actuelles ne se terminent néanmoins qu'exceptionnellement par la mort. La plupart guérissent; toute leur différence à cet égard consiste dans la lenteur plus ou moins grande et dans les difficultés de leur rétablissement. Une terminaison uniforme complète le rapprochement entre les diverses espèces. En effet, presque toutes passent de l'état de fièvre continue avec des exacerbations quotidiennes à un état fébrile d'apparence intermittente. C'est à bon droit que nous disons que cette transformation n'est qu'apparente; car le quinquina n'en est pas le remède, comme il l'est de la vraie fièvre périodique. Non qu'on ne puisse et qu'on ne doive même, comme nous allons le dire, avoir recours à l'usage des préparations de quinine; mais leur intervention remplit ici d'autres indications, et elle a besoin de se combiner avec d'autres agens thérapeutiques. Il est bon qu'on ne se méprenne pas sur le caractère de ces formes périodiques. Si on les poursuit par les préparations de quinquina seulement, la fièvre s'éternise, les forces continuent à être languissantes et le rétablissement se fait attendre indéfiniment; il en est autrement lorsqu'on l'administre d'après d'autres vues en le combinant avec l'emploi des laxatifs; c'est alors, en effet, que la fièvre se dissipe et que la santé se prononce. Cette réflexion nous conduit à parler des indications et du traitement des fièvres régnantes.

L'indication capitale, dans ces fièvres, n'est pas difficile à reconnaître; elle est encore plus facile à remplir, s'il est possible. Cependant, nous voyons commettre chaque jour en ce genre des méprises déplorables. Il se trouve des médecins qui attaquent les fièvres en question par des émissions sanguines réitérées, par les affaiblissans et les adoucissans. Ces médecins, pour lesquels la science semble ne pas marcher, en sont encore à considérer toutes ces maladies comme des gastrites ou des gastro-entérites. Dans les fièvres dont il s'agit, fièvres, comme nous l'avons dit plusieurs fois, peu graves par elles-mêmes, ces médecins contribuent souvent à les faire dégénérer de leur nature bénigne. Mais heureusement, dans la plupart des cas, la nature résiste en même temps et à la maladie et à la méthode thérapeutique. Les malades n'en portent pas moins la peine d'une pratique irrationnelle. En effet, des cas très légers deviennent des cas plus ou moins graves; les cas graves dégénèrent à leur tour en maladies désespérées, et presque toujours les malades qui reviennent à la santé languissent bien au delà du temps de la durée de ces maladies. Voici ce que nous avons constamment observé parmi les malades soumis à une pratique aussi mal inspirée. Lorsque les saignées interviennent au début de ces maladies, après que la fièvre est déclarée, généralement les symptômes s'exaspèrent, surtout ceux de l'estomac et des intestins; bientôt la faiblesse augmentant, les malades tombent dans la prostration et l'adynamie. Les médecins dont nous parlons interrompent alors heureusement l'administration des débilitans, et ils ont recours très promptement à l'emploi des vésicatoires et à l'ingestion des toniques. Si ces derniers agens arrivent assez tôt, les forces se relèvent et la nature triomphe au prix des plus grands périls, au milieu des plus grandes difficultés. Cependant ces périls et ces difficultés auraient pu être conjurés plus tôt; car presque tous les malades soumis à un traitement plus convenable guérissent sans le moindre effort, et ne se trouvent que

---

Locke et Condillac furent des copistes *maladroits* qui gâtèrent toutes ses idées. Les encyclopédistes étaient des épicuristes passables, mais leur œuvre dépérit bientôt entre les mains du « lourd, de l'épais, du diffus Naigeon. » Ce bon Naigeon a eu cependant « le mérite d'être bêtement et franchement athée » (p. VI). Vous voyez que si notre savant et hardi critique est sévère, il est impartial et sait rendre justice. Naigeon était diffus, il était lourd, il était épais, *mais* il était athée. Puis vinrent en *progression décroissante* Destutt de Tracy, Laromiguière et M. Valette qui, par leur *incapacité*, ont mis l'épicurisme à deux doigts de sa perte.

Si M. Rochoux traite si impitoyablement ses amis philosophiques, on doit s'attendre qu'il ne ménagera guère le camp opposé. Nous avons vu quel cas il fait de la philosophie écossaise. Plus malheureuse encore fut, à son avis, la tentative de remettre sur pied le Cartésianisme. C'est là un miracle qu'il juge impossible à réaliser. Quoi qu'il en soit, c'est dans ce but chimérique que l'Académie des sciences morales et politiques s'avisa, à l'instigation de M. Cousin, de mettre au concours *l'examen critique du cartésianisme*.

Cette annonce n'était qu'un leurre. Notre confrère, dont la perspicacité est égale à la hardiesse, comprit tout de suite que le concours n'était pas sérieux, et qu'en ayant l'air de demander une critique on demandait en définitive un éloge. Cependant il voulut en avoir la preuve et envoya son mémoire, qui fut accueilli, dit-il, comme il devait l'être nécessairement par des commissaires ayant nom Cousin, Barthélemy St-Hilaire, Degerando, Edwards, Jouffroy et Damiron. Ces pauvres commissaires font la plus piteuse figure du monde entre les griffes de notre très redoutable confrère:

« M. Cousin est un modèle d'obscurité audacieuse, étourdissante et vide... Il » s'imagine de bonne foi avoir du mérite; car, ne voyant jamais clair dans sa » pensée, il doit se priser en proportion de ses succès, fort capables de faire tour» ner une tête plus forte que la sienne. » (Pag. x.)

« L'honnête Degerando, alors caduc et décrépit, avait donné, deux ans avant, » une belle preuve de décadence intellectuelle dans son rapport si spirituelle» ment flagellé par Timon. » Quant à Edwards, « il était déjà absorbé par le » désir de se faire catholique, » et c'est tout dire. Les portraits de Jouffroy et de M. Damiron sont d'une touche si hardie et si indépendante que nous n'osons pas prendre la responsabilité de leur reproduction. On voit que pour cet aristarque inflexible l'autorité des noms n'est qu'une vaine fumée, et qu'il n'a pas plus peur des vivans que des morts. Il n'y a pas de renommée assez haute pour dépasser la portée de sa main, et qu'il n'ait courageusement souffletée. Et, en vérité, quelle merci pouvaient attendre ces infortunés académiciens d'un critique assez avancé pour déclarer Descartes un *esprit peu philosophique*, Voltaire un *esprit mesquin*, pour trouver pitoyables les idées de Leibnitz, et pour dire que Platon ne doit pas être compté au nombre des philosophes (pag. 113)? Lorsqu'on voit M. Rochoux faire ces terribles exécutions avec l'imperturbable sang-froid qui le distingue, on est disposé à partager l'admiration que Candide éprouvait pour le noble seigneur Procecurante et de dire avec lui: « Quel homme supérieur, quel grand génie que ce Procecurante! Rien ne peut lui plaire! »

Après avoir appaisé son dieu Epicure et s'être satisfait lui-même par cette grande immolation, notre savant confrère entre en matière. Pour suivre les termes du programme, il constate en peu de mots l'état de la philosophie avant Descartes, tâche assez facile et d'un médiocre intérêt, car, hors d'Epicure et de sa petite église, il n'y a rien dans les fastes de la pensée humaine qui vaille la peine d'être rappelé. Aussi arrive-t-il de plein saut à l'exposition de la doctrine atomistique, exposition qu'il assure être indispensable pour juger Des-

rarement en péril. En quoi consiste donc le traitement de nos fièvres? Revenons aux trois périodes que nous avons distinguées.

Celle du début n'est qu'un acheminement aux deux autres. Elle se présente avec l'ensemble des caractères d'un embarras gastrique ou intestinal. Tant que la fièvre ne se mêle pas à ces symptômes, il peut être inutile d'avoir recours à des moyens énergiques. Dans ces circonstances, on prescrit la diète, les boissons acidules, telles que la limonade et l'eau de Seltz; on peut y joindre une ou deux tasses d'une boisson amère pendant plusieurs jours, comme une infusion de rhubarbe, de chicorée ou de thé. Ces moyens simples, surtout l'abstinence complète d'alimens, font justice aisément des symptômes préliminaires. S'ils étaient plus tenaces, et qu'ils se localisassent de préférence dans les gros intestins, une ou deux purgations avec l'eau de Sedlitz y couperaient court certainement, en les alternant avec les tisanes amères. Quand la fièvre est entrée, et qu'avec elle apparaissent des symptômes typhoïdes, alors il faut procéder plus énergiquement. Nous possédons heureusement un ordre de médicamens très approprié à l'indication d'urgence : nous voulons parler des éméto-cathartiques. Les éméto-cathartiques enlèvent en effet comme par enchantement tout l'échafaudage des symptômes de la période que nous signalons. Le feu de la fièvre n'exige pas ordinairement qu'on se prémunisse contre l'espèce d'insurrection générale déterminée par ces agens. Aussi doit-on les administrer sans préparation. Les éméto-cathartiques décident à cette époque des évacuations abondantes et réitérées, par le haut et par le bas, de matières bilieuses et muqueuses. Après la fatigue de ces évacuations, la fièvre disparait pour l'ordinaire, et avec elle tous les symptômes de congestion, soit du côté de la tête, soit du côté des organes digestifs. Les éméto-cathartiques n'opèrent avec cet avantage que lorsque la fièvre commence; ils sont moins efficaces si les symptômes fébriles durent déjà depuis plusieurs jours et si le délire s'y trouve joint. Toutefois, dans ces cas-là, l'émétique procure d'abord une rémission générale et immédiate; il fait disparaître notamment le mal de tête, la stupeur, le sentiment d'abattement, les nausées et les garderobes fatigantes. La fièvre s'amende concurremment si elle ne s'efface pas tout à fait. L'heureuse action de l'éméto-cathartique prouve qu'on a rempli l'indication fondamentale, et doit encourager à poursuivre dans le même sens. En conséquence, si après quelques jours la fièvre persiste, si les symptômes gastriques et cérébraux des premiers temps semblaient reprendre, il n'y a pas à hésiter, administrez résolument un second émétique. Il est rare que le reste de la maladie résiste à l'émétique réitéré. Lorsque la fièvre prend ensuite l'apparence intermittente, quelques grains de sulfate de quinine combinés avec l'usage de l'eau de Sedlitz en purgation, les jours alternatifs, ne manquent guère de l'enlever. Ainsi traitées, les fièvres actuelles avortent dès le début, et la convalescence se dessine sans équivoque au bout du cinquième ou du sixième jour. Cette méthode, employée à temps, met à l'abri des symptômes qui viennent effrayer les médecins et les malades. Nous pouvons assurer au moins que, sous ses auspices, nous avons coupé court aux fièvres de ce genre chez des sujets de tout âge et de toute condition. A une époque encore plus avancée, c'est-à-dire dans les cas où les malades sont tombés dans l'adynamie, il faut être plus réservé dans l'administration de l'émétique, non que ce puissant remède ne soit plus absolument de mise; mais l'état de débilité profonde doit en faire ajourner l'administration jusqu'à ce que les forces du malade permettent de le supporter. Ces cas-là, toujours plus graves que les autres, exigent les excitans, tels que l'emploi des vésicatoires, des sinapismes sur le ventre et les extrémités, avant d'en venir au moyen héroïque. Toutefois, dès que les forces du malade se sont assez relevées, ne temporisez pas davantage, recourez encore à l'éméto-cathartique ; c'est le moyen sûr d'enrayer une tendance fatale.

La convalescence de ces fièvres mérite une attention particulière. Elle offre, avons-nous dit, chez la plupart des malades un appétit désordonné que les personnes les plus raisonnables ont beaucoup de peine à ne pas satisfaire. Tant que ce symptôme existe, la convenance des purgations n'est pas entièrement passée; au contraire, le meilleur moyen de le combattre c'est la prescription de quelques verres de boissons purgatives, entre lesquelles il faut préférer les eaux de Sedlitz ou de Pullna. Si l'on se méprend sur la signification de ce symptôme en le prenant pour un appétit normal, les alimens se digèrent mal, reproduisent ou augmentent la diarrhée, et l'on peut voir renaître tout l'appareil morbide précédent. Ce que nous disons de cet appétit symptomatique s'applique à plus forte raison au dévoiement. L'un et l'autre dépendent du même principe et doivent être combattus par les mêmes agens; ainsi les éméto-cathartiques au début et dans les progrès de ces affections; les purgatifs salins modérés dans la période de leur déclin : tels sont les meilleurs médicamens contre les fièvres actuelles. Après que les évacuations artificielles ont été poussées suffisamment, quelques toniques choisis parmi les amers, comme une infusion légère de quinquina, ou une infusion de petite centaurée, rappellent les forces délabrées et complètent la cure. Si la fièvre revêt par hasard le type périodique, l'usage des amers intervient à une double fin d'abord comme tonique et secondement comme antifébrile. Le sulfate de quinine remplit alors parfaitement cette double indication. Mais il ne s'agit pas ici de l'employer à haute dose; 20 ou 30 centigr. ou 40 au plus administrés en plusieurs doses pendant quatre ou cinq jours satisfont en général à tous les besoins.

Nous avons dépouillé les fièvres actuelles des expressions diverses sous lesquelles elles peuvent se présenter, pour les décrire dans leurs symptômes essentiels et communs. Cependant, nous devons faire remarquer que l'affection régnante peut se concentrer, suivant les circonstances, sur un organe, sur un appareil ou sur une cavité spéciale. Nous l'avons observée, par exemple, sous la forme de bronchite, d'angine, de rhumatisme, de dysenterie, d'hémorragie intestinale : ce sont les apparences les plus ordinaires. Nous n'insisterons pas sur ces modifications purement formelles; mais il faut être prévenu que le fond de toutes ces maladies, si différentes par leur siége, est exactement le même; ce qui veut dire qu'elles sont passibles des règles thérapeutiques que nous venons de formuler en général. Une dernière question est celle des causes de nos fièvres. De quoi dépendent-elles? La réponse n'est pas facile; elles proviennent probablement du concours de l'intempérie sous laquelle nous vivons depuis deux mois joint à l'influence périodique de la saison et à l'action des mauvais fruits dont nos marchés abondent. Ces trois ordres de causes agissent ensemble. On sait que depuis deux mois nous sommes presque continuellement assaillis par des pluies qui alternent avec des périodes très courtes d'une chaleur orageuse et fatigante. Le mois de juillet et le mois d'août ont à peine présenté un jour parfaitement pur. Tous les autres jours ont eu des pluies par rafales entremêlées d'éclaircies avec un soleil ardent et des nuées orageuses. D'un autre côté, l'influence de la saison, influence qui se produit chez l'homme, si accessible à la puissance de l'habitude, alors même que les conditions extérieures viennent à manquer accidentellement; enfin, la masse extraor-

---

cartes. Cette doctrine est bien simple; elle ne consiste qu'en trois ou quatre propositions dont l'évidence doit, selon M. Rochoux, paraître plus claire que le jour à quiconque n'a pas décidément perdu le sens. La première est qu'il y a des atômes; la seconde que les atômes ont une figure invariable; la troisième qu'ils sont naturellement doués d'un mouvement spontané et éternel. Ces trois petits points admis tout marche à souhait dans la nature et dans la théorie. Avec des atômes en mouvement on fait tout ce qu'on veut. Rien de plus facile que de construire avec ces ingrédiens le premier corps venu, un cristal, un lingot d'or, une mousse, une huitre, un colibri, une girafe, un homme; il suffit de prendre des atômes *quantum sufficit*, et de les supposer placés de manière que leur mouvement spontané les dispose et les arrange dans tel ou tel ordre plutôt que dans tout autre. La différence de ces arrangemens constitue la différence des êtres. La production d'un homme n'a donc rien dans cette hypothèse de plus surprenant que celle d'un chou. Cette recette pour la fabrication de toutes les existences fournit en outre à M. Rochoux un moyen simple et commode de réfuter sans réplique l'accusation d'athéisme à laquelle l'épicurisme a été de tout temps en butte. Si, dit-il, avec un nombre donné d'atômes, mus et disposés d'une certaine manière, on peut faire un homme, c'est-à-dire un être intelligent, pourquoi ne ferait-on pas, avec d'autres atômes mus et arrangés d'une autre façon, des intelligences supérieures à celle de l'homme, c'est-à-dire des dieux? En effet, rien n'est plus logique; et tout l'Olympe indument chassé de l'univers par quelques maladroits épicuristes y rentre par cette porte. Si ce polythéisme vous déplaît, et si vous préférez le monothéisme, M. Rochoux peut encore vous venir en aide. Avec un nombre d'atômes infini, il vous construit immédiatement une intelligence infinie qui est, à très peu près, le dieu que vous demandez. Loin donc d'être athée, de nier Dieu, un épicuriste orthodoxe « cherche à l'expliquer, à le concevoir, à s'en rendre » raison le mieux possible. » (p. 14). Les autres philosophes se servent de Dieu pour tout expliquer; mais M. Rochoux veut qu'on explique Dieu lui-même, et qu'on l'explique le *mieux possible*. Il est évident que sa méthode est bien plus scientifique.

Ce premier et redoutable grief d'athéisme anéanti, notre zélé confrère passe au reproche d'immoralité dont on a tant poursuivi le troupeau d'Epicure. Il est vrai, dit-il, qu'Epicure mon maître a placé le bonheur dans la volupté; mais par volupté il faut entendre, non les jouissances d'une débauche brutale, mais la douce satisfaction que, dans l'absence de la douleur, on goûte à exercer son intelligence. (P. 15.) On pourrait objecter, il est vrai, qu'on est libre de définir la volupté autrement que le philosophe grec, en vertu du grand axiôme que « chacun prend son plaisir où il le trouve. » Mais M. Rochoux ne daigne pas mentionner cette misérable chicane, et il expose immédiatement cet autre dogme de sa philosophie, tout à fait conséquent au précédent que « l'*utilité* est la véritable source de la *justice*. » Il est singulier que tous les peuples de l'univers aient eu dans tous les temps *deux* mots pour exprimer une seule et même chose. Mais la voix du genre humain, le témoignage unanime des langues ne sauraient, comme on le pense bien, prévaloir contre une définition d'Epicure approuvée par M. Rochoux. A ce propos du système utilitaire, M. Rochoux accroche le pauvre Jérémie Bentham qui se trouve par malheur sur son passage et le traite de *lourd* et *bavard* écrivain. (P. 16.) Bentham eût mérité, ce semble, par son orthodoxie épicurienne, d'être plus ménagé. Mais nous avons vu que la critique de M. Rochoux est impitoyable; elle frappe indistinctement sur les ennemis et sur les amis. Comment eût-il consenti à ne pas trouver Bentham lourd et bavard lorsqu'il trouvait épais et diffus cet excellent Naigeon, si bon

dinaire des fruits sans saveur et insalubres, toutes ces actions réunies, nous le répétons, ont altéré les fonctions digestives, et nous ont placés sous l'empire des causes ordinaires aux affections bilieuses. Pour le moment, ces causes ne sont pas graves; mais nous ne serions pas surpris que leur prolongation, sans parler de leur dégénération possible, les rendît prochainement plus pernicieuses.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ADÉNITE CERVICALE CONSIDÉRÉE CHEZ LES MILITAIRES; par M. AMÉDÉE FOLLET, docteur en médecine à Wailly (Somme).

Tous les auteurs qui ont écrit sur les tumeurs ganglionaires du cou les regardent comme l'expression caractéristique et essentielle de la diathèse scrofuleuse. Hippocrate attribue la dégénérescence des glandes du cou à la présence d'une humeur froide et pituiteuse, et Paré, à la même cause; Borden, à l'acidité des humeurs; Charmetton, à une altération de la lymphe; Goursant Majaut, à la même cause; l'Ecole de Montpellier, à la présence d'un vice ou virus scrofuleux; Baumes, à l'oxygénation des sucs albumineux par un acide, probablement l'acide phosphorique; Hufeland, Stoll, Larrey, Portal, à la dégénérescence du virus syphilitique. Sœmmering regarde les scrofules comme un relâchement des vaisseaux absorbans, d'où résulte consécutivement l'altération de la lymphe; Cabanis les attribue à l'activité des bouches absorbantes, avec atonie des vaisseaux; Pinel, Richerand, à l'atonie des vaisseaux blancs; Pelletier les regarde comme un défaut d'élaboration vitale; pour Hugon, ce sont des phthisies simultanées des tissus organiques, avec tendance à l'ulcération; Girtanner les attribue à une augmentation de l'irritabilité des vaisseaux lymphatiques, etc. Altération des liquides pour les uns, des solides pour les autres, tous s'accordent à voir dans ces tumeurs la manifestation d'une maladie générale de tout l'organisme, manifestation tellement essentielle et caractéristique qu'elle a pris à elle seule le nom de la maladie tout entière. A peine si quelques auteurs laissent entrevoir que les tumeurs ganglionaires du cou peuvent être une maladie locale : c'est qu'en effet les malades atteints d'adénite cervicale, qu'on rencontre dans les salles des hôpitaux civils, sont presque toujours atteints en même temps d'ophthalmies, d'ulcères, de dartres, de tubercules pulmonaires, de gonflement des os spongieux ou des extrémités des os longs, de caries, etc. La physionomie des hôpitaux militaires est bien différente en cela de celle des hôpitaux civils. J'avais longtemps fréquenté ces derniers, et je fus étonné, en entrant dans la chirurgie militaire, de trouver dans un état de santé parfait, souvent même dans un état florissant de vigueur, la plupart des militaires atteints d'adénite cervicale; mais, d'un autre côté, je fus effrayé du grand nombre d'adénites cervicales qu'offrent les hôpitaux militaires, alimentés cependant par des hommes adultes, vigoureux, chez lesquels, pour la plupart, les conditions matérielles de l'existence ont été améliorées. J'en avais vu infiniment moins dans les hôpitaux civils, et pourtant ces derniers se recrutent parmi les individus de la classe pauvre, misérable, étiolée, qu'on appelle le peuple, et qui a une si large part des causes assignées aux scrofules. Je soupçonnai des différences essentielles dans la nature de ces maladies; je dirigeai mes recherches de ce côté, et je crois être arrivé à des résultats fort importans, non pour guérir, mais, ce qui est mieux, pour prévenir cette maladie si longue, si rebelle, qui se joue si souvent des traitemens les plus rationnels comme des plus énergiques, et qui tient une aussi large place dans le cadre des réformes que dans les salles de nos hôpitaux. En 1841, il entra à l'hôpital militaire de Versailles 47 malades atteints d'adénite cervicale. Le nombre des journées de traitement fut de 4,206, la moyenne de plus de quatre-vingt-neuf jours, à peu près trois mois de traitement. Il en entra 36 dans les huit premiers mois de 1842 (1). On est effrayé de pareils chiffres, et pourtant ce n'est rien, si l'on pense que la plupart de ces individus étaient déjà entrés à l'hôpital, et devaient y rentrer encore je ne sais combien de fois; car il est assez rare qu'ils sortent tout à fait guéris; et quand ils ne sont pas réformés, ils passent presque tout leur temps de service à l'hôpital ou en congé de convalescence. Ces quelques mots suffisent pour montrer de quelle importance est l'étude de cette maladie, et dans l'intérêt du soldat, et dans l'intérêt du gouvernement, et j'arrive immédiatement à la proposition qui fait le sujet de ce travail.

Les tumeurs ganglionaires du cou, chez les militaires, ne sont presque jamais liées à l'affection scrofuleuse : c'est une maladie locale qui a presque toujours une cause locale immédiate. — Que l'adénite cervicale soit quelquefois une maladie toute locale, c'est ce qui a été entrevu, noté par plusieurs auteurs, et surtout par les chirurgiens militaires : MM. Larrey, Bégin, Ribes, H. Larrey, Baudens, Sédillot, ont fait cette remarque. Lalouette distingue les scrofules malignes des bénignes. Pelletier dit qu'il est fort important de distinguer les engorgemens locaux dus à la dentition, à des croûtes laiteuses, des engorgemens scrofuleux. Sœmmering a même cru trouver des différences anatomiques : selon lui, dans les engorgemens par irritation, les vaisseaux restent perméables aux injections, tandis qu'il en est autrement dans la diathèse scrofuleuse. M. Baudens a remarqué que toutes les tumeurs du cou ne sont pas l'expression de la maladie scrofuleuse; mais cette importante distinction n'a pas reçu tous les développemens que comporte la question : elle est restée dans la science à l'état de remarque, et n'a pas suffisamment attiré l'attention des chirurgiens. Aussi fait-on presque toujours suivre un traitement général aux malades atteints d'adénite cervicale, bien que rien n'indique une constitution scrofuleuse. Cette distinction des maladies purement locales, de celles qui sont liées à un état général de l'organisme, est de la plus haute importance en thérapeutique. Supposons, en effet, qu'on regarde comme liée à un état général une maladie locale, on fera subir au malade un traitement général qui sera au moins inutile; si, au contraire, on regarde comme locale une maladie générale (et cela est arrivé bien souvent), on se contentera de faire la médecine de symptôme; et si on s'aperçoit de son erreur, on ne commencera à traiter l'individu

(1) Dans un départ précipité, j'ai égaré les observations recueillies pendant les quatre derniers mois de 1842, ainsi que les dates de sortie d'un certain nombre de malades. Je ne puis donc plus donner le nombre des journées de traitement pour 1842; il me reste quatre-vingt-six observations qui suffisent, je pense, à établir les bases de ce travail. Ces observations ont été écrites au lit du malade, et j'ai noté avec soin les *faits négatifs*, que je regarde comme très importans pour établir des différences essentielles entre les tumeurs ganglionaires du cou qui affectent les soldats, et celles qui affectent les autres classes de la société.

---

athée et si franc matérialiste? Bentham ne se relevera pas de ce coup.

M. Rochoux songe enfin à s'occuper un peu de Descartes et du cartesianisme, pour condescendre au vœu du programme. Nous ne le suivrons pas dans cette excursion. Notre savant confrère n'est véritablement supérieur que lorsqu'il parle d'Epicure. Ce n'est pas que son exposition et sa critique du cartesianisme n'offrent une infinité de traits curieux, d'aperçus surprenans d'histoire et de philosophie (1), dont nous régalerions avec plaisir nos lecteurs; mais il ne faut pas abuser du feuilleton. Nous ne pouvons cependant laisser ignorer à la jeunesse studieuse, qui pourrait, sur la foi de la renommée, espérer quelque profit de l'étude de la philosophie de Descartes, que notre savant confrère n'est pas de cet avis. Arrivé à son *Résumé et conclusion*, *dans ce moment solennel* (p. 101) où sa pensée est obligée de se concentrer et de se formuler en une sentence définitive, il nous déclare nettement que le système cartesien n'est, *a principio usque ad finem*, qu'une suite d'erreurs graves, de propositions inconsistantes et de fausses conséquences, et *qu'il n'a pas une seule vérité à lui appartenant pour compenser les erreurs dont il se compose*. Cet arrêt est dur; mais il est sans appel. M. Damiron, le rapporteur de la commission du concours, homme éclectique, trouva cette conclusion trop absolue et eut l'air de vouloir ramener notre intrépide critique à des sentimens plus doux, en lui faisant remarquer tout doucement la contradiction qu'il paraît y avoir entre cette sentence générale et les témoignages d'admiration que M. Rochoux donne par ci, par là à Descartes comme habile expérimentateur, comme ingénieux auteur de découvertes importantes, comme esprit plein de force et de rigueur systématique. A cette provocation, M. Rochoux répond par un de ces coups foudroyans dont il a seul le secret. Il propose un prix de *trois mille francs* à celui qui parviendra à découvrir dans la philosophie de Descartes une vérité quelconque, et qui la lui apportera dans un bon état de conservation. M. Damiron, dit-il, n'est pas exclu du concours. Cette manière de combattre est à la fois noble et originale. Payer le mensonge est chose fort commune; mais personne ne s'était encore avisé d'offrir de l'argent en échange de la vérité. M. Rochoux avait déjà usé de ce moyen à l'égard des phrénologistes, auxquels il avait également promis trois mille francs sous condition qu'ils lui apporteraient sur une assiette un des 27 organes phrénologiques à leur choix. C'est aussi à trois mille francs que M. Burdin avait fixé le prix de la démonstration de la vision somnambulique. Précédemment, un autre amateur de vérités avait offert de donner trois mille francs à celui qui découvrirait la retraite de l'*acarus scabiei* et l'appréhenderait au corps. Avis aux chercheurs de vérités.

(1) Entre autres raretés, nous devons signaler la trouvaille d'un certain poète *Stella*, que l'érudition de notre savant confrère ajoute avec la célèbre mad. Niboyet à la liste des écrivains philosophiques, et auquel il attribue le poème intitulé ZODIACUS VITÆ (et non pas ZODIARUM VITÆ, comme le pretend l'imprimeur de M. Rochoux). Nous avions cru jusqu'ici que l'auteur de ce poème n'était autre que P. Ange Manzolli, connu plus généralement sous le pseudonyme de *Marcel Palingenius*. M. Rochoux nous apprend qu'il s'appelait *Stella*. Pour expliquer cette rectification, il suffit de rappeler que ce Manzolli était né dans le village de *Stella*, en Lombardie; ce qui a fait prendre à M. Rochoux le *nom d'un port pour un nom d'homme*. Ces légères inadvertances, *quas parum humana cavit natura*, n'ôtent rien d'ailleurs à la force de ses raisonnemens et à la solidité de sa critique.

que quand la maladie aura disséminé ses ravages, enfoncé profondément ses racines dans l'économie, affaibli la puissance vitale.

Je vais donc examiner la question de ce point de vue, et j'espère démontrer que, dans l'immense majorité des cas, chez les militaires, ces engorgemens sont une maladie toute locale, non liée à la constitution scrofuleuse; qu'enfin, chez eux, elle a une cause locale immédiate : pour cela, je suivrai de point en point la maladie scrofuleuse dans ses développemens, dans ses manifestations, et j'examinerai s'il existe quelque chose de semblable chez nos militaires.

Il n'y a que chez les militaires qu'on observe une telle quantité de tumeurs ganglionaires du con développées après l'âge de puberté. Les scrofules se développent ordinairement dans le jeune âge : *Strumæ post annum vigesimum non fiunt*, dit Hippocrate; *Strumæ maximè pueris accidunt*, dit Lomnius. Faure (de Lyon) va jusqu'à dire qu'il n'y a jamais d'écronelles après l'âge de puberté. Je ne me souviens avoir vu dans les hôpitaux civils qu'un seul individu qui l'était devenu après vingt-cinq ans; cependant, cela arrive quelquefois; on en cite quelques exemples chez de vieilles femmes de la Salpétrière; mais ces cas sont exceptionnels. Il faut donc qu'il y ait chez le militaire une cause particulière, une cause qui n'agisse pas sur leur enfance. Ainsi donc, notons une première différence pour l'âge où se manifeste la diathèse scrofuleuse, et celui où apparaissent les tumeurs ganglionaires du con chez les militaires.

Tous les auteurs s'accordent à donner aux individus prédisposés aux scrofules des caractères physiques qui la font remarquer de prime abord au médecin observateur. Voici ceux que leur assignent la plupart des auteurs : tempérament lymphatique, formes arrondies, sans saillies musculaires; membres grêles à la partie moyenne, renflés aux extrémités articulaires; peau fine et blanche; yeux bleus largement ouverts, sensibles à la lumière; paupières épaisses, infiltrées; cils longs, narines gonflées; lèvres grosses, surtout la supérieure; dents cariées, sillonnées, à émail rongé; gencives gonflées, haleine mauvaise, mâchoire inférieure large, l'oreille souvent mal conformée; les rainures de l'hélix sont peu prononcées; il y a engorgement général; le lobule est très développé. La poitrine est assez souvent disposée en poitrine de poulet; l'abdomen est très développé. Les intestins fonctionnent mal; ils sont distendus par des gaz. Il y a souvent engorgement des ganglions mésentériques, etc. Tels sont les caractères saillans assignés aux individus prédisposés aux scrofules. Eh bien! ces caractères je ne les ai pas trouvés aux militaires affectés de ganglionite cervicale : sur 86 malades 1 seul les présentait. De plus, ils ne présentaient aucun des caractères qui signalent la diathèse scrofuleuse. Voici en quels termes Borden nous peint cette diathèse : « On regarde comme écronelleux ceux qui sont sujets à des fluxions aux yeux, à des maux aux oreilles, qui ont la lèvre supérieure gonflée, le nez morveux, ronge et douloureux; les yeux élargis, les glandes du cou gorgées, et toutes les autres plus ou moins tuméfiées; le ventre bouffi, les extrémités maigres, les os recourbés; tous ces symptômes venant à se développer, les glandes du cou suppurent, les yeux deviennent chassieux et s'éraillent, les extrémités des os grossissent; il se forme des ulcérations aux articulations et ailleurs; la toux et la fièvre se mettent de la partie. Le dévoiement précède la mort de ceux qui succombent, etc. » Telle est l'énergique peinture que nous a laissée Borden. On le voit, la maladie scrofuleuse attaque, envahit toute l'économie. Suivons-la pas à pas dans ses diverses manifestations, et examinons si nous retrouverons les mêmes phénomènes morbides chez nos militaires : de cette étude détaillée de chaque symptôme ressortira clairement, je pense, la non-identité de l'adénite cervicale des militaires et de la maladie scrofuleuse.

La peau des scrofuleux est le siége d'altérations diverses, de dartres, d'eczéma, mais surtout d'ulcères qui ont un cachet spécial, qui prennent le nom de la maladie, et qu'il n'entre pas dans mon sujet de décrire. Chez aucun des 86 malades, je n'ai observé d'ulcérations. Un a eu des pustules au cuir chevelu; mais elles étaient postérieures à l'adénite cervicale; elles ont guéri sans influencer en rien la marche de l'adénite. Cette adénite n'occupait pas la région postérieure du cou, comme cela a lieu quand elle dépend d'une irritation du cuir chevelu. Un autre a eu la gale; mais la gale n'a pas été rangée, que je sache, parmi les manifestations du virus scrofuleux.

Les muqueuses surtout sont malades chez les scrofuleux; toujours le siége de sécrétions abondantes; elles sont tuméfiées, elles s'altèrent. Les yeux sont atteints d'ophthalmies chroniques, d'ulcérations de la cornée; les malades ne peuvent supporter la lumière: il y a des blépharites qui rendent les yeux éraillés et chassieux, gonflent les cartilages, etc. La muqueuse nasale donne aussi une sécrétion abondante; sa tuméfaction obstrue ce conduit, ce qui rend la voix nasonnée. Le canal nasal est souvent obstrué, d'où résultent des fistules lacrymales. La muqueuse buccale est malade. Le vagin, chez les filles, offre une sécrétion puriforme verdâtre qui en a quelquefois imposé pour une maladie vénérienne, etc. Je n'ai jamais trouvé les muqueuses malades chez nos militaires. Il est quelquefois arrivé, après l'emploi longtemps continué de l'iode à l'intérieur, quelques ulcérations dans le fond de la bouche; mais elles n'ont jamais été primitives, et ont disparu après la cessation de l'iode.

La plèvre et le péritoine offrent souvent, chez les scrofuleux, des épanchemens chroniques non accompagnés de douleur : ordinairement ces séreuses offrent alors, à l'autopsie, l'altération désignée sous le nom de *granulations*. Rien de semblable pour les militaires observés par moi : un est mort d'une pleurésie franchement inflammatoire.

Les os sont souvent atteints de rachitis, de carie, de gonflement des extrémités articulaires, qui dégénèrent en tumeurs blanches. La maladie de Pott n'est pas rare chez les scrofuleux. Un de nos militaires mourut de cette dernière affection; deux autres offrirent des abcès profonds de l'avant-bras, qui restèrent fistuleux pendant assez longtemps pour me faire supposer une affection des os, ou peut-être du périoste, bien qu'en sondant ces trajets fistuleux avec un stylet, je ne sois jamais arrivé jusqu'aux os, et qu'il ne soit jamais sorti de substance osseuse par ces trajets.

Tous les auteurs s'accordent à regarder les tubercules pulmonaires comme très souvent liés à l'affection scrofuleuse. Morgagni, il est vrai, a quelquefois rencontré l'engorgement des ganglions externes sans lésion interne. Portal a fait la même remarque; mais l'exception n'infirme pas la règle. Si ce n'est pas toujours, du moins on rencontre souvent des tubercules dans les poumons et le mésentère des scrofuleux. Sydenham a fait cette remarque; il appelle ces derniers *strumæ soboles*, et recommande de ne pas les confondre avec les engorgemens des ganglions, suite de l'inflammation de la muqueuse intestinale, et qui guérissent avec elle. *Multiplicatio strumarum externarum ostendit multiplicationem internarum*, dit Riolan. Guy de Chauliac dit la même chose. Russel dit que les engorgemens du cou annoncent un état semblable dans les glandes de la poitrine et du mésentère. M. Louis, enfin, dont l'observation est si exacte, dit n'avoir jamais observé (excepté une fois), dans aucun cas ni dans aucun viscère, des tubercules qu'il n'y en ait en dans les poumons; et l'on sait que chez les scrofuleux la tuberculisation des glandes engorgées est à peu près constante. D'après les relevés du même auteur, un dixième des phthisiques ont des ganglions tuberculeux cervicaux, et il a soin de remarquer qu'il n'y a, dans ce cas, aucun rapport entre les ganglions tuberculeux et les ulcères du larynx : d'où il conclut que la dégénérescence des glandes lymphatiques doit être rapportée à une autre cause que l'inflammation ou l'ulcération des membranes voisines. J'ai eu moi-même deux fois l'occasion de faire l'autopsie de deux scrofuleux : l'un avait des tubercules dans les poumons, le mésentère, le corps des vertèbres; l'autre en avait dans le poumon et le mésentère. En bien! j'ai examiné avec soin nos 86 malades; je les ai auscultés à plusieurs reprises : j'ai trouvé leurs poumons sains dans tous les cas; les viscères abdominaux ne m'ont jamais offert non plus d'engorgement.

Ainsi, pour me résumer, sur 86 malades, j'en ai trouvé 1 qui offrait les caractères physiques du scrofuleux, 2 qui avaient des abcès froids, 1 qui avait des pustules du cuir chevelu, 1 galeux, une maladie de Pott et un cancer d'estomac.

Les deux qui ont eu des abcès et celui qui est mort de la maladie de Pott peuvent, à la rigueur, être regardés comme scrofuleux, bien que les deux premiers fussent d'une excellente constitution. Ce serait donc 4 scrofuleux sur 86 malades atteints d'adénite cervicale. Il reste donc 82 malades que, certes, un ne peut regarder comme scrofuleux, puisqu'ils n'ont présenté ni aucun des caractères physiques qui annoncent la prédisposition aux scrofules, ni aucun des symptômes de la maladie : rien, absolument rien dans l'état général, donc pas de diathèse. Quelle est donc la nature de ces tumeurs ganglionaires chez les militaires? C'est pour moi une maladie locale, une inflammation souvent chronique, ou, si on l'aime mieux, une subinflammation des ganglions lymphatiques qui les fait dégénérer en un tissu blanchâtre, dur, granuleux, presque cartilagineux, et qui finit presque infailliblement par la tuberculisation. Quand les ganglions ne sont encore qu'indurés, leur tissu offre déjà une grande analogie avec ces granulations grisâtres que Laennec regarde comme des tubercules miliaires crus, et que M. Andral croit être des vésicules pulmonaires indurées. Cette induration de ganglions serait-elle déjà le premier degré de la tuberculisation? la période de crudité? Cette induration a-t-elle son siége dans les vaisseaux lymphatiques des ganglions? Ne serait-elle pas formée par des dépôts de la fibrine que contient la lymphe, que, d'après les observations de Muller et ses travaux, M. Dumas regarde comme du sang délayé d'un peu d'eau salée et filtrée? Quelquefois cependant l'inflammation parcourt plus rapidement ses périodes; mais il est rare que cette inflammation aiguë ne laisse pas des noyaux d'induration qui suivent une marche chronique. Je ne décrirai pas la marche des tumeurs ganglionaires du cou; ce sujet a été bien traité

par plusieurs auteurs; qu'il me soit seulement permis de dire quelques mots sur leur mode de développement, qui ne me paraît pas avoir été exactement analysé. Ce développement m'a paru se faire de trois manières : 1° Les ganglions débutent par de petits noyaux indurés, indolens, qui vont grossissant pendant longtemps, isolés d'abord et roulant sous la peau non altérée, puis se réunissant en masses mamelonnées; plus tard, ils deviennent adhérens à la peau, et, à une époque plus ou moins reculée, la peau du sommet des mamelons rougit, devient violacée; on sent la fluctuation dans un très petit espace. Il se forme ainsi successivement plusieurs petits abcès, qui, plus tard, communiquent ensemble par la fonte purulente du tissu cellulaire interglandulaire. De nombreux trajets fistuleux se forment entre et sous les glandes. C'est là la marche la plus ordinaire; elle est tout à fait semblable à celle des adénites scrofuleuses : *Vidimus autem in strumis tumores collum occupantes, per plures menses uno anno hærere, antequam suppurari incipiant, tunc quidem ex his tantum suppurantur non vero omnes simul* (Van Swieten). 2° Les ganglions s'enflamment, et cette inflammation suit une marche aiguë; ils s'abcèdent en quelques jours. C'est surtout alors que la maladie guérit quelquefois, ainsi que l'a fort bien remarqué Avicennes (1); mais plus souvent il reste des indurations qui suppurent de temps en temps. Alors les ganglions voisins se prennent et suivent la marche chronique que j'ai tracée plus haut. 3° Enfin, quelquefois l'inflammation ne débute pas primitivement par les ganglions, mais par le tissu cellulaire; c'est un simple phlegmon qui paraît marcher régulièrement; mais une partie seulement arrive à suppuration; il reste une base indurée autour et au milieu de laquelle se développent les tumeurs ganglionaires. Telle est, en abrégé, la marche que suivent les tumeurs ganglionaires dans leur développement. Nous noterons aussi en passant la fréquence des érysipèles autour des trajets fistuleux.

Poursuivons notre examen comparatif, et voyons si les causes qu'on assigne aux scrofules ont pu donner lieu au développement de l'adénite cervicale chez les militaires. Les causes qu'on assigne aux scrofules agissent sur les premiers linéamens de l'organisation, président au développement de l'économie, et la créent mauvaise, cacochyme, scrofuleuse; ou bien elles agissent sur l'économie déjà formée, et la vicient, l'altèrent en totalité ou en partie. Dans le premier ordre de causes, on range l'hérédité, la fécondation pendant l'époque menstruelle, une paternité maladive ou d'âge disproportionné, les accidens de la gestation; ces causes, par leur nature, agissent sur la totalité de l'économie, et si, comme je crois l'avoir démontré, l'adénite des militaires est une maladie toute locale, le raisonnement seul nous dit que ces causes ne sont pour rien dans son développement. Quelques-unes de ces causes, impossibles à apprécier, doivent échapper aux recherches du médecin : ainsi, les accidens de la gestation, la fécondation pendant l'époque menstruelle. Chez aucun des 86 malades observés, la maladie ne fut héréditaire. Tous ceux qui ont connu leurs parens les ont connus sains. Aucun n'a eu de scrofuleux ni parmi ses frères ni parmi ses sœurs; plusieurs cependant ont une famille nombreuse. Donc il faut chercher ailleurs la cause du développement des glandes cervicales chez ces militaires. La trouverons-nous dans le second ordre de causes, dans celles qui vicient l'économie, soit en épuisant les forces vitales, soit en lui apportant des matériaux incomplets ou de nature mauvaise? Il est constant qu'un air impur, froid, humide, que l'absence de lumière, qu'une nourriture peu nutritive et indigeste, que les excès vénériens et autres, que toutes ces circonstances, dis-je, sont une cause puissante du développement des scrofules. L'inspection des conscrits à Paris fait trouver beaucoup de scrofuleux dans les quartiers de la Cité, de la Halle; peu, au contraire, dans la Chaussée-d'Antin, etc. Pour s'en convaincre davantage, il suffit de jeter un coup d'œil sur les manufactures de Rouen, de Lyon, où les enfans du pauvre usent leurs jeunes années dans la corruption et dans un travail incessant. Scrofuleux et phthisiques, voilà l'avenir d'un grand nombre. Nos militaires sont-ils placés dans des circonstances qui approchent de celles-là? Non, au contraire. Dans la vie ordinaire des garnisons, rien ne leur manque : presque tous pauvres de naissance, ils ont gagné plus que perdu à ce genre de vie, du moins en France. Pour presque tous, je m'en suis convaincu en interrogeant les malades sur leur genre de vie antérieure au service, la nourriture du régiment est meilleure que celle du toit paternel; et, encore une fois, ces causes agissent sur la totalité de l'économie, et nous avons vu que, généralement, la constitution des militaires est bonne, et, par conséquent, la maladie ne peut avoir là sa source, puisque ces causes n'auraient pu produire la maladie qu'en détériorant d'abord la constitution.

La maladie scrofuleuse qui attaque tout le système lymphatique et osseux a quelque analogie avec la syphilis. Hufeland, Stoll, Portal et Larrey regardent la maladie scrofuleuse comme une dégénérescence du virus vénérien. Vers la fin du siècle dernier, on la traitait par le mercure. Je pourrais repousser cette cause par une fin de non-recevoir (qu'on me passe le mot). En effet, la maladie dont traitent ces auteurs est une maladie générale; celle dont nous nous occupons est toute locale. Ce n'est donc pas de cette dernière qu'ils voulaient parler, et la cause qu'ils lui assignent n'entre pas dans mon sujet. Cependant j'ai examiné cette cause avec le plus grand soin. La vérole est si fréquente chez les militaires que, théoriquement, je n'étais pas éloigné de croire qu'elle fût pour quelque chose dans la fréquence des adénites cervicales. Les chancres du voile du palais et de la base de la langue ne sont pas rares chez les militaires, et si les chancres de la verge produisent souvent des adénites inguinales, ceux de la bouche devraient produire aussi souvent des adénites cervicales, puisqu'il y a entre ces parties une similitude de rapports anatomiques. Eh bien! soit à cause de la soustraction continuelle du pus par la salive dans le dernier cas; soit à cause de la différence de ces deux espèces de chancres, l'un primitif, l'autre ordinairement consécutif; soit, enfin, par une raison qui nous échappe; il n'en est rien, et les adhénites cervicales, suite de chancres dans la bouche, sont très rares. Chez les 86 malades que j'ai observés, un seul avait des taches cuivrées; mais la vérole était postérieure au développement de son adénite. Quelques autres avaient eu des accidens vénériens primitifs; mais outre que plusieurs les avaient eus postérieurement au développement de leur adénite, et qu'aucun n'avait d'accidens secondaires, j'ai pris au hasard un nombre égal d'autres malades; j'ai noté les véroles de part et d'autre, et il y en avait moins parmi les malades affectés d'adénite. Ainsi donc, là n'est pas encore la cause des adénites de nos militaires.

Poursuivons et voyons si d'autres causes que les scrofules n'ont pas pu faire développer ces adénites chez nos militaires. M. Velpeau pense que les ganglions de la région cervicale ne s'engorgent que consécutivement, quand les vaisseaux lymphatiques sont irrités, par exemple; quand il existe une irritation au cuir chevelu. Malgré tout mon respect pour le savant professeur, qu'il me soit permis de dire que cette opinion me paraît fort exagérée. Sans doute il arrive des engorgemens glandulaires au cou par suite de l'altération des gencives, de l'altération des dents, de l'irritation du cuir chevelu; M. Malle en cite des exemples. Je pourrais ajouter encore les cancers des lèvres, de la langue, la morve, etc. Déjà J.-L. Petit avait parlé de la dentition comme cause de scrofules. M. Marjolin a vu plusieurs cas où l'adénite dépendait de caries dentaires; et cela se comprend aisément, puisque les ganglions du cou reçoivent les lymphatiques de la bouche et du pharynx; mais ces causes locales ne sont pas particulières aux militaires et ne peuvent expliquer la plus grande fréquence des adénites chez les militaires. Dans mes 86 observations, je n'ai pas vu d'adénite qui puisse être rapportée à quelqu'une de ces causes. Plusieurs avaient des dents cariées; quelques-uns n'en avaient jamais souffert, n'avaient pas eu de fluxion dentaire; chez aucun je n'ai vu les corrélations ordinaires de cause à effet, ni dans la simultanéité de développement, ni dans le rapport de localisation des deux affections. Ainsi quelquefois, une ou deux dents étaient cariées depuis sept à huit ans et l'adénite s'était développée depuis six mois, sans que rien de nouveau soit survenu aux dents cariées; ou bien c'était une première molaire, une incisive qui était gâtée, et les ganglions s'étaient développés loin de cette dent, derrière l'angle de la mâchoire, quelquefois même du côté opposé. J'ai vu une fois chez une femme des ganglions se développer à la suite d'une carie dentaire; mais ils adhéraient fortement au maxillaire inférieur; ils étaient situés immédiatement au-dessous de la dent, et disparurent en quatre jours, après l'avulsion de la dent, bien qu'il y eût un trajet fistuleux ancien. Chez un de ces malades, qui avait plusieurs dents gâtées, on les lui extirpa à plusieurs reprises sans aucun changement dans l'adénite cervicale. Enfin, j'ai répété l'épreuve faite pour la maladie vénérienne : j'ai pris au hasard 86 autres malades; j'ai compté de part et d'autre les individus à dents cariées, et l'avantage fut encore du côté des adénites (1).

Un seul présenta des pustules au cuir chevelu, mais elles étaient postérieures au développement de l'adénite. D'ailleurs, en général, les ganglionites qui surviennent à la suite d'irritation du cuir chevelu occupent la partie postérieure du cou, et il est excessivement rare qu'elles suppurent.

Les militaires, en général, se soignent fort peu la bouche et sont fréquemment atteints de gengivites occasionées par le dépôt de tartre sur le collet des dents. J'ai quelquefois trouvé les ganglions douloureux dans ce cas, mais jamais très développés, et surtout jamais à l'état chronique. Ces adénites légères paraissent et disparaissent avec l'ulcération des gencives

(1) Les vésicatoires impriment souvent cette marche aiguë aux ganglions indolens.

(1) J'ai perdu, avec les autres observations dont j'ai déjà parlé, la note des chiffres de cette expérience; mais je suis certain du résultat; il est noté dans une petite feuille d'indication que je m'étais faite pour ce travail.

et ne suppurent jamais. J'ai bien vu des salivations mercurielles, et je n'ai jamais vu survenir de ganglionites cervicales suppurées. L'engorgement douloureux des glandes cervicales, qui survient assez souvent dans ce cas, se dissipe de lui-même et disparaît rapidement; et pourtant quand trouve-t-on des ulcérations plus graves des gencives que dans ce cas? J'ai vu durer plus de six semaines des ulcérations dues à cette cause. J'ai examiné les gencives chez les malades dont j'ai recueilli les observations, et j'ai vu de temps en temps les gencives et le pharynx s'ulcérer après l'emploi prolongé de l'iode; mais ces ulcérations ne modifiaient en aucune manière la marche de l'adénite. Ces ulcérations, du reste, peuvent persister assez longtemps chez les militaires, qui, en général, négligent les soins de propreté; de sorte qu'entrant pour une seconde ou troisième fois à l'hôpital, on a pu prendre ces ulcérations pour la cause de l'adénite. M. H. Larrey m'a signalé une autre cause locale et particulière aux militaires en faction, c'est celle du froid humide agissant localement à travers les ouvertures latérales des guérites, et produisant tantôt des ophthalmies, tantôt des otites, et d'autres fois des adénites. Il est bien certain et je reconnais que ces causes locales produisent quelquefois des adénites locales; mais il faut cependant qu'elles ne soient pas très fréquentes, puisque sur 86 observations je n'en ai point rencontré, bien que j'aie interrogé les malades avec le plus grand soin. Il est vrai qu'elles doivent quelquefois échapper quand elles ont disparu sans dissiper l'engorgement; mais ces causes ne peuvent suffire à rendre compte de la plus grande fréquence des adénites chez les militaires; car, excepté la dernière, elles agissent sur tout le monde autant que sur les militaires.

Ainsi donc si l'adénite des militaires est de toute autre nature que les scrofules, si les causes applicables aux scrofules ne le sont pas à ces adénites, il faut chercher une autre cause; une cause particulière aux militaires, chez lesquels elles sont si fréquentes, une cause qui commence à agir dès l'entrée au service, une cause qui n'agisse pas sur toute l'économie, puisque chez eux la maladie est toute locale. En voyant la marche ordinairement chronique de la maladie, ne sera-t-on pas porté à croire que cette cause agit d'une manière lente, mais incessante? D'après les recrudescences de la maladie, ne supposera-t-on pas quelque chose d'analogue dans la cause? Cette cause n'est-elle pas de la nature de celle qu'a notée Lalonette, qui a remarqué que les *scrofules bénignes* avaient été occasionnées à des enfans par des colliers trop serrés? par Pelletier, qui dit que quelquefois les ganglions du cou s'enflamment par les vêtemens trop serrés? Qui n'a remarqué la difficulté, la raideur des mouvemens de la tête chez les conscrits? La plupart sont des habitans des campagnes, habitués à avoir le cou nu ou une simple cravate roulée en corde, peu habitués à marcher la tête haute. Ne doit-il pas survenir d'importantes modifications dans les ganglions du cou, incessamment frottés par un col raide, ordinairement serré et par sa boucle et par les autres vêtemens; grossièrement travaillé et jamais modelé sur les formes du cou? Si les militaires accusent rarement cette cause, c'est que son action lente leur échappe. Les ganglions se développent ordinairement sans douleur, et ils sont toujours développés depuis longtemps quand ils s'en aperçoivent. Très souvent, le premier développement des ganglions remonte aux premiers mois de service; mais peu à peu le col se modèle, se plie aux formes du cou et cesse de gêner. Les ganglions restent alors dans un état stationnaire, jusqu'à ce qu'un nouveau col neuf vienne aggraver le mal. J'ai souvent examiné le cou de conscrits de quatre à cinq mois, et j'ai souvent trouvé de petits chapelets de ganglions non douloureux et dont ils ne s'étaient pas aperçus.

En faisant des autopsies, j'ai souvent examiné le cou de militaires morts de diverses affections, et qui, à l'extérieur, ne présentaient rien d'anormal, et j'ai vu bien souvent les ganglions du cou plus ou moins altérés dans leur texture et leur couleur. Je les ai souvent trouvés d'un rouge brunâtre et ramollis, c'est le cas le plus ordinaire; d'autres fois, au contraire, ils étaient d'une consistance lardacée. Quelquefois, dans ce dernier cas, ils présentaient au centre ou çà et là dans leur tissu de petits points d'un rouge brunâtre et ramollis, quelquefois même de petites gouttelettes de pus. Ces derniers faits me paraissent de la plus haute importance, et j'appelle sur eux toute l'attention des chirurgiens militaires. Ils prouvent d'abord que les altérations des glandes du cou sont encore plus fréquentes chez les militaires qu'elles ne paraissent; et, en second lieu, que le commencement de la maladie est bien souvent méconnu et remonte à une époque bien antérieure dans ce cas à celle qu'accuse le malade, et ceci est fort important pour l'étiologie.

Enfin, dirai-je qu'il y a en Afrique des régimens qui ne portent rien autour du cou, et que ceux-là n'ont point d'adénites cervicales? On m'objectera que ce sont des hommes d'élite; mais nous l'avons vu, une bonne constitution ne préserve pas de l'adénite. Les régimens d'Afrique, quoique soumis à bien plus de causes débilitantes, ont moins d'adénites que les régimens qui sont en France. C'est le climat, dit-on; pour moi, cela dépend bien plutôt de l'habitude qu'ont les militaires d'Afrique de rester presque toujours sans cols ou avec une cravate, tandis que ceux des pays froids conservent toujours tous leurs vêtemens.

Voici, du reste, quelques observations où l'action de cette cause m'a paru plus ou moins évidente; et, comme des causes semblables engendrent des effets identiques, nous concluons de ces observations aux autres qui ont subi l'influence de cette même cause.

Obs. I. — Texier, du 17e léger, entré, le 24 février 1843, à l'hôpital militaire de Versailles, n'ayant jamais eu d'autre maladie que la fièvre en revenant d'Afrique, et quelques dartres farineuses passagères. Il est d'une bonne constitution, cheveux châtains, yeux noirs, bien musclé, large poitrine, ventre non empâté, n'ayant aucunement le faciès scrofuleux; les deux premières grosses molaires d'en bas ont été arrachées il y a plusieurs années; ses gencives sont saines et rosées; il n'a jamais eu de fluxion dentaire; rien au cuir chevelu, etc. Son père est mort d'une chute, sa mère n'a jamais eu de glande au cou; deux frères et une sœurs bien portans. Il y a plusieurs mois, il s'aperçut que des ganglions se développaient au cou; il portait à ce moment un col neuf et raide. Il y a deux mois, il mit un nouveau col qui le gêna beaucoup; c'est alors que les ganglions augmentèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital. Ces ganglions sont situés en arrière du sterno-mastoïdien, et sous lui depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule du côté droit. A la partie supérieure, il y en a un de la grosseur d'un petit œuf; il est en grande partie situé sous le sterno-mastoïdien, qu'il soulève: les autres sont plus petits, et lui forment en bas une queue qui descend jusqu'à la clavicule; ils sont mobiles, non douloureux; la peau a sa couleur normale; etc., etc.

Dans cette observation, aucune cause ni générale ni locale ne peut être invoquée; nous voyons l'adénite se développer, s'accroître sous l'influence de cols neufs: il serait difficile de révoquer en doute l'action de cette cause.

Obs. II. — Briet, 7e hussards, ayant deux ans de service, entre, le 21 mars 1843, à l'hôpital militaire de Versailles. Blond, d'une constitution robuste, bien musclé, n'ayant eu ni vérole ni maladie quelconque. Les deux grosses molaires d'en haut sont gâtées depuis sept à huit ans; elles ne font pas souffrir le malade: il n'a jamais eu de fluxion dentaire; les gencives sont parfaitement saines, etc. Né de parens sains, ayant cinq frères et trois sœurs tous très bien portans; il n'y a pas de scrofuleux dans son pays, etc. Il y a six semaines, il mit un col neuf très raide et très haut, et qui le gênait beaucoup. Il y a dix jours, en montant la garde, son col le gênait excessivement, c'est alors qu'il s'aperçut qu'il avait un chapelet de ganglions au cou. Il garda son col: le lendemain ils avaient beaucoup grossi. Il continua à mettre son col, qui pourtant le gênait beaucoup, les ganglions continuèrent à grossir; enfin, il entra à l'hôpital. On sent un chapelet de ganglions de diverses grosseurs, depuis celle d'une noisette jusqu'à celle d'une petite noix; ce chapelet s'étend depuis une apophyse mastoïde jusqu'à l'autre, en suivant une ligne rougeâtre enfoncée, formée par le bord supérieur du col; ils font saillie sous la peau, et le malade paraît avoir un double menton. Ils sont durs, mobiles, ne font aucunement souffrir le malade quand il n'a pas de col. (Cataplasmes, frictions avec pommade hydr.-pot.) Après quelques jours, ils sont considérablement diminués, mais restent stationnaires.

Cette observation est remarquable. Ici, nous voyons la maladie à son début, et la cause ne peut être révoquée en doute; plus tard elle aurait peut-être facilement échappé. La circonstance d'un col neuf n'est rien pour le malade, et très probablement, quelques mois après, il aurait oublié cette coïncidence si remarquable.

Obs. III. — Ronisson, classe de 1826, brun, d'une constitution athlétique, ayant fait les campagnes de Morée de 1828 et 1829 sans avoir été malade, quoique ayant bivouaqué longtemps; né de parens sains, etc. En 1840, pendant un voyage de Lyon à Nancy, il s'aperçoit qu'il se développe une glande à la région sous-maxillaire droite; elle arrive à la grosseur d'une noix écrasée et disparaît d'elle-même dans le courant de l'été. En 1841, en venant de Montpellier à Versailles, la glande reparaît; elle est placée à droite, à la région sous-maxillaire, au niveau des molaires; elle est indolore, très mobile sous la peau; elle est stationnaire depuis quatre mois. Le malade attribue le développement de cette glande à la fatigue qu'il a éprouvée dans ces deux voyages; mais les fatigues bien plus fortes des campagnes de 1828 et 1829 n'avaient pas fait développer de ganglions; mais à chacun des deux voyages pendant lesquels s'est développé ce ganglion, le malade portait un col neuf.

Obs. IV. — Joly, du 2e léger, âgé de 24 ans, quatre ans de service, entré le 6 mars 1843 à l'hôpital militaire de Versailles. Ce malade, sans être robuste, est d'une bonne constitution; il a les yeux et les cheveux noirs, toutes les dents saines; les gencives, le cuir chevelu, n'ont jamais été malades. Le père est mort sans que le malade l'ait connu; mère et deux sœurs saines; pas de scrofuleux dans son pays. Au mois de septembre 1842 (il avait un col neuf depuis un mois), il s'aperçut que des ganglions se développaient en même temps sous la partie supérieure des deux sterno-mastoïdiens; en peu de temps ils devinrent douloureux à gauche et s'abcédèrent: ils furent ouverts. Il entra à l'hôpital le 29 octobre et sortit le 19 novembre. Les plaies étaient cicatrisées, mais il restait une masse de ganglions indurés. A cette époque, le malade eut la variole, et les cicatrices se rouvrirent; il sortit néanmoins de l'hôpital le 30 décembre. Depuis cette époque, les ganglions suppurent par plusieurs ouvertures. Le malade présente actuellement deux masses ganglionaires, une sous la partie supérieure de chaque sterno-mastoïdien. La gauche a le volume d'un œuf; elle est enfoncée

sous le muscle, mal isolée, et formée de plusieurs masses. La droite est un peu moins grosse, mal séparée des parties voisines, offrant plusieurs ouvertures irrégulières ; ces ouvertures donnent un pus séreux mêlé de grumeaux; plus bas, il y a encore de petits ganglions.

Obs. V. — Legadec, du 61e de ligne, trois ans de service, entré le 29 décembre 1842 à l'hôpital militaire de Versailles. D'une constitution robuste, cheveux noirs, muscles bien développés, dents et gencives saines, etc. Né de parens sains, n'ayant de scrofuleux ni dans sa famille ni dans son pays. Habitué à porter la cravate en Afrique, il mit, pour revenir, un col neuf : les ganglions du cou s'enflammèrent; et il entra à l'hôpital de Marseille. Après deux mois de séjour, les ganglions s'abcédèrent; on pratiqua trois ouvertures, on enleva un ganglion. Après quelque temps, on pansa au vin aromatique; le malade prit en même temps du proto-iodure de fer, et, après quatre mois de séjour, il sortit non guéri et fut dirigé sur Nîmes, où il entra quelque temps à l'infirmerie, et puis il reprit son service, quoique conservant toujours des ouvertures fistuleuses. Arrivé à Versailles, il entra à l'hôpital, après avoir fait son service encore deux mois. Il y a deux ouvertures fistuleuses : l'une repose sur une masse aplatie de ganglions peu volumineux et lui est adhérente; la seconde est enfoncée et ne présente autour d'elle que quelques petits grains glanduleux. On voit, en bas, la cicatrice d'une troisième ouverture. La peau est épaisse, inégale, rouge autour de ces deux ouvertures, qui donnent un pus séreux. Après avoir fait une application de sangsues sur les ganglions qui avoisinent l'ouverture supérieure, et qui étaient devenus très douloureux, on pansa pendant quelque temps avec des cataplasmes, puis avec le vin aromatique. Le 20, les ouvertures sont cicatrisées; mais il reste une masse de ganglions indurés sous la partie supérieure : ils sont aplatis, adhérens à la peau, très durs et non douloureux. Le malade sort de l'hôpital; mais il est certain que la première gêne qu'il éprouvera ramènera l'inflammation dans ce reste de ganglions.

Ces cinq observations me paraissent concluantes. Ce sont des hommes de tempérament divers, chez lesquels on ne trouve ni causes générales de scrofules, ni causes locales d'adénite autre que celles du col; aussi est-ce surtout dans la partie la plus exposée à la constriction et aux frottemens que les ganglions se développent, sous la partie supérieure du sterno-mastoïdien, et suivant la ligne antérieure et supérieure du cou, qui éprouve tant de frottement, et par les mouvemens de la tête, et par ceux de la mâchoire, qui pressent directement ces parties contre le col.

J'aurais pu ajouter un grand nombre d'observations de cette nature, dont les sujets sont nés de parens sains, ont une nombreuse et belle famille, sont eux-mêmes d'un tempérament robuste. Ces observations ne seraient qu'une répétition des précédentes; je me contenterai de donner une dernière observation curieuse par l'autopsie.

Obs. VI. — Begeot, soldat du 7e hussards, au service depuis 1824, entré le 6 janvier 1842 à l'hôpital militaire de Versailles, âgé de 46 ans, né de parens non scrofuleux, ayant trois frères et deux sœurs d'une excellente santé; il a les cheveux gris, ils étaient autrefois châtains ; sans être gros, il a les muscles bien développés; il est peu coloré, sans pourtant avoir mauvais teint; il n'a eu ni maladie de peau ni maladie de muqueuse, rien en un mot qui dénote la constitution scrofuleuse. Il a perdu dans son enfance les deux dernières molaires du maxillaire inférieur de chaque côté; toutes les autres dents sont saines, ainsi que les gencices, qui n'ont jamais été malades. Il a eu trois fois des chancres, la dernière en 1834, mais jamais il n'a éprouvé d'accidens syphilitiques secondaires.

Au mois d'août dernier, sans autre cause appréciable qu'un col neuf, des ganglions se développèrent à la partie latérale droite du cou. Il entra à cette époque à l'hôpital. Quelques cataplasme et la liberté du cou firent disparaître en grande partie ces ganglions, dont il ne restait plus que quelques noyaux quand le malade sortit au bout de neuf jours.

Vers le mois d'octobre, les ganglions qui avaient recommencé à grossir dès sa sortie de l'hôpital augmentèrent rapidement; il entra le 30 à l'hôpital. On mit des cataplasmes. Les ganglions s'abcédèrent et furent ouverts à peu près le 20 novembre. Depuis cette époque, l'ouverture donne toujours du pus séreux mêlé de grumeaux de matière tuberculeuse.

Le 29 décembre, le malade sortit de l'hôpital pour affaires ; il y rentra le 6 janvier dans l'état suivant : depuis l'oreille jusqu'à la partie externe de la clavicule, il y a une masse énorme de ganglions ; ils sont lobulés, aplatis et subdivisés en deux masses par le sterno-mastoïdien. Ils font une saillie considérable sous la peau, à laquelle ils sont peu adhérens, mais ils sont très adhérens aux parties subjacentes, dans lesquelles ils paraissent s'enfoncer. La masse supérieure et antérieure est enchâssée dans l'angle que forme le sterno-cléido-mastoïdien avec le maxillaire inférieur. Elle offre un point plus saillant où la peau est adhérente et rouge, mais sans fluctuation encore. Au milieu de la masse inférieure enchâssée dans l'angle postérieur formé par le sterno-cléido-mastoïdien et la clavicule, est l'ouverture fistuleuse à travers laquelle suinte un pus séreux et grumelé. La peau est décollée et rouge dans une grande étendue. Le stylet, introduit dans cette ouverture, pénètre de tous côtés et profondément dans des masses ganglionaires ramollies. Il y a un peu de douleur à la pression dans les endroits où la peau est rouge et décollée ; mais pas de douleurs spontanées, seulement un peu de gêne dans les mouvemens. (Catapl., frict. huil., puis pommade de proto-iodure de mercure).

Vers le 12, ouverture de plusieurs abcès formés au sommet des ganglions les plus volumineux, deux à la masse supérieure, en arrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire, un autre en bas et près de la clavicule. On ouvre ainsi de temps en temps de petits abcès partiels.

Depuis longtemps le malade se plaint de ses digestions, son teint devient jaune paille. Le 24 février, il vomit des débris d'oranges mangées le 18 janvier ; je crois sentir d'une manière peu distincte des indurations en pressant l'épigastre. Il a probablement un cancer d'estomac. Il s'affaiblit de plus en plus, et meurt le 6 mars.

Autopsie. — Cou. Après avoir enlevé la peau, qui était décollée dans une grande étendue en bas, après avoir enlevé le peaucier, on aperçoit une masse énorme que soulève le sterno-cléido-mastoïdien, qui le déborde en avant et en arrière, et qui s'étend jusque sous le trapèze. Le sterno-cléido-mastoïdien, très aminci en haut, présente dans son épaisseur une foule de tubercules formés de pus concret enkysté. Sa partie postérieure, doublée de tissu cellulaire lardacé, est fortement adhérente à la masse ganglionaire qui remplit la gouttière des vaisseaux carotidiens. Cette masse est formée d'un tissu cellulaire dur, lardacé et divisé en compartimens de toute grandeur, depuis celle d'une grosse noix jusqu'à celle d'un pois. De ces compartimens, les uns communiquent ensemble, les autres pas. Les cloisons qui les séparent sont quelqufois épaisses de plusieurs millimètres. L'intérieur de ces compartimens est lisse et poli quand on en a enlevé le contenu. Ce contenu est formé de ganglions, dans lesquels il n'y a plus d'autres traces d'organisation que quelques filamens de tissu cellulaire perdus dans du pus concret, de la matière tuberculeuse. Cette matière est en noyaux solides, friables dans les compartimens qui ne communiquent pas à l'extérieur, et c'est le plus grand nombre. Les compartimens seuls qui débordent le sterno-cléido-mastoïdien en avant et en arrière communiquent à l'extérieur : dans ceux-là la matière tuberculeuse est en partie ramollie.

Cette masse enveloppe les vaisseaux carotidiens ; un gros ganglion est situé dans l'angle que forme la carotide avec le tronc innominé. Il arrive jusqu'à la plèvre qu'il fait bomber vers la cavité thoracique.

Le plexus brachial ne touche à nu aucun tubercule ; il en est séparé par le tissu cellulaire qui forme les compartimens.

La glande parotide est enveloppée dans cette masse, et contient une foule de ganglions dans le même état de désorganisation que les autres. Sa partie inférieure est presque entièrement tuberculeuse.

Les poumons sont parfaitement sains, ainsi que le mésentère. Nulle part ailleurs, on ne trouve de tubercules.

L'estomac présente un cancer de forme squirrheuse, occupant la région pylorique. Le pylore est rétréci et admet à peine un tuyau de plume. Les ulcérations ont formé des anfractuosités dans ses parois épaissies, etc..

TRAITEMENT.

Comme je ne me suis proposé, dans ce travail, que de traiter de la cause de l'adénite cervicale chez le militaire, et de la nature non scrofuleuse de cette maladie, je ne dirai du traitement que quelques mots, qui viendront à l'appui de la proposition qui fait le sujet de ce travail. J'aurais pu envisager le traitement comme conséquence logique, rationnelle de l'état local, de la nature non scrofuleuse de la maladie, et formuler les règles du traitement d'après ces connaissances acquises : il y aurait d'excellentes choses à dire; mais le sujet, ainsi envisagé, m'entraînerait trop loin. Ainsi, à propos de l'extirpation, il faudrait en indiquer les conditions, les principes, le mode opératoire, descendre dans des détails de pratique à propos du danger immédiat, examiner l'opération par rapport aux nombreux organes qu'on est exposé à léser, etc., etc. Un travail de cette nature est au-dessus de mes forces, ce doit être l'œuvre d'un praticien. Pour moi, je me borne à examiner quel a été l'effet des différens traitemens sur l'économie, et à tirer très succinctement les conséquences qui en découlent par rapport à la nature et l'état local de la maladie.

Traitement général. — J'ai vu employer beaucoup les toniques, l'iode, les amers, le fer, et, le dirai-je, sans aucun succès. Sous l'influence des toniques, les malades prenaient quelquefois une grande vigueur de santé, mais sans amélioration de l'adénite ; le traitement général était nul pour la guérison. En aurait-il été ainsi si la maladie avait été générale ?

Traitement local. — Les cataplasmes, les sangsues, la pommade mercurielle, employés dès le commencement, bien que souvent sans effet, ont cependant amené quelquefois une amélioration prononcée. J'ai vu rarement employer les vésicatoires. Dans quelques cas, j'ai vu la tumeur diminuer et passer à l'induration ; mais, le plus souvent, le vésicatoire a fait abcéder la tumeur. M. H. Larrey, qui a souvent employé ce moyen, m'a dit s'en être bien trouvé dans une foule de cas. Les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse m'ont paru sans effet quand elles étaient employées seules.

L'extirpation, pratiquée pour la première fois par Larrey, généralisée plus tard par M. Begin, a été pratiquée souvent par MM. H. Larrey, Baudens, Sédillot, Malle, qui en a fait le sujet d'un excellent mémoire, Velpeau, etc. Je n'ai pas eu occasion de la voir pratiquer, mais les observations publiées par ces praticiens distingués ne laissent pas de doute sur les succès de cette opération. M. H. Larrey, qui a eu occasion de la pratiquer une vingtaine de fois, et de la voir pratiquer bien plus souvent, m'a dit avoir été étonné du succès presque constant de cette opération. A part les dangers immédiats de l'opération, tels que lésions d'artères, de nerfs, de conduits salivaires, etc., cette opération semble se soustraire aux accidens qui suivent quelquefois les plus simples opérations

chirurgicales. Quelque étendues et profondes que soient les dissections qu'on est quelquefois obligé de faire, quelque mode de pansement qu'on adopte, soit qu'on réunisse immédiatement, soit qu'on remplisse l'excavation avec des tampons de charpie, etc.; quelque régime qu'on fasse suivre aux malades, on voit la guérison arriver rapidement. Je le demande, en serait-il ainsi si ces adénites étaient liées à une diathèse? Le succès si constant de ce traitement local n'est-il pas une preuve évidente que l'affection est toute locale? En fandrait-il d'autres preuves? Mais en voilà assez sur le traitement, et j'arrive aux propositions qui résument ce travail :

1° Le nombre des militaires atteints d'adénite cervicale est infiniment plus considérable que celui des autres classes.

2° Ils commencent à en être atteints à une époque de la vie où les scrofules n'ont pas coutume de sévir.

3° Ils en sont atteints sans avoir offert les prédispositions qu'on a remarquées chez les sujets scrofuleux; les tempéramens les plus divers y sont également exposés.

4° Cette adénite n'offre aucun des symptômes de la maladie scrofuleuse, ni maladies de muqueuses, ni maladies des os, ni tubercules dans les organes, ni ulcères, etc., etc.

5° *Donc, l'adénite chez les militaires est une maladie toute locale* (une inflammation probablement), *et diffère essentiellement de la maladie scrofuleuse.* Cette première partie de notre proposition sera plus évidente encore par l'examen des causes.

6° Cette adénite n'est pas héréditaire; elle n'est pas due aux circonstances débilitantes sous lesquelles se développent les scrofules; ce n'est point une dégénérescence du virus vénérien.

7° *Elle est due à une cause locale.* Cette cause pourrait être une maladie de la bouche, du cuir chevelu, etc.; mais ces causes ne sont pas celles qui occasionnent ordinairement l'adénite des militaires, ces causes ne leur sont pas particulières.

8° Pour moi, cette cause qui se présente chez les militaires, qui agit lentement, localement, incessamment, avec des recrudescences, c'est le frottement des vêtemens trop serrés, et en particulier du *col.*

D'où je conclus *la nécessité de changer cette partie du vêtement* (1). Je me proposais d'amasser des matériaux plus nombreux, d'étudier la question sous un plus large aspect; mais les changemens qu'il est question d'introduire dans l'uniforme des troupes m'a décidé à publier maintenant ce travail, afin qu'il arrive en temps opportun et qu'il puisse être de quelque utilité en signalant une des parties les plus défectueuses de l'uniforme. Je comprends qu'on se gêne pour suivre les caprices de la mode; mais, pour l'uniforme du soldat, on ne doit consulter que deux choses : la commodité et les règles de l'hygiène.

(1) Les frottemens m'ont aussi paru être la cause de quelques cas de caries du sternum que j'ai observées chez les militaires, et aussitôt que les circonstances me le permettront, je m'occuperai de ce travail. M. H. Larrey, qui en a aussi observé plusieurs cas dans les hôpitaux civils, a vu que, dans tous les cas, cette maladie paraissait due à des causes toutes mécaniques, du moins au début.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Recherches expérimentales sur les fonctions du nerf spinal étudié spécialement dans ses rapports avec le pneumo-gastrique*; par M. Cl. Bernard. 2° *Mémoire sur la réparation ou cicatrisation des foyers hémorragiques du cerveau*; par M. Durand-Fardel. 3° *Recherches sur les adhérences générales du péricarde; nouveau moyen de reconnaître cette altération*; par M. Aran. 4° *Note pour servir à l'histoire de la vaccine et de la variole*; par M. Richelot. 5° *Mémoire sur la kératoplastie*; par M. Feldmann. (Voyez, pour l'analyse de ce travail, GAZ. MÉD., 1842, p. 821, et 1844, p. 159.) 6° *Observation d'hématocèle par épanchement en dehors de la tunique vaginale*; par M. Gosselin. (Cet épanchement survint sans douleur par l'effet d'une équitation prolongée qui ne s'était néanmoins accompagnée ni de contusion ni même de frémissemens. Il n'y eut d'ecchymose ni avant ni pendant la formation de la tumeur. On ouvrit la poche, qui contenait du sang d'un rouge très foncé, et on reconnut bien que le testicule n'était pas situé dans sa cavité, qui par conséquent était tout à fait distincte de celle de la tunique vaginale.) 7° *Observations et remarques sur l'anasarque non accompagnée d'altérations appréciables des solides*; par M. de Castelnau. 8° *Tumeur du petit bassin qui a nécessité l'opération césarienne chez une femme enceinte de 6 mois et demi; mort vingt-deux heures après l'opération; observation suivie de réflexions*; par M. Thibault. (Une tumeur fibreuse, de 16 centimètres sur 1 décimètre, placée entre le rectum et le vagin, obstruait le vagin dans lequel le doigt ne pouvait pas pénétrer. La tumeur ne pouvant ni se déplacer, ni être extirpée sans danger, on fit l'opération césarienne dès que les douleurs de l'accouchement se furent bien établies. L'enfant avait déjà subi un commencement de putréfaction. La malade succomba à la péritonite. L'autopsie permit de reconnaître la texture évidemment fibreuse de la tumeur.) 9° *Quelques mots sur le traitement de la pneumonie lobulaire chez les enfans, par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs*; par M. Legendre. 10° *Des rétractures des tissus albaginés*; par M. Gerdy. (Travail lu à la séance du 16 avril 1844 de l'Académie de médecine.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU NERF SPINAL ÉTUDIÉ SPÉCIALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LE PNEUMO-GASTRIQUE; par M. CL. BERNARD.

On s'est trop hâté de prendre le spinal pour la racine motrice d'un nerf rachidien dont le pneumo-gastrique représenterait la racine sensitive! L'analogie qui a suggéré ce rapprochement est incapable de s'appuyer sur des preuves solides!... Telles sont les premières conclusions du travail vraiment remarquable que publie M. Bernard. Nous allons donner une idée des faits et des considérations qu'il invoque en faveur de cette manière de voir.

Anatomiquement d'abord, le spinal ne peut point être comparé à la racine antérieure d'un nerf rachidien. En effet, les bons observateurs sont tous d'accord qu'il naît du faisceau postérieur de la moelle, ou du moins du point de séparation qui est entre les cordons latéraux et les postérieurs. — En second lieu, on sait que les racines antérieures rachidiennes deviennent proportionnellement plus volumineuses quand les organes musculaires auxquels leurs nerfs sont destinés prennent un plus grand développement. Or, comme l'a remarqué M. de Blainville, il n'en est pas ainsi du spinal, car sa branche interne n'est pas plus grosse chez les animaux à estomac complexe, très musculeux, que chez ceux qui n'ont qu'un estomac simple à parois membraneuses. — Enfin, dans les nerfs rachidiens ordinaires, les filets des deux ordres de racines se confondent tous de telle sorte qu'il devient ensuite impossible de les isoler et de déterminer si un rameau nerveux, né après cette union, provient d'une racine ou de l'autre. Or, le pneumo-gastrique et le spinal ne sont au contraire jamais qu'accolés, et on peut aisément constater, par exemple, que le rameau pharyngien provient de la branche interne du spinal, etc.

Physiologiquement, poursuit M. Bernard, la comparaison n'est pas plus justifiable. Personne n'ignore que si on coupe toutes les racines postérieures ou toutes les racines antérieures d'une paire spinale, la sensibilité ou la myotilité sont abolies dans les parties que dessert ce nerf. Pour être en droit d'assigner au spinal les attributions d'une racine antérieure, il faudrait, par conséquent, avoir répété sur lui une expérience semblable avec un résultat aussi tranché. Voyons donc ce qui a été tenté dans ce sens. Bischoff, après six essais infructueux, parvient à couper sur un chevreau toutes les racines des deux spinaux, et la voix s'éteint à l'instant. Il n'observe aucune autre lésion fonctionnelle; encore moins se soucie-t-il de recommencer une expérience à si grand'peine menée à bien, et il conclut que le spinal représente la seule racine motrice du nerf vague. M. Longet, de son côté, avec des résultats moins complets que ceux de M. Bischoff, adopte sur le même sujet une doctrine encore beaucoup plus formelle.

Evidemment ces expériences étaient insuffisantes sous un double rapport; d'abord elles nécessitaient des délabremens tels que l'animal succombait en peu d'heures, puis la voix seule était compromise à la suite. Tout ce qu'on en pouvait rationnellement inférer, c'était donc que la voix avait été abolie à la suite de l'ablation des spinaux par un procédé qui met à découvert le cervelet et la moelle allongée, et qui mutile horriblement les animaux. Or, de ce simple résultat, tirer, comme on l'a fait, la conclusion que la branche interne ou anastomotique du spinal préside à tous les mouvemens de la moitié du tube digestif, à ceux des appareils vocal, respiratoire et circulatoire, c'était manifestement et par trop abuser de l'induction.

Il fallait reprendre ces expériences; il fallait, avant d'arguer du résultat de la section du nerf, trouver un procédé qui permît de la répéter avec facilité et sans porter une atteinte trop grave à la vie de l'animal. Voici celui qu'a imaginé M. Bernard. Par une incision étendue de l'apophyse mastoïde jusqu'un peu au dessous de l'apophyse transverse de l'atlas, on découvre la branche externe du spinal dans le point où elle se dégage en arrière du muscle sterno-mastoïdien. Avec une petite airigne, on fait soulever par un aide la partie supérieure du muscle sterno-mas-

toïdien; et, disséquant avec soin la branche externe du spinal, on s'en sert comme d'un guide pour parvenir jusqu'au trou déchiré postérieur. Arrivé là et après avoir isolé soigneusement le spinal, on le saisit longitudinalement avec des pinces dont les mors offrent des dentelures arrondies; et on exécute sur ce nerf une traction ferme et continue, c'est-à-dire sans secousses. On entend un craquement; la résistance est vaincue et on amène, sous la forme d'un long cordon conique, toute la portion intra-rachidienne du spinal, ainsi qu'il est facile de le constater ensuite par l'autopsie, comme l'a fait dans tous les cas M. Bernard, qui s'est assuré ainsi que le nerf était extirpé dans sa totalité.

L'auteur a répété plusieurs fois cette section sur des chats, des lapins, des surmulots et des chiens. Elle réussit moins bien chez ces derniers. Les résultats ont toujours été très sensiblement identiques. En voici le résumé : la voix est subitement abolie. A l'état de repos, la respiration n'est pas altérée; mais si on force l'animal à courir, il paraît plus vite essoufflé. Il mange et avale très lentement. Quand on le trouble brusquement au moment de la deglutition, on détermine parfois une sorte de toux ou d'éternuement, comme si des parcelles alimentaires tendaient à passer dans la trachée. (On en trouva effectivement à l'autopsie dans les bronches.) Il y a eu quelquefois irrégularité dans la démarche. Les phénomènes respiratoires, digestifs et circulatoires n'éprouvent pas la moindre atteinte. — Remarquons que les animaux sont presqu'immédiatement remis des suites de l'opération, qu'ils reprennent bientôt après leur santé habituelle, et peuvent être conservés pour l'étude aussi longtemps qu'on le désire.

Expliquons maintenant, d'après M. Bernard, pourquoi se produisent ces divers phénomènes et pourquoi il ne s'en produit pas d'autres. Et d'abord, pour l'abolition de la voix, il est remarquable que la paralysie du larynx qui la détermine est fort différente de celle qui suit la division du laryngé inférieur. Après cette opération, outre que la phonation est perdue, la glotte se ferme et la respiration ou cesse ou est fortement compromise, suivant l'âge des animaux. Voulant mieux apprécier l'influence de chacun de ces nerfs sur les fonctions du larynx, M. Bernard fit l'expérience suivante :

Exp. I. — Le 3 juin 1843, sur un jeune chat âgé de cinq semaines environ, il enleva les deux spinaux. La voix fut abolie, mais les autres fonctions sous l'influence du nerf vague continuèrent à s'exercer librement.

Deux jours après, ayant repris le même animal, qui était muet, mais du reste bien portant, il lui excisa les deux nerfs laryngés inférieurs. Bientôt, le chat mourut suffoqué, preuve que le larynx n'avait pas été paralysé complètement par l'ablation des spinaux faite deux jours avant.

M. Bernard explique ces effets en admettant que les nerfs laryngés (formés par des filets du vague et du spinal) possèdent deux sortes de puissances motrices dont les effets sont opposés. L'une, *influence respiratoire*, maintient la glotte incessamment béante dans la respiration ordinaire; l'autre, *influence vocale*, a pour but, au contraire, de resserrer la glotte, de suspendre ou de modifier la durée de l'expiration et de rendre les cordes vocales tendues au moment où le larynx devient organe de la voix.

Ainsi la respiration et la phonation seraient physiologiquement indépendantes, et elles s'exerceraient sous des influences nerveuses distinctes et même antagonistes, puisque l'une fait ouvrir l'orifice et que l'autre en fait resserrer les bords. L'expérience suivante rend ces faits palpables.

Exp. II. — Après avoir attiré l'ouverture supérieure du larynx en dehors chez un chat vivant, on voit la glotte, alors simplement *respiratrice*, n'offrir que des mouvemens de dilatation et de contraction à peine appréciables. Pincez alors l'animal; les cordes vocales se rapprochent au contact et une expiration puissante et prolongée vient les faire vibrer.

Une fois ces différences bien observées, arrachez le spinal d'un côté, vous verrez le restant de la glotte rester à peu près immobile, même quand le chat veut crier. Une seule corde vocale agissant alors, le cri est remplacé par un son âpre et rauque. Si l'on extirpe l'autre spinal, la glotte exécute bien encore de légers mouvemens de resserrement, comme ceux de la respiration calme, mais elle ne peut plus se fermer complètement; l'aphonie est absolue et les cordes restent flasques et séparées l'une de l'autre. A ce moment cependant, la respiration continue à s'effectuer dans toute sa plénitude par la glotte.

Si l'on divise, enfin, sur le même animal les deux recurrens, aussitôt l'ouverture du larynx, devenue complètement immobile, se trouvera plus rétrécie. Les cordes vocales s'accoleront mécaniquement dans l'inspiration sous la pression de l'air extérieur, et l'asphyxie ne tardera pas à survenir.

Quelque réelle que lui paraisse cette différence entre l'action que le spinal exerce pour fermer la glotte et celle que le vague possède pour la tenir ouverte, M. Bernard ne l'explique point par le pouvoir que l'un et l'autre de ces deux nerfs aurait d'animer, l'un exclusivement les muscles constricteurs de la glotte, l'autre exclusivement les dilatateurs. Tous les muscles du larynx forment, d'après lui, un système moteur unique; seulement ce système peut réaliser deux fonctions distinctes, parce que les puissances motrices qui l'animent sont séparées dans leur origine et conséquemment indépendantes dans la transmission de leur influence; de sorte qu'après l'ablation du spinal, continue l'auteur, ce n'est pas la paralysie de tels ou tels muscles laryngiens spéciaux à la phonation qu'il faut chercher, c'est la perte d'une de leurs influences nerveuses qu'il faut constater et la paralysie d'une des fonctions du larynx qu'il faut voir (1).

Quant à la gêne de la déglutition qu'on observe chez les animaux expérimentés, voici comment notre auteur en rend compte. Pour l'accomplissement régulier de la déglutition, une double action est nécessaire de la part des muscles pharyngiens : l'une qui a pour effet de pousser les alimens dans l'œsophage, l'autre qui a pour but de fermer à ce moment le larynx et d'arrêter le jeu des voies respiratoires. Si l'on enlève le spinal, le larynx ne perd qu'un seul ordre de mouvemens, celui qui est relatif à l'occlusion de la glotte; car nous avons vu ci-dessus que la déglutition chez les animaux n'est point abolie. Le pharynx doit donc évidemment à la branche que lui fournit le spinal cette faculté de se contracter pour empêcher le passage dans la trachée des matières avalées.

Si nous réfléchissons maintenant à ce double office du spinal, soit dans la phonation, soit durant la déglutition, nous resterons convaincus que le but final de l'influence nerveuse des spinaux est toujours le même, celui de former un antagonisme temporaire à la fonction respiratrice, afin de permettre aux organes qui sont placés sur les voies respiratoires d'accomplir des fonctions étrangères à la respiration.

Pour suivre la marche que nous avons adoptée, il nous reste maintenant à parler de quelques autres désordres consécutifs à l'ablation complète des spinaux, tels que l'essoufflement, l'irrégularité de la démarche. M. Bernard les rapporte à la perte de l'influence de la branche externe, laquelle, dans l'état normal, a pour usage de régulariser les divers mouvemens du thorax, de manière à les faire concorder avec l'état de la glotte. Pour le prouver, il a excisé cette branche externe sur un chien, sur un chat et sur un cheval. La voix a gardé sa qualité, mais les cris sont devenus plus brefs, entrecoupés par des inspirations; l'essoufflement survenait plus promptement. On a aussi remarqué du trouble dans les mouvemens des membres antérieurs, trouble qui était bien plus sensible lorsque la branche externe n'avait été coupée que d'un côté seulement.

Pour comprendre la brièveté de son vocal qui succède à cette opération, quelques explications sont nécessaires. L'expiration destinée à former un cri ou un chant est loin de se faire comme l'expiration de la respiration ordinaire. Dans ce dernier cas, le sujet ne fait que se débarrasser aussi vite que possible de l'air préalablement introduit dans le thorax. Lorsqu'au contraire il veut crier, il suspend son expiration, et s'efforce de retenir l'air, ou du moins d'en rendre l'expulsion plus lente. Dans ce but, au moment où la fonction vocale du larynx va commencer, les muscles sterno-mastoïdiens et trapèzes se contractent, saisissent en quelque sorte l'épaule et le sternum, les maintiennent élevés et suspendent leur abaissement, ainsi que celui des côtes, pendant toute la durée de l'émission vocale; et la preuve, c'est que, aussitôt que le chant cesse, l'expiration s'accomplit et les épaules retombent sur le thorax. — Avec ces notions, on comprend que, chez les animaux qui n'ont plus de spinaux, le thorax tout aussi bien que le larynx restent organes respiratoires et ne peuvent plus se modifier pour la fonction spéciale de la phonation.

La même théorie embrasse tous les actes qui nécessitent un effort quelconque, c'est-à-dire une suspension momentanée des phénomènes respiratoires. Alors les muscles animés par la branche externe du spinal s'opposent à l'expiration pendant que la branche interne ferme le larynx. Dans les efforts faibles et de courte durée, l'une des puissances suffit à la rigueur à la suspension momentanée de l'expiration. Ainsi la déglutition s'accomplit ordinairement par le seul secours de la branche interne.

Nous n'insisterons pas longuement sur les causes de l'irrégularité qui s'observe parfois dans la démarche des animaux expérimentés. Il nous suffira de faire observer que, après la destruction de la branche externe du spinal, les muscles sterno-mastoïdiens et trapèzes ne peuvent plus arrêter les mouvemens respiratoires thoraciques, et partant, ils sont devenus inaptes à faire servir le thorax comme point fixe dans l'effort que nécessite quelquefois la marche.

Un fait déjà énoncé par Ch. Bell, mais que les observations de M. Bernard tendent à démontrer, c'est que le sterno-mastoïdien paralysé *pour*

(1) Cette diversité fonctionnelle (fait observer M. Bernard) d'un même muscle, ou d'un même ensemble de muscles, en rapport avec la pluralité des influences nerveuses motrices qui s'y rendent, n'est pas un fait particulier au larynx : la nature l'emploie souvent pour économiser le nombre des organes moteurs. Sans sortir du sujet, on voit ce fait dominer l'histoire physiologique tout entière du nerf spinal. Chacun sait, en effet, qu'en se ramifiant dans le trapèze et le sterno-mastoïdien, ce nerf anime des muscles déjà influencés par des filets moteurs provenant du plexus cervical; chacun sait aussi que ces deux ordres de nerfs sont en rapport avec des mouvemens spéciaux.

le cri et l'effort, par la section du spinal, n'est point alors paralysé *pour la respiration*. Voici l'expérience qui justifie, selon lui, cette proposition :

Exp. III. — Si, après avoir mis à découvert sur un chien et sur un chat les sterno-mastoïdiens, on comprime modérément la trachée, les deux muscles se contractent pour soulever le sternum et produire l'inspiration ; mais cette contraction est de très courte durée, comme l'inspiration elle-même. Quand, cessant de comprimer la trachée, on fait crier l'animal, les deux muscles se contractent encore vigoureusement et maintiennent le thorax soulevé pendant le cri. Mais si on coupe le spinal du côté droit, par exemple, et en répétant les essais qui précèdent, on verra que, pendant le cri, le sterno-mastoïdien gauche seul se contracte ; tandis que le droit reste flasque et inactif ; que, durant la respiration forcée, au contraire, les deux sterno-mastoïdiens se contractent également et continuent d'agir comme inspirateurs (1).

La même remarque peut s'appliquer au trapèze qui agit également de deux manières : comme inspirateur, en se contractant jusqu'à ce que le poumon soit rempli d'air ; et comme phonateur, en maintenant le thorax dilaté et plein d'air pendant tout le temps que la voix en a besoin pour se produire.

Il y a donc, pour les actes fonctionnels où la respiration doit être arrêtée temporairement, deux forces destinées à cet effet, l'une intérieure, qui ferme la glotte et qui est régie par la branche interne du spinal ; l'autre, extérieure, qui agit sur le thorax pour le dilater, et est régie par la branche externe du même nerf. Il fallait de toute nécessité que ces deux influences existassent réunies pour harmoniser la puissance qui introduit l'air avec l'état du canal qui le reçoit, au moment où la respiration doit être suspendue. Au spinal est dévolu cet office, de sorte que, loin de l'appeler *accessoire*, on pourrait, au contraire, lui donner le nom d'*antagoniste* de la respiration.

Les agens respirateurs (larynx, thorax) peuvent se trouver dans deux états bien différens, l'un de *respiration simple* comme pendant le repos ou le sommeil, l'autre de *respiration complexe*, celle qui accompagne le cri, la déglutition, l'effort, etc. Pendant ces derniers phénomènes, les organes respirateurs intervertissent provisoirement leur fonction respiratrice pour s'approprier à d'autres actes de la vie extérieure. C'est alors que le spinal exerce son influence ; car les expériences ci-dessus prouvent que tous ces actes sont devenus impossibles quand les deux spinaux ont été enlevés.

Ainsi, dans l'état de respiration simple, l'influence du spinal sur les agens respirateurs est nulle ; ce nerf n'ayant pour usage que d'exciter des mouvemens en vue des actes de la vie extérieure ; et c'est lui qui préside à tous les changemens qui surviennent dans la respiration *complexe*, tels que l'effort, la voix. Avec de semblables attributions, le spinal forme dans l'économie un nerf tout à fait exceptionnel, et cela n'a pas lieu de surprendre, puisqu'il appartient à une fonction elle-même exceptionnelle, en ce que les organes moteurs qui l'accomplissent peuvent tour à tour se prêter à la vie de relation ou rester dans la vie organique.

— Tout est important dans ce travail ; mais tout ne nous y paraît pas également prouvé. Parmi ces expériences, il en est plusieurs qui pourraient recevoir une interprétation différente de celle que l'auteur leur donne. Ainsi et d'abord, l'analogie du nerf pneumo-gastrique-spinal avec une paire rachidienne nous semble susceptible d'être défendue par d'assez bonnes raisons. 1° Le pneumo-gastrique a un ganglion et le spinal en manque ; ceci, dans les paires rachidiennes, est le caractère fondamental des deux ordres de racines ; 2° le spinal, de l'aveu même de M. Bernard, est un nerf moteur ; 3° quant au pneumo-gastrique, M. Longet a vu que, en le galvanisant *avant son point de jonction avec le spinal*, l'estomac, l'œsophage, le larynx et le pharynx sont restés immobiles, tandis que les contractions éclataient dans l'estomac, quand on galvanisait les cordons œsophagiens du pneumo-gastrique devenu, à ce moment de son trajet, *nerf mixte*. A la vérité M. Bernard, de son côté, a trouvé que la section des récurrens paralyse quelques-uns de ces mouvemens ; mais est-il bien établi que l'influence motrice dont les récurrens jouissent ne leur vienne pas de leurs anastomoses avec le grand sympathique ? (1) Est-il bien sûr, d'autre part, que l'abolition des mouvemens après cette expérience, comme après la section du vague dans le crâne n'ait pas été, en partie, causée par l'abolition de la sensibilité dans les organes que l'on a cru avoir privés de leur principe moteur ? 4° Pour ce qui est du défaut de fusion entre les racines motrices et les sensitives, c'est un fait en opposition, il est vrai, avec ce qui se passe dans les nerfs qui proviennent de la moelle ; mais on l'observe dans d'autres paires crâniennes (facial distinct de la cinquième paire ; nerf masticateur distinct du reste du trijumeau) ; de sorte qu'il n'y aurait certes point là un motif suffisant pour nier l'analogie du pneumo-gastrique et du spinal avec les deux racines d'une paire rachidienne.

Ainsi l'opinion que le spinal est moteur et que le pneumo-gastrique, *à son origine*, est essentiellement sensitif, ne nous semble point entièrement infirmée par les expériences de M. Bernard. Examinons maintenant ce qu'il dit sur la nature des mouvemens que commande le spinal. Selon lui, ce ne sont pas tels muscles du larynx qui sont respirateurs et tels autres phonateurs ; la localisation distincte de ces deux fonctions doit se faire plus haut, et il l'attribue à deux influences nerveuses différentes. C'est, on le voit, rétablir très explicitement le principe du système de Ch. Bell et admettre comme lui une influence nerveuse motrice spéciale pour une certaine classe de mouvemens. Pour nous, tout en acceptant les faits fort bien présentés par M. Bernard, nous les expliquerions d'une manière plus simple. Le spinal, dit-il, ferme la glotte !... Cela tient, suivant nous, à ce qu'il se distribue aux muscles constricteurs. Après la section du récurrent, il a vu la glotte se fermer !... Eh bien ! c'est que les dilatateurs reçoivent plus particulièrement leurs ramifications nerveuses des récurrens. Rien ne répugne dans cette manière de considérer les phénomènes ; et l'action spéciale d'un nerf s'explique ainsi tout naturellement par sa distribution aux agens d'un mouvement spécial. Et d'ailleurs, si on repousse cette doctrine, si l'on veut admettre que le même muscle reçoit à la fois deux influences nerveuses différentes ; a-t-on bien pris garde que certains de ces muscles (ceux, par exemple, qui rendent les cordes vocales vibratiles) ne fonctionnant jamais que pour un seul but, que sous une seule de ces deux influences, les filets de l'autre nerf se répandraient donc dans leur tissu en pure perte ! Espèce de double emploi que la nature n'a, bien certainement, ni voulu ni commis.

Enfin, pour ce qui est de la branche externe et de son office dans les actes annexés à la respiration, les observations de M. Bernard nous paraissent pleines de justesse. Elles seront d'autant plus aisément admises qu'elles offrent une analogie frappante avec celles de Ch. Bell, ainsi qu'on en jugera par les passages suivans que nous empruntons à cet auteur : « Les nerfs intercostaux, par leurs rapports avec la moelle alongée, peuvent suffire à l'acte de la respiration pour ce qui regarde l'office des poumons ; mais ils ne pourraient exécuter les fonctions surajoutées à l'appareil respiratoire.... Il y a des muscles du tronc qui aident les muscles respiratoires ordinaires.... Ce sont ceux qui sont les plus propres à élever la poitrine, et qu'on voit fortement influencés dans l'inspiration profonde, que l'action soit volontaire comme dans la parole, ou involontaire comme dans les derniers efforts de la vie.... Le sterno-mastoïdien élève ou hausse la poitrine et son action est très évidente dans tous les états où la respiration est accélérée, surtout *pendant* le chant, la toux et l'éternuement : le trapèze, le grand dentelé et le diaphragme concourent au même but.... Les nerfs rachidiens ordinaires ont une influence bien distincte de celle des nerfs spinaux, phrénique et respirateur externe. Les premiers sont essentiels à l'acte de la respiration ; mais, quoiqu'ils puissent bien élever et abaisser le thorax, ils ne peuvent cependant suffire pour dilater complètement la poitrine dans le cas où l'action de la voix est animée ; ils ne peuvent faire exécuter les mouvemens de la glotte, du pharynx.... ; ils ont

(1) Pour présenter dès à présent nos réserves au sujet de cette expérience, nous dirons qu'il y aura peut-être lieu à se demander si cette remarquable différence entre les deux cas ne tiendrait pas à ce que la contraction musculaire est faible dans l'inspiration ordinaire, tandis qu'elle est énergique dans le cri. Tout le monde sait qu'un muscle paralysé ne manifeste jamais plus évidemment son impuissance que lorsqu'on lui demande de déployer une grande force. Ainsi, dans l'hémiplégie faciale, l'un des yeux ne peut plus se fermer ; et cependant, pour constater qu'il diffère sous ce rapport de l'autre œil, on a souvent besoin d'ordonner au malade de chercher à les fermer fortement tous les deux. De même ici, si l'on admet notre interprétation pour valable, la différence entre le sterno-mastoïdien gauche et le droit aurait échappé à M. Bernard dans la très faible contraction qui accompagne l'inspiration ordinaire et ne l'aurait frappé que pendant le cri, où cette contraction est réellement beaucoup plus active.

(Note du Rédacteur.)

(1) Ces anastomoses sont constantes. Le nerf cardiaque supérieur droit renvoie souvent trois ou quatre filets directement au récurrent (Cruveilhier). Ces communications ne sont même pas bornées au laryngé inférieur. M. Chassaignac a vu une fois le laryngé interne formé par deux filets dont l'un venait du pneumo-gastrique, l'autre du grand sympathique. Sarlandière, du reste, avait montré que chez les mammifères le pneumo-gastrique au-dessous des nerfs récurrens a plutôt grossi que diminué de volume. D'ailleurs, cette idée, que le pneumo-gastrique puise dans le cerveau son aptitude à transmettre les sensations tandis qu'il tire du grand sympathique sa faculté motrice, n'aurait pas seulement le mérite de concorder avec les expériences (v. Longet) où l'on a vu l'irritation galvananique de ce nerf laisser immobiles les parties auxquelles il se distribue : elle aurait en outre l'avantage d'être en harmonie avec les lois physiologiques ; car cette disposition est le seul moyen que la nature pût employer pour que les sensations de la faim et du besoin de respirer fussent perçues, tout en soustrayant à l'empire de la volonté les mouvemens de l'estomac et ceux par lesquels la glotte se dilate pour admettre l'air. L'anatomie, qui n'a pas encore révélé tous ses secrets sur les anastomoses du grand sympathique, se chargera peut-être un jour de démontrer cette proposition. (Note du Rédact.)

besoin pour cela de la coopération des nerfs respiratoires. » (Ch. Bell, trad. de M. Genest.)

Enfin, M. Bernard avance que la distribution du spinal aux muscles de la glotte et à ceux du thorax a pour but de relier entre elles les fonctions de ces muscles dans les actes du cri, de l'effort. Ces deux modifications du larynx et du thorax, dit-il, *doivent être liées, puisqu'elles proviennent de la même source nerveuse*. A nos yeux, cette proposition exprime encore une idée fort contestable. L'auteur veut-il dire par là que tous les muscles qui concourent au même acte doivent tirer leurs nerfs du même tronc?... Mais l'excrétion des matières fécales nous offre immédiatement l'exemple d'une fonction où des influences nerveuses, à origines extrêmement différentes, s'associent pour une seule et même destination; et cet exemple n'est pas le seul. A-t-il seulement voulu exprimer qu'un nerf qui anime plusieurs muscles les fait toujours se contracter tous à la fois?... Mais ceci serait encore plus insoutenable; et, sans aller plus loin, le moteur oculaire commun qui fait successivement tourner l'œil en haut et en bas démentirait à l'instant cette prétendue loi. Il faut donc reconnaître que si tels muscles se contractent simultanément avec d'autres, cela tient non à ce qu'ils reçoivent leurs filets du même nerf, mais à ce que l'influx cérébral, la volonté, commande à la fois les mouvemens qu'ils sont chargés d'exécuter.

En résumé, nous avons à féliciter hautement M. Bernard pour avoir découvert un procédé capable d'extirper les deux nerfs spinaux sans compromettre la vie des animaux expérimentés. Ce procédé est évidemment et de beaucoup supérieur à celui de Bischoff, et même à celui plus récent de M. Morganti (Gaz. Méd., 1844, p. 57), quoique celui-ci eût laissé l'animal survivre quatorze heures à l'opération. Mais les résultats qu'annonce M. Bernard et les corollaires qu'il en tire ont, tout vraisemblables qu'ils sont pour la plupart, besoin, comme on le voit, d'être encore discutés avant de prendre rang parmi les faits définitivement acquis à la science physiologique.

MÉMOIRE SUR LA RÉPARATION OU CICATRISATION DES FOYERS HÉMORRAGIQUES DU CERVEAU; par le docteur DURAND-FARDEL.

L'étude des différentes modifications qu'éprouve le sang épanché dans le cerveau à mesure que s'éloigne l'époque où l'épanchement s'est opéré et celle des divers changemens que présente à ces différentes époques le tissu cérébral qui se trouve autour de l'épanchement est l'une des plus intéressantes auxquelles le pathologiste puisse se livrer. Il en est de même de celle de tous les autres produits considérés aux différentes époques de leur développement ou, comme on dit aujourd'hui, de leur évolution. Rien ne semble plus naturel que de suivre ainsi la nature dans ses diverses phases et rien ne semble devoir être plus utile, plus instructif. C'est cependant ce que tout le monde ne paraît pas comprendre et bon nombre d'anatomistes décrivent les lésions comme si elles étaient, à toutes les époques de leur durée, presque identiques; et tout récemment encore n'avons-nous pas vu l'un des anatomo-pathologistes les plus considérés de l'époque commencer la description des symptômes et des lésions d'une maladie grave (la fièvre typhoïde) par des cas où la mort était arrivée du seizième au trentième jour, et laissant en dernier lieu ceux où cette terminaison était survenue dans les premiers jours? Or personne n'ignore aujourd'hui, nous l'espérons, de quelle importance il est pour l'intelligence de cette affection grave de suivre les symptômes et surtout les lésions, depuis leur origine, *ab ovo*, s'il était possible. C'est convaincu de cette vérité que l'auteur du mémoire que nous avons en main a résolu d'appliquer cette méthode toute rationnelle à l'étude des lésions produites et représentées par les épanchemens sanguins dans le cerveau. Avant d'indiquer les principaux résultats auxquels il est arrivé, nous croyons cependant devoir exprimer un regret. C'est qu'avant de publier ces recherches l'auteur n'ait pas fait ou au moins n'ait pas publié des recherches analogues sur l'épanchement du même liquide (le sang) dans les autres organes, les poumons, le foie, la rate, les plèvres, les muscles; peut-être eût-il trouvé dans ces premières recherches des enseignemens qui lui auraient été de quelque utilité pour celles à faire sur les métamorphoses qu'éprouve le sang dans un organe d'une aussi grande délicatesse et d'une organisation aussi peu connue que l'est celle du cerveau. Hâtonsnous d'indiquer les principales modifications que l'auteur a constatées et qui, toutes, au reste, avaient été signalées antérieurement par d'autres anatomistes, mais dont on n'avait point encore montré la dépendance mutuelle aussi bien que le fait ici M. Durand-Fardel.

L'évolution complète de l'hémorragie cérébrale peut être distribuée en quatre périodes successives qui sont: résorption du sang épanché, cavités séreuses, cavités à parois contiguës, cicatrices proprement dites. Les propositions suivantes feront connaître avec plus de détail quelques-uns de ces résultats.

1° Le mode le plus ordinaire de la résorption du sang épanché dans le foyer hémorragique est le suivant: le sang se convertit en une matière épaisse, boueuse, d'aspects divers, qui disparaît peu à peu, plus ou moins complètement, pour faire place à de la sérosité jaunâtre, puis décolorée.

2° Dans un très petit nombre de cas, la partie solide, fibrineuse du sang, se réduit en un noyau dur, environné de sérosité au centre de laquelle il subit un travail de résorption.

3° Dans d'autres cas fort rares aussi le sang demeure indéfiniment en nature au milieu du tissu cérébral, dont un kyste l'isole.

4° Les traces que laissent, après la résorption du sang, les foyers hémorragiques se présentent sous trois formes distinctes: 1° cavités pleines de sérosité; 2° cavités à parois rapprochées et vides; 3° cicatrices. Ces trois états anatomiques se succèdent l'un à l'autre, comme le premier succède à la résorption du sang; mais non nécessairement; car de même que la réparation reste quelquefois indéfiniment à la première période, lorsque le sang demeure sans s'être laissé complètement résorber, de même elle s'arrête le plus souvent à la seconde ou même à la troisième, et n'arrive que rarement à la dernière, c'est-à-dire à l'état de cicatrisation proprement dite.

5° C'est par erreur que certaines autres lésions anatomiques du cerveau avaient été attribuées à la cicatrisation des foyers hémorragiques, savoir: les *plaques jaunes* et *l'infiltration celluleuse*.

A l'occasion de cette dernière proposition, M. Durand-Fardel se livre à une longue discussion dans laquelle nous regrettons d'autant plus de ne pouvoir le suivre qu'il s'efforce de répondre à quelques objections que l'auteur de cette simple analyse avait élevées en rendant compte, dans ce même recueil (v. GAZETTE MÉDICALE, an 1843, p. 518), du TRAITÉ DU RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL contre l'opinion émise par M. Durand-Fardel sur l'infiltration celluleuse qui ne serait plus, comme on l'avait cru jusqu'alors, l'une des transformations qu'éprouve le sang épanché dans le cerveau, mais bien une des périodes naturelles du ramollissement cérébral. Eh bien! l'auteur de cette analyse mu par le même esprit de bienveillance qui l'animait lors de l'examen du traité de M. Durand-Fardel, qu'il ne connaît pas personnellement, croit devoir se borner à assurer ici qu'après avoir examiné avec toute l'attention convenable les nouvelles preuves apportées à l'appui de cette opinion il lui reste encore bien des doutes sur son exactitude. Aussi appuyé sur des faits en petit nombre, qu'il regarde comme bien observés et où il croit avoir surpris la nature en action; il en appelle à M. Durand-Fardel lui-même, éclairé par l'étude comparée du sang épanché dans les divers organes, et à ceux de ses confrères qui plus heureux que lui sont à même de suivre et de continuer ces études dans les conditions convenables.

RECHERCHES SUR LES ADHÉRENCES GÉNÉRALES DU PÉRICARDE; NOUVEAU MOYEN DE RECONNAITRE CETTE ALTÉRATION; par le docteur ARAN.

Les premiers anatomistes qui trouvèrent, chez certaines personnes mortes d'affections autres que celles du cœur, cet organe recouvert, ainsi que le feuillet pariétal, dans toute son étendue, de fausses membranes ayant la forme de stalactites, de cristallisations ou de grosses papilles sans qu'il en résultât une adhérence intime entre les deux feuillets du péricarde, durent éprouver quelque étonnement, et de là les idées bizarres qui se rattachèrent aux différentes lésions que présentent dans ces cas le cœur et son enveloppe séreuse. La manière dont explique ici M. Aran les diverses formes sous lesquelles se présentent ces fausses membranes, soit qu'elles établissent une adhérence complète, soit qu'elles ne produisent pas d'adhérences et n'aient d'autre effet que de gêner les mouvemens du cœur, nous paraît plausible mais n'offre rien d'assez nouveau pour que nous croyions devoir la reproduire ici. Nous nous bornerons donc à entrer dans quelques détails sur le nouveau moyen qu'indique l'auteur pour reconnaître cette altération et qu'il place naïvement parmi les plus précieuses découvertes du diagnostic.

Après avoir établi, et avec juste raison, que dans certains cas ces adhérences générales, devenues comme un état normal, ne déterminent chez ceux qui les portent aucun symptôme général qui leur soit propre, et que dans d'autres, où elles entretiennent autour du cœur un état inflammatoire continuel, elles ne se révèlent que par les symptômes généraux communs aux maladies organiques du cœur les plus graves, sans qu'aucun de ces symptômes puisse mettre sur la voie de la véritable lésion, il fait remarquer que, dans ces deux conditions, il ne reste plus d'espoir de trouver les bases du diagnostic que dans l'étude des symptômes physiques et signale ceux à l'aide desquels on peut reconnaître que ces adhérences se forment actuellement pendant le cours d'une péricardite, mais qui ne vont pas jusqu'à faire reconnaître celles qui sont formées depuis longtemps. C'est sur cette dernière partie de l'histoire des adhérences qu'il croit devoir jeter quelque jour par un nouveau signe physique dont

il assure que personne n'avait fait mention avant lui. Ce signe, c'est l'affaiblissement et l'extinction plus ou moins complète du second bruit du cœur. Comme il paraît n'avoir observé encore que dans deux cas la coïncidence de ce signe avec la lésion à laquelle il l'attribue, nous allons rapporter sommairement les deux cas.

Obs. I. — ***, âgé de 59 ans, maçon, a eu à 20 ans une fluxion de poitrine avec point de côté à gauche; depuis six mois, sujet à des étouffemens; quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il a ressenti des frissons très fréquens, de la faiblesse, un peu de toux, et une douleur plus vive à l'épigastre et à la région précordiale. A son entrée à l'hôpital, il présente l'état suivant : douleur de côté très légère, pouls à 100, petit, égal et irrégulier : matité plus étendue à la région précordiale, bruits de cœur obscurs, remplacés par un bruit de frottement superficiel assez sec, périphérique et coïncidant avec les deux bruits de cœur. Après une notable amélioration, rechute le quinzième jour, avec étouffement violent, œdème considérable des jambes, impulsion énergique du cœur, dont les bruits sont très sourds, avec cette différence que tandis que le premier se reconnaît parfaitement par le choc de la pointe du cœur, le second est à peine appréciable par des traces de bruit de souffle ou de bruit de frottement. Mort le vingt-septième jour.

A l'autopsie, on trouve les deux feuillets du péricarde adhérens l'un à l'autre dans toute leur étendue, à l'aide d'un tissu cellulaire fin, rougeâtre, facile à déchirer, et dans les mailles duquel il n'y a aucun produit solide ou liquide.

Obs. II. — Jeune femme âgée de 22 ans, a eu, depuis l'âge de 10 ans, plusieurs attaques de rhumatisme, et depuis ce temps a toujours eu des palpitations et de la dyspnée, qui ont beaucoup augmenté et la firent entrer à l'hôpital le 20 décembre 1843, où elle présente une dyspnée excessive, avec menace de suffocation. Le pouls est à 84, régulier, mais dépressible. Voussure très notable à la région précordiale. La matité, fort augmentée, s'étend verticalement depuis le bord inférieur de la troisième côte gauche jusqu'à l'épigastre. L'impulsion systolique est forte, progressive, mais peu d'impulsion diastolique. Examiné à la pointe du cœur, le premier bruit est entièrement couvert par un murmure rude assez prolongé et qui se propage assez loin en dehors et à gauche; *mais le second bruit est à peine distinct.* En remontant de la pointe à la base, on entend encore le murmure rude, et à la base il présente une aussi grande intensité qu'à la pointe, mais plus superficiel. *Dans ce même point, le second bruit est presque entièrement éteint.* Sur le sternum, et dans tout le côté droit de la poitrine, on entend le premier bruit couvert par le murmure, mais presque pas de traces du second. Mort dix jours après l'entrée.

Autopsie. Les deux feuillets du péricarde ont contracté des adhérences générales à l'aide d'un tissu cellulaire assez court, rougeâtre et infiltré de liquide; bien qu'il ne soit pas possible d'en recueillir une quantité notable. Les adhérences sont tellement solides que, en cherchant à dépouiller le cœur, on arrache tout le feuillet viscéral du péricarde et la substance musculaire du cœur est mise à nu. Toutes les cavités du cœur sont considérablement dilatées; le ventricule droit offre partout une épaisseur de 3 lignes et demie, et le gauche celle de 1 pouce; sa cavité pouvait facilement contenir un œuf de dinde. La valvule mitrale est tellement rétrécie qu'elle permet à peine l'introduction du petit doigt. Les valvules aortiques, fortement épaissies, laissent entre elles une fente réellement insuffisante.

Nous ne reproduirons pas les explications que donne l'auteur pour rendre raison de l'affaiblissement et de l'extinction, dans ces deux cas, du second bruit. Pour qu'on doive examiner sérieusement la théorie, il faut que des faits plus nombreux permettent de constater une liaison de causes à effets entre l'extinction du second bruit et l'adhérence générale du péricarde.

DES RETRACTURES DES TISSUS ALBUGINÉS ; par M. GERDY.

Il n'y a de nouveau dans cette note que le mot de *rétracture.* (Voir le travail communiqué à l'Académie des sciences, il y a trois ans, par M. J. Guérin SUR LA RÉTRACTION DU SYSTÈME FIBREUX ET SUR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES LIGAMENS ET DES APONÉVROSES.)

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 AOUT.

INFLUENCE DU RÉGIME ALIMENTAIRE SUR LA FORMATION DE LA GRAISSE CHEZ LES HERBIVORES.

M. Boussingault communique à l'Académie le travail suivant, dont M. Dumas, en son absence, donne lecture.

S'il était démontré que, dans l'alimentation des vaches, le sucre et l'amidon concourent directement à la production du beurre, et que, par conséquent, les racines et les tubercules peuvent être substitués sans inconvénient au foin, aux graines, aux tourteaux huileux, la pratique retirerait de cette substitution des profits considérables. La question de l'influence d'un semblable régime sur la lactation ne saurait donc être trop examinée, et c'est en raison de son importance et en vue de son utilité que M. Boussingault s'est décidé à nourrir deux vaches uniquement avec des betteraves et des pommes de terre.

Les deux pièces mises en expérience se trouvent dans des conditions assez semblables. *Galathée*, âgée de 7 ans (nº 5 de l'étable), avait fait son veau quatre-vingt-seize jours avant le commencement des observations. *Waldeburge* (nº 8) avait vêlé depuis quarante jours; on venait de lui retirer son veau. Ces deux vaches étaient au régime de l'étable, qui se composait par tête et par vingt-quatre heures de :

Foin	12 kilog.
Pommes de terre	8,5
Betteraves	12
Tourteaux de colza	1
Paille hachée à discrétion.	

Avec ce régime, la moyenne du lait rendu par chacune de ces vaches a été de 8 à 9 titres.

Comme il importait que les vaches ne prissent aucune autre nourriture que celle sur laquelle il s'agissait d'expérimenter, on les priva de litière, et afin qu'elles ne souffrissent point de cette privation, on établit dans leurs étables une estrade en planches sur laquelle elles reposaient commodément.

Nous nous bornerons ici à énoncer en résumé le résultat des diverses expériences qui ont été faites : la première a consisté à nourrir les deux vaches exclusivement avec de la betterave pendant dix-sept jours. Au bout de ce temps, le poids des deux vaches n'était plus que de 1074 kilog. Comme au commencement de l'expérience, ce poids était de 1161 kilog., les vaches ont perdu 7 1/2 p. 100 de leur poids initial.

Après cette observation, les deux vaches se trouvaient en si mauvaise condition que l'on jugea prudent de les remettre au régime ordinaire pendant quatre jours, après quoi on les soumit à l'usage du regain de foin.

Le poids des deux vaches, qui était de 1,114 kil. au commencement de cette seconde expérience, est arrivé par quinze jours de régime au regain, à 1,156. Les vaches ont augmenté par conséquent de près de 4 p. 100 de leur poids initial.

Les vaches étant revenues à peu près au poids qu'elles avaient lors de la première observation, on les a mises au régime de la pomme de terre.

D'après cette troisième expérience, en quatorze jours le poids initial a diminué de 3 p. 100 ; c'est une diminution très forte si l'on considère qu'elle a été supportée par des animaux dont le poids avait déjà considérablement baissé pendant les quelques jours qui ont précédé la première pesée. Les vaches avaient éprouvé une perte également forte lorsqu'elles passèrent du régime normal au régime exclusif de la betterave. On peut d'ailleurs juger par l'ensemble des pesées exécutées dans ces recherches, de l'état d'amaigrissement auquel sont arrivées les deux vaches laitières par suite de l'alimentation aux racines et aux tubercules, et malgré le régime réparateur du regain qu'elles ont reçu dans l'intervalle des deux expériences extrêmes.

On trouve, en définitive, que les deux vaches mises en expérience ont perdu par tête 82 k. 5, par suite des régimes aux betteraves et aux pommes de terre. Cette énorme perte explique suffisamment l'état de maigreur dans lequel sont tombés ces animaux, auxquels il a fallu un temps assez long pour se rétablir.

Il résulte des faits exposés que les betteraves et les pommes de terre données seules sont insuffisantes pour nourrir convenablement les vaches laitières, alors même que les fourrages sont administrés avec abondance, on peut même dire à discrétion, puisque très souvent les vaches ont laissé une partie de la ration qui leur était offerte.

Une ration alimentaire peut être insuffisante par diverses causes : 1º si la nourriture ne contient pas une quantité de principes azotés capables de réparer les pertes des principes également azotés qui sont éliminés de l'organisme; 2º si les matières digestibles ne renferment pas le carbone nécessaire pour remplacer celui qui est brûlé dans la respiration ou rendu avec les sécrétions ; 3º si les alimens ne sont pas assez chargés de sels, particulièrement de phosphates, pour restituer à l'économie ceux de ces principes salins qui en sont continuellement expulsés; 4º enfin, et d'après des vues qui ont été émises dernièrement, la ration sera insuffisante, si elle n'est pas assez riche en matières grasses pour suppléer à celles qui sont entraînées par le lait ou par les autres sécrétions.

Ces principes admis, il convenait d'examiner si les régimes alimentaires auxquels les vaches ont été soumises dans le cours de ces recherches remplissent les diverses conditions qui par leur ensemble constituent un aliment complet.

Dans la nourriture reçue par les vaches, il y avait assez de sucre et d'amidon, assez de principes azotés, assez de substances salines pour suffire à la production de la chaleur animale, pour réparer toutes les pertes occasionnées par les sécrétions; et cependant sur les trois rations essayées, il y en a eu deux, celles des racines et des tubercules, qui ont été réellement insuffisantes. Ce sont précisément les deux rations qui contiennent une quantité de principes gras de beaucoup inférieure à celle qui faisait partie du lait et des déjections.

Les faits qui sont rassemblés dans ce mémoire recevront sans doute diverses explications. Cependant je crois, dit en terminant M. Boussingault, que leur interprétation la plus naturelle, celle du moins qui s'accorde le mieux avec l'ensemble des résultats pratiques que j'ai eu l'occasion d'enregistrer, consiste à admettre que les alimens des herbivores doivent toujours renfermer une dose déterminée de substances analogues à la graisse, destinées à concourir à la production du gras des tissus, ou à la formation de plusieurs sécrétions qui, comme le lait et la bile, contiennent des matières grasses en proportion notable. Si, malgré une dose insuffisante de principes gras dans les fourrages qu'elles consomment, des vaches continuent à donner les produits qu'on en obtenait sous l'influence d'un régime alimentaire complet, c'est qu'elles contribuent à l'élaboration de ces sécrétions aux dépens de leur propre graisse. Chaque jour peut-être, pendant un temps limité, une vache placée dans ces circonstances rendra le même nombre de litres de lait; il n'y aura pas de diminution subite; mais chaque jour aussi, comme je l'ai constaté, la vache perdra 1 à 2 kil. de son poids; et si l'on persiste à lui donner une nourriture incomplète, quelque abondante que soit d'ailleurs cette nourriture, l'amaigrissement qui en sera la con-

séquence pourra devenir tel que l'existence de la vache en soit sérieusement compromise.

M. Dumas, après avoir donné lecture du mémoire de M. Boussingault, ajoute qu'il vient de recevoir en outre une lettre de son honorable ami, dans laquelle il lui donne les détails de l'expérience qu'il vient de terminer sur l'engraissement du porc au moyen des pommes de terre. Les résultats en sont parfaitement d'accord avec ceux qui concernent la production du beurre. Un porc pesant 59 k. 5 a été mis au régime des pommes de terre pendant 205 jours. Il a pendant ce temps dévoré 1500 k. de tubercules renfermant 3 kil. de graisse anhydre. Or à l'analyse cet animal a donné 17 k. 39 de graisse également anhydre. Un autre porc pesant 60 k. 5 renfermait 15 k. 48 de graisse anhydre. Ces résultats sont, comme on le voit, tout à fait contraires aux opinions qui admettent la formation de la graisse par les herbivores ; elles concordent avec celles qui ont été émises de concert par MM. Boussingault, Payen et Dumas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Après quelques observations de M. Delens sur la rédaction du procès-verbal, cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de l'ordonnance royale qui approuve la nomination de M. Laugier.

M. le président invite M. Laugier à signer la feuille de présence et à prendre place parmi les membres.

M. Barbier (d'Amiens), correspondant de l'Académie est présent à la séance.

PESTE.

M. Pariset fait un rapport sur un mémoire lu par M. Louis De La Porte, chirurgien de la marine royale, relatif aux foyers, aux causes, à la reproduction de la peste et à la durée de l'incubation.

Dans le premier chapitre, l'auteur s'attache à démontrer que la peste est une maladie très ancienne. Il cite à l'appui de cette proposition les paroles énigmatiques de la sibylle, un mot très équivoque d'Hérodote et quelques traits empruntés çà et là des saintes Ecritures. L'Ecriture parle, en effet, de maladies caractérisées par frisson, fièvre, tumeur et charbon. Mais le frisson et la fièvre sont partout ; les tumeurs, les charbons avec frisson et fièvre, constituent des maladies spéciales; ils peuvent appartenir à la peste, mais ils peuvent également appartenir à de tout autres maladies. Il n'est pas vrai qu'Hippocrate ait décrit la peste; il est certain que Galien n'en parle pas, et Galien avait étudié à Alexandrie. Que l'admirable hygiène pratiquée par l'ancienne Egypte lui ait été suggérée par de grandes épidémies de peste, et que par conséquent la peste lui ait préexisté, c'est ce qu'a supposé Volney, c'est ce que suppose M. De La Porte; mais les témoignages historiques nous manquent. La possibilité d'un fait n'en établit pas la réalité; et quand le fait serait réel, il prouverait qu'avant tous les temps connus l'Egypte a été ce qu'elle est encore aujourd'hui, un véritable foyer de peste; or, dit M. Pariset, c'est à quoi nous souscrivons très volontiers.

La détermination des causes est l'objet du second chapitre. Selon M. De La Porte, l'infection est la première, et cette infection il l'a rencontrée à Alexandrie, à Jafa, à Smyrne, à Constantinople, à Rhodes, à Jérusalem. Dans ces lieux si divers, dans les villes, dans les villages, partout des rues étroites, tortueuses, crevassées, presque toutes sans pavés; partout des eaux croupissantes, des habitations de terre, de boue, de carcasses d'animaux, pour les pauvres; dans les maisons riches, des rez-de-chaussée bas, obscurs, humides; partout des matières animales et végétales pourrissant à la surface du sol, et jusque dans l'intérieur des maisons.

Le rapporteur suit M. De La Porte dans l'examen des autres causes, *circumfusa*, *ingesta*, *gesta*, et trouve que tout ce qui peut concourir à la génération spontanée de la peste est réuni en Egypte et sur une surface de plusieurs centaines de lieues carrées. De telle sorte que le merveilleux serait, non de voir la peste en Egypte, mais de ne l'y voir pas.

Toutefois, des médecins ont élevé des doutes sur les pernicieux effets de l'infection. M. De La Porte répond à ces doutes par des faits péremptoires, et cite entre autres celui que rapporte Dower. Dower, l'inventeur de la poudre qui porte son nom; Dower, l'élève de Sydenham, pirate et médecin tout ensemble, dont l'équipage à Guayaquil en Amérique eut la peste après avoir passé la nuit dans une église dont les tombeaux avaient été fouillés.

Dans le troisième chapitre, l'auteur s'occupe de la propagation de la peste, ou des voies par lesquelles cette maladie se reproduit. M. De La Porte est donc partisan de la contagion, ou plutôt de la transmission, expression plus générale et plus juste. Quelles sont ces voies de transmission? M. De La Porte se prononce pour le contact, mais avec de grandes restrictions. Les voies de transmission sont ensuite les voies respiratoires et les voies digestives. Mais les moyens les plus redoutables de transmission sont, à ce qu'il semble, les effets qui ont été à l'usage des malades, les vêtemens qu'ils ont portés, le linge qui les a touchés et qui s'est imprégné de leurs émanations. Les exemples de ce mode de propagation sont innombrables. En 1835, à l'hôpital du Caire, le 15 avril, deux pestiférés moururent, laissant leurs chemises, leurs camisoles et leurs caleçons trempés de sueur. On en revêtit sur le champ deux condamnés; on les mit ainsi équipés dans les lits encore chauds des malheureux qui venaient d'expirer. Le 19, l'un de ces condamnés eut la peste, et une peste mortelle. L'autre ne l'eut que le 21, et il se rétablit. Expérience équivoque, a-t-on dit. En voici une qui l'est peut-être moins. Les chrétiens d'Abyssinie ont toujours quelques-uns de leurs religieux à Jérusalem pour la garde du Saint-Sépulcre. La peste vint à Jérusalem. Loin de la redouter, les religieux abyssins la considèrent comme un bienfait du ciel qui va leur ouvrir le paradis. Quelques-uns furent pris et succombèrent; les autres, empressés de les suivre dans l'éternelle félicité, prennent leurs vêtemens, se mettent dans leurs lits, et tous meurent en quelques jours. Ils étaient au nombre de dix-sept.

L'expérience a démontré que ces vêtemens, que ces effets laissés par les morts doivent être détruits ou purifiés et par des lotions, et par une longue exposition à l'air libre. Si, au contraire, on les replie sur eux-mêmes, si on les cache dans des coffres, dans des armoires, dans des malles, à l'abri de l'air extérieur, non seulement le venin dont ils sont pénétrés se conserve, mais il y prend une énergie qui le rend beaucoup plus dangereux qu'il ne l'était dans l'origine. Il se fait là des combinaisons que la chimie n'a pas encore étudiées, et dont elle ne connaîtra peut-être jamais ni le degré, ni la durée.

Du reste, M. De La Porte ne dissimule pas que la transmission de la peste, ou la contagion, n'est pas un fait constant, inévitable, absolu. On a sur ce point les exceptions les plus étonnantes. Quoi de plus surprenant, en effet, qu'une femme grosse qui n'a pas la peste, et qui met au monde un enfant qui a la peste; qu'une femme grosse qui a la peste, et qui met au monde un enfant qui ne l'a pas?

Il est un dernier moyen de transmission que M. De La Porte semble rejeter sans réserve; ce sont les marchandises. Le rapporteur ne se prononce pas sur ce point aussi résolument que l'auteur du mémoire. Il cite plusieurs exemples où la peste semble avoir été communiquée par cette seule voie.

Dans le dernier chapitre, l'auteur traite de la période d'incubation. M. Pariset a renfermé l'examen de ce point dans l'examen d'un mémoire récemment adressé par M. de Cigalla. Dans ce mémoire, l'auteur parle de vingt apparitions de peste qui ont eu lieu dans les Cyclades depuis 1832 jusqu'aux premiers mois de 1844, c'est-à-dire dans le cours de douze années. Toutes ces pestes, que cite M. Cigalla, sont venues sur autant de bâtimens, et ces bâtimens n'ont eu, l'un dans l'autre, qu'un assez petit nombre de malades. Parmi les faits que cite M. Cigalla, on trouve le suivant : La peste est dans un lieu de Turquie qu'on appelle Jocia. Le docteur Manfredi, médecin du pacha-gouverneur, se retire à la campagne avec sa fille, son fils, âgé de quinze ans, et ses domestiques. Le jeune garçon avait un chien qu'il aimait beaucoup. Ce chien s'absente deux jours; il revient; grande joie pour l'enfant. Mais en prenant le chien pour le caresser, il s'aperçoit que cet animal a un bubon dans l'aine. Il en avertit son père, qui veut sur le champ faire tuer le chien. L'enfant demande grâce; on met le chien dans une chambre. Le soir même l'enfant a la peste : céphalalgie, fièvre, vomissement. Le troisième jour, l'enfant et le chien meurent. En même temps la fille de M. Manfredi et un de ses domestiques tombent malades et meurent. Pour sauver les autres et lui-même, M. Manfredi, privé de ses enfans, quitte la Turquie et se réfugie à l'île de Scio.

Quant à la durée de l'incubation, M. De La Porte s'arrête à une période de sept jours. M. Cigalla flotte entre sept et quinze jours; mais dans une note additionnelle, il avoue que la période peut être encore beaucoup plus longue, et que la question est encore indécise.

M. le rapporteur cite à ce sujet le fait suivant : En 1819, un jeune Suédois vint d'Alexandrie à Marseille ; il entra au lazaret; il y eut la peste, et n'en sortit qu'après sa guérison. Or, à cette époque, on n'avait point de bateau à vapeur, et le voyage d'Egypte en France ne prenait guère moins de trente jours. Aujourd'hui, dit-il, en France et en Angleterre, le gouvernement n'impose que vingt et un jours de quarantaine, y compris le temps du voyage. Cette réduction est, ce lui semble, tout ce qu'elle peut être, pour concilier les intérêts du commerce et les intérêts sacrés de la santé publique. A Livourne et à Trieste, on est plus rigoureux.

Pour conclusions finales, M. le rapporteur propose :

1° D'adresser des remercîmens à MM. De La Porte et Cigalla;

2° De déposer honorablement leurs mémoires dans les archives de l'Académie;

3° D'insérer leurs noms sur la liste des futurs correspondans.

M. Rochoux : Vous venez d'entendre le rapporteur nous énumérer les causes permanentes d'insalubrité qui existent en Egypte; c'est à ne pas y croire. Les contagionistes eux-mêmes reconnaissent donc, comme on le voit, que la contagion n'est pas l'unique source du développement de la maladie. Pour moi, je ne conteste pas que la peste ne puisse se communiquer d'individu à individu, mais je dis qu'il y a loin de là à reconnaître la contagion comme cause unique ou même principale de la peste. Quant aux cordons, aux lazarets, aux mesures sanitaires de toute espèce, je les considère non seulement comme inutiles, mais même comme nuisibles à l'humanité et surtout aux intérêts commerciaux. On sait que depuis 20 ans il se fait un commerce immense entre l'Europe et l'Egypte, qu'il existe des communications de tous les jours, sans que, depuis cette époque, il se soit développé un seul cas de peste en Europe. Qu'on vienne nous dire maintenant qu'un corbeau tombé au milieu d'une ville, qu'un bout de corde ou un ballot de marchandises resté plusieurs années dans la mer ont pu donner la peste. Ce sont tout autant de contes avec lesquels on a entretenu les préjugés des habitans de Marseille. L'expérience est là pour nous prouver l'inutilité des lazarets, malgré la facilité toujours croissante des communications.

M. Castel : Les grandes calamités laissent toujours après elles de longs souvenirs, et ce que M. Rochoux appelle des préjugés sont de justes préventions entretenues par la lecture de l'histoire des temps passés. La question de la contagion n'a point été encore résolue parce qu'elle n'a jamais été bien posée. On la présente toujours sous un point de vue absolu, tandis qu'elle ne peut être jugée au contraire qu'à un point de vue relatif. Il n'y a aucune maladie dont on puisse dire qu'elle n'est ou ne sera jamais contagieuse. Il s'est introduit dans le langage médical des subtilités qui ne font qu'embrouiller la question; telles sont les distinctions que l'on a cherché à établir, sans aucun fondement à mon avis, entre la contagion, l'inoculation et l'infection. Une maladie ne cesse point d'être communicable par infection alors même qu'elle est susceptible d'être transmise d'un corps à un autre par contact. Il n'est pas nécessaire non plus d'admettre l'exis-

tence d'un foyer pour qu'il y ait infection. Il suffit de la communication d'un corps à un autre pour constituer l'infection.

M. Castel entre ici dans des considérations qu'il nous est difficile de suivre sur l'influence des foyers permanens d'infection, et celle des climats et de la direction des vents sur les maladies réputées contagieuses et en particulier sur la peste.

M. Rochoux : Un homme dont l'Académie ne récusera pas l'autorité, tant sa justesse d'esprit était grande, Napoléon a remarqué que la peste se propageait beaucoup plus par la voie de la respiration que par contact.

M. Moreau : M. Rochoux semble tantôt admettre, tantôt rejeter la contagion; je voudrais savoir quelle est définitivement son opinion sur cette question.

M. Rochoux : Mon opinion n'a jamais varié; je ne crois pas à la contagion de la peste.

M. Hamon : Je demande la parole. (Une voix : L'ordre du jour.)

M. le Président : Sur quoi M. Hamon demande-t-il la parole?

M. Hamon : Sur la question en discussion.

M. le Président : M. Hamon n'étant point membre titulaire, je dois consulter l'Académie pour savoir si elle entend lui accorder la parole.

M. Hamon : En demandant la parole, je ne fais qu'user d'un droit qui m'est accordé par le règlement en ma qualité de membre associé. La parole ne peut pas m'être refusée.

M. Dubois (d'Amiens) : Puisque M. Hamon insiste, je me crois obligé de lui observer qu'il n'a pas le droit d'exiger la parole; elle ne peut lui être accordée qu'avec l'assentiment de l'Académie.

M. Hamon insiste de nouveau.

Les membres du bureau consultent le règlement et reconnaissent que M. Hamon est effectivement dans son droit; en conséquence la parole lui est accordée.

M. Hamon : Dans la question qui occupe l'Académie, il y a un fait très important qu'il devient nécessaire d'éclaircir définitivement, c'est celui de la contagion. A la solution de cette question se rattache un intérêt international des plus graves qui, jusqu'à présent, est resté en suspens. D'après les uns, la peste se communiquerait par contagion; d'après d'autres, ce serait par infection. Je crois que c'est une question puérile de chercher à déterminer par lequel de ces deux modes de communication la peste se propage. Que ce soit d'une manière ou d'une autre, toujours est-il que la peste se communique. Je n'en veux d'autre preuve que les faits suivans. Ici M. Hamon rapporte plusieurs faits de communication de peste qui ont eu lieu par des provenances d'Egypte, à Marseille en 1819, à Venise en 1818, à Gênes en 1836, à Malte en 1829, etc. Je n'examinerai pas, ajoute-t-il, s'il faut conclure de ces exemples déjà nombreux de communication de peste en Europe, à l'inutilité des lazarets et à la nécessité de leur abolition. Je considérerais, pour moi, la destruction des lazarets comme très malheureuse; mais ce qu'il importe pour le moment, c'est de savoir si l'on peut imiter sans danger les modifications que les Anglais ont apportées à leur système sanitaire. On a dit, c'est M. Londe qui s'est exprimé ainsi, qu'à Marseille il n'existait point de conditions du développement de la peste comme en Egypte. Je crois que M. Londe se trompe. Il existe, au contraire, à Marseille, des conditions d'insalubrité telles, que si la peste venait à y être introduite, il y aurait fort à craindre qu'elle ne s'y développât rapidement. La peste est souvent bénigne; mais on sait qu'elle acquiert environ tous les dix ans un caractère très grave de malignité, et c'est dans cette période qu'il est à craindre de la voir se propager en Europe; il est par conséquent nécessaire de conserver les mesures sanitaires actuellement en usage.

Pour concilier tous les intérêts, dit en terminant M. Hamon, je proposerais que les bâtimens avec patente nette fussent soumis à une quarantaine de quinze jours, voyage compris, et qu'avec patente brute la durée de la quarantaine fût laissée à la disposition des autorités sanitaires.

M. Londe : M. le secrétaire perpétuel a cité un fait d'incubation de peste ayant duré 30 jours. Je rappellerai à cette occasion les recherches si nombreuses et si précises de M. Aubert sur ce sujet. Il me paraîtrait impossible, si le fait dont vient de parler M. Pariset était exact, qu'il eût échappé à l'attention de M. Aubert.

M. Pariset : Je tiens ce fait de l'ambassadeur de Suède. Ce fait remonte à 1819, époque où, comme on le sait, les bâtimens venant d'Alexandrie mettaient plus d'un mois à faire la traversée. Je puis attester, d'ailleurs, qu'il est très commun de voir en Egypte des individus atteints de peste après plus de 30 jours d'incubation.

M. Adelon : Voilà plusieurs fois que l'on discute dans cette enceinte sur la question de la contagion de la peste; toutes les fois que ce sujet a été ramené, on a confondu deux questions : la question scientifique et la question législative. La première, celle qui consiste à rechercher si la peste est contagieuse ou infectieuse, si elle l'est par les hommes ou par les choses, quelle est la durée de la période d'incubation, etc.; celle-là seule est de la compétence de l'Académie. Si une solution est grave, difficile et digne d'occuper les instans de l'Académie, c'est certainement celle-là. Mais comme conséquence de cette première question, on en a toujours abordé une autre qui sort entièrement de nos attributions, je veux parler de la question législative. Sans doute cette question, pour être résolue, demande la solution de la première; mais ce n'est pas dans cette enceinte qu'elle peut être traitée. Je désirerais donc qu'on fût plus sobre à l'avenir de discussions de ce genre, pour lesquelles nous n'avons ni mission, ni aptitude convenable, et qui ne mèneront jamais à grand chose. Quant à la question purement scientifique, je regrette qu'on la discute aussi légèrement. Je voudrais que l'Académie acceptât l'offre qui lui serait faite par quelques-uns d'entre nous de s'occuper mûrement et exclusivement de cette question. On a dit à cette occasion que l'Académie n'avait pas reçu mission spéciale de s'en occuper; mais je ne crois pas que cela soit nécessaire; l'Académie est un comité permanent de salubrité; à ce titre, il est dans son droit, je dirai mieux, de son devoir de s'occuper spontanément de tout ce qui intéresse la santé publique. Quant au choix de la commission que je propose, je ne pense pas qu'il doive être attribué au bureau. Ceux d'entre nous qui ont le goût et l'aptitude nécessaire pour ce genre de questions s'offriront d'eux-mêmes à en faire partie. Je propose en conséquence que 7 ou 8 membres se réunissent en commission permanente pour s'occuper spécialement de cet objet, et que jusqu'à ce que cette commission se juge suffisamment éclairée pour faire un rapport, on suspende toute discussion sur cette question. (De toutes parts : Appuyé, appuyé.)

M. Dubois (d'Amiens) : Je demande la parole.

M. Rochoux (vivement) : Je demande à combattre la proposition.

M. Velpeau : Pour un amendement.

M. le Président : Avant d'ouvrir la discussion sur la proposition de M. Adelon, je vais mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Pariset. (Oui, oui.) — Ces conclusions sont adoptées.

M. Dubois (d'Amiens) : J'ai demandé la parole pour appuyer la proposition de M. Adelon. Depuis longtemps le bureau s'était préoccupé de la question et il a longuement examiné la convenance de désigner une commission spéciale qui aurait pour objet l'étude de tout ce qui est relatif à la peste. Je demanderai en conséquence que la proposition de M. Adelon soit renvoyée au bureau.

M. Rochoux : Si la commission qu'on propose voulait travailler, je ne demanderais pas mieux que de la voir constituée; mais je ne crains pas de prédire qu'elle ne fera rien et que vous n'aurez jamais de rapport. (Oh!)

M. Velpeau : Je ne suis pas de l'avis de M. Rochoux. Je crois, au contraire, que la commission que propose M. Adelon sera à même de rendre un véritable service, ne fût-ce qu'en empêchant l'Académie d'employer plusieurs séances à discuter une question qu'elle ne pourra jamais éclairer de cette manière. J'appuie en conséquence la proposition.

M. Adelon : Je demanderai à M. Rochoux s'il pense qu'en s'en rapportant à l'improvisation de quelques membres, la solution avancera plus vite. Rien n'empêchera d'ailleurs les personnes qui s'intéressent à la question de se joindre à la commission.

La proposition de M. Adelon est mise aux voix et adoptée à la presque unanimité.

M. le Président invite les membres qui désireront faire partie de cette commission à en faire part au bureau.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde; par C.-E.-S. Gaultier de Claubry, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Un vol. in-8°. Chez Baillière.

S'il est une maladie examinée, étudiée depuis longtemps, ce que témoignent les annales de la science, c'est assurément la *fièvre typhoïde*. Les noms, les doctrines, les opinions ont varié selon les époques, selon les idées dominantes, le fond est resté toujours le même. Malheureusement, après tant de travaux, l'incertitude n'est pas dissipée, la science est encore dans les ténèbres, et, sous beaucoup de rapports, elle semble tourner dans un cercle de mécomptes et de contradictions. Cela est triste à dire, car la fièvre typhoïde est une maladie fréquente, presque toujours grave, souvent mortelle, et qui attaque presque toutes les classes de la société. Quelquefois même elle acquiert, dans certains cas, un caractère de violence, d'intensité si marqué, qu'elle ravage les armées, décime les populations; on l'appelle alors *typhus*, maladie des prisons, des armées, etc. Mais ne préjugeons pas la question. En effet, le typhus et la fièvre typhoïde constituent-ils une seule et même affection morbide? Peut-on les classer dans la même place du cadre nosologique? En un mot, leur marche, leur nature, leur traitement sont-ils différens ou identiques? Tel est précisément l'objet du livre de M. Gaultier de Claubry. Une pareille question est d'un haut intérêt, du moins l'Académie de médecine l'a jugé ainsi, car elle en fit, il y a peu d'années, le sujet d'un de ses prix. Le mémoire de M. Gaultier de Claubry fut couronné, et il le méritait, soit à raison de l'étendue des recherches de l'auteur, soit à cause des résultats précis où il fut conduit. Toutefois, comme les bons esprits qui n'abandonnent pas facilement l'objet de leurs travaux, M. Gaultier de Claubry a repris le sien en sous-œuvre; il l'a revu, il l'a étendu, fécondé par de nouvelles observations; tel est l'ouvrage qu'il offre maintenant au public médical. Ce livre est pour ainsi dire un tissu de faits et d'observations, par conséquent tout pratique, et s'il est vrai que le médecin doive tenir sans cesse à la main le crible de l'expérience, on peut assurer que l'auteur ne l'a pas quitté un instant; aussi est-il arrivé à des conclusions importantes et qui nous semblent décisives.

Ce médecin était d'ailleurs d'autant plus à même d'étudier les maladies dont il s'agit, qu'étant officier de santé dans les armées de Napoléon, il a lui-même été atteint par le typhus; en sorte qu'il a pu dire, ainsi que l'auteur de cet article, également placé dans les mêmes conditions : *Ego ipse, hoc morbo laboravi et alios hoc morbo laborantes vidi.* On peut en croire des témoins qui non seulement ont vu, mais qui ont souffert, éprouvé une aussi terrible maladie que le typhus nosocomial.

L'auteur n'a point voulu, comme il le dit expressément, faire un traité *ex professo* du typhus; son but unique a été de constater, non pas l'analogie, mais l'*identité* de cette maladie avec la fièvre typhoïde, en les examinant l'une et l'autre sous le quadruple rapport de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique, de la condition pathogénique et du traitement tant curatif que prophylactique. Répugnant à toute explication logomachique, ne voulant exposer que des principes tirés comme on dit des *entrailles de la chose*, l'auteur ne s'adresse qu'aux faits, toujours aux faits, et les a puisés aux sources les plus authentiques. Il les soumet ensuite à un examen comparatif et analytique, afin d'en peser la valeur, d'en connaître la portée, d'où il tire ensuite des conclusions aussi nettes que positives; méthode excellente quand on veut de bonne foi rechercher la vérité et la placer sous un foyer de lumière, afin de la faire rayonner le plus loin possible.

M. Gaultier de Claubry établit donc un parallèle le plus complet possible entre le typhus des armées et la fièvre typhoïde, parallèle qu'il poursuit avec ordre et persévérance dans les différentes phases que présentent ces maladies. Ainsi, les onze chapitres qui composent la totalité de ce livre sont consacrés à cette importante discussion, dans laquelle, sans tout réduire an même dénominateur, l'auteur prouve que ces deux maladies sont parfaitement *identiques* dans leur nature, dans leur marche, dans leur traitement, opinion partagée d'ailleurs par M. Louis, témoignage important et dont M. Gaultier de Claubry sent avec raison toute la valeur. Si la nature, sibylle impénétrable, ne s'explique souvent qu'en termes obscurs, on peut dire néanmoins que l'observation attentive des phénomènes finit toujours par obtenir des clartés qui approchent de l'évidence, pourvu qu'on ne s'aventure pas à des conséquences hâtives, à des conclusions précipitées; nons en avons de nouvelles preuves dans l'ouvrage qui nous occupe.

On ne pourrait, sans injustice, reprocher à l'auteur de négliger les renseignemens; loin de là, il cherche, il consulte, il interroge non seulement les faits et la nature, mais les auteurs qui ont écrit sur ces deux maladies. C'est ainsi que, dans le premier chapitre, où il s'agit de la symptomatologie, l'auteur fait l'analyse raisonnée de trente-deux relations du typhus des armées, depuis l'épidémie publiée par Pringle, en 1743, jusqu'à celle de Rheims, observée en 1839, par M. Landouzy. « Ainsi, dit-il, voilà près d'un siècle, de 1742 à 1840, que *le typhus des armées, des hôpitaux, des prisons*, se montre partout avec la même symptomatologie. » Viennent ensuite une vingtaine d'observations, présentant les phénomènes les plus remarquables de cette maladie. Ce soin de l'auteur de s'appuyer sur les relations des épidémies de typhus est d'autant plus à remarquer que beaucoup d'ouvrages ou de thèses sur la fièvre typhoïde, publiés dans ces derniers temps, n'en font aucune mention. Il est très probable même que ces relations sont inconnues aux auteurs de ces publications, au grand préjudice de la science et des bonnes doctrines. Ce que M. Gaultier de Claubry a fait pour le *typhus*, il le fait ensuite pour la fièvre typhoïde, en sorte que le lecteur peut aisément connaître l'ensemble des phénomènes de ces deux maladies, placées pour ainsi dire face à face et explorées dans tous les sens. Rien de plus facile alors de saisir les principes fondamentaux, c'est-à-dire l'expression synthétique des faits en particulier; ainsi se forme le dogmatisme expérimental, autrement dit les bases de la véritable médecine.

L'auteur ne s'écarte point de la marche qu'il a suivie pour la symptomatologie, quand il examine et compare ensuite l'intensité respective, les formes diverses, les symptômes en particulier, l'anatomie pathologique, la mortalité comparative, les causes et le traitement des deux affections; partout il trouve et signale cette identité, ce fond de similitude, objet de son travail.

Relativement à la cause intime, réelle et productrice de ces deux maladies, il s'en faut que l'évidence luise à cet égard dans la science; tout est vague, incertain et relégué dans le domaine des simples aperçus, opinion du reste partagée jusqu'à ce jour par les observateurs les plus exacts. Toutes les explications données sur ce grand sujet ne présentent rien de satisfaisant, au moins pour quiconque ne se contente ni de raisonnemens ni de conjectures. Veut-on entrer dans le champ de l'hypothèse on s'y égare aussitôt, et l'histoire présente ici un vaste ossuaire d'opinions et de systèmes qui méritent d'autant moins de fixer l'attention que personne n'ignore combien la prévention systématique courbe le sens et fausse la raison. Il n'en est pas de même des causes extérieures, elles sont mieux connues, notamment tout ce qui concerne les redoutables effets de l'*encombrement*. Sans nier tout à fait l'influence de ces causes, M. Gaultier de Claubry ne leur donne pas cependant une influence absolue. Selon lui, « le typhus est le résultat d'une condition tellement identique de l'organisme, qu'il semble peu rationnel de lui assigner pour cause productrice cette foule de circonstances variées, de conditions diverses, qu'on a coutume d'énumérer avec une sorte de complaisance routinière, en tête de toutes les histoires d'épidémies de cette maladie. » (P. 324.) Un peu plus loin, l'auteur donne à son sentiment un motif qui nous semble décisif et péremptoire. « Il y a, dit-il, dans toutes les campagnes de guerre des intempéries atmosphériques, des fatigues, des misères de tout genre; il y a des renouvellemens d'épidémies de catarrhe, de dysenterie, etc.... Pourquoi ceux d'entre les soldats qui, dans une précédente campagne, et souvent longtemps auparavant, ont éprouvé le *typhus*, ne ressentent-ils plus les atteintes de cette maladie qui, au contraire, affecte leurs camarades jusque-là épargnés? De plus, on sera asphyxié autant de fois qu'on se plongera dans un foyer d'asphyxie. Par quel privilége le foyer d'infection né de l'encombrement n'exercerait-il qu'une fois son action délétère? » (P. 329.) Une réponse satisfaisante à ce raisonnement paraît impossible, à moins d'admettre avec Hildenbrand, dont l'auteur rapporte les paroles, que le typhus, ainsi que la variole et la rougeole, dépendent d'un germe, d'un principe virulent tout à fait spécial.

Ainsi qu'on peut le croire, la question de la contagion n'est point oubliée, et qui ne connaît dans la science les difficultés, les ronces de ces questions sur une infinité de sujets? Quant au *typhus nosocomial*, à peu d'exceptions près, les médecins pensent que cette dangereuse maladie est transmissible; trop d'exemples désastreux l'ont démontré pendant les grandes guerres de l'empire. Mais en est-il de même pour la fièvre typhoïde? M. Gaultier de Claubry n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative, toutefois avec les différences d'intensité respectives que présentent ces deux maladies, et nous pensons qu'il a raison. Il est des cas où la fièvre typhoïde se communique rapidement; on en voit d'autres où cet effet n'a pas lieu au moins d'une manière patente. Mais outre qu'il y a des individus privilégiés pour échapper à la contagion est-on bien sûr que les personnes qui entourent le malade n'aient pas été atteintes de la maladie à une époque quelconque de leur vie, et qu'elles se trouvent par cela même dans un cas d'immunité? Ajoutons que lorsqu'il s'agit de fièvre typhoïde sporadique, le caractère contagieux doit être peu prononcé. Mais rassemblez ces mêmes individus, en un mot qu'il y ait *encombrement*, en peu de temps le caractère contagieux se prononcera fortement. La maladie a-t-elle changé de nature? Nullement; elle a seulement acquis un degré d'intensité qu'elle n'avait pas. C'est ce qu'on remarque également pour certaines épidémies de dysenterie et peut-être aussi pour la fièvre puerpérale.

Quant au traitement, l'auteur, continuant son parallèle, prouve qu'il est le même dans l'une et l'autre affection. Il examine ce traitement sous les trois rapports suivans : 1° dans ce qu'a été fait; 2° dans ce qu'il convient de faire; 3° enfin dans la prophylaxie, et, comme il l'assure, il trouve sous ce triple point de vue, dans les deux maladies, la plus parfaite uniformité. De là ces conclusions présentées dans un résumé substantiel. « Qu'en définitive, sous le quadruple rapport de la condition pathogénique, des symptômes caractéristiques, des altérations anatomiques, et du caractère d'affection spécifique contagieuse, le *typhus* et la *fièvre typhoïde* sont une seule et même maladie, une *fièvre exanthémateuse, contagieuse, spécifique.* » (P. 487.)

Nous adoptons ces conclusions; elles nous semblent le résultat des faits observés, médités avec soin, en un mot de l'*esprit* des faits, bien au-dessus de leur simple exposition. Une discussion solide, lumineuse et convaincante, l'art de tirer des déductions rigoureuses et précises d'une foule d'observations isolées, le soin de ne rien omettre de favorable ou de contraire au principe avancé, un certain cachet d'évidence de bonne foi, de sens critique judicieux, voilà ce qui frappe dans cet ouvrage très digne de fixer l'attention publique. C'est l'œuvre d'un homme de savoir et de jugement qui sans outrecuidance d'hypothèse ou de paradoxe, n'a d'autre prétention que de rechercher et de proclamer ce qu'il croit la vérité.

R. P.

— M. le docteur Bouland, directeur de l'établissement des eaux minérales d'Enghien, vient de mourir à la suite d'une indisposition de quelques jours. Notre regrettable confrère était aimé et estimé de tout le corps médical. Doué d'une activité remarquable, il avait fondé plusieurs établissemens hygiéniques, notamment les Néothermes. L'établissement des bains d'Enghien lui doit la prospérité dont il a joui dans ces derniers temps.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 35. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 31 AOUT 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LE TISSU FIBREUX ACCIDENTEL DU COL UTÉRIN ET DES PAROIS DU VAGIN; par le docteur E. Peraire, de Bordeaux.

Le titre que j'ai donné à ce mémoire le fait sortir des études spéciales qui ont été faites dernièrement encore sur l'état fibreux proprement dit; aussi n'ai-je pu puiser que fort peu de choses dans les élucubrations afférentes à ce point de pathologie spéciale; c'est annoncer d'avance qu'il ne sera pas question dans ce mémoire de ces tissus nouveaux qui se préparent et se développent dans le sein d'un organe pour le faire progressivement sortir de la sphère de son organisation rudimentaire. Sans cette réserve, qui nous paraît sage, nous serions entraînés au-delà des limites d'une simple altération de nutrition, qui sert d'élément, il est vrai, à un tissu de nouvelle formation, mais qui n'a aucune analogie avec les tissus fibreux proprement dits.

La formation des nombreux tissus accidentels dans l'économie y admet celles du tissu fibreux. Il semble que ce privilége appartient de préférence à certains systèmes, qui, à raison de leurs variétés anatomiques, présentent une organisation plus ou moins complexe. Ils sont, par conséquent plus rares dans ceux qui se trouvent placés dans des conditions opposées, tels que le système veineux ou fibro-cartilagineux, et les nerfs surtout, dont la structure semble limiter beaucoup les affections accidentelles.

Nous ne dirons que quelques mots fort généraux sur la distinction qu'on doit faire en pathologie chirurgicale entre les corps fibreux et les tissus accidentels de même nature. L'état fibreux se forme dans l'intérieur des organes malades, qui, par leur structure intime, ont avec lui la plus parfaite analogie : c'est une entité morbifique, car la maladie fibreuse est élevée dans une gangue fibreuse qui lui sert de moyen d'extension. Le tissu fibreux accidentel revêt la forme excentrique en se formant à l'extérieur, sur la surface de l'organe; il n'a pas la moindre analogie avec le tissu qui en a préparé la formation. On voit déjà que ces deux états diffèrent essentiellement quant à leur production. Dans le premier, le travail morbifique est intérieur, organique; il tend à altérer la forme et le volume de l'organe; dans l'autre, ce n'est qu'une modification imprimée à l'organe par le produit d'une secrétion organisable, il est vrai, mais à l'abri de toute dégénération consécutive. Nous dirons aussi qu'au point de vue physiologique et pathologique il y a des différences à signaler : ainsi, l'état fibreux entraîne un trouble dans les fonctions générales et locales; l'excès de nutrition de la partie malade en produit l'hypertrophie; dans

Feuilleton.

HIPPOCRATE ACCUSÉ D'AVOIR PROVOQUÉ L'AVORTEMENT D'UNE COURTISANE GRECQUE (1).

Passage d'Hippocrate (De Natura pueri, p. 4: Vander-Linden) : « Ut vero » ergo viderim genituram sex dierum existentem, enarrabo. Mulieris nobis fa» miliaris famula cantrix magnæ existimationis ex virorum consuetudine erat, » quam in ventre concipere non conveniebat, ut ne minoris existimationis red» deretur. Audierat autem cantrix ipsa, qualia mulieres inter se dicunt, quod » quando mulier conceptura est in ventre, genitura non egreditur, sed intùs » manet. Auditis autem his atque intellectis, hoc semper observavit, et quando» que sentiret geoituram non exeuntem, dominæ exposuit, et sermo statim ad » me pervenit. Ego vero cùm audiissem, jussi ipsam ad terram saltare, et post» quam septies jam exiliisset, genitura in terram profluxit, et strepitus factus » est, atque illa conspectâ ipsa admirata est. Qualis autem erat, ego referam : » velut si quis ovo crudo externam testam adimat...., etc. ».

« Je raconterai donc comment il m'est arrivé d'avoir pu observer le produit » d'une conception datant de six jours. Une chanteuse esclave (ou fille attachée » au service) d'une femme qui nous était connue, et fort estimée de sa maî» tresse, faisait le métier de courtisane. Il n'était pas convenable qu'elle devînt » enceinte, afin de ne pas perdre dans l'estime publique. Or, cette chanteuse » avait souvent entendu dire ce que les femmes se répètent entre elles, que, » lorsqu'une femme doit concevoir, la semence fécondante n'est pas rejetée au » dehors après l'acte, mais demeure dans l'intérieur des organes. Elle comprit » ce qu'on lui disait, et depuis ce temps elle observa ce qui se passait chez elle » à cet égard. Et, lorsqu'un jour elle s'aperçut que la semence n'avait pas été » expulsée, elle le dit à sa maîtresse, et le rapport m'en fut fait aussitôt. Lors» que j'eus appris ce qui s'était passé, je lui prescrivis de sauter à terre; après » qu'elle eut ainsi sauté sept fois, la semence retenue tomba et fit quelque bruit. » Lorsqu'elle s'en aperçut, elle examina et fut frappée de surprise. Pour moi, je » vais dire quel était l'aspect de ce corps. Il ressemblait à un œuf auquel l'en» veloppe externe aurait été enlevée, etc. »

Le terme *genitura*, Γονη, dont se sert Hippocrate, est pris ici dans le sens de *semen*, semence. C'est la signification que lui donnent les interprètes. (Voy. Castelli, Lexicon, Æconomia Hippocr. de Foës, à la fin de son édition d'Hippocrate, au mot Γονη.)

Le fait attribué à Hippocrate par Marmontel (sauf le nom de Phrynée et les explications qu'il donne) est donc vrai... Mais doit-il être reproché au père de

(1) Recherches a l'occasion d'un passage de Marmontel (Essais de littérature). — Cet article intéressant est emprunté au Journal de médecine de la Société de la Loire-Inférieure.

l'autre, il semble qu'il n'y a pas coïncidence entre sa formation et l'augmentation progressive de l'organe affecté, car il y a le plus ordinairement atrophie, en vertu de lois faciles à expliquer.

La distinction que nous venons de faire et la position dans laquelle nous nous plaçons dénotent que nous renonçons à toute interprétation de transformation, pour nous en tenir au phénomène que présente le tissu de nouvelle formation, que nous allons examiner, sur le col de l'utérus et sur quelques points des parois vaginales. Cette affection nous a paru devoir être rapportée à un produit spécial de secrétion de l'utérus et du vagin, rangés dans le système muqueux. On sait parfaitement que leur vaste réseau leur donne une organisation propre et que l'importance de leurs fonctions entretient des rapports nombreux, qui les exposent à une foule de maladies incessantes, résultant soit d'une exaltation des forces vitales, soit d'une altération de secrétion ou d'exhalation.

ÉTIOLOGIE.

C'est à la suite des inflammations isolées ou simultanées du corps et du col de la matrice, ou des parois du vagin, surtout celles qui ont été mal combattues, ou qui se sont montrées réfractaires au traitement qu'on leur a opposé, que s'observe la formation du tissu fibreux accidentel. La récidive des phlegmasies peut aussi favoriser son développement. Il ne faudrait pas pourtant pousser les choses trop loin et rendre ma pensée trop exclusive, en prétendant qu'une semblable terminaison est toujours une conséquence de ces phlegmasies. Néanmoins nous admettons, comme pour les tumeurs fibreuses, une prédisposition constitutionnelle reconnue par tous les grands chirurgiens. Cette prédisposition paraît être le partage des femmes douées d'un tempérament lymphatique. A ces causes, nous ajouterons celles que Dugès a consignées dans son ouvrage et auxquelles nous reconnaissons certaines entités étiologiques, telles que quelques phlegmasies sub-aiguës et les flux qui se préparent dans les tissus compactes et serrés, dont les exhalations sont plus ou moins abondantes, selon la quantité des vaisseaux qui les parcourent.

Quant aux causes prises dans leurs généralités, on peut dire aussi que le tissu fibreux accidentel peut bien être la conséquence de l'influence qu'exerce sur les organes génitaux leur trop grande fatigue et l'abus des plaisirs vénériens. Aussi les femmes lascives y sont elles plus disposées que les autres parce que leur ardente imagination les porte davantage aux plaisirs de l'amour et que la fréquence de la cohabitation devient pour l'utérus une cause de congestion et d'irritation continuelles. Certaines maladies spécifiques ont aussi de l'influence sur la production de cette maladie, et l'affection syphilitique occupe le premier rang. Il faut complètement éloigner de ces causes celles qui donnent lieu aux affections parenchymateuses et aux altérations organiques de la matrice; nous les avons tout à fait éloignées de la pathogénie de cette affection.

Le col utérin semble se prêter plus que le vagin à ce genre de maladies, à part le rôle qu'il joue dans la copulation. Il ne faut donc pas être surpris que l'esprit d'observation l'ait signalé sur cet organe plus souvent qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

Ainsi donc, il est démontré que l'hypérémie sthénique, qu'une véritable congestion pathologique précèdent la formation du tissu fibreux accidentel sur le col de l'utérus et sur les parois du vagin. C'est donc le produit d'un état morbide, et quoiqu'on ait prétendu qu'il pouvait se former sur un tissu sain, s'il n'est pas permis de mettre cette assertion tout à fait en doute je crois que des cas de cette nature sont au moins bien rares.

Comment se forme le tissu fibreux accidentel sur les parties où je l'examine? C'est là qu'est la difficulté. Ce point de la question renferme toute une théorie. Est-ce une couche fibreuse étendue sur l'épithélium du col ou du vagin? Est-ce la transformation d'un tissu primitif, ou bien une sécrétion accidentelle? C'est ce qui est assez important à élucider. Je commencerai par dire qu'en raisonnant dans le sens de la dernière hypothèse, il m'a semblé reconnaître que l'inflammation des tissus était accompagnée dans ces circonstance de l'engorgement des glandes sous-cutanées et que cet engorgement était de nature à provoquer une sécrétion luisante comme un vernis, qui s'étendait sur les parties malades et même bien au-delà. Le produit de cette sécrétion a de l'analogie avec l'ordre de membranes que Chaussier a nommées albugineuses; et sans vouloir rappeler les traits qui lui donnent cette ressemblance il est bon de savoir qu'elle a été classée dans le tissu fibreux.

D'un autre côté, le tissu fibreux accidentel du col a certaine analogie avec ce que M. le professeur Velpeau a nommé corps fibrineux. Dans tout état de choses, nous ne balançons pas à dire que ce tissu se forme, comme les séreuses accidentelles, par la condensation d'une sécrétion morbide. Comme dans ces membranes, on ne trouve aucun élément appréciable d'organisation vasculaire et nerveuse, quoique M. Breschet ait soutenu qu'il y avait des canaux dans les tissus de nouvelle formation, et ce qu'il y a de bien remarquable dans cette affection, c'est que le travail de localisation, quand il est grandement développé, tend à produire l'atrophie de l'organe, comme cela a lieu pour quelques organes parenchymateux, tels que les reins et les poumons à la suite de certaines maladies qui altèrent leur structure intime.

Le tissu fibreux accidentel, envisagé par M. Andral d'une manière générale, est l'effet d'une altération de nutrition, et nous dirons, pour ce qui est de ce tissu formé sur le col utérin, qu'au défaut de nutrition on pourrait peut-être ajouter comme cause d'atrophie l'inaction du col par suite de son état d'incarcération et la compression mécanique à laquelle il est incessamment soumis. Il me semble, dis-je, que ces raisons pourraient être prises en considération.

On peut déjà voir mes idées sur ce genre d'affection. Tout en les considérant comme l'effet d'une altération de nutrition de l'organe utérin ou de ses dépendances, nous admettons que ces organes ont été primitivement influencés par un état congestif ou une stimulation locale, et nous rattachons à ces causes un travail spécial que Dugès ne désigne pas.

Le caractère distinctif de ce genre d'altération, c'est que quelle que soit la partie sur laquelle il se forme, le tissu fibreux accidentel présente l'aspect membraneux. Il peut alors prendre différentes formes fort irrégulières; quelquefois ce sont des couches concentriques qui enveloppent le col utérin et prennent la forme capsulaire, comme on le va voir dans l'observation suivante.

Obs. I.— Madame P... languissait depuis plusieurs années sous le poids d'une maladie de matrice, contre laquelle étaient venus se briser sans succès les traitemens de plusieurs médecins recommandables, qui s'étaient prononcés affirmativement sur l'existence d'un squirrhe du col. Cette opinion paraissait fondée sur quelques phénomènes secondaires, tels que des engorgemens glanglionnaires par-

---

la médecine comme une infraction aux promesses contenues dans le serment et aux lois de son pays?

Pour résoudre cette question, il faut nécessairement constater quelles étaient sur ce sujet et les mœurs et les législations antiques. Or, elles différaient essentiellement des nôtres. Mais d'abord, il est nécessaire de dégager de ces recherches une objection relative au fait lui-même. On a dit que le traité DE NATURA PUERI n'était pas d'Hippocrate, mais de quelque membre de sa famille (Polybe). Ce livre était regardé par Galien comme devant être rangé au nombre des livres légitimes d'Hippocrate. D'ailleurs, cette opinion ne ferait que transporter la difficulté sur un autre personnage. Un traducteur d'Hippocrate, embarrassé qu'il était d'accorder le fait indiqué avec la conduite tracée dans le serment, ne trouve rien de mieux à dire, sinon que la femme à laquelle le conseil fut donné était une esclave.

Le sort de la femme et de l'enfant, dans l'antiquité grecque, était complètement différent de ce qu'il est devenu chez les peuples modernes.

Ainsi, relativement à l'avortement, Aristote s'exprime ainsi (ARISTOTE, POLITIQ., liv. 7, ch. 17):

« Qu'il y ait sur le sort des enfans nouveau-nés une loi qui décide quels sont
» ceux qu'on exposera et ceux qu'on élèvera; qu'il ne soit permis d'en élever
» aucun de ceux qui naissent mutilés, c'est-à-dire privés de quelques-uns de leurs
» membres.

» Et, pour éviter la surcharge d'un trop grand nombre, s'il n'est pas permis
» par les lois du pays de les abandonner, qu'on détermine au moins jusqu'à
» quel nombre on en aura, et qu'on fasse avorter les mères avant que leur fœtus
» ait sentiment et vie. »

Merlin (RÉPERT. UNIVERS. DE JURISPRUDENCE) s'exprime en ces termes, après avoir rapporté le fait raconté dans le livre DE NATURA PUERI:

« Il paraît que les Grecs, dans le cas où, selon eux, le fœtus n'était pas en-
» core animé, regardaient l'avortement comme une action très innocente. Il est
» peu probable que si Hippocrate eût regardé cette conduite comme répréhensi-
» ble et contraire au serment qui est en tête de ses ouvrages, il eût voulu in-
» struire le public et toute la postérité d'une prévarication qu'il aurait commise.
» Il est plus naturel de dire que, dans son pays, les avortemens qui ne s'appel-
» lent pas proprement *abortiones*, mais *effluxiones*, n'étaient pas défendus. »

M. Marc dit également (DICT. DES SCIENCES MÉD.) que, dans quelques pays non civilisés, on tolère l'avortement prémédité. Mais, à l'époque d'Aristote et d'Hippocrate, la Grèce était assez civilisée.

L'avortement demeura très longtemps impuni chez les peuples les plus policés de l'antiquité. (ENCYC. MÉTHOD.) Au reste, des recherches faites dans diverses sources n'ont pas conduit à découvrir les lois grecques qui punissaient l'avortement, tandis que le Code romain contient à cet égard diverses dispositions.

Recherches dans Gronovius; ANTIQ. GRÆCAR., THESAURUS; DICT. ANTIQ. GRÆCAR., de Potter (13e vol. de Gronovius); RECUEIL DES LOIS D'ATHÈNES, de Samuel Petit.

Zacchias, célèbre médecin légiste du dix-septième siècle, établit également,

tiels du cou et de l'aisselle, qui se développent, il est vrai, quand cette affection est arrivée à un degré avancé, mais qui pouvaient se développer aussi sous la simple influence d'une disposition individuelle, comme dans ce cas. Appelé par mes confrères pour voir avec eux la malade, dans les derniers jours du mois de septembre 1843, j'appris que madame P..., douée d'un tempérament lymphatique nerveux, avait eu de fréquentes métrites et métro-péritonites compliquées de phlegmasies gastro-intestinales, qui paraissaient devoir être considérées comme le point de départ de la maladie. Son physique ne paraissait pas être sensiblement altéré; la défécation faisait naître de grandes douleurs dans tout le bassin, principalement dans la direction du conduit vulvo-utérin. Examinée au spéculum, ce ne fut qu'après de grandes difficultés que je pus apercevoir le col. Il fallut pour cela déprimer fortement la cloison recto-vaginale, et porter le spéculum en bas et en arrière. Je trouvai alors, à gauche, une ulcération granuleuse circonscrivant une petite ouverture que je reconnus être le museau de tanche. Il ne fut pas possible de le ramener en bas. Il était adhérent à la paroi antérieure du vagin d'une manière intime. Pressé avec un stylet émoussé, le col parut élastique sans bosselures, poli comme s'il eût été recouvert d'un vernis. Sa couleur était d'un blanc nacré, et il s'écoulait par son orifice des mucosités plutôt albumineuses que purulentes. On sentait dans l'hypochondre droit une tumeur formée par l'obliquité de la matrice. Cette région et celle des lombes étaient douloureuses et les douleurs s'irradiaient vers la partie interne des cuisses.

Je crus reconnaître dans cette affection un tissu fibreux accidentel, formant des adhérences entre le col et le vagin et emprisonnant le col utérin dans une membrane capsulaire, ainsi qu'une adhérence anormale entre une portion du col et la partie correspondante du museau de tanche. Cette opinion laissa beaucoup d'incertitude dans l'esprit du médecin ordinaire, et il persista même dans son opinion, que la maladie était une dégénération très avancée du col; plus tard cependant il reconnut l'erreur dans laquelle il avait été, et nous fit cet aveu avec franchise. Je conseillai néanmoins dans une consultation la cautérisation pour l'ulcération et l'incision pour les tissus capsulaires. Je fis part à mes confrères de mes idées qui tendaient à comprendre dans une incision circulaire le tissu accidentel d'apparence fibreuse, ce que je fis avec un de mes bistouris à rond de hache; puis j'incisai transversalement le col avec mon bistouri courbe. Je cautérisai ensuite ces plaies avec un crayon de nitrate d'argent fondu, afin de m'opposer à la réunion immédiate, et je pansai avec un plumasseau de charpie cératée. On put s'assurer au bout de quelques jours que le col était redescendu dans le vagin; son orifice était parfaitement visible. La capsule se détacha par la suppuration, et on reconnut facilement sa nature fibreuse. Le col ainsi dépouillé de son enveloppe offrit l'aspect d'une plaie de bonne nature. Cette affection traitée ensuite par la cautérisation coup sur coup a été guérie dans l'espace de deux mois environ. J'ai traité en même temps chez cette malade de nombreuses fissures à l'anus, coexistant avec ulcération et ramollissement de la tunique interne du rectum, ainsi que des ulcérations du méat urinaire et pénétrant même dans une étendue assez profonde du canal de l'urètre. Malheureusement madame P... était atteinte d'une maladie organique du cœur concomitante qui fit des progrès effrayans et entraîna sa mort après un an de maladie.

La présence dans nos murs de M. Dubreuil, professeur de l'École de Montpellier, fut une occasion pour nous de lui soumettre la malade et nos idées touchant sa maladie de matrice principalement. Il éloigna toute pensée de dégénération de la matrice, et il nous engagea à poursuivre avec persévérance nos travaux sur un genre d'affection peu connu et contre lequel une thérapeutique nouvelle venait d'être employée avec succès.

Cette observation confirme ce qu'a dit M. Lisfranc, que sous l'influence d'incisions pratiquées sur des tissus altérés profondément, mais non parvenus à l'état pultacé, ceux-ci peuvent être ramenés à l'état normal. Elle démontre la difficulté d'établir un diagnostic positif sans un examen attentif, et fait connaître les maladies avec lesquelles on peut confondre une pareille altération.

Dans d'autres circonstances, la toile membraneuse prend la forme anguleuse. Il semble qu'alors il se fait, à travers un point parfaitement distinct du col utérin, un suintement qui, en traversant son tissu, s'étend en nappe sur une portion de sa surface et forme, par l'écartement des fibrilles qui le composent, un angle dont les degrés sont variables. J'ai recueilli une observation de cette nature que je vais rapporter.

Obs. II. — Madame T..., demeurant rue Capdeville, est âgée de 25 ans environ. Elle a un tempérament lymphatico-sanguin. Je l'avais accouchée il y a environ trois ans. Depuis dix-huit mois elle se plaignait de souffrir du ventre quand son mari vint réclamer mes soins au mois d'avril 1843. Elle était pâle et décolorée quand je la vis. Ses rapports avec son mari étaient devenus presque impossibles par le sentiment de douleur qui les accompagnait; presque toujours il en résultait une perte rouge, ce qui avait fini par donner lieu à une métrorrhagie continuelle; douleurs dans les régions inguinales et hypochondriaques; sensibilité du ventre, principalement à droite; perte blanche abondante et épaisse répandant une odeur puante; perte d'appétit. Étiolement général. Le vagin est hypérémié dans toute son étendue. On y remarque des ulcérations discrètes avec un muco-pus abondant jusqu'au col utérin; celui-ci est rouge, sanieux, et je suis obligé de tamponner avec du papier de soie pour tarir l'écoulement. Large ulcération de 2 centim. 1/2 environ tout à fait à gauche sur le museau de tanche; à droite tissus d'apparence fibreuse correspondant à un point voisin de l'ouverture du col et se dirigeant vers la surface correspondante du vagin, dans l'étendue d'un demi-centimètre. Issues d'un centre commun, des fibres luisantes vont en divergeant vers le col; elles sont d'un blanc roux; le tissu paraît très ferme et retient le col en haut et en arrière. Il y a constipation. La matrice est déviée et présente de l'obliquité à gauche. La menstruation est laborieuse et les règles coulent fort longtemps. Un long stylet courbe peut être engagé derrière une portion de l'adhérence du col au vagin. Une première cautérisation est faite à la plaie avec le nitrate acide d'hydrargire, qui éveille de la douleur pendant vingt-quatre heures. Des pansemens sont faits successivement avec l'onguent rosat et de la charpie. Ils sont secondés par des injections émollientes et l'iodure de potassium en sirop. Cette médication indique l'appréhension d'une complication syphilitique que l'aveu même de la malade a justifié plus tard. Un tel ensemble de maux semblait devoir mettre madame T... à l'abri d'une grossesse. Privée de ses règles depuis quarante-cinq jours, elle eut une forte perte utérine pendant le traitement, qui ne laissa aucun doute sur l'existence de cet état et sur un avortement. Le traitement suspendu par cette circonstance inattendue fut repris. C'est alors que je songeai à détruire le tissu fibreux accidentel du col. Après avoir introduit le spéculum, j'engageai la lame d'un bistouri falciforme derrière l'adhérence et le plus près possible de l'angle formé par l'expansion du tissu fibreux, et je compris dans l'incision que je fis en abaissant la lame toute la portion adhérente au col. Je pris ensuite le lambeau, et je l'excisai avec mon bistouri droit. J'eus ainsi toute cette membrane dont les fibres étaient rayonnées et juxta-posées. Soumis à l'examen de M. Philippe, chirurgien aide-major de l'hôpital militaire de Bordeaux, et de M. le docteur Bailleul, chirurgien de l'hôpital militaire de La Rochelle, qui était alors à Bordeaux en mission extraordinaire, ces messieurs ont pensé comme moi que ce tissu était de nature fibreuse. Le col utérin se trouva libre et put dès lors s'engager avec facilité dans le spéculum. Le traitement par les cautérisations répétées a amené une guérison au bout de trois mois environ.

Je ne peux mieux comparer la disposition de ce tissu qu'à ce que l'on voit dans la conjonctivite oculaire, qui a lieu au grand angle de l'œil lorsqu'elle prend la forme angulaire.

Enfin, le tissu fibreux accidentel se présente dans le vagin sous l'aspect de bandes discrètes ou réunies, d'autres fois se confondant pour former des faisceaux, comme dans l'observation suivante. Je dirai auparavant que M. Lisfranc a rencontré des brides uniques et multiples dans le vagin,

---

d'après les faits indiqués, l'opinion de l'innocuité de l'avortement dans l'antiquité.

« Apud vetustiores certe philosophos non videbatur ea res magni momenti » quia Aristoteles (loco citato) licitum facit ad minuendum filiorum numerum, » abortem provocare, antequam foetus ad sensum et vitam perveniat, quod et à » medicis aliis ex causis factitatum novimus; nam Hippocrates noster vir (quantum dicere de Ethnico homine licet) piissimus, ab hoc opere sese non abstinuit; procuravit enim abortum in ancillâ quâdam ut ipse refert (loc. cit.), » quod tamen de præsenti et divinis et humanis legibus nobis est interdictum. » (Zacchias, Quæst. medic. legal., lib. 7, tit. 1, quest. 7.)

On lit encore dans le grand Dict. de méd. de James, traduit de l'anglais, art. *Abortus* : « En Grèce les courtisanes se faisaient avorter sans scrupule; » cette pratique leur était assez ordinaire, par la raison qu'étant moins recherchées lorsqu'elles étaient grosses, leur commerce en devenait d'autant moins » lucratif. Il ne paraît pas qu'on fit dans la même contrée un crime au médecin » d'en avoir indiqué les moyens; autrement Hippocrate se serait bien gardé de » nous apprendre que la jeune femme dont il décrit l'avortement se l'était procuré en suivant la méthode qu'il lui avait prescrite... »

Il paraît donc établi que dans l'antiquité grecque l'avortement, à certaines époques du moins, n'était pas puni par la loi.

(Lois romaines.) — D'après le passage de la Politique d'Aristote, on voit la distinction entre le part, fœtus animé, et non encore animé. Dans cette dernière supposition, il paraît qu'en Grèce la peine était nulle. Or, les lois romaines distinguent, mais punissent dans les deux cas.

(Clef des lois romaines, ou Dict. du droit romain, par Fieffé-Lacroix, t. 1er.) — « Si quelqu'un procurait l'avortement quand le fœtus est animé, par » exemple après le quarantième jour de la conception, il commettrait véritablement un homicide et devrait être réputé tel. » (Dig., liv. 48, tit. 19; liv. 38, p. 5; liv. 47, tit. 11, loi 4.) — « Si c'est la mère qui s'est procuré l'avortement, l'enfant étant vivant et animé, elle doit être punie comme coupable » du crime de parricide, parce qu'en effet elle a donné la mort à son enfant. » (Dig., liv. 48, tit. 9, loi 1.)

D'après un commentateur cité par M. Marc, Dict. des sciences médicales, l'avortement chez les Romains était considéré du point de vue suivant : (Fœtum non vocem, lib. 1, p. 1. *De ventre inspiciendo.*) — « Le fœtus était » regardé comme une partie des viscères de la femme, et non comme un animal » et un être vivant appartenant à l'espèce humaine. Ce n'était que dans le seul » cas où la destruction du fruit portait un préjudice quelconque à sa famille qu'on » regardait la mère et ses complices coupables et dignes de punition... » Il cite à ce sujet un passage remarquable de Cicéron : *Oratio pro Cluento avito.*

(Pothier, Commentaires sur les Pandectes de Justinien, t. iii, p. 489, v.)

« Ejus autem qui in utero esset, homicidium esse jurisconsultis non videbatur, qui Stoice principiis imbuti hunc nondum hominem esse judicabant; » Chrysippus si quidem (Plutarcho teste in opuscul. de Repugnantiis philos. Stoic.) infantem demum postquam ex utero exiit, putabat incipere esse » animalum.

» Non tamen impune esse debet mulieri quæ abortum sibi procuravit. » (Lib. 4, de Extraord. crim.)

surtout chez les femmes arrivées à l'époque critique. Il semble, en effet, qu'an moment où les règles vont se supprimer, les tissus du col et du vagin aient une tendance à cet état chez plusieurs femmes; mais nous regardons cette loi comme tout à fait exceptionnelle. Ces brides, dit M. Lisfranc, peuvent être circulaires ou bien former une saillie qui masque le col utérin entièrement, comme dans le cas que j'ai observé. Si ce ne sont pas de fausses membranes, comme il le pense, c'est donc un tissu accidentel qui a la plus parfaite analogie avec celui qui fait le sujet de mon mémoire.

Obs. III. — Mme P..., de Bourbon, est âgée de 21 ans; elle a un tempérament lymphatico-sanguin. Mariée depuis deux mois à un homme dont la conduite avait été dissipée, et qui paraît n'avoir pas été guéri tout à fait d'une maladie vénérienne avant son mariage, cette jeune femme se vit obligée de partir pour la France. Les premiers rapports qu'elle eut avec son mari furent douloureux; il survint un gonflement des grandes lèvres, avec ardeur d'urine et blennorrhagie. C'est dans cet état qu'elle se mit en mer. La traversée fut horrible pour elle; privée des soins que réclamait son état, elle fut en proie aux plus cruelles souffrances. Elle pouvait à peine uriner et aller à la garderobe, nageant pour ainsi dire dans un écoulement abondant et sanieux, qui avait lieu par le vagin, et pouvant à peine faire le moindre mouvement. Elle était dans un état déplorable depuis deux mois et demi, lorsqu'à son arrivée elle réclama mes soins. A peine parvenu au méat primaire, le spéculum éprouva une résistance qui l'empêcha d'aller au delà. Les lèvres étaient gonflées et violacées; le vagin phlogosé. La sensibilité était généralement répandue. Je trouvai des produits de sécrétion accidentelle, ayant l'aspect membraneux qu'on rencontre dans les séreuses. Ce tissu était ferme et s'étendait d'une paroi du vagin à l'autre; la perte blanche était abondante et d'une odeur désagréable. Mme P... était enceinte depuis son départ de Bourbon. Tout cela n'était pas rassurant. Quelques ulcérations profondes et perpendiculaires semblaient faire présager de grands désordres.

Une large saignée fut pratiquée au bras, 360 grammes; 12 sangsues furent mises aux grandes lèvres, suivies d'un bain général. Injections émollientes trois fois par jour; cataplasme sur le pudendum; petit lait émulsionné et nitré; diète. Le gonflement des grandes lèvres paraît avoir diminué au bout de sept à huit jours, ainsi que la phlogose du vagin. Le spéculum est introduit sans trop de difficulté; je vois alors plusieurs membranes fibreuses, élastiques, de couleur blanchâtre, sillonnant le vagin dans tous les sens. Chaque jour, j'en détruis quelques-unes avec le bistouri, afin de frayer un passage au spéculum. La muqueuse vaginale paraît presque partout hypertrophiée et privée çà et là de son épithélium, ce qui rend le conduit saigneux et sensible. Injections stupéfiantes; pansemens avec la charpie et le cérat opiacé; bains généraux qui soulagent la malade. De temps en temps quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Après vingt jours de soins, je finis par découvrir le col utérin nageant dans un liquide mucoso-purulent, dans un état d'hypérémie; il était violacé et présentait une foule de filamens qui l'enchaînaient au vagin. Ils furent détruits avec le bistouri, et je pus voir que le tissu accidentel résultant d'une phlegmasie phlegmoneuse était fibreux. Un traitement local et général a fait justice de cette maladie; après trois mois environ de soins, la malade a repris son embonpoint, le sommeil et l'appétit. Malgré mes nombreuses cautérisations et l'introduction journalière du spéculum, il n'y a point eu d'avortement. La grossesse n'a point été troublée dans sa marche, et j'ai accouché Mme P..., il y a dix mois environ, d'une belle enfant qui jouit, comme sa mère, d'une santé parfaite.

Fallait-il, dans ces cas, attendre l'accouchement pour donner des soins à la mère? Avec nos idées sur la transmission d'une maladie spécifique de la mère à l'enfant, je devais traiter comme je l'ai fait l'organe malade et prévenir la contamination par un traitement approprié. D'ailleurs, il était naturel de concevoir des craintes sur les suites de l'accouchement, la malade étant placée dans des conditions si défavorables, et la maladie spécifique dont elle était atteinte étant considérée comme une de ces causes qui exercent la plus funeste influence sur la vie d'un enfant.

Ce tissu peut-il dégénérer et passer à l'état squirrheux? On pourrait appliquer à la solution de ce problème ce qui a été dit à l'occasion de la dégénération des tumeurs fibreuses; et, puisque Bayle et de grands chirurgiens après lui l'ont nié formellement pour le tissu fibreux parfait, *à fortiori* doit-on se ranger de leur avis, quand on applique ce raisonnement au tissu accidentel. Je dirai même que si on a cru à une transformation, c'est qu'on a pris pour dégénérés certains engorgemens du col d'apparence fibreuse, tels, par exemple, que l'induration blanche, qui, en effet, par sa couleur d'un blanc nacré et sa densité, peut en imposer. On a donc pu commettre, dans ce cas, une erreur de diagnostic, comme lorsqu'on a assimilé ce tissu à une simple phlegmasie chronique. Le rapprochement me paraît assez admissible entre ces deux affections pour qu'il soit possible de les confondre jusqu'à un certain point. Nous signalerons aussi, comme pouvant laisser de l'incertitude dans l'esprit, les cicatrices qui se forment au col de l'utérus à la suite de certains accouchemens laborieux. On peut aussi rapporter des prolapsus et même des descentes de matrice à une lésion intime de l'organe utérin ou de ses dépendances, lorsqu'il y a tout simplement des adhérences anormales entre le col et le vagin, qui suffisent pour expliquer de pareils désordres. Ces adhérences ont été souvent remarquées par M. Lisfranc; car il fait observer à ce sujet qu'il est impossible de repousser le col en haut. C'est principalement chez les femmes arrivées à l'époque critique qu'il a observé cette anomalie. L'âge pourrait donc favoriser la formation de ces tissus accidentels. On le concevra d'autant plus aisément qu'on sait que c'est effectivement au moment où les règles vont se supprimer que le col utérin a une tendance à cet état. Il faut convenir toutefois que cette loi est exceptionnelle.

L'interprétation rigoureuse des faits prouve donc qu'il est très difficile de porter un diagnostic positif et d'emblée sur l'affection qui nous occupe, et que ce n'est que l'habitude qui pourra nous faire espérer de reconnaître les signes différentiels des maladies avec lesquelles le tissu fibreux accidentel du col utérin a de l'analogie; *à priori* et sans examen, la chose me paraît impossible.

Le tissu fibreux, quand il envahit une grande surface et qu'il a pris la forme capsulaire, entraîne l'atrophie du col. Quoique M. Cruveilhier conteste le fait, nous croyons, qu'à part les corps et les tumeurs fibreuses, les choses se passent autrement, comme nous venons de le dire, et qu'il y a de l'analogie entre ce qui arrive au col de la matrice et ce qui se passe dans l'état fibreux de la rétine, qui provoque l'atrophie du globe de l'œil, comme l'a fait remarquer M. Magendie.

On conçoit les changemens de situation que cette lésion peut faire subir à la matrice, en partie ou en totalité. Les obliquités, les déplacemens et même les versions antérieures ou postérieures peuvent en être la conséquence. Il m'a semblé possible d'expliquer, à l'aide de ces déplacemens, les douleurs vaginales, lombaires et hypogastriques dont se plaignent les malades dans la plupart des cas. On voit donc que la formation de ce tissu doit procurer de la gêne dans les mouvemens de l'organe, et le plus souvent un état d'inamovibilité qui servirait encore à le distinguer des productions fibreuses, qui, malgré leur développement, laissent néanmoins des mouvemens variés.

Pariter Ulpianus : — « Si mulierem visceribus suis vim intulisse quo partum abigeret, constiterit eam in exilium (B) Prœses provinciæ exiget. » L. 8.

Note B. « Temporale scilicet, ut vide Tit. de extraord. crim. hâc autem pœnâ infligitur » judicio extraordinario; nam hoc crimen, cum propriè homicidium non sit, propriè ad » hanc legem Cornel. non pertinet. »

D'après ce passage et d'autres de Plutarque, il est constant que les Stoïques (secte la plus sévère de l'antiquité) non seulement ne regardaient pas l'enfant contenu dans le sein de la mère comme un être animé, mais ils pensaient encore de même de l'enfant nouveau-né tant qu'il n'avait pas respiré, tant qu'il n'avait pas reçu les soins d'une nourrice. (Plut., de Placit. philos., lib. 5, cap. 15.)

« Celui qui fait avorter une femme avant que le fœtus soit véritablement » animé est condamné à l'exil ou à la relégation, parce qu'on ne peut pas dire » qu'il commet un homicide, puisqu'il n'y avait point encore d'ame. » (Dig., lib. 48, tit. 8; l. 8. Trad. par Fieffé-Lacroix, Dict.)

Dans l'Embryologia de Schurigius, médecin de Dresde, au commencement du dix-huitième siècle, ouvrage extrêmement curieux, on trouve encore le passage suivant. Je traduis :

« Cette distinction était admise par l'usage entre le part animé et l'inanimé. » Quelques modernes ont seulement rangé (comme les anciens) les fœtus qui » ont atteint la moitié du terme de la gestation parmi les fœtus animés, et les » embryons de quelques semaines seulement parmi les inanimés; de là l'avortement procuré dans de mauvaises intentions doit, suivant eux, être puni de la » peine capitale dans le premier cas; dans le deuxième, d'une peine arbitraire, » exil, etc. » (Schurig., p. 417.)

Fodéré (Méd. lég., t. iv) émet également la même pensée relativement à l'opinion des Stoïciens, admise généralement dans l'antiquité; l'ame, le principe de la vie ne s'unissant, suivant eux, au corps que dans l'acte de la respiration, etc. De là, les jurisconsultes de cette secte, appliquant ce principe erroné à la législation criminelle, ne trouvèrent plus ni homicide ni parricide dans l'avortement provoqué, et refusèrent au fœtus le titre de fils et d'homme, l'appelant seulement *pars ventris* ou *portio viscerum*. Cette façon de penser fut modifiée sous Sévère et Antonin. (Déjà, sans aucun doute, l'influence chrétienne commence à se faire sentir, quoique inaperçue.) La secte de l'Académie, qui voulait que le fœtus fût animé à une certaine époque de la gestation, commença à l'emporter sur celle de Zénon. De là date aussi la malheureuse et subtile distinction entre le fœtus non encore animé et animé (1).

C'est là la base des peines portées par les législateurs romains contre l'avortement.

Ainsi : punition du crime d'avortement chez les Romains, mais avec différentes nuances dans la peine.

(1) Les auteurs les plus modernes admettent 3 jours, d'autres 6, 7, 9, 12; mais la plupart 30 jours, pour l'époque de l'animation; cette époque est de 40, 42, 80 jours pour la femme; elle est même de 3 à 4 mois, suivant d'autres auteurs. (Schurigius.)

Comme on le voit, le tissu fibreux accidentel peut se former : 1° sur une surface plus ou moins étendue ; 2° dans divers endroits ; 3° en masse ou par fractions ; 4° produire des changemens dans la situation et le volume des organes, et, pour l'utérus, occasionner ses déplacemens ; 5° enfin, que l'organe malade est modifié dans sa nutrition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Lorsque le col utérin est recouvert par un tissu fibreux accidentel, sa couleur est ordinairement d'un blanc sale ou gris bleuâtre, rarement rosé ; mais quand il est dépouillé de cette enveloppe membraneuse, il est hérissé de follicules et de villosités, et offre l'aspect de la langue, ce qui prouve que l'épithélium prend part à l'affection. Il est également facile de voir, quand il est détaché, qu'il s'est formé entre lui et le tissu sous-muqueux une véritable sécrétion morbide qui a diminué la force de cohésion qui les lie. Vu de près, le tissu fibreux a l'apparence d'une séreuse ou d'une synoviale. Il est surajouté à la membrane extérieure de l'organe.

Il paraît, tantôt en lames parallèles, tantôt entrecroisées, toujours très serrées. Il est formé de *lymphe* plastique coagulable et organisable. Les caustiques n'ont qu'une action très lente sur son organisation ; après la cautérisation avec les caustiques liquides et les acides concentrés, il se détache et paraît composé de détritus striés de pus. Sa consistance est variable. Elle devient le plus souvent ferme et homogène au contact de l'air. C'est alors qu'elle paraît élastique. Ce tissu résiste avec force à l'instrument qui le divise. Après l'exfoliation de cette membrane, l'épithélium se forme aux dépens du tissu sous-épidermique. Depuis les travaux de M. Cruveilhier, cette recomposition est parfaitement démontrée, et ce fait m'a été prouvé dans les ulcérations, principalement granuleuses, du col utérin, qui sont celles qui altèrent plus profondément la structure du col, et pour lesquelles aussi la destruction par les caustiques est la plus lente à obtenir.

Examiné au microscope, le tissu fibreux accidentel du col offre des fibrilles, comme M. Velpeau en a trouvé dans le tissu fibrineux. Cependant, il présente assez généralement l'aspect de l'albuginée du testicule ou d'une membrane aponévrotique. Les fibres qui le composent se réunissent et forment des faisceaux. Dans la forme anguleuse, ils paraissent divergens, et, partant d'un point central, s'étendre vaguement sur des endroits plus ou moins éloignés du lien de départ. Il paraît aussi que leur prolongement leur fait perdre une partie de leur densité. Il ne m'a pas été possible de m'assurer si ce tissu était dépourvu de vaisseaux sanguins. Je dois pourtant rappeler ici l'opinion de certains hommes de science, de M. Breschet entre autres, qui ont prétendu avoir reconnu dans ce tissu des canaux de création nouvelle.

THÉRAPEUTIQUE.

S'il convient, dans le plus grand nombre des cas, de ne pas différer l'opération pour les tumeurs fibreuses, nous croyons ce précepte d'autant plus applicable à l'affection qui nous occupe, que le tissu accidentel a la plus grande tendance à prendre de l'accroissement, et qu'il devient, comme l'a dit M. Ollivier, un lien peu élastique, qui gêne le libre exercice de certaines fonctions. Il ne faut pas compter sur les calmans, les fondans et la médecine résolutive, employés ordinairement avec quelque succès dans les engorgemens chroniques. Ils ne changeraient rien à l'affection.

La médication interne est donc tout à fait insignifiante. Il n'en est pas de même de la chirurgie instrumentale. Il est vrai que l'étude encore fort circonscrite de cette affection ne donne pas assez d'habileté pour mettre en pratique des règles positives ; mais l'habitude, en éclairant la séméiologie, nous apprend les moyens de les appliquer.

Pour ce qui est de l'application de la chirurgie aux diverses formes que ce tissu peut prendre sur le col utérin, nous dirons que lorsqu'il se présente sous l'aspect capsulaire, il faut circonscrire la membrane par une incision circulaire simple, et l'embrasser dans sa circonférence la plus étendue, en ayant soin que l'incision se pratique par le col et non sur son implantation sur le vagin, et encore moins sur le vagin lui-même. Comme elle n'est pas fort épaisse, l'incision ne doit avoir qu'un ou tout au plus deux millimètres de profondeur. Le bistouri dont je me sers est en rond de hache, monté sur une longue tige d'acier. Je le tiens, pour opérer, comme une plume à écrire, et je lui fais décrire un mouvement de rotation sur lui-même. L'incision faite, ou laisse écouler le sang qu'on étanche avec un morceau de papier de soie ; puis après on cautérise la plaie avec le crayon de nitrate d'argent. Les pansemens se font avec la charpie enduite d'onguent rosat. La suppuration s'établit aussitôt, et la membrane se détache en totalité ou par fragmens au bout de quelque temps. Ce procédé opératoire est plus compliqué que quand il ne s'agit tout simplement que d'inciser ce tissu sur un point de la circonférence du col ou du vagin. Pour les adhérences partielles du col au vagin, on se sert d'un bistouri droit pour inciser de dehors en dedans, et d'un bistouri à faulx dans les cas contraires. Les incisions peuvent être uniques ou multiples. Dans tous les cas, il faut ménager avec le plus grand soin la cloison recto-vaginale en arrière et celle qui sépare en avant le vagin de la vessie. L'oubli de ces précautions pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Il faut également détruire les brides du vagin. Elles peuvent, surtout dans les cas de grossesse, devenir, comme dans les vices de conformation du vagin, une cause de dystocie. Les ciseaux longs dont on faisait anciennement usage en chirurgie pourraient bien être employés ; mais généralement le bistouri offre plus d'avantages. Quelque limitées que soient les observations que j'ai présentées à l'appui de ce mémoire, elles n'en demandent pas moins un examen attentif. Le tissu fibreux accidentel a une liaison essentielle avec les maladies analogues, et, malgré cette liaison, il faut établir une distinction importante qui les sépare. Ce que nous avons dit à ce sujet ne doit être considéré que comme le prélude ou la préparation nécessaire pour arriver à une connaissance plus approfondie. On pourra atteindre ce but après une longue suite d'études spéciales et à l'aide de l'expérience, que nous regardons toujours comme une source de principes solides.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Coup d'œil sur l'histoire de la médecine, depuis son*

« Le christianisme, qui, dit Fodéré, a opéré de si grands changemens dans » les lois romaines, en opéra surtout de très grands dans tout ce qui avait rap» port aux mœurs. » (MÉD. LÉG.)

Sévérité très grande des successeurs de Constantin contre l'avortement, trop grande même ; car pas de distinction entre les moyens abortifs donnés avec bonne ou mauvaise intention.

Le droit romain réformé par les empereurs d'Orient punissait l'avortement de la peine capitale, laissant la distinction des philosophes académiciens (disciples de Platon) entre le part animé et inanimé.

Le droit canon fut plus indulgent, soit par égard pour les faiblesses humaines, soit par l'empire des doctrines platoniennes sur l'animation du fœtus. Il déclarait qu'il n'y avait pas homicide dans le cas de fœtus non formé.

Toutefois, la proposition suivante fut condamnée par Innocent XI (an 1676) : « Licet procurare abortum ante animationem fœtûs, ne puella deprehensa » gravida occidatur aut infametur. » CURS. COMPLET. THEOL., t. XIV, p. 640.)

Fodéré (MÉD. LÉG.) s'exprime encore comme il suit, à propos de l'opinion de l'animation tardive du fœtus :

« Dégagés des opinions de l'école, plusieurs pères de l'église avaient observé » que le fœtus, tout informe qu'on le suppose, vit puisqu'il croît, et que, l'em» pêcher de naître à terme, c'est le faire périr avant qu'il naisse. »

« Homicidii festinatio est, disait Tertullien, prohibere nasci ; nec refert na» tam quis eripiat animam, aut nascentem disturbet. Homo est et qui futu» rus est. »

C'est une sorte d'homicide prématuré que d'empêcher l'enfant de naître ; il importe peu que vous enleviez la vie à celui qui est déjà né ou à celui qui va naître. Il est homme, l'être qui est destiné à devenir homme. (Tertull. Apol., cap. 9.)

Les médecins des siècles postérieurs s'accordent tous à blâmer la conduite de celui qui, pour quelque cause que ce soit (sauf le cas de conformation vicieuse chez la femme) provoquerait l'avortement par de criminelles manœuvres. Riolan (ANTHROPOGR., lib. 6, cap. 2, fol. m. 403) condamne même Hippocrate dans ce passage :

« Facinus quod Hippocrates psaltriæ cuidam meretrici pro rejiciendo abortu » consulnerat, christiana religio prohibet, et gravi supplicio expiat, quia judice » Tertulliano (LIB. DE ANIMA, cap. 9) procurare ne fœtus nascatur, non solum » habetur pro homicidio, vero etiam pro homicidii perpetratione... »

A mesure qu'on avance dans les siècles suivans, la législation s'épure et devient toutefois moins sévère, mais toujours en reconnaissant pour criminel l'acte de l'avortement provoqué dans une intention mauvaise.

Le chancelier d'Aguesseau, après une longue discussion sur les opinions relatives à l'animation immédiate ou tardive du fœtus, pense qu'il y aurait lieu de suivre cette distinction, s'il s'agissait de faire une ordonnance légale, et qu'il faudrait imposer des peines plus sévères à ceux qui tuent un enfant déjà formé qu'à ceux qui préviennent le temps de l'animation. (DISSERTION SUR L'ÉTAT DES PERSON., citée par Merlin, Réperl. jur.)

Distinctions du code moderne entre la peine de l'infanticide et celle de l'avortement. Code de 1791 : infanticide, peine capitale ; avortement, vingt ans de fers.

origine jusqu'à nos jours; par M. Renouard. 2° *Observations sur le diagnostic et le traitement des calculs biliaires*; par M. Duparcque. 3° *Etudes pratiques sur l'affection scrofuleuse chez les enfans*; par M. Guiet. 4° *Note médicale sur les bains d'Ems*; par M. Fauconneau-Dufresne. 5° *Procédé nouveau pour la ligature des polypes de l'utérus*; par M. Boyer. (Voy. l'analyse de ce travail dans la GAZETTE MÉDICALE, 1844, p. 247.) 6° *De la conversion de la présentation de la face en présentation du sommet et de l'application du forceps dans les positions mento-postérieures de la présentation de la face*; par M. Chailly (Honoré). 7° *De l'opportunité de la trachéotomie dans le traitement du croup*; par M. Garin. (Passant en revue les caractères du croup et l'historique de la trachéotomie, l'auteur démontre victorieusement la légitimité et l'urgente opportunité de l'opération dans ces cas. Nous ferons connaître prochainement les instrumens qu'il a imaginés pour en simplifier l'exécution). 8° *Observations sur l'emploi thérapeutique de l'ammoniaque liquide contre la coqueluche*; par M. Lévrat-Perroton. 9° *Du sarcocèle et de l'opération de la castration à propos de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse développée dans les enveloppes des vaisseaux spermatiques*; par M. Bouchacourt.

OBSERVATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS BILIAIRES; par le docteur DUPARCQUE.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR MOJON SUR LA PROPRIÉTÉ ATTRIBUÉE A L'HUILE DE RICIN DE PROVOQUER L'ÉVACUATION DES CALCULS BILIAIRES.

Malgré les progrès réels de la chimie organique, il n'est que trop vrai que jusqu'ici elle n'a fourni encore que peu d'applications à la médecine pratique dans les cas même où on avait plus de droit d'attendre de cette science d'utiles révélations. Les calculs biliaires, par exemple, sont encore traités aujourd'hui par les mêmes moyens qu'employaient ceux qui nous ont précédés dans la carrière médicale, et pourtant la partie de la thérapeutique qui se rattache à ces produits de l'économie est l'une de celles qui semblaient attendre le plus des recherches de la chimie moderne. Cette vérité nous est rappelée par la petite discussion qui vient d'avoir lieu entre MM. les docteurs Duparcque et Mojon à l'occasion d'une communication du premier, dans laquelle il indiquait un nouveau moyen de reconnaître, dans un certain nombre de cas, l'existence des concrétions biliaires. Arrêtons-nous quelques instans sur cette première communication avant de passer à la discussion agitée à son occasion.

Jusqu'ici les symptômes attribués à l'action des concrétions biliaires n'ont rien d'essentiel, de propre, d'exclusif à ce genre de maladie, et indiquent à peine un état de distension qui peut dépendre de causes différentes.

Le symptôme que signale M. Duparcque a été observé par lui quatre fois sur treize cas de rétention de bile par concrétions biliaires, et comme ce symptôme ne s'est jamais offert, à lui du moins, dans d'autres maladies que dans celle dont il est question, il le regarde comme pathognomonique de cette affection.

Ce symptôme consiste en un spasme clonique commençant par le côté droit de l'abdomen, dont la paroi, de ce côté seulement, présente des mouvemens brusques, vifs et répétés d'élévation et d'abaissement alternatifs. Bientôt la cuisse correspondante est prise à son tour de mouvemens convulsifs; ils s'étendent ensuite à la jambe, et de là au pied qui est porté dans une adduction avec extension forcée par secousses successives; puis la convulsion, qui s'était ainsi propagée de haut en bas, gagne la poitrine, et alors la respiration s'embarrase, devient irrégulière, saccadée. Tout à coup les fonctions cérébrales se troublent, se suspendent, le malade tombe dans l'assoupissement, et à l'agitation spasmodique succède une résolution des membre convulsés. Ces phénomène se renouvellent par accès, avec et comme les coliques hépatiques. Dans deux cas, l'hémi-convulsion fut complète; elle ne dépassa pas le flanc droit et le membre inférieur correspondant dans les deux autres. Ces quatre cas sont rapportés avec tous les détails convenables, mais ne peuvent être reproduits ici, nous nous bornerons à indiquer le traitement qui a été employé dans ces quatre cas et qui a réussi d'une manière tout à fait prodigieuse. Ce moyen n'est qu'une modification du remède de Durand. Frappé de la répugnance qu'offrent à la plupart des malades le remède dans lequel la saveur de la térébenthine domine si désagréablement, M. Duparcque a résolu de rechercher si un autre corps gras n'aurait pas les mêmes avantages sans les mêmes inconvéniens et essaya de remplacer par l'huile de ricin l'essence de térébenthine, et il le fit avec le plus grand succès puisque non seulement l'estomac supporta facilement le médicament, mais encore sur neuf cas où il fut employé il réussit six fois à favoriser et à provoquer l'expulsion des calculs biliaires dès la première journée où il fut administré. Voici la formule que donne M. Duparcque :

Prendre :	Huile de ricin	64	grammes.
	Ether	4	—
	Sirop de sucre	32	—

A administrer par grandes cuillerées toutes les demi-heures.

A peine la totalité de la potion était-elle administrée que le malade éprouvait un soulagement manifeste et rendait plusieurs garderobes plus ou moins liquides à la surface desquelles on voyait de larges yeux huileux, d'un vert émeraude, et au centre desquels surnageaient aussi des débris de concrétions de la même couleur, adipocireuses, dont quelques-uns s'écrasaient sous la pression entre les doigts, tandis que d'autres offraient une certaine résistance. Le volume de ces concrétions variait depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un très gros pois, et dès ce moment tous les accidens disparaissaient. C'est exactement ainsi qu'il est arrivé dans les six observations rapportées par M. Duparcque, qui attribue ces divers résultats à l'action de la potion employée et dont l'action serait double, savoir : le déplacement et le brisement des concrétions biliaires hors des canaux biliaires et leur expulsion hors des intestins.

Quelques expériences faites sur la solubilité de la cholestérine dans divers liquides sont apportées à l'appui de cette explication et prouvent qu'en même temps que l'éther dissout la cholestérine l'huile de ricin dissolvait en petite quantité de la matière colorante des concrétions biliaires.

Quelque satisfaisante que paraît cette explication rapprochée de faits aussi tranchés et aussi remarquables, M. le professeur Mojon émet une opinion opposée dans une lettre adressée à la REVUE MÉDICALE et attribue à une cause toute différente l'apparition de ce que M. Duparcque appelle des débris de concrétions biliaires. On observe assez souvent,

— Code pénal actuel (1810) : infanticide, peine capitale; avortement, réclusion; mais peine plus grave contre les gens de l'art qui se déshonorent en le provoquant.

« Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout » autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y » ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

» La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

» Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la » peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. » (Code pén., p. 317.)

Fodéré a exprimé à cet égard d'énergiques réclamations contre les iniquités modernes de plusieurs hommes appartenant de loin à l'art de guérir, iniquités secrètes, mais qui, dit-il, n'en sont pas moins nombreuses.

Maintenant, en nous reportant aux opinions et aux usages de l'antiquité, relativement à cette question, devons-nous en être surpris ? Ces habitudes de mœurs qui avaient leur sanction dans les lois s'expliquent par toute la législation antique concernant l'enfant, la mère, les relations des sexes, l'esclavage, etc. Partout on rencontre, au milieu de quelques élans généreux, une sorte de mépris ou plutôt peut-être d'oubli profond de l'humanité.

L'exposition est encouragée et en usage dans toute l'antiquité, chez les Romains eux-mêmes. (LOIS DES 12 TABLES.) « Patrei, endo filiom joustom vitai necisque potestas estod; terque im venomdarier jous estod; sei pater filiom ter » venomduit, filios à patre liber estod. » (Texte restauré par Bouchaud.)

« Qu'au père soit droit de vie et de mort sur l'enfant. Qu'il ait le droit de le » vendre trois fois; et si le père a trois fois vendu son fils, le fils devient alors » libre. »

Les lois de Romulus permettaient de faire périr, aussitôt leur naissance, les enfans difformes, après l'avis de cinq voisins. Lycurgue avait réservé le sort des enfants naissans aux anciens de chaque tribu. On précipitait, comme on sait, dans un gouffre ceux qu'on jugeait débiles, etc. L'exposition des enfans était chose habituelle par des parens trop pauvres. (Gaillard, ouvr. sur les Enfans-Trouvés.)

Les Thébains seuls, parmi les peuples de la Grèce, abolirent cette coutume. Les magistrats auxquels les enfans étaient apportés étaient tenus de fournir à leur entretien, etc.

Les Egyptiens pratiquaient également l'infanticide. (SEXT. EMPIRICUS, lib. 3, cap. 24.) — Les infanticides à Rome étaient plus rares dans les premiers temps de la république, par une certaine austérité de mœurs, mais devinrent très fréquens sous les Césars.

PASSAGES DE POÈTES LATINS.

Sed jacet aurato vix ulla puerpera lecto
Tantùm artis hujus, tantùm medicamina possunt,
Quæ steriles facit, atque homines in ventre necandos...

(JUVÉNAL, 6e satire.)

dit-il, après avoir avalé une certaine dose d'une huile douce quelconque que les matières fécales contiennent des concrétions rondes ou ovales, dont le volume varie depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une grosse amande et plus. Ces concrétions sont verdâtres, translucides et d'une consistance assez ferme; si on les approche de la flamme d'une bougie, elles brûlent en pétillant. On regarde ordinairement ces masses comme autant de calculs biliaires formés dans l'appareil hépatique et dont l'évacuation est aidée et provoquée par l'administration de l'huile. Mais avant d'admettre cette origine il faudrait s'assurer si ces concrétions presque adipocireuses ne pourraient pas être le résultat d'une altération physico-chimique de l'huile ingérée, qui parcourt tout le trajet du canal intestinal.

Il n'est pas rare de remarquer en Italie et dans le midi de la France où les habitans emploient une grande quantité d'huile d'olives avec leurs alimens, que les déjections renferment un grand nombre de ces prétendus calculs biliaires. Ne pourrait-on pas en expliquer la formation par une espèce de solidification ou de purification qu'éprouverait l'huile ingérée dans le canal digestif, en se combinant à quelque matière alcaline et à un peu d'albumine? ou bien par la séparation du principe liquide de l'huile (oléine), qui serait absorbé et porté dans le torrent de la circulation, et du principe solide (margarine ou stéarine) qui se figerait en s'emparant de la matière colorante de la bile versée dans le duodénum, laquelle donnerait à ces concrétions la couleur vert émeraude ou vert orange qu'elles présentent?

Pour s'assurer que ces concrétions ne sortent pas du canal cholédoque, on n'a qu'à administrer tous les jours pendant plusieurs semaines quelques décigrammes d'huile d'olive à une personne bien portante, et au bout de vingt à trente heures l'on remarquera dans ses fèces ordinaires plusieurs de ces concrétions adipocireuses, mêlées souvent à une matière liquide, avec quelques traces de l'huile ingérée. Comment admettre que des concrétions en grand nombre, du volume d'une amande et même d'un œuf de pigeon, aient pu tenir toutes dans la vésicule biliaire et se frayer un passage par le canal cholédoque?

La déjection de ces masses verdâtres, diaphanes, continue tant qu'on persiste dans l'usage de l'huile; elle cesse dès qu'on le suspend. Il est donc évident que ces concrétions ne viennent pas, ainsi qu'on le croit communément, des conduits biliaires et qu'elles se forment de toutes pièces dans le tube intestinal.

Parmi les motifs sur lesquels s'appuie M. Duparcque dans sa réponse au docteur Mojon pour repousser l'origine attribuée par ce dernier aux concrétions rendues par les sujets des observations recueillies par le docteur Duparcque, les suivans nous paraissent seuls avoir quelque valeur.

1° Chez les quatre premiers sujets, la sortie des concrétions a été précédée de tous les symptômes qui indiquent la présence et la rétention de ces corps dans le réservoir et les conduits excréteurs de la bile; chez tous cette évacuation a été immédiatement précédée ou accompagnée de la cessation de ces symptômes.

2° Peut-on établir une comparaison rigoureuse entre les effets d'une huile alimentaire prise habituellement et faisant un séjour plus ou moins long dans les voies digestives et susceptible de s'y concréter et une huile médicamenteuse purgative qui ne fait, pour ainsi dire, que traverser le canal alimentaire, et où d'ailleurs cette substance a, dans son association avec l'éther, un obstacle tout puissant à sa concrétion?

Malgré ces argumens et quelques autres moins convaincans encore, nous serions disposés à adopter l'origine attribuée, par M. Mojon, aux concrétions dont M. Duparcque avait parlé dans sa première communication; mais nous nous bornerons, dans l'absence de documens suffisans, de solliciter de la part des praticiens qui partageront l'intérêt que nous a inspiré cette discussion de nouvelles recherches et des expériences exactes.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'AFFECTION SCROFULEUSE; par M. GUIET.

C'est après avoir longtemps observé à l'hôpital des Enfans malades de Paris que l'auteur de ce mémoire s'est formé une opinion sur l'étiologie et sur les effets de l'affection scrofuleuse. Cette circonstance donne une nouvelle force aux propositions que nous allons analyser, et dont quelques-unes risqueraient d'être taxées de paradoxales, si l'on n'était prévenu qu'elles sont le fruit d'une expérience spéciale sur la matière.

La scrofule est, pour M. Guiet, une affection générale qui se transmet par hérédité. Les causes extérieures (humidité, obscurité, mauvaise alimentation) auxquelles on l'attribue communément peuvent bien hâter son développement, mais elles ne la produiraient pas elles-mêmes chez un enfant qui n'en aurait pas apporté le germe en naissant. Souvent, cependant, l'expérience semble démentir cette doctrine. Ainsi, les parens d'un enfant évidemment scrofuleux affirment n'avoir jamais offert eux-mêmes aucun symptôme de cette maladie. Mais, outre qu'ils sont souvent portés à dissimuler des antécédens de ce genre, qu'on regarde assez généralement comme peu honorables, il est une autre manière d'expliquer ces faits. Un père, dit M. Guiet, peut donner naissance à des enfans scrofuleux, bien que jamais chez lui aucun signe de cette maladie ne se soit manifesté avant son mariage, et présenter ensuite lui-même, à un âge avancé, les symptômes caractéristiques de cette affection. Il cite à l'appui l'exemple d'un homme qui, marié bien portant, et père de deux enfans qui moururent scrofuleux et tuberculeux pulmonaires, n'eut qu'ultérieurement et à l'âge de 50 ans un abcès bien évidemment scrofuleux au-devant de la poitrine.

M. Guiet professe l'opinion que les tubercules scrofuleux, si communs à la région cervicale, ne se résolvent jamais sous l'influence des préparations iodurées. Cette assertion heurte la croyance générale qui accorde à cette substance une si grande efficacité. Aussi l'auteur fait-il observer que très fréquemment l'iode amène une diminution dans le volume de la tumeur, mais que ce n'est qu'en provoquant la résolution de l'engorgement qui entoure le tubercule, et non en agissant sur le tubercule même. Malgré cela, objectera-t-on à l'auteur, il est bien peu de praticiens qui n'aient vu la médication par l'iode faire disparaître des glandes du cou chez des enfans lymphatiques. M. Guiet ne le conteste point, mais il pense que, si ces glandes ont cédé au traitement, c'est qu'elles étaient constituées, non par de véritables tubercules scrofuleux, mais par quelques-uns des ganglions lymphatiques de cette région, engorgés à la suite d'ophthalmies, d'éruptions du cuir chevelu ou d'inflammations de la bouche. — Quoi qu'il en soit de cette doctrine, comme l'auteur confesse lui-même qu'il est très difficile de distinguer *à priori* un de ces engorgemens ganglionaires d'avec un tubercule scrofuleux, la conclusion, pour tout bon praticien,

---

Sine crescere nata?
Est pretium parvæ non leve vita moræ,
Vestra quid effoditis subjectis viscera telis,
Et nondùm natis dira venena datis.

(OVIDII, XIV, AMOR., ELEG., lib. 2.)

D'un autre côté, Tertullien ne craignait pas d'écrire dans l'APOLOGÉTIQUE : « Si je demande à ce peuple qui a soif du sang des chrétiens, même à ces juges » si équitables pour lui, si cruels pour nous, de déclarer combien il y en a parmi » eux qui n'ont pas tué leurs enfans au moment où ces infortunés venaient de » naître, que répondra leur conscience? Ils choisissent même, pour ôter la vie » à leurs enfans, le genre de mort le plus cruel. Les uns les noient, les autres » les laissent périr de froid et de faim, d'autres encore les exposent à la voracité » des chiens. Dans un âge plus avancé, ces enfans auraient préféré qu'on tranchât leur vie par le fer. Quant à nous, qui sommes chrétiens, l'homicide nous » est si expressément défendu, qu'il ne nous est pas même permis de détruire, » dans le sien de sa mère, l'enfant qui vient d'être conçu. »

D'autres détails seraient trop longs. Ainsi je passe sur un grand nombre de faits, et sur une scène révoltante d'une comédie de Térence (HEAUTONTIMORUMENOS) où un père blâme sa femme, au nom *du droit et de l'honnête*, d'avoir conservé une fille qu'il lui avait commandé de tuer à sa naissance; et ces expositions des fils de Julie commandées par Auguste, celle d'une masse d'enfans naissans par le peuple, en témoignage de sa douleur, à la mort de Germanicus.

L'exposition, le meurtre des enfans, étaient donc chose usuelle et constante.

(MOEURS INFAMES.)—Et les mœurs; on s'arrête saisi de dégoût et d'effroi, en parcourant les grands ouvrages sur l'antiquité, Gronovius entre autres. Permettez-nous un seul passage. Il s'agit d'un vice honteux, abject, contre nature, en honneur chez les Grecs, la pédérastie. Un chapitre porte pour titre : PAIDERASTIAS GRÆCO, EXISTIMATIO ET EXEMPLA; et ce titre est justifié par une foule de détails.... Ce crime était estimé et même encouragé par les mœurs et les lois dans les républiques libres.

(DE POTTER, ANTIQ. GRECQ., p. 588.) — « Si Spartâ Athenas transierimus, » occurret Solon, qui puerorum amore servis interdixit, quasi hoc factum ho» nesta nomine donasset, et quod indignis vetuit, dignis præcepisset; hæc » sunt Plutarchi in Solone ipsissima verba. »

Après de semblables turpitudes, qui malheureusement répandent leurs souillures sur les plus beaux temps et les plus beaux caractères de l'antiquité, nous ne devons pas être étonnés des erreurs de ces temps sur la question qui nous occupe, et pour conclure nous croyons : 1° qu'Hippocrate et les grands hommes de cette époque ne doivent pas être blâmés avec trop de sévérité, pour ne s'être pas élevés au-dessus des coutumes, des lois et des opinions de leur siècle. S'ils ont méconnu, et on ne peut le nier, la loi naturelle gravée au cœur de l'homme par son auteur, et le cri de la conscience humaine, à cet égard, ils ont porté la peine du temps où ils vivaient. Les lois primordiales, les principes traditionnels, allaient en s'affaiblissant, et en s'altérant à mesure qu'une civilisation corrompue s'étendait sur les nations... Le paganisme était en effet *une grande corruption*, une altération profonde des traditions et des vérités primitives; et si les plus grands caractères, les génies les plus illustres de l'antiquité, ont été

sera assurément que, dans le doute, il faut toujours commencer par traiter la maladie, sans trop se préoccuper de la possibilité de son incurabilité.

Avec Boyer, M. Guiet ne veut pas qu'on extirpe ces tubercules, à moins que l'économie ayant été préalablement débarrassée du vice scrofuleux, la tumeur ne soit plus là qu'un reste isolé d'une maladie éteinte. Nous partageons entièrement cette manière de voir, ainsi que celle qui est exprimée dans les lignes suivantes : « Est-il possible de faire dériver le grand phénomène de la tuberculisation, de l'irritation propagée d'un point enflammé aux ganglions voisins, comme on n'a pas craint de l'envisager dans les derniers temps?... Non, c'est une opinion malheureuse qui ne vaut pas la peine d'être discutée. »

Les scrofuleux atteints de tumeurs blanches sont en général soumis au traitement de toutes les affections articulaires, c'est-à-dire qu'on les condamne à garder le lit si la maladie existe aux membres inférieurs. Or, personne n'ignore que l'exercice est, avec l'air et le soleil, le meilleur agent dont la médecine puisse disposer contre les scrofules. Aussi, n'hésitera-t-on point à se ranger de l'avis de l'auteur, qui, à l'exemple de M. Lugol, conseille de prescrire aux malades, dans ce cas, un exercice modéré. Les nouveaux appareils inamovibles dont la chirurgie s'est enrichie, si simples dans leur application, si sûrs dans leur effet, permettront même assez souvent de ne pas se borner aux promenades en voiture, et de laisser marcher avec des béquilles les sujets qu'on abandonnait autrefois à l'influence débilitante d'un repos absolu.

Quand le mal a fait de tels progrès qu'aucun traitement local ne saurait donner d'espérances, l'amputation se présente à l'esprit du chirurgien. C'est une dernière ressource qui, ici, offre toujours peu de chances, vu l'état de faiblesse où le malade se trouve réduit. Il faut cependant distinguer : si cet état général est le produit de l'affection articulaire, s'il ne s'est développé que depuis l'apparition de la maladie locale, vous pouvez opérer et conserver l'espoir que, la cause enlevée, l'effet cessera. Mais si la consomption existait déjà avant le début de l'arthralgie, si l'on reconnaît dans ses caractères les manifestations habituelles du vice scrofuleux, s'il existe simultanément dans l'organisme d'autres lésions accusant la même origine, n'opérez pas. La plaie d'amputation guérie, ou même avant sa cicatrisation, des récidives plus nombreuses et plus actives dans leur marche vous feraient repentir de votre détermination et substitueraient un état rapidement mortel à une infirmité qui ne menaçait pas aussi prochainement l'existence. M. Guiet appuie cette doctrine généralement reçue aujourd'hui par des faits appartenant à son observation particulière.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ALCALI VOLATIL FLUOR (AMMONIAQUE LIQUIDE) CONTRE LA COQUELUCHE ; par le docteur LEVRAT-PERROTON.

L'ammoniaque avait complètement cessé d'être employé à l'intérieur, sous l'influence de l'école physiologique, comme étant un moyen incendiaire, et elle avait subi le sort de tous les autres agens thérapeutiques doués d'une grande énergie ; on en avait abandonné l'usage sans aucun motif réel. Sous l'influence des idées moins exclusives qui ont pénétré dans la pathologie actuelle, on a dû se demander si un médicament doué de tant d'activité ne pourrait pas être employé dans certains cas avec toutes les précautions convenables, et sans l'observation desquelles, au reste, le médecin serait privé de tous les moyens les plus actifs et les plus utiles ; déjà quelques essais de ce genre ont été tentés dans diverses affections du thorax, et aujourd'hui nous devons parler de l'emploi de ce moyen dans la coqueluche. M. Levrat-Perroton ne publie ici que quatre observations, et, comme la plupart de ceux qui recueillent aujourd'hui des faits, sans les résumer, sans les soumettre à une critique indispensable, sans se livrer à l'étude des propriétés thérapeutiques du médicament, d'après ses effets primitifs et consécutifs, lesquels ne sont même pas suffisamment indiqués dans le récit des observations pour que nous puissions nous livrer à ce travail ici. Nous allons donc nous borner à reproduire par l'analyse ces quatre observations avec le peu d'élémens de critique qu'elles contiennent.

OBS. I. — Enfant, âgé de 18 mois, est atteint d'une coqueluche dont les quintes sont suivies de convulsions extrêmement violentes et qui ne cèdent ni à des sinapismes ni à des frictions éthérées. Le 16 février, on prescrit à la fois quatre sangsues à chaque bras, et une cuillerée d'heure en heure de la potion suivante :

Prendre :	Eau distillée de laitue....	125	grammes.
	— de fleurs d'oranger..	8	—
	Sirop de pivoine........	30	—
	— de belladone........	8	—
	Alcali volatil fluor........	6	gouttes.

Le lendemain, les quintes de toux, devenues moins fréquentes et plus courtes, ne sont point suivies de convulsions.

L'état de cet enfant s'est amélioré sous l'emploi soutenu de la potion alcaline, et le 10 mars il entre en pleine convalescence.

OBS. II. — A., âgée de 6 ans, valétudinaire à la suite d'un engorgement des glandes mésentériques, est prise, dans le courant de l'automne de 1842, d'une coqueluche dont les quintes deviennent très intenses et sont suivies de congestion cérébrale avec convulsions et perte de connaissance. On emploie sans succès diverses boissons et des vésicatoires appliqués sur les extrémités inférieures. Une sangsue est appliquée sur chaque bras et la même potion que dans le cas précédent est administrée par cuillerée d'heure en heure. Après quelques jours de son usage les quintes de toux étaient devenues rares et courtes, sans complication fâcheuse, et au bout de quinze jours environ on en discontinuait l'usage.

OBS. III. — B., âgée de 4 ans, éprouve de longues et fréquentes quintes de toux, qui menacent chaque fois la petite malade de suffocation. Les moyens ordinaires n'ayant amené aucun soulagement, la malade est soumise à la même médication que les deux précédens, et bientôt elle éprouve une grande sédation dans les quintes de toux, et la guérison ne tarde pas à être complète.

OBS. IV. — Une petite fille, âgée de 30 mois, est prise d'une toux qui dégénère en coqueluche, dont les quintes sont compliquées d'une telle coloration de la face qu'elle fait craindre une congestion cérébrale. Les boissons pectorales édulcorées avec le sirop de mou de veau, employées conjointement avec la potion alcaline des observations précédentes, forment la base du traitement de cette nouvelle malade, et le résultat a été le même que pour les trois cas précédens.

L'auteur ne rapporte que ces quatre observations, assurant cependant qu'il aurait pu en produire un plus grand nombre.

DU SARCOCÈLE ET DE L'OPÉRATION DE LA CASTRATION A PROPOS DE L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DÉVELOPPÉE DANS LES ENVELOPPES DES VAISSEAUX SPERMATIQUES ; par M. BOUCHACOURT.

Un extrait de l'observation publiée par M. Bouchacourt mettra le lec-

---

plus ou moins atteins par le mal commun, on ne peut accuser l'un plus que l'autre.

2° Après cette revue des législations antiques sur la question qui vient de nous occuper quelques instans, nous devons reconnaître la supériorité de l'époque moderne sous ce rapport, supériorité qu'elle doit entièrement au christianisme, qui est venu ramener l'homme à sa dignité première, comme vient de le démontrer d'une manière supérieure un des jurisconsultes les plus érudits de notre époque, M. Troplong. Et il faut, en effet, que notre conscience, à nous hommes de notre temps, soit bien autrement impressionnable, puisqu'elle se révolte en quelque sorte, et que, forte du sentiment de la dignité du médecin, de l'homme dévoué au soulagement des souffrances humaines, elle va jusqu'à infirmer la vérité des faits qui soulèvent son indignation et qu'elle voudrait ne pas avoir à reprocher au père de la médecine.

THIBEAUD, D.-M.,
Professeur de Clinique interne à l'Ecole de Nantes.

— Un concours pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux s'ouvrira lundi prochain, 2 septembre.

Voici les noms des juges de ce concours : MM. Récamier, Kapeler, Ricord, Auvity, Cloquet, Boyer, Robert, et MM. Marjolin et Briquet, suppléans.

Les candidats inscrits, au nombre de seize, sont MM. Boinet, Richet, Morel-Lavallée, Forget, Després, Gosselin, Boyer (Lucien), Laborie, Lacroix, Voillemier, Darcet, Dufrêne, Hélot, Désormeaux, Sanson, Giraldès.

Aux termes du réglement, huit de ces candidats devront être éliminés après les premières épreuves.

— On lit dans une relation de voyage du capitaine Kennedy un fait qui ne devrait être ignoré d'aucun marin : « L'eau douce lui manquant, il s'avisa de tremper ses habits dans la mer et de les mettre ensuite tout mouillés sur son corps. Il se passa, dit-il, un temps considérable avant que je pusse engager les gens de mon équipage à suivre mon exemple. Ils se déterminèrent enfin : nous rendîmes de cette manière tous les jours autant d'urine que si nous eussions bu modérément ; et je dois à cette pratique ma vie et celle de six autres personnes qui, sans cela, auraient péri. Cette idée me vient de la lecture d'un ouvrage du docteur Lind. Nous trempions nos habits deux fois le jour avec un tel succès que la soif qui nous dévorait était calmée, que notre langue, aride et brûlée, redevenait humide quelques minutes après, et que nous nous trouvions en même temps rafraîchis et réconfortés, comme si nous eussions pris réellement de la nourriture. »

tour à même de bien juger de l'importance que peut avoir dans la pratique la distinction que ce chirurgien a su établir et qu'il recommande de toujours chercher à faire entre les tumeurs cancéreuses des bourses, quant à leur siége précis.

Obs. — Un homme de 37 ans, bien constitué, portait depuis quatre ou cinq ans, au côté gauche du scrotum, une tumeur qui avait graduellement acquis le volume d'un gros œuf d'oie. Sans adhérence avec la peau, elle appartient à la gaîne du cordon et se distingue très nettement en bas du testicule qui la touche et qui se trouve refoulé par elle plus bas que dans l'état ordinaire. En haut, elle s'isole, mais plus difficilement néanmoins, du cordon des vaisseaux spermatiques qui passent derrière elle. Le côté droit du scrotum est sain, aussi bien que le testicule et ses enveloppes; la maladie paraît exactement bornée au côté gauche. Au reste, le testicule gauche, bien que diminué de volume et confondu à sa partie supérieure avec la tumeur, peut être distingué et isolé. Pas d'engorgement des ganglions lombaires ou pelviens. Santé générale bonne. Les bains, les cataplasmes et les frictions iodurées n'ayant rien produit, M. Bouchacourt se décida à opérer. Une incision mit à nu la tumeur qui, indépendamment des enveloppes du cordon, était entourée par une couche de tissu cellulaire condensé assez ferme. Le cordon spermatique qui rampait sinueux derrière elle lui adhérait par un tissu cellulaire lâche qu'il fut possible de délacher en partie par énucléation. La tunique vaginale était parfaitement saine. A peine le pédicule qui liait la tumeur au cordon fut-il coupé, que celui-ci s'enfuit soudain vers le ventre.

Le malade guérit après quelques accidens inflammatoires qui furent vigoureusement combattus.

La tumeur, examinée avec soin, fut jugée par M. Bouchacourt appartenir pour sa texture à *la transformation squirrheuse et encéphaloïde.*

— Nous n'avons point l'habitude de contester la justesse du diagnostic lorsque celui-ci a été porté par un chirurgien instruit et expérimenté; c'est pourquoi nous admettons sans discussion la nature bien réellement cancéreuse de cette tumeur et l'opportunité de son extirpation, quoiqu'elle ne fût pas ulcérée et qu'il ne soit fait, dans l'histoire de ce cas, aucune mention de douleurs lancinantes. Les annales de la chirurgie présentent quelques faits analogues à celui de M. Bouchacourt. Pott (Œuvr. chir., t. II, p. 241) cite un homme qui portait sur le milieu de la longueur du cordon une tumeur indolente et absolument indépendante du testicule; imprudemment ponctionnée, elle dégénéra en ulcère dont les progrès firent périr le malade. Boyer (t. x, p. 257) rappelle aussi un certain nombre d'exemples de sarcocèles qui ont commencé par la partie du cordon comprise entre l'anneau inguinal et le testicule qui était parfaitement sain. Il fait la remarque que ces sarcocèles s'accompagnent presque toujours d'engorgemens cancéreux dans le ventre. C'est une raison de plus pour louer M. Bouchacourt d'avoir prévenu, par une extirpation faite de bonne heure, cette complication qui, une fois établie, rend toute opération inutile.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril et mai 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De l'albuminurie;* 2° *Observations de maladies cérébrales;* par M. Boudet. 3° *Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine;* par M. Waton. 4° *Luxation du coude et fracture de l'olécrâne;* par M. Daugier. 5° *Plaie articulaire guérie sans amputation;* par M. Lemonnier. (L'articulation tibio-tarsienne avait été ouverte dans sa moitié antérieure par un coup de hache. Un pansement simple aidé de l'immobilité que maintint une attelle suffit pour amener la guérison dans l'espace de deux mois). 6° *Essai sur l'angioleucite;* par M. Turrel. 7° *Observations de péritonite et de pleuro-pneumonie;* par M. Lacome. 8° *Empoisonnement par les cantharides;* par M. Kemmerer.

Luxation du coude et fracture de l'olécrane; par M. Daugier.

Le traitement le plus simple procure quelquefois un entier succès dans les cas les plus graves, alors que le médecin semble rationnellement ne devoir aspirer qu'à sauver la vie, sans oser ambitionner la conservation des fonctions de la partie compromise. Le cas suivant est un exemple frappant de ce que la chirurgie peut espérer sous ce rapport.

Obs. — Une jeune fille de 18 ans tombe sur la main droite. Trois heures après on constate l'état suivant : Avant-bras un peu fléchi et ne pouvant s'étendre, main en pronation, raccourcissement du membre. Les condyles de l'humérus font saillie sur la face antérieure de l'avant-bras; la tête du radius et celle du cubitus proéminent au contraire en arrière. A ces signes, et malgré le gonflement du coude, il fut aisé de reconnaître une luxation de l'avant-bras en arrière. La réduction n'offrit aucune difficulté.

Après l'avoir effectuée, et en saisissant le membre pour le placer dans la demi-flexion, M. Daugier sentit une saillie remonter vers la face postérieure de l'humérus et une dépression se manifester là où devait être l'olécrâne. Cette apophyse était donc séparée du cubitus, et il fallait dès lors renoncer à maintenir le membre dans la demi-flexion, car cette attitude s'opposait invinciblement à la coaptation des fragmens. L'avant-bras fut en conséquence maintenu étendu au moyen d'attelles couchées sur les faces antérieure et postérieure de la région du pli du bras.

Les accidens inflammatoires se calmèrent très rapidement. Au bout de trente jours, on enleva le bandage qui fut remplacé par une simple bande roulée. On conseilla alors à la malade de commencer quelques légers mouvemens de l'articulation du coude. Pour mieux vaincre la raideur de celle-ci, on plaça la main sur une large bande dont les deux chefs, en passant au devant de la poitrine, vinrent ensuite se réunir par un nœud sur la nuque. En les serrant chaque jour on put facilement ramener l'avant-bras dans la demi-flexion jusqu'à ce qu'il formât un angle avec le bras.

Malgré les craintes que la coexistence de ces deux lésions devait exciter relativement à l'ankylose du coude, la malade recouvra la mobilité de cette articulation.

Cas d'empoisonnement par les cantharides; par le docteur Kemmerer.

Obs. — Mad. J.., âgée de 26 ans, d'une assez forte constitution, était atteinte d'une bronchite pour laquelle je lui avais prescrit 10 grains de kermès à prendre à l'intérieur et l'application d'un vésicatoire sur la poitrine, au moyen de 130 centigr. de poudre de cantharides. Par erreur, elle mit dans la potion prescrite les cantharides au lieu du kermès, et continua de prendre la potion par cuillerées d'heure en heure, malgré l'extrême âpreté qu'elle ressentait dans la gorge, et qu'elle n'avait pas éprouvée les jours précédens pendant lesquels elle avait pris la même potion de kermès. Au moment où on reconnut cette erreur, Mad. J.. avait déjà pris au moins de 70 à 72 centigr. de poudre de cantharides. Je prescris aussitôt 5 centigr. de tartre stibié dans 1 kilogr. d'eau, des lavemens de guimauve et un grand bain longtemps prolongé. Il était une heure après midi; à deux heures et demie, il y a eu plusieurs vomissemens et plusieurs selles, et la malade a uriné sans douleur. Au lieu du bain qui n'avait pu être pris, je prescris 60 centigr. de camphre dans une potion, avec 15 grammes de sirop diacode, des fomentations abdominales. Une heure après, la malade se plaint d'une sensation horrible de chaleur dans le bassin, d'une envie continuelle d'uriner, qui est suivie chaque fois de l'émission de quelques gouttes d'urine. L'intelligence est nette; le pouls est serré, fréquent; la chaleur de la peau est notablement diminuée. La malade pousse, par intervalle, de grands cris, se roule sur son lit, se raidit par instans, comme dans le tétanos. Jusqu'à dix heures, tous les symptômes vont en augmentant. La face alors est grippée, la parole presque éteinte, le pouls filiforme, l'intelligence nette, la peau froide. Les envies d'uriner sont continuelles. Elle a de l'âpreté dans la gorge; aucune douleur dans l'estomac et les intestins. Il lui semble que sa vessie est en feu et qu'il lui sort du plomb fondu par le canal. Pas de symptômes d'excitation vénérienne. Lavement avec 12 centigr. de camphre; cataplasmes sinapisés promenés à la surface du corps.

A une heure du matin, le pouls se relève, la chaleur de la peau revient peu à peu, les envies d'uriner deviennent moins fréquentes et les urines moins âcres. A sept heures du matin, la malade n'accuse plus qu'un peu de faiblesse, de l'âpreté dans la gorge et une chaleur très faible dans la vessie. Un grand bain; frictions sur le corps avec l'eau-de-vie camphrée.

Le tendemain, cessation complète de tous les symptômes. La bronchite dura quelques jours encore, et depuis cette dame n'a jamais rien ressenti du côté de la vessie ou des intestins.

IV. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles suivans : 1° *Mémoire sur l'abrasion de la cornée pour remédier aux opacités de cette membrane;* par M. Malgaigne. 2° *Mémoire sur les hernies étranglées réduites en masse;* par M. James Luke. (Article traduit du Medico-chirurgical Transactions) 3° *Dissection d'une luxation incomplète des os de l'avant-bras en arrière, datant de plus de sept ans;* par M. Gély. 4° *Sur une cause particulière d'erreur dans le diagnostic des affections du genou, signalée par M. Marjolin.* (On croit souvent, dans les maladies chroniques du genou, sentir la présence d'un corps étranger. La Gazette Médicale rapporte un exemple de ce genre (voy. 1842, p. 316) où M. A. Bérard émit un semblable diagnostic. La dissection de sujets sur lesquels on avait perçu pendant la vie la même sensation a montré qu'elle est quelquefois due seulement à un flocon adipeux développé en dehors du creux sus-condylien, au-dessus du bord externe de la poulie fémorale, et attenant au périoste par un pédicule assez rétréci pour lui permettre une certaine mobilité dans la synoviale.) 5° *De la disposition aux hémorragies et des signes auxquels on peut la reconnaître;* par M. Dequevauviller. 6° *Considérations sur une forme spéciale d'excroissances charnues et vasculaires du canal de l'urètre de la femme;* par M. Schützenberger. (Extrait de la Gaz. Méd. de Strasbourg.) 7° *Note sur une nouvelle variété de cancer ou cancer épider-*

mique. (Simple annonce de ce fait sur lequel nous reviendrons, savoir : que, dans des tumeurs extirpées et bien évidemment cancéreuses, le microscope n'a fait découvrir autre chose que des cellules épidermiques.)

MÉMOIRE SUR L'ABRASION DE LA CORNÉE POUR REMÉDIER AUX OPACITÉS DE CETTE MEMBRANE; par M. MALGAIGNE.

Les opérations de M. Malgaigne sur les taies de la cornée ont eu, grâce à ses louables efforts, quelque retentissement. Jaloux d'en faire connaître les résultats à nos lecteurs, mais fidèles à nos principes de ne jamais descendre à une enquête sur la pratique d'un confrère, nous attendions, non sans impatience, qu'il livrât de lui-même ses faits à la publicité. Nous pouvons donc aujourd'hui librement examiner la véritable valeur de ce moyen thérapeutique au nom duquel on a tant promis.

Lorsque, en avril 1843, M. Malgaigne annonça à l'Académie des sciences ses premiers essais, il donnait l'abrasion de la cornée comme une opération nouvelle. Plusieurs ophthalmologistes réclamèrent à la fois contre cette assertion, et n'eurent pas de peine à établir l'ancienneté de l'opération. Pris ainsi en défaut, M. Malgaigne ne s'avoua pas vaincu. Il fit en silence ses préparatifs, et, au bout d'un an, il vient aujourd'hui montrer à ses adversaires qu'il est encore leur maître en fait d'érudition. Ces messieurs n'avaient cité que deux ou trois auteurs qui eussent parlé de l'opération avant M. Malgaigne. M. Malgaigne, lui, en a compté jusqu'à neuf qui l'avaient déjà ou proposée, ou discutée, ou faite sur le vivant. On voit par là comme la question avait été mal comprise par les adversaires de M. Malgaigne, et (ainsi qu'il le dit lui-même) combien *il leur était difficile d'y jeter une grande lumière.*

Vainqueur donc sur ce premier point, M. Malgaigne en avait un autre plus délicat à aborder. Il lui fallait justifier ses essais, en d'autres termes, dire quel résultat les avait suivis. C'est ici le point pratique capital, le seul sans doute qu'il importe à nos lecteurs de connaître. Or, il y a eu trois opérations de ce genre. Dans l'une, le titre de l'observation, écrit de la main de l'auteur, suffit à lui seul pour juger la question. Le voici textuellement : « Cicatrice avec plaque dermoïde sur la cornée; oblitération et adhérence de l'iris; *opération sans accidens, mais sans succès.* » Chez un second malade, l'abrasion fut exécutée, et voici, sous le rapport du résultat, tout ce que contient l'observation : « Six jours après l'opération, on commença à faire usage de la pommade de borate de soude. Quelques jours après, en vue d'accélérer la résorption, j'ajoutai des insufflations de sulfate de cadmium. Malheureusement, les parens emmenèrent leur fille le dix-septième jour, *avant qu'on eût pu obtenir une amélioration sensible dans la vision, et depuis je ne l'ai pus revue et n'ai pu avoir de ses nouvelles.* » Enfin, dans le troisième cas, voici ce qui s'est passé depuis l'opération. La malade, opérée le 20 mars 1843, sortit de l'hôpital le 10 mai, avec une amélioration qui équivalait presque à la guérison. Elle y revint le 5 septembre de la même année, ayant, dit M. Malgaigne, *à peu près perdu tous les bénéfices de l'opération.* On la garda de nouveau en traitement à l'hôpital jusqu'au 23 octobre. Depuis, elle quitta Paris. M. Malgaigne a eu de ses nouvelles par sa mère vers la fin de mars 1844. A cette date, il apprit que l'œil était aussi clair et aussi beau que lors de sa sortie de l'hôpital. — Voici maintenant, au sujet de cette observation, la seule favorable en apparence à l'opération, le raisonnement que nous faisons et que tout lecteur sans doute fera avec nous. Si, *en quatre mois,* l'œil d'abord jugé guéri a pu redevenir à peu près aussi malade qu'avant l'opération, *cinq mois* écoulés depuis la récidive suffisent-ils pour autoriser à conclure que le succès sera plus solide la seconde fois que la première? Assurément non; et tout ce qu'on peut faire, *jusqu'à plus ample informé,* c'est de ne tirer de ce cas aucune conclusion ni pour ni contre.

Nous avons rapporté les trois résultats obtenus tels que les donne M. Malgaigne, et, autant que possible, en conservant ses propres paroles. Nous avons négligé à dessein les détails de ces observations : l'intérêt n'était pas là ; l'événement seul importait à connaître.

Après de telles prémisses, on croit avoir prévu la conséquence. Il semble qu'éclairé par l'expérience, M. Malgaigne ou renonce à cette opération, ou du moins attende, pour la préconiser, qu'elle lui ait valu des succès mieux confirmés. Il n'en est rien : *cette opération doit être définitivement adoptée.* Telle est la dernière phrase de M. Malgaigne, et nous avouons nous-même que nous ne nous sentons guère non plus, après cela, le courage d'aller plus loin.

DISSECTION D'UNE LUXATION INCOMPLÈTE DES OS DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE, DATANT DE PLUS DE 7 ANS; par M. GÉLY.

De cette autopsie longuement rapportée, nous extrairons seulement ici les détails qui ont trait à la situation et à la déformation des os de l'avant-bras et de celui du bras. Ils sont utiles à consulter pour la question des luxations incomplètes. Il est bon de prévenir que, d'accord en cela avec le rédacteur, nous inclinons fortement à penser que, outre la luxation du coude, il y avait eu dans ce cas simultanément une fracture partielle de l'humérus, portant sur le condyle et sur l'épicondyle.

Obs. — Une fille, âgée de 28 ans, mourut de phthisie pulmonaire. Sept ans auparavant, elle avait fait une chute de cheval; et depuis son coude était resté fléchi à angle droit. Voici l'état de l'articulation, tel qu'il fut constaté à l'autopsie.

L'olécrâne fait en arrière une saillie assez considérable. Distant de 35 millim. de l'épitroklée, il est situé sur un plan inférieur d'environ 18 millim. à celui des tubérosités externe et interne, tandis que, à l'état normal, cette différence n'est que de 10 millim., au même degré de flexion. L'apophyse coronoïde, hypertrophiée, repose dans une rainure profonde creusée sur la partie postérieure de l'extrémité humérale. Sa base est en contact avec la partie inférieure de l'humérus. Le sommet de cette apophyse fait saillie dans la partie inférieure de la cavité olécrânienne.

La tête du radius restée normale répond par son rebord antérieur à la partie de l'humérus qui se trouve placée dans l'état normal au-dessus et en dehors du condyle, entre la cavité olécrânienne et l'épicondyle. La surface supérieure, concave, est libre en arrière, et se trouve de niveau avec la face postérieure de l'humérus.

L'humérus a subi des altérations plus marquées. La troklée est remplacée en arrière par une échancrure profonde, qui reçoit l'apophyse coronoïde. Cette échancrure est bornée en dedans par l'épitroklée hypertrophiée, en dehors, par un tubercule osseux. La partie antérieure de la troklée est à peu près intacte.

La petite tête ou condyle de l'humérus n'est plus du tout visible en arrière, où elle est remplacée par une excavation qui reçoit le bord antérieur de la tête du radius. Cette gouttière de nouvelle formation a pour limites, en dehors l'extrémité de l'épicondyle, en dedans le tubercule osseux développé sur le rebord externe de la troklée. Le plan de cette gouttière est plus élevé que celui de la troklée.

En avant on trouve le condyle huméral fortement projeté en haut et en dedans. Le bord externe de l'humérus et l'épicondyle qui le termine n'ont pas suivi ce mouvement, en sorte que la distance qui sépare ces deux points est de 30 millim. au lieu de 10 millim. (distance normale). Le condyle a perdu de son volume transversalement, mais il en a gagné beaucoup dans le sens antéro-postérieur. C'est surtout cette dernière déformation qui semble prouver l'existence d'une fracture en ce point.

DE LA DISPOSITION AUX HÉMORRAGIES, ET DES SIGNES AUXQUELS ON PEUT LA RECONNAÎTRE; par M. DEQUEVAUVILLER.

La singulière maladie dont il est ici question a déjà été l'objet de nombreux travaux. Dans ce mémoire, tout pratique, l'auteur se borne à rapporter quelques cas qui sont venus à son observation; puis, comparant les symptômes offerts par ses malades, il cherche à constituer un tableau d'après lequel on puisse reconnaître d'avance les individus chez lesquels cette disposition aux hémorragies est à redouter. C'est là une vue éminemment utile; et quoique les traits rassemblés par M. Dequevauviller ne suffisent assurément pas à assurer dans tous les cas ce diagnostic de prévision, il ne faut pas lui savoir moins de gré des efforts qu'il a faits dans cette voie. Un autre complètera sans doute ce qu'il a heureusement ébauché; et, en attendant, ne pût-on arriver, d'après ses conseils, qu'à concevoir des soupçons sur la possibilité d'un état semblable chez un malade à opérer, ce serait toujours un précieux avertissement pour le chirurgien. Voici, d'après l'auteur, les signes auxquels on peut reconnaître cette disposition. Chez les sujets qui la présentent, la peau est fine et mate ; la couche sous-cutanée du tissu cellulaire est mince, lâche, et ne contient pas de graisse ; le système musculaire est flasque et peu développé ; les sclérotiques sont translucides et laissent apercevoir la couleur de la choroïde. Les individus qui offrent ces caractères sont ordinairement sujets à des épistaxis fréquentes et à des flux hémorrhoïdaux. Les chocs les plus légers sont suivis de larges ecchymoses. (Nous ajouterons, pour compléter ce tableau, la circonstance de l'hérédité qui s'observe très fréquemment sur les sujets affectés de cette tendance.) Chez eux, les moindres plaies donnent lieu à une hémorragie très abondante, difficile à arrêter, et se reproduisant à chaque pansement, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète. La réunion immédiate est impossible; la réunion médiate se fait longtemps attendre. Les plaies fournissent des bourgeons charnus pâles, mollasses, saignans et sécrétant peu de pus. Souvent elles se recouvrent d'un caillot mou, très adhérent, qui ne tarde pas à exhaler une odeur fétide.

Ces divers caractères se trouvent pour la plupart réunis dans l'observation suivante, qui est encore intéressante sous plus d'un rapport.

Obs. — Un étudiant en pharmacie, âgé de 22 ans, entre le 8 mars 1844 à l'hôpital du Midi, pour un phymosis très intense. Ce malade présente la plupart des

caractères physiques signalés ci-dessus. Plusieurs fois déjà, à la suite de l'extraction d'une dent, de l'application de quelques sangsues, des hémorragies graves et rebelles ont eu lieu. Les plus légères égratignures amènent un saignement prolongé. Les moindres contusions donnent toujours lieu à de larges ecchymoses. Du reste ces accidens ne se manifestent que pendant l'hiver, jamais durant les fortes chaleurs.

Le 9, on appliqua quinze sangsues au périnée. Dans le bain pris immédiatement après, l'eau se colora très fortement en rouge et se chargea de flocons abondans de fibrine. Le saignement résista ensuite à l'emploi des moyens usités en pareil cas dans les hôpitaux.

Le 10, les parties génitales étaient enveloppées d'un énorme caillot, d'odeur fétide, aigrelette, laissant échapper à la pression du sang liquide. On l'enlève, et on voit que onze piqûres saignent encore. (Cautérisation avec le nitrate d'argent, puis application d'alun pulvérisé.) L'hémorragie persiste toute la nuit.

Le 11, céphalalgie, palpitations, grande faiblesse, pouls petit et fréquent, température de la peau au-dessous de l'état normal. M. Ricord applique sur chacune des onze piqûres un point de suture entortillée. Le sang est arrêté. Le malade place sur les plaies des compresses chlorurées pour se débarrasser de l'odeur fétide qui l'incommode.

Cet état satisfaisant persiste jusqu'au 17 mars. A partir du 15, on commença à prescrire : 8 pilules de Vallet, frictions avec la teinture de digitale sur la région du cœur, tisane de gentiane, deux portions.

Le 18, huit des épingles sont devenues mobiles; le malade les enlève. Une heure après, trois d'entre elles donnent du sang. On l'arrête momentanément avec de petites pinces faites en fendant un morceau de bois; mais pendant la nuit elles se dérangent, et l'hémorragie reparaît malgré l'administration de 20 grammes d'extrait de ratanhia, de fomentations d'eau froide, et de la limonade sulfurique.

Le 19, les bourses sont entourées comme les premiers jours d'un énorme caillot fétide. M. Ricord applique de nouveau trois épingles et un fil autour d'elles. L'hémorragie est arrêtée par ce moyen. (Continuation des mêmes médicamens.)

Le 23, deux des épingles tombent; du sang s'écoule par ces ulcérations. Le malade applique, mais en vain, du plâtre sur toute la région dans le but d'arrêter l'hémorragie.

Le 24 et le 25, on applique successivement deux épingles, une sur chacune des piqûres qui paraissent le plus saigner. La céphalalgie, les palpitations sont très intenses. On entend un bruit de souffle dans la carotide gauche. Toutes les plaies des sangsues laissent suinter un liquide roussâtre très fétide. Un pansement avec la charpie fait cesser cet écoulement.

Les épingles ne furent enlevées que le 2 avril. Le 4, les plaies étaient entièrement cicatrisées. La céphalalgie et les palpitations n'ont cédé que lentement.

V. JOURNAL DE MÉDECINE.

DE LA PNEUMONIE CHEZ LES ENFANS; par M. A. TROUSSEAU.

Cette communication n'étant que la traduction française d'un ouvrage en latin auquel l'auteur met en ce moment la dernière main, et ne consistant qu'en une suite de propositions ou d'aphorismes, sans citation ni discussion, ne pourrait être l'objet d'aucune analyse.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE LA DIATHÈSE TUBERCULEUSE; par M. THIRIAL.

Deux questions principales sont soulevées ici; nous allons les examiner séparément, avec tout l'intérêt que mérite ce travail.

1° *De certaines formes de phthisie aiguë, de l'obscurité de leur diagnostic dans certains cas, et de la possibilité de les confondre avec la fièvre typhoïde.*

L'auteur n'a pas la prétention d'exposer, encore moins d'éclaircir, en quelques pages, toutes les difficultés que présente le diagnostic de certaines formes aiguës de la phthisie; il s'est contenté ici de prendre un de ces cas qui sont plus fréquens dans la pratique même des médecins les plus expérimentés qu'on ne le croirait d'après leur rareté dans les ouvrages, et après l'avoir rapporté avec tous les détails dont le véritable observateur apprécie seul l'importance, il le soumet à une critique sévère, examinant sous un point de vue réellement philosophique la plupart des questions qu'amène successivement cette critique. Suivons-le quelques instans.

Le chapitre des affections tuberculeuses latentes est un des plus intéressans de la médecine pratique; car, malgré les progrès réels dus à l'emploi des nouveaux procédés d'exploration, le diagnostic de ces maladies laisse quelquefois beaucoup à désirer. L'erreur la plus commune en ce genre, c'est de méconnaître complètement, ou plutôt de ne pas soupçonner l'existence des tubercules, soit par l'absence totale de troubles fonctionnels, soit par le manque de signes physiques suffisans. Mais il y a plus, si la maladie, de latente qu'elle était, vient à prendre tout à coup une marche aiguë, il lui arrive alors quelquefois de revêtir une certaine apparence phénoménale qui tend à la faire confondre avec d'autres affections dont elle semble le plus éloignée par le fond de sa nature. On a vu plus d'une fois des cas singuliers dans lesquels des phthisies latentes, en se démasquant tout d'un coup, ont été prises pendant un certain temps et même pendant tout leur cours pour des fièvres typhoïdes, et *vice versâ*, de manière que le diagnostic des deux affections les mieux étudiées aujourd'hui s'est trouvé plus d'une fois entièrement méconnu dans son double élément, c'est-à-dire dans la détermination du siége et de la nature de la maladie. A ces cas appartient l'observation recueillie par l'auteur, et dont le sujet, atteint de diathèse tuberculeuse, présenta, dans le cours de sa maladie, une anomalie si extraordinaire, que, de tous les médecins qui avaient observé cette maladie à l'hôpital, aucun, sans exception, n'avait eu le moindre soupçon sur sa véritable nature. Le diagnostic posthume seul révéla une diathèse tuberculeuse à *marche suraiguë*. En effet, la santé du malade n'avait commencé à se déranger d'une manière un peu notable que trois semaines ou un mois au plus avant l'époque de sa mort, et, à son entrée à l'hôpital, ce dérangement ne semblait consister, sous le rapport symptomatique, que dans une sorte d'embarras gastrique et intestinal. Aussi, pendant les quinze premiers jours, rien ne pouvait donner une idée de cette diathèse, et il est vrai de dire que, dans ce cas, la diathèse d'abord et la maladie ensuite restèrent latentes dans toute la force de l'expression.

Ce cas, dont nous regrettons de ne pouvoir retracer les péripéties en signalant la cause des divers diagnostics qui ont été portés pendant le cours de la maladie, dont la durée réelle ne fut que de sept jours et celle des prodrômes de trois semaines, fournit à M. Thirial l'occasion de toucher à plusieurs questions de pathogénie trop souvent négligées. Ainsi, pour la plupart des observateurs, il suffit qu'ils aient trouvé sur le cadavre quelques rougeurs, une ulcération ou quelques tubercules, pour qu'aussitôt, croyant avoir expliqué la mort, ils soient satisfaits. Notre auteur ne s'en tient pas à ces résultats superficiels, et, s'appuyant sur des faits nombreux dont celui qu'il vient de rappeler est un exemple remarquable, il établit que, dans les maladies organiques et même dans la phthisie, ni la spécialité de la forme, ni les particularités de la marche, ni la gravité du pronostic, ni enfin la nature du traitement ne reposent immédiatement et directement sur la grosseur des lésions et la matérialité des produits, mais bien sur l'état particulier de la vitalité, soit de l'organe qui est affecté, soit de l'organisme qui les supporte.

2° *De l'état latent et de l'intermittence des symptômes dans les affections tuberculeuses chez les enfans.*

Appliquant les considérations précédentes à la latence et à l'intermittence des symptômes dans les affections tuberculeuses des enfans, l'auteur en tire quelques conclusions importantes sur l'étude des formes si variées qu'offre l'affection tuberculeuse chez les enfans, et qui a été si longtemps confondue chez eux avec les fièvres nerveuses malignes et adynamiques.

QUELLE PLACE DOIT OCCUPER DANS LES CADRES NOSOLOGIQUES L'ALTÉRATION CÉRÉBRALE DÉCRITE SOUS LES NOMS D'APOPLEXIE CAPILLAIRE, D'HÉMORRAGIE CAPILLAIRE, D'INFILTRATION SANGUINE DU CERVEAU? par M. L. FLEURY.

Cette question, purement anatomo-pathologique, perd encore de l'intérêt qu'elle doit inspirer par le but dans lequel elle est discutée ici, et qui, étant presque personnel, nous dispense d'y attacher une grande importance. Cependant, comme la question elle-même était loin d'être arrivée jusqu'ici à une solution complète, et que M. Fleury a réuni dans son travail un certain nombre de faits qui ajoutent à sa valeur, nous allons reproduire les conclusions qu'il en a tirées lui-même, sans garantir pour notre part qu'il soit réellement arrivé à cette solution, et pensant qu'il l'a laissée peut-être plus vague qu'elle ne l'est dans l'état actuel des connaissances.

1° « L'infiltration sanguine du cerveau est, comme le ramollissement rouge, une altération anatomique pouvant être produite par différentes affections : par une encéphalite, par une congestion hémorragique, par la rupture traumatique de quelques vaisseaux capillaires du cerveau, par l'érosion due à un ramollissement sénile, etc.

2° » Rien n'autorise à proclamer l'individualité, l'essentialité de l'infiltration sanguine, comme on doit le faire pour le ramollissement sénile, par exemple, parce que l'infiltration sanguine a toujours été vue unie à d'autres altérations auxquelles il est impossible de ne pas la rattacher, et parce que rien, dans les circonstances étiologiques et symptomatiques qui ont accompagné cette altération, ne peut conduire à cette opinion pathologique. »

Nous pensons qu'on ne devrait plus aujourd'hui confondre dans une même description l'infiltration sanguine avec l'hémorragie capillaire, qui n'est point une infiltration ni une simple hémorragie, mais une hémorragie s'opérant sur un certain nombre de points à la fois, assez rapprochés, et probablement par une cause commune, mais qui a échappé jusqu'ici à l'attention.

CONSIDÉRATIONS SUR LES LIMITES DES FIÈVRES DES MARAIS ET SUR LA QUESTION DE L'ANTAGONISME; par le docteur BOUDIN.

La plupart des faits que contient cette courte communication étant déjà connus, et les considérations générales que l'auteur en tire à l'appui des idées ingénieuses qu'il a émises dans sa GÉOGRAPHIE MÉDICALE étant peu susceptibles d'être analysées, nous ne pouvons les reproduire ici.

MÉMOIRE SUR QUATRE CAS DE GUÉRISON DE PTHISIE PULMONAIRE ET SUR L'ANTAGONISME ENTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES ET QUELQUES AUTRES MALADIES; par le docteur CROZANT.

Anjourd'hui, il n'est pas de praticien qui n'ait vu et publié quelques cas de guérison de phthisie tuberculeuse des poumons; mais, jusqu'ici, la plupart des cas recueillis ne l'ont été qu'après la mort des malades et d'après l'inspection des cicatrices des cavernes et autres restes de lésions produites dans le tissu pulmonaire par les tubercules; et dans la plupart des cas, sinon dans tous, les lésions ou leurs traces se trouvaient uniquement dans le lobe supérieur ou circonscrites dans des limites assez étroites pour qu'une partie seulement du parenchyme du poumon affecté ou des deux poumons eût été réellement atteinte. Quant aux cas publiés du vivant des sujets, il faut bien admettre leur réalité, puisque les dissections de l'amphithéâtre l'ont mise entièrement hors de doute; mais faut-il encore soumettre ces cas, avant de les représenter comme des exemples de guérison de cette maladie si fréquemment incurable, à une critique rationnelle, et faut-il que la guérison soit possible.

Les quatre faits cités par M. Crozant offraient tous quelque gravité et ont présenté plusieurs des conditions dans lesquelles la guérison s'opère quelquefois. Les sujets étaient âgés de 27, 19, 25 et 18 ans, et offrirent les signes physiques de la tuberculisation chez trois au sommet du poumon gauche, et chez un au sommet du droit. Ces quatre malades habitaient tous des localités où il existe des marais et des fièvres intermittentes et où, affirme l'auteur, les cas de phthisie sont rares ou même inconnus. Considérés sous le point de vue de la discussion relative à l'antagonisme supposé entre les fièvres intermittentes et la phthisie, ces faits ont encore moins d'importance; car, isolés, ils sont sans valeur, et n'en acquerront que quand ils seront rapprochés d'autres faits recueillis dans des circonstances opposées.

RÉFLEXIONS NOUVELLES SUR LES NÉVROSES, A L'OCCASION D'UN CAS D'HYSTERIE DÉTERMINANT SUCCESSIVEMENT LES SYMPTÔMES LOCAUX DE PLUSIEURS INFLAMMATIONS ABDOMINALES; par M. PIDOUX.

Le titre seul de l'observation sur laquelle roule cette communication suffit pour en indiquer la portée et signaler le point de vue d'où l'auteur la considère. Ce fait appartient, en effet, à cette série si nombreuse et si variable d'états morbides très communs dans les classes aisées, rare chez les malades des hôpitaux et surtout chez ceux du sexe masculin, et qui simulent si parfaitement les maladies inflammatoires des divers organes, que, sans une étude spéciale et une attention soutenue, l'homme de l'art est facilement entraîné dans une série d'erreurs funestes à la science et surtout aux malades. Le sujet de cette observation est une dame âgée de 42 ans, de tempérament sanguin, d'une sensibilité excessive, qui fut prise, après quelques accidens pléthoriques auxquels on avait cru devoir remédier par une évacuation sanguine, de coliques intestinales extrêmement violentes avec tension, excessive sensibilité du ventre, puis quelques nausées et sentiment de strangulation et de raideur des muscles cervicaux. A la suite d'un purgatif, ces accidens disparaissent et sont remplacés immédiatement par toutes les angoisses d'une colique néphrétique. Après douze heures d'un peu de calme, les douleurs reparaissent plus vives encore qu'auparavant sur le tube digestif; le pouls restant calme et lent pendant tous ces accidens. Enfin, après avoir cédé à quelques pilules d'*assa fœtida*, la douleur se porte tout à coup sur la matrice et les annexes, puis se termina par un accès d'hystérie complet, après lequel la malade reste dans un état d'anéantissement profond et de grand découragement, puis relève lentement; le pouls ayant varié pendant tout le cours de cette maladie de 50 à 56, et la peau n'ayant jamais offert une chaleur morbide. Ce fait intéressant est suivi de réflexions qui le sont également, mais qui auraient peut-être gagné, dans l'intérêt même des doctrines de M. Pidoux, que nous ne repoussons pas complètement, à être présentées d'une manière plus logique et plus claire à la fois.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 AOUT.

DEUX CAS D'IMPERFORATION DU RECTUM OPÉRÉS ET GUÉRIS.

M. LOUIS BAUDELOCQUE communique la relation de deux cas d'imperforation du rectum opérés avec succès. Dans le premier de ces cas, il y avait imperforation du rectum, avec continuité du colon descendant; dans le deuxième cas, au contraire, imperforation du rectum sans continuité ni contiguité du colon descendant.

CAS I. — Un enfant, né depuis deux jours, et qui n'avait pas encore rendu le méconium, fut présenté à M. Baudelocque; il ne faisait qu'un cri et s'agitait continuellement; son ventre était tendu et il présentait des signes de congestion vers la tête. M. Baudelocque introduisit dans le rectum le petit doigt de la main gauche, et reconnut qu'il formait un cul de sac situé à 27 millim. au dessus de l'ouverture de l'anus; il conduisit sur la face palmaire de ce doigt l'extrémité mousse d'une sonde, dont il avait eu le soin de placer auparavant le dard tout près de cette extrémité. Quand le bec de la sonde fut arrivé à la membrane qui bouchait le rectum et qui lui faisait former une sorte de dé, il poussa le dard avec le pouce de sa main droite, de sorte qu'il put traverser de plusieurs millimètres la membrane obturatrice; puis il retira la sonde; aussitôt l'enfant poussa le méconium au dehors et des vents en quantité. Le médecin de l'enfant se chargea d'introduire de temps en temps le petit doigt dans le rectum pour entretenir la liberté de ce conduit, et il ne jugea pas convenable de revoir l'enfant, tant l'opération avait été facile; seulement il apprit trois mois après qu'il s'était toujours bien porté; il ignore quel a été son état depuis cette époque.

CAS II. — (Procédé de Callisen, ou entérotomie lombaire.) Une petite fille, née de l'avant-veille, fut amenée à M. Baudelocque, présentant les signes décrits plus haut. Il pratiqua la ponction de la membrane obturatrice avec une sonde à dard; mais n'ayant pas senti le colon descendant, il procéda à l'opération suivant la méthode de Callisen. L'opération lui parut d'autant plus pressée que l'enfant commençait à vomir le méconium. L'enfant étant couchée sur le côté droit, M. Baudelocque fit à la peau de la région lombaire gauche un pli longitudinal sur lequel il pratiqua une incision transversale de 27 millim. de longueur; il incisa peu à peu l'aponévrose de l'oblique externe et quelques fibres du carré des lombes, et bientôt il aperçut le colon descendant couché sur un paquet de graisse qui était placé entre lui et la colonne vertébrale. Il l'ouvrit; le méconium en sortit en grande quantité, après quoi il fixa l'intestin à l'aide de trois points de suture.

Le lendemain, l'enfant se portait parfaitement, il tétait; le deuxième jour il survint un érysipèle autour de la plaie; du deuxième au troisième jour, tension et sensibilité du ventre, vomissemens, coliques faisant pousser des cris perçans. (Sangsues aux environs de la plaie et sur l'épigastre.) Aggravation le jour suivant, quatrième jour. L'enfant fut mis au sein d'une bonne nourrice: cessation des cris, retour de la chaleur; les déjections devinrent de bonne nature et se régularisèrent.

Aujourd'hui, huitième jour après l'opération, l'enfant a repris de l'embonpoint; la membrane muqueuse du colon a la couleur naturelle; elle est renversée comme dans tous les cas d'anus contre nature; en un mot, l'état local de la plaie est bon, et la santé générale de l'enfant est parfaite.

Dans les réflexions dont M. Baudelocque fait suivre la relation de ces deux faits, il indique les causes des accidens qui ont suivi l'entérotomie, afin de les faire éviter à l'avenir. Il signale d'abord comme erroné le conseil que donnent Sabatier et Boyer, et après eux tous les auteurs, de pratiquer la suture de l'intestin, conseil basé sur l'état flottant de cet intestin dans l'abdomen, tandis qu'il est au contraire immobile. En second lieu, il eût mieux valu, ajoute M. Baudelocque, inciser le colon transversalement que longitudinalement, parce que les lèvres de la plaie intestinale ne se seraient pas autant rétractées et renversées après l'opération. Enfin, il aurait fallu procéder de suite à l'exploration du bout inférieur du colon, pour voir s'il n'y avait pas moyen d'établir une voie de communication entre le bout inférieur de cet intestin et le rectum.

GANGLION ARYTHÉNOÏDIEN.

M. BARKOW, professeur à l'universités de Breslaw, décrit un ganglion nouveau trouvé par lui chez l'homme; il l'appelle *ganglion arythénoïdien*. Le nerf laryngé inférieur envoie, de la partie latérale inférieure du cartilage cricoïde, un filet (*ramus crico-arythénoïdieus*) qui, d'après M. Blandin, monte entre la face postérieure du cartilage cricoïde et le muscle crico-arythénoïde postérieur, en se dirigeant en arrière et en haut, qui passe ensuite au dessus de la marge supérieure du cartilage cricoïde, et entre dans les intervalles des fibres du muscle arythénoïde (oblique et transverse). A cet endroit, le nerf de chaque

côté se gonfle pour former un ganglion de la grandeur à peine d'une ligne et d'une forme plus ou moins arrondie ou oblongue. Des filets nerveux fins partent de ce ganglion, se ramifient vers toutes les directions, et les plus internes de ces filets pénètrent jusqu'à la muqueuse du larynx. M. Barkow n'a pu trouver ce ganglion chez le bœuf; il ne l'a pas cherché chez d'autres animaux.

STRUCTURE DE LA MATRICE.

M. Pappeinheim, professeur à la même université, fait hommage à l'Académie de plusieurs ouvrages de médecine et de physiologie. L'un de ces ouvrages a trait à la structure de la matrice. Il la considère sous trois points de vue différens : d'abord, sous le point de vue de l'arrangement général des fibres, qui consiste, suivant lui, en une spirale double; ensuite sous les points de vue de différentes régions de l'organe et de ses parties élémentaires. A l'aide de trois coupes transversales, l'auteur a reconnu que la région supérieure du corps de la matrice est formée de trois couches, dont l'une, externe, est formée de groupes de fibres d'un grand volume, dont la moyenne consiste dans des réseaux pliqués en zig-zag, et l'interne est constitué par les terminaisons des fibres les plus minces environnant les vaisseaux capillaires sanguins. Il y aurait de plus dans l'espèce humaine deux autres couches de fibres distinctes.

La seconde coupe, comprenant la partie inférieure du corps de l'utérus, possède les mêmes couches, différant en ceci que la couche externe est plus petite que la moyenne, et qu'elle a des fibres circulaires, et que l'interne est très épaisse et consiste dans des fibres propres.

La troisième coupe, enfin, est constituée par l'isthme utérin et est formée presque exclusivement par des fibres obliques.

Les parties élémentaires de la matrice sont des fibres musculaires dans la substance propre. Ces fibres sont très minces avant la grossesse; elles deviennent plus volumineuses pendant la grossesse et décroissent après, mais de manière à rester plus volumineuses qu'avant la grossesse. On observe également que les groupes des fibres diffèrent par quelques spécialités dans l'état de grossesse, avant et après cet état. D'où l'on voit, ajoute l'auteur, que l'idée de la spécialité est exprimée par la nature, non seulement dans les tissus d'un organe, mais aussi dans les caractères des régions et des parties les plus élémentaires, et que chaque partie d'un organe a sa propre vertu; en un mot, que la fonction spéciale d'un organe est provoquée par la spécialité de la structure.

CHIRURGIE MILITAIRE.

M. Ackerman adresse un mémoire intitulé : Résumé historique de la chirurgie militaire en France. C'est un travail complémentaire du mémoire sur l'appareil portatif connu sous le nom de sac chirurgical, que l'auteur a présenté à l'Académie en 1838.

— M. le docteur Herbst (de Gœttingue) adresse un travail sur les fonctions du système lymphatique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bouillon-Lagrange. L'Académie a été représentée à ses obsèques par M. le secrétaire annuel et un grand nombre de membres qui s'y sont rendus spontanément. Sur l'invitation du président, M. Dubois (d'Amiens) donne lecture du discours qu'il a prononcé, en l'absence de M. Pariset, sur la tombe de Bouillon-Lagrange. Cette lecture est accueillie par des applaudissemens.

M. le Président annonce que le conseil d'administration, conformément à la proposition de M. Adelon, adoptée dans la précédente séance, a composé de la manière suivante la commission chargée d'examiner les documens relatifs à la peste : MM. Adelon, Dupuy, Londe, Prus, Dubois (d'Amiens), Mélier et Poiseuille. M. le président propose d'en faire partie. Sur la demande de plusieurs membres, MM. Royer-Collard et Begin sont adjoints à la commission, qui se trouve ainsi composée de onze membres.

INFLUENCE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

M. Ségalas termine la lecture d'un mémoire, commencée dans la précédente séance, ayant pour titre : Des lésions traumatiques de la moelle de l'épine et de leur influence sur les affections des voies urinaires, dont voici le résumé et les conclusions :

L'occasion de ce travail a été l'observation de deux faits de lésion traumatique de la moelle, dont M. Ségalas a donné la description avec les plus grands détails. Dans l'un et dans l'autre cas, la rétention d'urine a suivi immédiatement la lésion de la moelle; l'incontinence d'urine est venue ensuite, mais tardivement. Dans les deux cas, les urines sont restées longtemps belles; et si elles ont fini par devenir catarrhales, ce n'est qu'après un long usage de la sonde à demeure.

Chez l'un des malades il s'est formé, avec le temps, une pierre phosphatique; c'est chez celui qui a porté la sonde; chez l'autre il n'y a eu jusqu'à présent aucun indice, aucune menace d'affection calculeuse.

Le premier a éprouvé des érections fréquentes et prolongées sitôt après la blessure; puis ces érections ont diminué graduellement et ont fini par disparaître tout à fait. Le second, au contraire, n'a offert rien de bien remarquable sous ce rapport, ni dans les premiers temps qui ont suivi l'accident, ni depuis.

Les deux blessés paraissent d'ailleurs avoir conservé ou plutôt recouvré des désirs vénériens, mais avec des facultés génitales bien différentes : l'un, dont la lésion de la moelle paraît être à l'union du dos et des lombes, peut établir des rapports sexuels; l'autre, dont la lésion est à la région dorsale, n'a plus d'érection.

Le rapprochement de ces deux faits a conduit M. Ségalas à se poser plusieurs questions relatives à l'influence des lésions traumatiques de la moelle de l'épine sur les fonctions des organes génito-urinaires.

Dans la première question il examine quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la sécrétion de l'urine.

Pour élucider cette question, M. Ségalas apprécie d'abord les faits à l'aide desquels Krimer a voulu établir expérimentalement que la sécrétion de l'urine était modifiée par les lésions de la moelle. Il expose ensuite les expériences auxquelles il s'est livré lui-même à ce sujet et desquelles il résulte, contradictoirement à celles de Krimer, que toutes les portions de la moelle de l'épine peuvent être détruites successivement, sans que la sécrétion de l'urine soit suspendue ou même sensiblement ralentie, si, en ce qui regarde la portion cervicale, on a le soin d'établir la respiration artificielle et de la continuer avec le soin qu'elle demande.

Dans la deuxième question, M. Ségalas examine quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la composition de l'urine. S'aidant de la même méthode critique et expérimentale, M. Ségalas établit que la section de la moelle, soit au bas du col, soit aux lombes, n'a pas d'influence constante sur la quantité d'urée des urines, non plus que sur la quantité des phosphates, des sulfates d'acide urique et de mucus, et que, si les urines sont modifiées par cette opération, ce qui lui paraît très douteux, elles le sont très diversement. Il estime donc qu'on ne peut pas admettre comme constantes les modifications que Krimer indique dans la composition de l'urine par suite de la lésion traumatique de la moelle de l'épine.

Dans la troisième question, M. Ségalas cherche à déterminer quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur l'excrétion de l'urine. Ces lésions ont pour effet immédiat la rétention des urines, et pour effet secondaire, plus ou moins éloigné, l'écoulement involontaire des urines, l'incontinence d'urine. Contrairement aux idées reçues sur l'explication de ce phénomène, M. Ségalas croit qu'il est plus naturel de supposer que la rétention d'urine est l'effet du défaut de contraction de la vessie et des muscles qui entourent les viscères du bas-ventre, et que l'incontinence d'urine a lieu d'abord par regorgement, qu'elle est causée par la plénitude extrême de la vessie, comme dans tant d'autres circonstances, et ensuite par la résistance que la vessie irritée, enflammée oppose à sa dilatation.

Quatrième question : Quelle est l'influence de la lésion traumatique de la moelle de l'épine sur la sécrétion et la composition du sperme? M. Ségalas cherche à établir par l'observation, par l'expérience et par l'analogie que la sécrétion du sperme n'est pas suspendue par ces lésions.

Dans la cinquième question, M. Ségalas examine quelle est l'influence de ces lésions sur l'érection, les désirs vénériens et l'éjaculation.

Enfin, dans la sixième question, il cherche à déterminer l'influence de ces lésions sur la conception, la gestation et la parturition.

Des observations et des expériences contenues dans ce mémoire, M. Ségalas croit pouvoir conclure, sous le rapport physiologique :

1° Que la lésion traumatique de la moelle de l'épine n'empêche point la sécrétion de l'urine;

2° Qu'elle ne trouble point directement la composition de ce liquide;

3° Que l'altération de composition qui se montre ultérieurement dans les urines est la conséquence de l'inflammation catarrhale de la vessie, inflammation produite elle-même soit par la présence prolongée de la même urine dans ce viscère, soit par l'action de la sonde à demeure, et cela avec ou sans le concours d'autres causes.

4° Que la paralysie traumatique commence toujours par être compliquée de la rétention d'urine, et que l'incontinence d'urine, qui succède à cette seconde maladie, en l'absence de soins appropriés, a lieu d'abord parce que la vessie, distendue outre mesure, ne peut plus recevoir le liquide, et ensuite parce que cet organe, fortement enflammé, se refuse à fonctionner comme réservoir;

5° Que la lésion traumatique de la moelle de l'épine n'arrête point la sécrétion du sperme;

6° Qu'elle n'altère point sensiblement la composition de ce liquide;

7° Qu'elle provoque souvent des érections sans désirs, auxquelles succèdent parfois des désirs sans érections;

8° Qu'elle n'apporte point toujours un obstacle permanent aux rapports sexuels;

9° Qu'elle ne s'oppose point à la conception, ni à la gestation; et que, lorsque cette lésion a lieu, la parturition chez les femelles d'animaux et l'accouchement chez la femme nécessitent l'emploi de moyens artificiels, soit physiques, soit mécaniques.

Considérés au point de vue de la chirurgie, les faits établis dans ce mémoire mènent à des conséquences de la plus haute importance pour la pratique, aux suivantes entre autres :

Il faut vider régulièrement la vessie de tout homme frappé de paralysie traumatique;

Il faut se garder de lui laisser la sonde à demeure;

Il faut se garder de le traiter par des moyens qui exercent une action irritante sur la vessie.

Si maintenant on envisage ces conclusions dans leur ensemble, on reconnaîtra sans peine que la moelle de l'épine n'a pas d'influence sur les fonctions des reins, du testicule, des ovaires, non plus que sur les conditions de l'urine, du sperme, du fœtus, tandis que cette moelle tient sous sa dépendance immédiate la vessie, les vésicules séminales et l'utérus, et que les facultés expulsives de ces divers réservoirs sont plus ou moins profondément troublées par ses lésions traumatiques.

M. Martin-Solon : Les expériences de M. Ségalas démontrent suffisamment que la sécrétion urinaire, ainsi que celle du sperme, est soustraite à l'influence des lésions de la moelle épinière. Mais je ne partage pas l'opinion émise par M. Ségalas, que l'altération qui survient dans la composition chimique de l'urine est le résultat d'un catarrhe vésical. Je crois plutôt que cette altération résulte du défaut de distension de la vessie et de la résorption des parties les plus fluides de l'urine. C'est du moins ce que l'on voit chez certains malades dont les urines, dans des circonstances analogues, acquièrent une densité considérable. Ainsi ce ne serait pas, comme le dit M. Ségalas, l'inflammation de la vessie qui produirait l'altération dont il s'agit dans les urines, mais bien la résorption des parties les plus fluides de l'urine ; l'inflammation ne serait, au contraire, que la conséquence de cette altération.

M. Ségalas : La faculté d'absorption de la vessie n'est pas à beaucoup près aussi grande que paraît le croire M. Martin-Solon. On sait par de nombreuses expériences qu'il faut introduire dans la vessie des doses très considérables de substances toxiques pour produire l'empoisonnement. Il a fallu plusieurs gros d'extrait alcoolique de noix vomique pour produire par cette voie des phénomènes d'intoxication sur un chien.

M. Martin-Solon : Tout le monde sait cependant que dans certaines affections les malades répandent une forte odeur urineuse, sans qu'on trouve une seule goutte d'urine épanchée sous eux. Cet effet ne peut provenir évidemment que de la résorption de l'urine. Je persiste à croire que c'est là une des causes les plus fréquentes de l'altération des urines.

M. Royer-Collard : Les objections que je me propose de faire s'adressent beaucoup moins au travail si remarquable d'ailleurs de M. Ségalas, qu'à la méthode à laquelle il a eu recours pour le sujet en question, aux vivisections. Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Ségalas a examiné les altérations qui surviennent dans l'urine à la suite des lésions traumatiques de la moelle. Je lui demanderai s'il a tenu compte, dans ses opérations sur les animaux, de toutes les circonstances qui peuvent modifier la composition chimique de l'urine. Les animaux à la suite des mutilations qu'on vient de leur faire subir sont jetés dans un état d'agitation et de trouble profond, ils ne marchent plus, ils cessent de manger. Or toutes ces circonstances ne contribuent-elles pas à altérer la sécrétion urinaire ? Ne sait-on pas par les expériences qui ont été faites sur l'alimentation, particulièrement celles de M. Chossat, que le mode ou l'absence d'alimentation modifie notablement la composition de l'urine ? Ces objections, je le répète, s'adressent à la méthode et non au travail de M. Ségalas.

Il est une autre question qui a fixé mon attention, relativement à l'incontinence et aux diverses altérations que subit l'urine. Je ne crois pas que ces phénomènes doivent être attribués à une inflammation de la vessie, inflammation qui est loin d'exister toujours dans ces cas ; je ne crois pas davantage qu'ils soient dus, ainsi que l'a avancé M. Martin-Solon, à la résorption. La vessie perd sa contractilité uniquement parce qu'elle a été longtemps distendue ; tout le monde sait qu'une distension prolongée de la vessie donne lieu à la paralysie de cet organe, et par suite à l'incontinence. La résorption de l'urine me paraît un fait difficile à admettre ; les physiologistes sont, en général, peu disposés maintenant à admettre les résorptions. Il est à peu près démontré aujourd'hui que les cas d'exhalation d'odeur urineuse soit par les sueurs ou par tout autre produit sécrétoire, tels que ceux qu'a rapportés Boerrhaave, sont dus, non point à une résorption, mais à un obstacle à la sécrétion de l'urine. La présence de l'urée dans le sang est due à ce que les élémens de l'urine n'ont point été éliminés par l'action des reins, et non pas, comme on l'a cru longtemps, à une résorption urineuse. Les expériences de M. Dumas ont mis ce fait hors de doute.

Je ferai une dernière observation relativement à l'influence de la section de la moelle sur l'érection et l'éjaculation, deux phénomènes bien différens et qui ne sont pas toujours nécessairement liés l'un à l'autre. L'érection est indépendante de l'éjaculation, elle peut être le résultat d'une simple distension de la vessie. D'une autre part, il faut distinguer aussi l'éjaculation de la simple émission du sperme. L'éjaculation nécessite l'éréthisme, le désir vénérien, tandis que l'émission du sperme peut avoir lieu sans ces conditions, et d'une manière en quelque sorte mécanique. Tout le monde sait que la chaleur du lit, le décubitus prolongé sur le dos suffisent souvent pour donner lieu à l'émission du sperme. Il est nécessaire de tenir compte de toutes ces différences lorsqu'on veut apprécier l'influence de la moelle et de ses lésions sur les fonctions des organes génitaux.

Relativement au fait d'accouchement provoqué par le galvanisme, rapporté d'après M. Brachet, j'admets sa réalité, mais je crois qu'on lui a fait dire plus qu'il ne signifie. Le galvanisme n'a eu d'autre effet, dans cette circonstance, que de provoquer les contractions de la matrice, mais c'est par le fait de ces contractions qu'a eu lieu l'accouchement et non par l'influence directe du galvanisme.

Je désirerais enfin que M. Ségalas modifiât ses expériences, de manière à léser seulement la moelle, sans la diviser entièrement, car c'est là une cause de perturbation générale et une source d'erreurs nombreuses dans l'appréciation des phénomènes qui se produisent à la suite de cette mutilation.

M. Ségalas : Je n'ai pu constater rien d'absolu relativement aux modifications que les lésions de la moelle impriment à la sécrétion de l'urine ; je n'ai trouvé que des différences de quantités, en plus ou en moins.

M. Royer-Collard : Pour apprécier convenablement les modifications qui surviennent dans une sécrétion, il faudrait tenir compte en même temps de l'état de toutes les autres sécrétions.

M. Ségalas : C'est à peu près impossible.

M. Royer-Collard : C'est justement là le vice de la méthode.

M. Dupuy émet quelques considérations sur ce sujet. Entre autres questions, il demande à M. Ségalas s'il a tenu compte de l'influence de la lésion de la moelle sur la circulation.

M. Ségalas : D'après les expériences de Legallois, l'influence des lésions de la moelle sur la circulation serait telle que la mort en devrait être, dans la plupart des cas, la conséquence immédiate. Si les résultats annoncés par Legallois eussent été exacts, je n'aurais pas pu faire une seule expérience. J'ai reconnu en les répétant plusieurs fois que les lésions de la moelle avaient sans doute une influence sur la circulation, mais que cette influence est loin, à beaucoup près, d'être aussi grande que le prétendait Legallois.

M. Ollivier (d'Angers) : M. Ségalas a parlé de l'érection produite par la section de la moelle. Il assimile, je crois, ce phénomène à ce qui se passe pendant la pendaison. Ce sont, à mon avis, deux faits bien différens ; l'érection qui a lieu à la suite des lésions traumatiques de la moelle est un acte vital qui résulte probablement de la congestion qui accompagne ces lésions, tandis que l'érection qui se manifeste pendant la pendaison est un effet tout mécanique.

Quant à l'influence des lésions de la moelle sur l'accouchement, signalée à l'occasion du fait rapporté par M. Brachet, je rappellerai les deux cas d'accouchemens spontanés observés par Chaussier chez des femmes paraplégiques. Je crois que M. Ségalas a eu tort d'attribuer une aussi grande part d'influence à la moelle sur les fonctions de la matrice. Ce fait suffit pour faire voir combien cette influence est nulle.

M. Ségalas : Sait-on à quelle hauteur de la moelle avait lieu la lésion qui causait la paraplégie ?

M. Ollivier : Je ne pourrais répondre d'une manière précise à cette question ; mais on peut juger de l'étendue probable de la lésion par ses effets ; il y avait, dans les deux cas, paraplégie complète.

Plusieurs membres demandent la parole.

M. Castel, inscrit des premiers, demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine, vu l'heure avancée.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que l'Académie a de nombreux travaux en retard ; et que ces ajournemens de discussions ont le très grave inconvénient de troubler l'ordre du jour des séances. Il insiste pour que la discussion soit terminée séance tenante. (Adopté.)

M. Castel est invité en conséquence à prendre la parole.

M. Castel : Il y aurait un grand nombre d'objections à faire au travail de M Ségalas. Il faudrait reprocher d'abord aux expérimentateurs en général de ne tenir compte que des influences partielles, et de ne faire aucun cas de la diminution de la vie, qui est la conséquence immédiate de toute vivisection. C'est cependant à cet effet général qu'il faut attribuer une grande partie des résultats.

M. Ségalas a dit, dans sa cinquième proposition, que la rétention d'urine précédait toujours l'altération de cette sécrétion. Ici encore il n'a pas tenu compte de la succession des phénomènes de la paralysie. C'est toujours le même fait. On a dit que l'érection qui survient après la pendaison était le résultat de l'afflux du sang vers les organes génitaux. C'est encore une erreur ; on ne tient jamais compte des propriétés générales, de la sensibilité. Lorsque la sensibilité est chassée d'un point, elle reflue sur un autre ; les troubles qui surviennent dans les centres nerveux retentissent sur leurs pôles ; c'est pour cela que les organes génitaux sont surexcités à la suite des lésions profondes qui anéantissent ou troublent la sensibilité dans les centres nerveux. En général, lorsqu'on lèse la moelle ou le cerveau, l'altération des organes placés sous leur dépendance est d'autant plus grande que ces organes reçoivent un plus grand nombre de nerfs du centre lésé.

M. Martin-Solon : Ce que M. Royer-Collard a dit de la présence de l'urée dans le sang ne détruit en rien la valeur de ce que j'ai dit sur la résorption. Sa proposition s'applique aux cas de destruction totale des reins ; mais il ne s'agit point de cela dans les expériences en question, puisque les reins sont intacts. Ce sont d'ailleurs deux faits différens qui ne s'excluent pas l'un l'autre.

M. Castel : Les phénomènes dont il s'agit, et qui prouvent le reflux de la sensibilité vers les pôles dont je parlais tout à l'heure, ont lieu bien plus fréquemment dans les lésions du cerveau que dans celles de la moelle.

M. Desportes insiste sur la nécessité de distinguer deux modes différens d'influence des lésions de la moelle sur les organes urinaires, l'influence sur la quantité et l'influence sur la qualité de l'urine. Celle-ci se manifeste par le passage des urines de l'alcalinité à l'acidité.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉLANGES DE CHIRURGIE ET COMPTES-RENDUS DE LA PRATIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON ; par M. L. JANSON. — Un vol. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière et Germer-Baillière, libraires, rue de l'École-de-Médecine. Lyon, chez Ch. Savy jeune, quai des Célestins, 48.

Voici un livre d'une portée toute particulière. Si, pour mériter le premier rang, il fallait de toute nécessité apporter un système médical entièrement neuf, ou quelqu'une de ces méthodes thérapeutiques qui font révolution, M. Janson n'aurait assurément ici à faire valoir que peu de droits à cette place ; car les idées originales qui lui appartiennent dans cet ouvrage ont depuis longtemps été livrées par lui à la publicité. Quel a donc été son but en prenant la plume ? Uniquement de faire part à ses confrères des fruits d'une expérience acquise dans les fonctions de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon : rendre compte de ses résultats, dire les chances diverses d'une pratique longue et consciencieuse ; s'élever ensuite du récit des faits à l'appréciation des méthodes, puis jeter un coup d'œil sur la marche et l'évolution de la chirurgie dans ces derniers temps, voilà le simple programme que s'est tracé l'auteur. L'approuvera-t-on moins maintenant, lira-t-on son livre avec moins de profit, parce qu'il n'a pas, à l'exemple de tant d'autres, voulu le grossir d'hypothèses destinées à un jour d'existence ou de ces *procédés de l'auteur* dont le secret de fabrication, aujourd'hui divulgué, se borne presque toujours à *faire autrement* sans chercher à faire mieux ?... Nous n'avons pas de notre époque une assez faible estime pour penser qu'il en puisse être ainsi. Honneur au génie qui invente, mais respect à l'homme qui, dans ses récits, s'impose le devoir d'une constante véracité. Si jadis la science imparfaite avait plus besoin de découvertes que de faits particuliers, d'autres exigences ont surgi avec une nouvelle ère. Tant de systèmes divers encombrent aujourd'hui toutes les branches de la médecine, que, pour juger entre eux, il n'est qu'un seul moyen indiqué par tous les bons esprits, c'est de voir comment chacun d'eux supporte l'épreuve de l'application. Mais où rassembler les élémens d'une telle vérification ? Dans quel ouvrage trouver les faits sincères et vrais nécessaires à cette enquête ? L'inventeur voit toujours de trop haut ou de trop loin pour que, même en admettant sa bonne foi, on puisse faire fonds sur sa capacité d'observateur. D'un autre côté, le médecin de talent qui n'a aucun système à faire prévaloir se soucie généralement peu d'affronter les dégoûts du métier d'écrivain, dans la seule perspective d'apporter un tribut désintéressé à la cause de la vérité. — Dans cette pénurie, nous le disons avec plaisir, il y a plus qu'un succès d'auteur à ambitionner, il y a un acte de haute philantropie à accomplir pour celui qui se dévoue à publier les actes de sa pratique sans aucune arrière-pensée d'école ou de doctrine. Mais, pour remplir utilement cette mission, il ne suffit point de parler, il faut avoir qualité pour être cru ; et c'est justement là ce qui rend tellement rares les écrits dignes de la confiance publique sous ce rapport. M. Janson peut, à bon droit, revendiquer pour son livre la justice d'un semblable accueil. Aimé et honoré dans sa ville natale de tous ceux qui aiment et honorent la chirurgie, il s'y est montré le digne représentant de cette science. Le bonheur de sa pratique d'hôpital et ses succès dans l'enseignement y sont également populaires, et si l'hommage que nous nous plaisons à rendre ici à notre premier maître pouvait être soupçonné de partialité, il ne manquerait pas de voix plus puissantes que la nôtre pour suppléer à la modération obligée de nos paroles. C'est donc comme praticien et comme professeur que M. Janson a établi sa réputation. Les travaux détachés dont la collection compose son ouvrage présentent, en effet, l'un ou l'autre de ces caractères, et se trouvent réunis dans deux sections distinctes, selon qu'ils se rattachent plus spécialement à l'art ou à la science. A la première catégorie appartiennent les comptes-rendus de la pratique de l'auteur à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Rangeant sous autant de chefs tout ce qui se rapporte aux principales maladies chirurgicales ou aux opérations les plus importantes, il indique d'une manière générale les méthodes de traitement et les procédés qui lui ont le mieux réussi, et cite à l'appui les résultats, formulés en chiffres, lorsqu'il peut y avoir quelque intérêt à connaître la proportion exacte de la mortalité aux succès. Là, nous le répétons volontiers, règne un parfum de sincérité et de bonne foi qui s'exhale comme de soi-même à la lecture et donne à ces pages un prix inestimable, parce qu'il est indépendant du temps et des doctrines. Quelle que soit, en effet, l'opinion particulière d'un écrivain, s'il rapporte fidèlement ce qu'il a vu, les deux partis y puiseront d'aussi utiles enseignemens : l'un y apprendra à persister, l'autre à revenir sur ses pas. — Mais ce n'est pas seulement comme témoin impartial que M. Janson mérite d'être écouté. Un homme placé pendant longtemps à la tête de l'un des premiers hôpitaux de France en emporte des souvenirs ; mais il en emporte aussi des règles de conduite. Aussi ces comptes-rendus offrent-ils alternativement, et souvent unis de la manière la plus pittoresque, ce double caractère, narratif et didactique. Tantôt c'est un fait tellement saillant, qu'il porte avec lui son précepte. « Deux jeunes ouvriers reçoivent dans une rixe, l'un une plaie qui ne fait qu'entamer le cuir chevelu, l'autre un coup de sabre qui ouvre largement l'articulation scapulo-humérale. Après le premier pansement, l'autorité me demande un rapport sur la situation des blessés. Je m'empresse d'établir que la plaie de la tête n'offre aucune apparence de danger, tandis que la plaie articulaire nécessitera peut-être une des plus graves amputations. Eh bien ! au bout de quelques jours, la blessure du crâne se compliqua d'inflammation érysipélateuse qui compromit fortement la vie ; la plaie de l'épaule, au contraire, qui avait été fermée au moyen de la suture, se cicatrisa en peu de temps et sans accidens. » (P. 44.) Tantôt un de ces rapprochemens qui abondent dans les grands services d'hôpitaux vient juger une question controversée, recommander une précaution ou un procédé trop négligés. « Dans les premiers jours du printemps de 1819, j'opérai 20 malades de la cataracte par un temps clair, serein et une une température favorable. J'obtins 18 succès complets. Huit jours après, j'en opère encore, par un beau soleil, dans une même matinée, sept autres. A peine ai-je terminé la dernière, que tout à coup le ciel se couvre de nuages, la pluie tombe par torrens, le tonnerre gronde, et, le soir, tous mes opérés avaient les yeux enflammés ; cinq perdirent complètement la vue. » (P. 201.) Citons encore parmi ces observations dignes d'intérêt par leur rareté un cas de résorption entièrement spontanée d'une cataracte, un tétanos guéri par l'opium et le carbonate de potasse, un sarcocèle cru et déclaré cancéreux dont un traitement mercuriel suffit à opérer la cure, etc., etc.

Parmi les choses qui appartiennent plus spécialement en propre à l'auteur, on remarquera surtout son opération heureusement exécutée d'extirpation partielle de l'omoplate, l'emploi des saignées à la lancette sur les veines qui reviennent des parties enflammées, les recherches sur la rupture spontanée des tissus et des organes, le traitement par l'opium de l'ergotisme gangréneux, etc. Ces diverses idées, déjà connues dans le monde médical sous le nom de M. Janson, ont reçu ici de sa part de nouveaux développemens propres à en répandre de plus en plus la vulgarisation et l'application. Quelques notes communiquées par M. Pétrequin ajoutent encore à l'utilité de ces préceptes cliniques.

Les considérations que M. Janson développe ensuite à un point de vue plus général ne sont ni moins élevées ni moins intéressantes. Professeur lui-même, et professeur renommé par la sûreté et l'éclat de sa méthode, il n'avait presque, pour poser les règles d'un bon enseignement, qu'à prendre exemple sur lui-même, qu'à raconter ses propres impressions. Qu'on aime à retrouver des souvenirs personnels dans ces brillantes pages où il trace le portrait du jeune professeur ! « Tout en lui, dit-il, intéresse, cette fraîcheur d'imagination qui lui donne le secret d'embellir tout ce qu'il veut exprimer ; son respect pour les grands noms, qu'il ne prononce qu'avec un sentiment de vénération et de reconnaissance ; le contraste de son enthousiasme pour la science avec sa candeur et sa modestie ; sa mémoire qui a tout retenu et n'a rien encore oublié. Comme on aime en lui cet avenir plein d'espérance et qui s'annonce déjà sous d'aussi heureux auspices ! Il n'envie la gloire de personne, parce que, juste envers tous, il ne s'imagine pas qu'on puisse lui contester la sienne. L'heure du désenchantement et des rudes épreuves n'a point encore sonné pour lui ; rien n'a pu ralentir son zèle infatigable ; il marche droit au but qu'il veut atteindre, il avance toujours et entraîne dans sa course rapide tous ceux qui se sont confiés à ses efforts et qui doivent partager avec lui le fruit de ses premiers triomphes. » — Écoutons encore M. Janson à propos de la mesure avec laquelle il pense qu'un professeur doit user de l'érudition. Plus d'un contemporain pourra utiliser ces conseils : « La manie de grouper des noms propres pêle-mêle à côté les uns des autres, sans choix et sans critique, sera toujours un écueil difficile à éviter pour ceux qui n'ont que de la science sans discernement, du savoir sans un goût épuré..... Il faut être sobre de citations et ne se permettre que celles qui peuvent aider à l'intelligence du sujet ou qui se lient d'une manière intime à la question. Ainsi, comment parler des plaies de tête sans faire intervenir les noms de Pott, de J.-L. Petit, de Desault ? Comment tracer l'histoire des hernies sans inscrire en première ligne Richter, Scarpa et Lawrence ? etc..... Mais il est une autre espèce d'érudition qui nous semble d'une utilité encore bien plus grande, puisqu'elle nous présente des images frappantes, des descriptions pittoresques qui impressionnent plus vivement la jeunesse et laissent dans la mémoire des souvenirs

plus durables. En parlant des hernies gangrenées, ne craignez pas de répéter, avec J.-L. Petit, à l'élève, que ces tumeurs doivent être ouvertes *ni plus ni moins qu'un dépôt*. De même le *coup de hache* de Dupuytren ne peint-il pas mieux que deux pages de description la forme qu'offre le coude-pied après la fracture de l'extrémité tarsienne du péroné? »

D'autres sujets ne demandaient pas seulement une longue habitude du professorat. Il est telle question générale qu'un médecin-littérateur et qu'un médecin-praticien sont à peu près tous deux également aptes à traiter; mais il s'en trouve aussi qui requièrent avant tout un long exercice de l'art, et que toutes les ressources du style le plus magique ne sauraient colorer que d'un éclat trompeur. Un poëte dira, par exemple, ce qu'est le courage en chirurgie; il s'écriera qu'un utile sang-froid n'est pas de la barbarie, que l'apparente impassibilité dont l'opérateur doit se voiler le front cache souvent l'ame la plus sensible aux souffrances de ses semblables!.... Mais pour savoir ce que coûte ce courage, pour apprendre à quelles sources il se puise, de combien d'espèces on en a besoin, il faut être chirurgien, il faut avoir véco dans le milieu où cette qualité s'acquiert et se prodigue. Aussi M. Janson a-t-il trouvé dans ce sujet le texte le plus intéressant pour nous donner des conseils qu'on reconnaît sans peine pour ses propres impressions de pratique. Un chirurgien, dit-il, doit avoir le courage *de prendre un parti*, de se décider ou de s'abstenir; le courage *de l'exécution*, poussé quelquefois jusqu'à l'intrépidité; le courage *de l'impassibilité, de la patience*, lorsque quelques circonstances malheureuses viennent compliquer son œuvre encore inachevée; le courage *de la résignation*, enfin, quand il n'a plus qu'à interroger sa conscience restée pure et sans reproches. — Il est une dernière espèce de courage que peu de chirurgiens de nos jours ont le *courage* de montrer, c'est celui de la prudence. Mais laissons à M. Janson l'honneur d'avoir cherché à le réhabiliter, et citons ses propres paroles : « Qu'on ne s'imagine pas, dit-il, que le courage *de la prudence* soit un mot vide de sens et qui implique contradiction : il faudrait n'avoir jamais pratiqué sur un grand théâtre pour ne pas reconnaître qu'il est souvent aussi difficile de savoir s'abstenir que de prendre une décision contraire. N'est-ce rien que de savoir résister aux sollicitations importunes de tant de gens qui, ne pouvant calculer la gravité d'une opération, s'étonnent du retard qu'on croit devoir apporter à son exécution? Et les exigences plus raisonnables et bien autrement impérieuses du malade, qui semble vous reprocher chaque jour les heures de souffrance que votre temporisation lui fait endurer, et qui compte pour un temps perdu celui qu'on emploie dans le silence et la méditation à combiner tout ce qui peut concourir au succès de son opération? Enfin, n'a-t-on pas à lutter contre soi-même, contre cette tendance qui nous pousse vers les grandes entreprises dans notre intérêt particulier? »

Il sera facile de juger, d'après ces extraits, à quelle école appartient M. Janson. Lui-même nous le déclare dans sa préface. Dupuytren, Richerand, Delpech, voilà ses modèles! Eclairer la chirurgie par la physiologie et la pathologie interne, ce sont ses principes! Perfectionner plutôt qu'innover, s'attacher à guérir plutôt qu'à opérer, telle est sa devise! — On n'ose guère aujourd'hui renier ces maximes; mais leur est-on bien fidèle dans la pratique? M. Janson signale, dans la génération actuelle, une fâcheuse tendance à les méconnaître. Il faut l'avouer, le tableau qu'il trace à ce sujet de la chirurgie contemporaine est souvent aussi frappant de vérité qu'il est partout chaud et brillant de coloris. Après avoir montré les fortunes diverses de cette science, basée d'abord exclusivement sur l'anatomie et la mécanique, puis recevant des Bichat et des Dupuytren la lumière de notions plus solides sur les fonctions vitales, perfectionnée enfin sous l'impulsion d'une doctrine dont le plus beau titre est d'avoir obtenu pour dénomination l'épithète de *physiologique*, il accuse franchement l'époque présente d'avoir rétrogradé, et dit tout haut quelles trompeuses lueurs lui ont fait faire fausse voie. « Comment, dit-il, la chirurgie aurait-elle résisté à l'entraînement général, à la nécessité pressante de se signaler par d'éclatans triomphes, par une hardiesse d'action poussée quelquefois jusqu'à la témérité?......... Aussi trouvons-nous à chaque pas de fausses interprétations données aux lois immuables de la nature, des espérances déçues, des inventions qui n'ont pu survivre aux temps qui les ont vues naître, des mutilations que rien ne saurait justifier; enfin, un ardent désir d'arriver à la célébrité sans la sanction du temps et de l'expérience.... Sous cette influence, rien ne semble impraticable. On tourmenta de mille manières les yeux cataractés pour arriver, en définitive, à extraire ou déprimer le cristallin un peu mieux que Daviel et moins bien que Scarpa.... L'opération du bec de lièvre était la seule restauration de la face qui fût devenue usuelle; mais bientôt on voulut restaurer le nez, les yeux, les joues, le menton; et, ne tenant aucun compte ni de la douleur du moment, ni des chances fâcheuses qu'on pouvait faire courir aux opérés, on agit avec la même confiance et avec les mêmes moyens pour guérir une simple difformité que s'il eût été question de sauver la vie des malades, etc., etc. »

Ce jugement, nous l'avouons, est juste en beaucoup de points; et ce cri d'indignation de l'honnête homme qui se révolte contre les exagérations de l'école moderne ne vient malheureusement point de l'hallucination d'un pessimiste en délire. Mais est-il juste d'envelopper une génération tout entière dans cette accusation? Nous faudra-t-il accepter comme peinture historique ce qui n'est, à le bien considérer, qu'une simple collection de portraits plus nombreux à la vérité, et plus ressemblans qu'il ne serait à souhaiter?... Si M. Janson l'a pensé, nous le connaissons trop sincèrement attaché aux progrès de la chirurgie pour ne pas être heureux d'apprendre qu'il ne nous a point persuadés. Oui, comme il le déclare, trop souvent la chirurgie a sacrifié aux idées du jour; trop souvent, pour ne pas paraître routinière ou rétrograde, elle a voulu faire ses preuves et s'est lancée inconsidérément dans la carrière des découvertes et des systèmes empiriques! Mais à côté des égaremens de quelques-uns, jamais les saines doctrines n'ont été méconnues du plus grand nombre. Si nos hôpitaux comptent encore quelques *opérateurs* ils ont aussi de véritables *chirurgiens*. A côté des Dupuytren, des Dubois, des Boyer, dont le siècle dernier s'honore, le nôtre pourra sans rougir placer quelques hommes qui, dans leur pratique et leurs leçons, s'attachent surtout à maintenir à la chirurgie son caractère de science conservatrice. L'art de corriger les difformités a pris de nos jours un immense développement, nous le reconnaissons volontiers; mais pourquoi vouloir en diminuer l'importance, sous prétexte qu'il ne tend pas directement à sauver la vie? L'homme qu'un pied-bot rendait inapte au travail, celui qu'un ulcère de la face bannissait de la société, celui qui, privé de lèvre inférieure, avait perdu avec la faculté de retenir sa salive le pouvoir de digérer, regarderont-ils comme d'un ordre inférieur la science qui viendra leur rendre la conformation normale? Si l'on s'obstinait du reste à ne compter pour services réels que ceux qui concourent à prolonger l'existence, la chirurgie moderne ne manquerait pas d'autres titres à faire valoir pour sa défense. La méthode sous-cutanée et ses innombrables applications, l'amputation du maxillaire supérieur (trait de génie qui a suffi à illustrer un nom), la réhabilitation de l'amputation sus-malléolaire, l'entérotomie lombaire hors de la cavité péritonéale, etc.; voilà des conquêtes que nous pouvons montrer avec un juste orgueil. Voulez-vous enfin apprécier la chirurgie actuelle par ses efforts pour restreindre le nombre des opérations? lisez le chapitre de M. Lisfranc sur les cancers superficiels réputés, au premier coup d'œil, profonds; voyez partout les préparations iodées appliquées à la cure de tant de maladies osseuses qui nécessitaient jadis les opérations les plus laborieuses et les plus graves; suivez dans nos hôpitaux les heureux effets de la compression, de l'inamovibilité; constatez le rang, non pas exclusif, mais tout honorable, qu'occupe aujourd'hui la lithotritie; voyez la résection substituée, toutes les fois qu'elle est rationnellement praticable, à l'amputation; remarquez surtout le nombre si sensiblement décroissant des opérations de sarcocèles, de fistules lacrymales, de fissures à l'anus, d'excisions du col utérin, etc.; observez enfin le mouvement de réaction générale qui se prononce de plus en plus contre l'extirpation des tumeurs cancéreuses, contre les amputations faites chez des sujets tuberculeux : voilà la tendance réelle, le véritable caractère de la chirurgie française. C'est par ces faits qu'il faut la juger pour la bien connaître et pour lui rendre la justice qu'elle mérite. M. Janson, du reste, signale lui-même avec franchise cette disposition actuelle des esprits; et, soit qu'elle marque, ainsi qu'il le croit, le symptôme d'un retour aux saines doctrines, soit, comme nous le pensons, qu'elle accuse plutôt l'influence croissante de ces mêmes doctrines, dont la tradition s'est conservée sans interruption dans nos écoles, l'accord qui à ce sujet existe de fait entre l'honorable auteur et nous, a trop de prix à nos yeux pour que nous risquions de le compromettre ici par des commentaires superflus sur son origine.

D.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 36. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ue peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — Oo s'abonne à Paris, au hureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — Oo ue reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU CŒUR; par C. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite. — Voir les numéros 14, 15, 23, 25, 28 et 30.)

CHAPITRE III.

DE L'HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE DU CŒUR.

Depuis que Bertin a fait connaître l'hypertrophie concentrique du cœur (1811), cette espèce de lésion, qui est l'inverse de l'anévrisme, puisqu'il s'agit de rétrécissement, mais qui pourtant s'en approche par l'épaississement des parois du cœur qui la caractérise; cette lésion, disons-uous, a été admise sans contestatioo par la plupart des observateurs, josqo'à M. Cruveilhier, qui nia la réalité de l'hypertrophie, prétendant qu'elle u'est qu'une illusiou occasiooée par le retrait du cœur, au moment de l'agonie, dans certains genres de mort, notamment dans celle par hémorragie. Uoe opinion qui se produit sons une telle autorité mérite certainement d'être prise en considération, d'autant mieux que sou auteur l'appuie d'argumens assez plausibles. Dans un travail récent, M. le docteur Dechambre a savamment combattu l'opiuioo de M. Cruveilhier et a fait connaître un moyen nouveau de constater la réalité de ce genre d'hypertrophie, moyen que nous allons indiquer.

Tout en admettant qo'il est vrai que le simple retrait des parois du cœur puisse, dans certains cas, simuler leur épaississement morbide, uous ne pouvons cependant uous refuser à reconnaître ce genre d'hypertrophie lorsque nous trouvons réunies quelques-unes des conditions suivantes :

1° Symptômes caractéristiques observés pendant la vie; bruits du cœur sourds, profouds, petitesse et roideur du pouls, dyspuée, hydropisie, cyanose, etc.; tous phéoomènes qui constatent directement une lésion du cœur antérieure à l'agooie.

2° Forme arrondie, *dodue* du ventricule gauche, qui, pourtant offre un volume au moins égal à celui qu'il comporte à l'état ordinaire.

3° Augmentatiou du poids normal du cœur, dépassant, par exemple, la moyeone de 250 grammes.

4° Épaississement des parois ventriculaires, tel qu'il ne peut évidemment résulter du simple retrait des parois, vu la quantité de tissu qui le forme et qui, réduit à l'épaisseur uormale, donnerait une ampleur plus considérable que celle propre au ventricule gauche à l'état normal.

5° Coïncidence de la dilatatiou, avec ou sans hypertrophie des trois autres cavités du cœur, ce qui indique une lésion effectuée pendant la vie.

6° Enfin, et c'est le signe indiqué par M. Dechambre, impossibilité de

---

Feuilleton.

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

N° V.

MICHEL SERVET.

Rien u'est plus étrange parfois que les moyens qui servent au génie et les circonstances ao seio desquelles il naît et se développe. Certains hommes sacrifient vainement à la poursuite de la gloire des anoées de labeurs ardus, toute une vie de recherches patientes, taodis que d'autres obtieooent ses faveurs à leur insu et presque sans se donuer la peine de les avoir méritées. Météores imprévus, ils n'apparaissent qu'un instant à l'horizoo d'une science, et cet instant leur suffit pour dissiper une partie de ses ténèbres. Ce o'étaieot que des subalternes, des médiocrités vis à vis de leurs contemporains; ce sont des maîtres, des illustrations aux yeux moins prévenus ou plus clairvoyans de l'avenir. Tel fut Michel Servet, personnage très célèbre dans l'histoire de la théologie; mais qui, quoique peu connu dans celle de la médecine, lui appartient cependant davantage.

Né en 1509 à Villa-Nnova, dans le royaume d'Aragon, il fit ses études littéraires à Toulouse. Il voyagea ensuite ao sein de l'Italie, où sou esprit, naturellemeot porté vers le rationalisme, trouva uo aliment de sou goût dans les relatioos qu'il y eotretiot avec la secte des anti-trinitaires. A sou retour, en 1530, il passa par la Suisse et l'Allemagne pour souteoir ses doctrines devant trois célèbres protestans : Œcolampade, Bucer et Capito. Jusqu'en 1534, d'après Sprengel, Michel Servet se serait occupé de théologie, et uou pas de médecine. Dans cette auuée seulemeot, il serait veou étudier à Paris cette deruière science. Mais, il y a tout lieu de croire qu'il s'y était déjà livré à une époque antérieure; qo'il avait fréquenté les célèbres universités italiennes; car l'origine de sa découverte, l'opiuioo de Béranger de Carpi et de Vésale concernant la structure de la cloisou des cavités du cœur, u'avait point encore transpiré en France et en Allemagne. Quand il suivit les leçons de Sylvius et de Fernel, en 1534, il était donc déjà plus qu'un simple étudiant; il venait à Paris comme viennent encore aujourd'hui beaucoup de médecins étrangers, pour perfectionner ses connaissances.

Quoi qo'il en soit, voyez à quoi tient la gloire et comment le sort se joue de la volonté humaine! Voilà un homme rempli d'ambition, que les lauriers de Luther et de Calvin empêchent de fermer les yeux. Il veut innover, se constituer chef de secte eo théologie, parce que dans son siècle c'est un chemin qui mène à tout. Mais la théologie, au lieu de lui donner la puissance, le conduit au martyre; au lieu de lui élever une sorte de trône, comme à Calvin dans Genève, elle lui dresse un bûcher. La médecine, au coutraire, dont il fait assez bon marché, qu'il cultive sans aucune prétention, plutôt en praticien qui désire pour-

rendre au ventricule gauche son ampleur moyenne par la dilatation opérée avec les doigts introduits dans sa cavité pour en écarter les parois sans opérer de déchiremens.

Ajoutons à cela que dans certains cas de mort subite par hémorrhagie nous n'avons point rencontré la contraction du ventricule gauche, notamment dans une observation de rupture d'anévrisme de l'aorte, faite récemment; tandis que ce retrait s'offre parfois dans des cas de mort lente par maladie chronique, ainsi que nous l'avons vu chez des phthisiques, des hydropiques, etc. Mais dans ces cas le volume total du cœur est sensiblement diminué, et cet organe n'a pas manifesté de lésion idiopathique pendant la vie.

De cette courte discussion, nous croyons pouvoir conclure que le simple retrait simulant l'hypertrophie est un fait positif; mais que la réalité de l'hypertrophie concentrique est également démontrée. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, la vérité se trouve des deux parts, et l'exclusivisme est une erreur.

Du reste, notre but dans ce travail est moins de démontrer la réalité de l'hypertrophie concentrique du cœur que d'en étudier l'étiologie, d'exposer les circonstances dans lesquelles se produit le rétrécissement de la cavité ventriculaire avec hypertrophie apparente ou réelle.

Si la dilatation du canal vasculaire, comme de tous les autres canaux, s'opère toujours en arrière de l'obstacle, on conçoit facilement qu'un phénomène inverse se produise en avant de ce même obstacle, et que, par exemple, un rétrécissement existant à l'orifice mitral, le ventricule gauche recevant moins de sang, se contracte et revienne sur lui-même. Ainsi s'explique tout naturellement le simple retrait du ventricule simulant l'hypertrophie. Mais il n'en est plus de même de l'hypertrophie réelle, qui s'explique bien par la situation de l'obstacle en avant, mais qui ne s'explique plus aussi facilement lorsque l'obstacle est en arrière. Voilà précisément ce qui fait de l'hypertrophie concentrique une affection mystérieuse, laquelle a besoin d'être étudiée. Procédons avant tout à l'exposition des faits.

L'observation suivante est tirée d'un *compte-rendu* de notre clinique, publié dans le JOURNAL HEBDOMADAIRE en 1836; elle marque le point initial de nos investigations sur la matière.

SYMPTOMES DE MALADIE DU COEUR, MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE; LÉSION ISOLÉE DE LA VALVULE MITRALE.

OBS. XXXV. — « Une femme de 36 ans, ouvrière en tabac, tousse depuis longtemps, surtout en hiver. En avril, nous la trouvons affectée de dyspnée, avec infiltration des extrémités; pouls petit et fréquent; la poitrine est sonore; l'oreille y perçoit une sibilance diffuse; les crachats sont séreux, insignifians. Adoucissans, calmans, expectorans, diurétiques, laxatifs, etc., tous remèdes que la malade néglige souvent de prendre. Elle réclame la saignée, qui la soulage un instant, et qui, chose singulière, est couverte d'une couenne inflammatoire. Cependant des épanchemens se forment dans le thorax et l'abdomen. Nous avions diagnostiqué l'emphysème. Un jour, en auscultant le cœur, nous notons: *premier bruit plus sourd qu'à l'état normal*. On verra que nous étions sur la voie. L'anasarque et la dyspnée vont croissans et la malade s'éteint suffoquée.

» A L'AUTOPSIE, sérosité dans le péricarde et les plèvres. Les poumons sont affectés à la fois d'emphysème et d'œdème; l'air circule sous les plèvres; l'écume ruisselle à l'incision; pas de vestiges de tubercules.

» Le cœur offre un volume normal, mais le ventricule gauche rétréci offre une épaisseur de huit à dix lignes. (Hypertrophie concentrique). Voilà la cause du *bruit sourd*.

» L'hypertrophie fut-elle primitive ou consécutive à l'emphysème? C'est une question que nous n'osons résoudre. Il y avait des concrétions à la valvule mitrale. Une ancienne endocardite aurait-elle déterminé l'hypertrophie? L'orifice de l'aorte était libre; est-ce pour cela que l'hypertrophie s'est opérée sans dilatation? »

Ces réflexions finales expriment tout l'embarras que nous éprouvions alors pour nous rendre compte d'un fait semblable. Aujourd'hui nous répondrions sans balancer que l'hypertrophie concentrique fut consécutive à la lésion mitrale; que l'intégrité de l'orifice aortique est certainement la cause de la non dilatation, etc., car nous y sommes autorisés par une observation répétée et notamment par les faits suivans:

SYMPTOMES ABDOMINAUX, PUIS SYMPTOMES THORACIQUES AVEC SIGNES D'HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE CONSTATÉE A L'AUTOPSIE; LÉSION MITRALE ISOLÉE.

OBS. XXXVI. — Un homme de 67 ans, d'assez bonne constitution, journalier, ressent, il y a deux mois, sans cause connue, une vive douleur dans l'abdomen, avec vomissement et diarrhée. Le ventre se tuméfie. La douleur et la tuméfaction abdominales persistant, il entre à la clinique le 5 juillet 1836.

État actuel: Abdomen tympanisé, douleur à la pression; fonctions digestives normales; toux, crachats muqueux; thorax sonore, râle sibilant disséminé; bruits du cœur sourds, réguliers, sans fréquence; pouls petit et dur. (Infusion de violette, catapl. narcotico-émolliens sur l'abdomen.)

Les jours suivans, l'abdomen, moins douloureux, s'affaisse; le catarrhe persiste. (Émolliens; looch kermétisé.)

Le 13, érysipèle phlegmoneux à la jambe droite. (20 sangsues, onctions mercurielles.)

Le phlegmon se résout, mais apparaissent à sa place des taches de purpura. (Fomentations de décoction de quinquina, bandage compressif.) Cependant le catarrhe persiste. Les battemens du cœur sont d'une lenteur remarquable (40 pulsations). L'abdomen enfle de nouveau; on y perçoit de la fluctuation. (Boissons nitrées, looch avec laurier cerise.) La dyspnée devient intense. (Fumer des feuilles de datura stramonium.) Vertiges sans amélioration. L'asthme revient tous les jours. (Saignée, décoction de polygala, fomentations de teinture de scille et digitale sur l'abdomen.)

Dans les premiers jours d'août, la diarrhée survient, l'œdème fait des progrès; mais l'asthme a disparu. (Calmans, diurétiques.)

Le 13 août, l'asthme reparaît. Le datura cette fois procure du soulagement; l'infiltration se dissipe. (Datura en fumigations, pariétaire nitrée, looch kermétisé.)

Dans les premiers jours de septembre, le malade est bien; il mange et se promène; mais vers le 10 l'oppression revient, l'œdème reparaît avec quelques pétéchies aux jambes. (Tis. de raifort sauvage avec oximel scillitique, bains de vapeur laxatifs. (On est obligé de scarifier le scrotum.)

Au commencement d'octobre, amaigrissement, affaissement, dyspnée, râles bruyans, œdème avec crevasses gangréneuses et ecchymoses aux jambes, reflux des jugulaires, cyanose, battemens du cœur tumultueux. (Toniques diurétiques.) Mort le 10 octobre, trois mois après l'entrée.

NÉCROSCOPIE 30 heures après la mort.

THORAX. Adhérences pleurétiques anciennes, poumons emphysémateux et infiltrés de sérosité; bronches rouges et gorgées de mucosités spumeuses.

Un peu de sérosité dans le péricarde, qui adhère dans quelques points au cœur, lequel présente quelques plaques lactescentes (ancienne péricardite).

Cœur volumineux; oreillettes et ventricule droit dilatés, sans hypertrophie; hypertrophie concentrique du ventricule gauche; induration cartilagineuse de la valvule mitrale; valvules aortiques saines.

Rien de particulier dans les autres viscères, sauf la suffusion séreuse.

---

voir aux nécessités de la vie matérielle qu'en savant qui veut échapper à l'oubli de la tombe, la médecine le choisit pour promulguer une vérité d'une portée immense, sinon dans ses résultats actuels, du moins quant à ses conséquences ultérieures.

Du reste, voulez-vous savoir à quel propos Michel Servet devint un homme de génie dans la science qui explique l'usage et se rend compte du mécanisme de nos organes? En discutant la question des hypostases de la trinité chrétienne. Par une de ces transitions dont les lois qui président à l'enchaînement des idées peuvent seules éclaircir le mystère, c'est du problème relatif à la personne du Saint-Esprit qu'il passe à la découverte de la circulation pulmonaire.

En effet, pour lui la troisième hypostase de la trinité, l'*esprit*, n'est autre chose que le symbole du principe de la vie universelle, de la force qui anime le monde sub-lunaire. Or, ce principe, cette force réside dans l'air; et si l'oxygène, car c'est de ce corps et de son rôle dont il veut parler, agit sur le minéral et la plante d'une manière assez simple, chez l'animal son influence est plus compliquée, elle s'exerce par l'intermédiaire de la respiration, et celle-ci a pour but d'imprimer la vie au sang, qui la porte ensuite dans tous les organes. Voilà comment, à l'occasion du Saint-Esprit, Michel Servet arrive à s'occuper du fluide sanguin; mais il y a encore loin de ce point à la découverte de la circulation pulmonaire. Pour l'effectuer, il fallait qu'un certain nombre d'erreurs anatomiques fussent abandonnées, et elles l'étaient déjà suffisamment à l'époque dont il s'agit, du moins en Italie.

L'induction du savant n'est pas brusque, spontanée; elle n'a rien de l'essor prime-sautier qui caractérise l'inspiration de l'artiste ou celle du poète; elle offre toujours quelques racines, quelques liens par où elle se rattache à une induction antérieure plus ou moins analogue. C'est un anneau de nouvelle formation, qui s'ajoute à un autre anneau d'une date moins récente, et avec lesquels l'homme de génie sait seul fabriquer une chaîne. Or, Béranger de Carpi et André Vésale s'étaient singulièrement approchés de la théorie du médecin espagnol; un pas de plus et cette théorie devenait leur propriété. Mais, afin d'en mieux saisir la filiation historique, il est nécessaire de se rappeler les idées qu'on avait, aux époques antérieures, sur l'anatomie et la physiologie du principal organe de la circulation.

Galien, qui n'avait point disséqué de corps humains, mais seulement des cadavres de singes, d'ours ou d'autres grands mammifères, Galien admettait des ouvertures dans la cloison des oreillettes du cœur. Il regardait les veines comme le réservoir principal du sang. Enfin, il croyait les artères chargées surtout du rôle de conduire à travers le corps l'esprit vital, gaz imaginaire auquel il accordait la propriété d'imprimer au fluide sanguin la force et le mouvement. Dans cette théorie, les cavités droites étaient le confluent où aboutissaient et se mélangeaient le sang des veines-caves et le pneuma des tuyaux bronchiques. Puis le fluide sanguin et l'air combinés ou plutôt réunis, après avoir fourni le contingent de l'artère pulmonaire, qui servait exclusivement à la nourriture des organes où elle se distribue, se rendaient dans les cavités gauches en traversant les ouvertures de la cloison des oreillettes, et de là s'introduisaient dans l'aorte pour se répandre parmi les branches et les rameaux de l'arbre artériel.

Ces opinions régnèrent dans la science durant tout le temps que la superstition, soit païenne, soit catholique, entrava la marche et le libre développement

Sans que nous ayons pu bien saisir la filiatiou des symptômes pulmonaires et cardiaques, nous inclinons à penser que ceux-ci ont précédé, ce que nous induisons de l'état cartilagineux de la valvule mitrale. L'essentiel, quant à l'objet qui nous occupe, est cette lésion mitrale elle-même, coincidant avec l'hypertrophie concentrique, sans lésion de l'orifice aortique.

L'observation suivante est plus expressive quant à la subordination des symptômes pulmonaires.

PALPITATIONS, DYSPNÉE, OEDÈME; PNEUMONIE, PÉRICARDITE INTERCURRENTES; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE, LÉSION MITRALE.

Obs. XXXVII. Une femme de 59 ans, de constitution détériorée, éprouve, depuis deux ans, des palpitations, de la dyspnée avec œdème des jambes, qui pourtant ne l'empêchent pas d'agir. Il y a un mois qu'après s'être refroidie elle eut de la toux, des crachats muqueux. Les palpitations, la dyspnée, l'œdème augmentent. Elle entre à la clinique le 18 avril 1637.

État actuel: Bouffissure et cyanose légères de la face et des extrémités, infiltration générale, dyspnée intense (40 inspirations); peu de toux, râles séreux disséminés; matité, souffle tubaire en arrière, à gauche et en bas du thorax, résonnance broncho-phonique; matité étendue de la région péricordiale, impulsion du cœur assez forte, mais sourde, profonde, bruits masqués par les râles sibilans; pouls petit, serré, fréquent, irrégulier; anorexie, langue blanche, soif; abdomen indolent, diarrhée; abattement, intelligence nette. (Chiendent nitré, looch avec digitale, vésic. en arrière et à gauche du thorax.)

Malgré les ventouses, les vésicatoires, l'oxide blanc d'antimoine, les diurétiques, etc., les symptômes vont en s'aggravant et la malade succombe le cinquième jour depuis l'entrée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Thorax. Sérosité citrine dans la plèvre droite, sérosité trouble dans la plèvre gauche, engouement séro-sanguin des deux poumons; pleuro-pneumonie passant au deuxième degré à gauche; bronches rouges, gorgées de mucus; sérosité trouble dans le péricarde, recouvert de pseudo-membranes épaisses, villeuses, consistantes, déjà anciennes; cœur volumineux, gorgé de sang noir; oreillettes et ventricule droit dilatés; ventricule gauche épais, arrondi, *dodu*; incisé transversalement à sa partie moyenne, il offre un épaississement considérable (3 centim.); sa cavité peut à peine admettre l'indicateur. L'orifice aortique est à l'état normal; une des valvules mitrales est ossifiée, ratatinée, formant à la fois rétrécissement et insuffisance.

Rien de particulier dans les autres organes, sauf la stase sanguine et la suffusion séreuse.

Voilà l'hypertrophie concentrique modèle, avec ses causes organiques, ses symptômes, ses effets, ses caractères anatomiques. L'organe pulmonaire s'est altéré consécutivement à l'affection du cœur. La pneumonie et la péricardite n'ont été que des accidens favorisés sans doute par les altérations antécédentes du cœur et des poumons. Le point de départ de tout cela c'est évidemment l'ossification mitrale.

L'observation suivante est confirmative des faits précédens.

ASTHME; SIGNES D'EMPHYSÈME PULMONAIRE ET D'AFFECTION DU COEUR; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE; LÉSION MITRALE.

Obs. XXXVIII. — Une femme, de 60 ans chétive, amaigrie, dit souffrir, depuis plusieurs années, de toux avec oppression. Elle entre à la clinique le 24 novembre 1842.

Etat actuel: Orthopnée, poitrine bombée, sonore; bruit respiratoire faible, mêlé de quelques râles sibilans (emphysème); bruits du cœur sourds, profonds, tumultueux, sans bruits anormaux appréciables; reflux des jugulaires; pas d'infiltration.

Nous administrons successivement ou ensemble les gommeux, l'opium, le datura, le kermès, les révulsifs cutanés, les laxatifs; puis, dans la période ultime, les légers excitans, l'alimentation modérée. Nonobstant, la malade s'épuise et succombe à l'asphyxie lente trois mois après son entrée.

Nécroscopie, 24 heures après la mort.

Thorax. Un peu de sérosité; quelques adhérences anciennes dans les plèvres; poumons affectés d'œdème et d'emphysème.

Cœur *dodu*; hypertrophie concentrique du ventricule gauche dont les parois ont près de 3 centimètres d'épaisseur (10 lignes); sa cavité peut à peine admettre le pouce. Valvules aortiques saines, valvule mitrale épaissie, cartilagineuse, déformée (rétrécissement et insuffisance.)

Ici les phénomènes pulmonaires ont paru précéder; la lésion du cœur est même toujours demeurée obscure, les accidens pouvant s'expliquer par les altérations pulmonaires (emphysème). C'est que souvent les altérations organiques du cœur s'établissent d'une manière latente, les malades n'ayant que le sentiment de la gêne respiratoire; c'est ce qui constitue l'asthme par maladie du cœur, élucidé par M. Rostan. Quoique les affections pulmonaires puissent, dans bien des cas, occasioner l'hypertrophie concentrique, ainsi que nous le verrons bientôt, il est plus naturel de rapporter celle-ci à la lésion mitrale, lorsqu'elle existe comme dans le cas précédent.

Le fait suivant est remarquable par un symptôme assez rare, déjà signalé dans notre obs. 27.

SIGNES DE MALADIE DU COEUR; BRUIT DE PIAULEMENT; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE; LÉSION MITRALE.

Obs. XXXIX. — Un homme de 63 ans, de constitution détériorée, entre à la Clinique le 17 avril 1841. Il ne peut donner de renseignemens sur ses antécédens; seulement il se dit bien malade depuis quinze jours.

Etat actuel: OEdème généralisé, cyanose, orthopnée, poitrine sonore, faiblesse du bruit respiratoire; quelques râles sous-crépitans, toux, crachats muqueux. Matité précordiale étendue, bruits du cœur faibles, sourds, profonds, pouls fréquent et serré. (Saignée, solution de gomme, vésicat. à la cuisse.)

Les jours suivans, on perçoit assez distinctement un léger bruit de piaulement de jeune poulet, dans la région du cœur. En dépit des révulsifs internes et externes et des légers stimulans dirigés contre la faiblesse croissante, le malade succombe le sixième jour après son entrée.

Nécroscopie, 32 heures après la mort.

Thorax. Adhérences anciennes des plèvres; œdème et emphysème des deux poumons; un peu de sérosité dans le péricarde; hypertrophie concentrique du ventricule gauche; orifice aortique sain; ossification et déformation de la valvule mitrale.

Dans le cas actuel, ce bruit musical, ce *piaulement* est plus significatif que dans notre obs. 27, en ce que, dans cette dernière, les deux orifices étaient altérés, tandis que, dans le cas actuel, l'orifice mitral seul était affecté; ce qui confirme l'opinion que nous avons émise, à savoir que la valvule mitrale ossifiée serait le siége précis des bruits musicaux du cœur. Nous possédons une troisième observation de ce genre de bruit rencontré chez un homme qui, sorti de notre service, est allé mourir dans un autre. Les témoins de l'autopsie nous ont rapporté que, chez lui, les

---

de l'anatomie. Sitôt qu'il fut permis d'interroger l'organisation morte, non plus sur des animaux, mais chez l'homme, l'aurore de nouvelles idées se fit pressentir. Béranger de Carpi démontra que, sauf de très rares anomalies, le trou ovale se ferme après la naissance. Vésale admet également, d'après ses dissections, qu'il n'existe pas d'ouverture à la cloison des oreillettes, au delà du terme de la vie intra-utérine. Le principe anatomique était posé, comme on voit; il ne restait plus qu'à en tirer les conséquences légitimes. Deux théories se présentaient naturellement pour expliquer comment alors l'aorte pouvait contenir du fluide sanguin. L'une consistait à faire passer ce liquide des cavités droites dans les cavités gauches par une sorte d'infiltration à travers la paroi qui les sépare; l'autre, à vouloir que, après s'être introduit dans l'artère qui se distribue aux poumons, il se rendît aux cavités gauches en revenant par les veines pulmonaires. Cette dernière théorie physiologique n'eut pas l'assentiment de Béranger de Carpi et de Vésale, ou du moins si ces anatomistes l'adoptèrent, les documens historiques n'en fournissent aucune preuve. Elle appartient à Servet, car c'est dans un de ses ouvrages qu'on la trouve formulée pour la première fois.

En effet, au cinquième chapitre du livre, si rare et si célèbre, intitulé De restitutione christianismi, on lit les phrases suivantes, que je traduis mot à mot: « La communication dont il s'agit s'opère, non par la cloison qui sépare le cœur en deux, comme on le croit vulgairement, mais bien par le ventricule droit, à l'aide d'un mécanisme compliqué. Le sang parvenu à un état plus grand de ténuité se meut dans les poumons à travers un long conduit. Il est modifié par ces organes, il y devient jaune, et d'une veine artérieuse, il passe dans une artère veineuse. Ensuite, là il se mêle avec l'air inspiré, et l'expiration lui enlève sa couleur noire. Enfin, il est attiré, tout mélangé, par le ventricule gauche, pendant la diastole, et l'esprit vital se répand dans toutes les artères du corps par l'ouverture de ce ventricule. »

A part l'hypothèse de l'esprit vital, et quelques expressions inexactes ou trop vagues, ces phrases contiennent tous les élémens dont se compose la véritable théorie de la petite circulation. En effet, la communication des cavités droites et des cavités gauches par l'artère et les veines pulmonaires; la modification, la rénovation du sang noir dans le poumon sous l'influence de l'oxygène provenant de l'air atmosphérique sont indiquées de façon à ne point pouvoir s'y méprendre.

L'absence du trou ovale, ou le défaut de toute autre ouverture dans la cloison des oreillettes pendant la vie extra-utérine, n'est pas le seul argument anatomique dont se prévaut Servet pour soutenir sa théorie; il en ajoute plusieurs autres d'une valeur non moins positive. Ce qui lui fait regarder l'artère pulmonaire comme l'endroit où s'accomplit la revivification du sang par l'air atmosphérique, c'est que son volume, contrairement aux lois de l'angéiologie, n'a point de rapport de proportion avec le volume des veines correspondantes; c'est que son diamètre l'emporte de beaucoup trop sur celui de ces veines, et que d'ailleurs l'organe respiratoire reçoit sa nourriture d'un autre ordre de vaisseaux.

Le fanatisme et la vengeance, qui surveillaient depuis longtemps les opinions de Servet, ne devaient pas lui accorder la satisfaction de voir de son vivant sa découverte adoptée par la science. Le malheur le surprit tellement à l'improviste que, suivant toutes probabilités, il ne se rendit pas bien compte lui-même du

deux orifices étaient ossifiés, l'orifice mitral se trouvant transformé en un canal osseux. Donc jusqu'à ce qu'on ait constaté ces bruits musicaux dans des cas d'altérations de l'orifice aortique *seul*, nous sommes autorisé à penser que c'est à l'orifice mitral qu'ils se produisent.

Il est donc démontré que l'hypertrophie concentrique se rencontre souvent avec le rétrécissement mitral isolé. Cependant on la rencontre aussi dans des cas de lésions des deux orifices; mais alors seulement que la lésion mitrale est dominante; autrement il y aurait dilatation en même temps qu'hypertrophie du ventricule gauche.

Le fait suivant est un exemple d'hypertrophie concentrique avec lésion des deux orifices.

RHUMATISMES ANCIENS, PALPITATIONS, DYSPNÉE, SIGNES DE LÉSION ORGANIQUE DU COEUR; CONVALESCENCE; RECHUTE PAR INTEMPÉRANCE; MORT PROMPTE; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE; RÉTRÉCISSEMENT MITRAL; ALTÉRATION DE L'ORIFICE AORTIQUE.

OBS. XL. — Un homme de 26 ans, de belle constitution, vitrier, fut atteint, il y a cinq ans, d'un rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois. Depuis lors il a été continuellement sujet à des palpitations et de la dyspnée. Quelques rechutes de rhumatisme ont aggravé les accidens. Une fois les extrémités inférieures se sont infiltrées. Un nouvel accès de palpitations et de dyspnée l'oblige à entrer à l'hôpital, le 14 mai 1840.

Etat actuel : Facies turgescent, livide; orthopnée, poitrine sonore, bruit respiratoire normal; légère voussure précordiale, matité assez étendue (12 centim.); palpitations sensibles à l'œil; la main appliquée sur la région du cœur y perçoit du frémissement cataire et des pulsations fortes, tumultueuses, irrégulières; bruit de soufflet inconstant, perçu à travers le tumulte et circonscrit à la région des orifices; pouls petit, irrégulier, assez résistant; reflux des jugulaires; léger œdème autour des malléoles. (Saignée, potion gommée avec teinture de digitale.)

Le 15, peu d'amélioration. (Saignée, potion gommée avec teinture de digitale, chiendent nitré.)

Les jours suivans, soulagement marqué. On perçoit clairement du bruit de souffle râpeux au premier temps et du souffle obscur au deuxième temps. L'irrégularité du pouls persiste, ainsi qu'un certain degré de dyspnée. (Diurétiques, dérivatifs, alimentation légère.)

Le 25, le malade se trouve bien; il se lève, respire assez librement; le pouls est plus régulier; les deux bruits de souffle du cœur sont très prononcés. (Diurétiques, le quart d'alimens.)

Le 29, il demande et obtient son *exeat*.

Mais le soir du même jour il rentre dans un état d'anxiété extrême (il s'est livré à l'intempérance); orthopnée suffocante, cyanose prononcée, cœur tumultueux, pouls petit, fréquent, très irrégulier (saignée, sinapismes, potion avec digitale). Le malade succombe dans la nuit, au milieu des angoisses les plus douloureuses.

NÉCROSCOPIE, 32 heures après la mort.

THORAX. Sérosité abondante dans les deux plèvres; légère couche gélatineuse à la surface des poumons. (Ces produits de pleurésie se sont formés en quelques heures!) Parenchyme pulmonaire à l'état normal, sauf un peu d'engouement; sérosité citrine dans le péricarde.

Cœur volumineux; ventricule gauche arrondi, *dodu*; ses parois offrent 10 lignes (2 centim. 20 millim.) d'épaisseur; sa cavité admet à peine la première phalange du pouce; les trois autres cavités sont gorgées de sang noir. Le ventricule droit est sensiblement hypertrophié; l'orifice mitral est ossifié, rétréci, *froncé comme l'anus* (*sic* sur la feuille d'observation); les valvules aortiques sont épaissies; indurées; la portion qui confine à l'orifice mitral est racornie, confondue avec lui, et constitue une insuffisance.

ABDOMEN. L'estomac est gorgé d'alimens à demi-digérés et d'odeur fortement vineuse; engorgement veineux généralisé.

Ainsi, voilà l'hypertrophie concentrique avec double lésion valvulaire; mais il est à considérer que l'orifice mitral est très rétréci, froncé comme l'anus, tandis que l'orifice aortique est très perméable.

On demandera pourquoi, dans les cas précédens, l'hypertrophie concentrique s'est produite, tandis que nous ne l'avons pas observée parmi les cas de lésion mitrale isolée, ou de double lésion avec prédominance mitrale qui se trouvent dans le chapitre précédent? En vérité, je n'en sais rien; mais savons-nous mieux pourquoi tel autre effet ne suit pas toujours telle autre cause; pourquoi une même cause peut produire tant d'effets différens? Ce sont là les *desiderata* de la science; appliquons-nous à en diminuer le nombre, et avant de recourir à des théories purement spéculatives, tâchons d'épuiser la série des argumens rationnels. Ainsi, d'après ce qui précède, on s'attendrait peut-être à rencontrer toujours une lésion de l'orifice mitral dans les cas d'hypertrophie concentrique; il n'en est point ainsi. Cette hypertrophie s'offre encore dans des cas où l'obstacle n'existe plus dans le cœur, mais bien assez loin derrière lui. Dans ces derniers cas, le mécanisme de l'hypertrophie est le même; seulement la cause est reculée; elle n'existe plus dans le cœur, mais bien dans les poumons, témoin les faits suivans.

ASTHME PAR CATARRHE CHRONIQUE; PLEURÉSIE MASQUÉE PAR LES RALES; SUFFOCATION; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE, SANS LÉSIONS VALVULAIRES.

OBS. XLI. — Un homme de 66 ans, de constitution primitivement forte, mais actuellement détériorée, a déjà séjourné à la clinique pour un asthme avec catarrhe chronique dont il est affecté; il y a deux jours qu'il a été pris d'une nouvelle attaque de dyspnée, pour laquelle il rentre à l'hôpital le 14 avril 1842.

Etat actuel : Oppression extrême, anxiété vive, facies cyanosé, râle trachéal qu'on perçoit à distance; poitrine peu sonore partout; râles muqueux, sibilans, ronflans dans tous les points. Toux quinteuse; peu d'expectoration. Pouls serré, vif, à 90. Impulsion du cœur sourde, profonde; bruits masqués par les râles pulmonaires; fonctions digestives normales. (Saignée, chiendent gommé, looch avec soufre doré d'antimoine (0,10). Sang plastique légèrement couenneux.

Le 15, peu de soulagement. (Potion avec tartre stibié, 0,30; emplâtre stibié sur le ternum). Un vomissement, six selles.

Le 16, un peu de soulagement. (Potion stibiée.)

Le 17, le malade est plus affaissé, la langue se sèche; cependant on continue. (Potion stibiée, vésicatoire sur le sternum, l'emplâtre stibié n'ayant pas agi.)

Dans le courant de la journée, le malade tombe dans le coma et succombe pendant la nuit.

NÉCROSCOPIE, 30 heures après la mort.

THORAX. Un peu de sérosité trouble; quelques traces de pseudo-membranes récentes dans la plèvre gauche. Poumons emphysémateux; bronches rouges, tapissées de mucus tenace.

Cœur dodu, hypertrophie concentrique du ventricule gauche dont les parois ont près de 3 centimètres d'épaisseur, et dont la cavité reçoit à peine l'index. Point d'altération sensible des valvules aortique et mitrale.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ainsi, asthme, pleurésie augmentant la dyspnée et déterminant sans

---

progrès dont la physiologie lui était redevable, ou que du moins il n'eut ni le courage ni le loisir d'en tirer profit pour sa gloire. Un an après la publication de son célèbre ouvrage, il succombait à une mort violente, au supplice du feu, dans la ville de Genève. Cette fin si dramatique doit être racontée ici. Quoique sa cause, ou plutôt son prétexte, se rattache à des opinions religieuses, le point de vue scientifique y entre aussi pour quelque chose, du moins d'une façon indirecte. La médecine d'ailleurs touche de trop près à la philosophie pour ne pas s'intéresser, comme elle, au sort horrible de ce martyr de la liberté d'examen.

Après avoir pratiqué son art pendant deux ans, dans le voisinage de Lyon, à Charlieu, petite ville, d'où certaines extravagances qu'on ne spécifie pas, probablement quelques intrigues amoureuses, le contraignirent de s'éloigner, Michel Servet, alors âgé d'environ quarante ans, se rendit dans le Dauphiné, s'établit à Vienne. Là, grâce peut-être à la protection de l'archevêque Pierre Palmier, il eut plus de malades qu'à Charlieu. Il sut même se concilier leur estime et leur amitié. Le dévouement qu'on témoignait à sa personne n'était pas à négliger dans la conjoncture délicate où il allait se trouver engagé. En effet, malgré ses succès dans la pratique de la médecine, sa mauvaise étoile le portait toujours à s'occuper des questions religieuses en trop libre penseur. Il avait connu Calvin à Paris, et déjà, à la suite de quelques discussions, il s'était fait un ennemi de cet homme haineux et implacable. Plus tard, il entretint avec lui une correspondance où il dépassait les bornes de la modération et de la prudence. Enfin il blessa l'orgueilleux réformateur par un endroit bien sensible, il relevait jusqu'aux erreurs grammaticales de ses écrits, et assaisonnait sa critique d'ironie et de sarcasmes. A dater de ce moment, Calvin, qui régnait à Genève, résolut d'employer tous les moyens pour tirer vengeance de ces insultes.

En 1552, Michel Servet publiait à Vienne, secrètement, sans nom d'imprimeur et d'auteur, son livre DE RESTITUTIONE CHRISTIANISMI, dont les éditeurs de Bâle n'avaient point voulu se charger, probablement en raison des hardiesses qu'il renfermait. Or Calvin s'arrangea de façon à se procurer les feuilles de l'ouvrage, à mesure qu'elles s'imprimaient, et sitôt qu'il les eut toutes en sa possession, il les fit passer à l'archevêque de Lyon, devant lequel il dénonça Servet comme hérétique. Le cardinal de Tournon, qui persécutait à outrance quiconque s'écartait du dogme catholique, avertit sur le champ le gouverneur-général du Dauphiné. Celui-ci fit des recherches pour découvrir l'imprimeur du livre de Servet, mais tous ses efforts furent inutiles. Le médecin espagnol allait échapper, faute de preuves, au danger qui menaçait ses jours, lorsque Calvin, dont la vengeance avait tout prévu, envoya au cardinal de Tournon l'original de plusieurs lettres enfermées dans le livre incriminé. La culpabilité de l'auteur établie par ces pièces, un mandat d'arrêt fut aussitôt décerné contre lui. Toutefois, on craignait les nombreux partisans que Servet s'était acquis par son habileté en médecine; et comme ils auraient pu s'opposer à l'exécution du mandat d'arrêt, l'inquisition, qui tenait à ne pas voir sa proie lui échapper, au lieu de recourir à l'appareil de la violence, déploya les procédés de la ruse. Le vibaillif de Vienne pria, un certain jour, Servet de se rendre à la prison de la ville pour y visiter un malade qui réclamait ses soins. Ce dernier, qui ne soupçonnait nullement le piége qu'on lui tendait, obéit à l'invitation. Mais les portes qui s'étaient ouvertes à son entrée, se verrouillèrent impitoyablement quand il voulut sortir. Cependant on lui rendit le séjour de la prison aussi doux qu'il

doute la suffocation, mais masquée par la prédominance des râles sur les bruits anormaux (souffle, égophonie) qui devaient exister. Troubles circulatoires obscurs. A l'autopsie, hypertrophie concentrique sans lésion valvulaire aucune. Or il nous paraît infiniment probable que le cœur gauche s'est contracté parce qu'il recevait peu de sang, vu l'obstacle existant dans les poumons, comme le constate l'asphyxie ; de même que, dans les cas précédens, le même phénomène de contraction ventriculaire se produisait sous l'influence de l'obstacle mitral.

L'hypertrophie étant une lésion chronique de sa nature, on a lieu de croire qu'il faut également une lésion chronique des poumons pour la produire. Cependant on rencontre certains cas qui paraissent faire exception à cette règle; mais ces exceptions pourraient bien n'être qu'apparentes, comme dans le cas suivant.

AFFECTION PULMONAIRE ANCIENNE; PNEUMONIE ET BRONCHITE GÉNÉRALISÉE; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE, SANS LÉSION VALVULAIRE.

OBS. XLII. — Un homme de 61 ans, de forte constitution, raconte qu'il y a douze ans il fit trois maladies de poitrine dans la même année. (Point de côté, toux, fièvre, etc.) Il assure que depuis lors il s'est assez bien porté, sauf un ulcère à la jambe droite il y a deux ans, ulcère qui s'est cicatrisé au bout de six semaines. Il y a quinze jours que cet ulcère s'est ouvert de nouveau ; il y a huit jours qu'il a été pris de frisson, suivi de fièvre, avec toux et dyspnée. Il entre à la clinique le 16 février 1841.

Etat actuel : Facies légèrement bouffi et cyanosé; dyspnée considérable; œdème prononcé des deux jambes; matité du thorax en avant et en arrière, dans les deux tiers supérieurs du côté droit; souffle tubaire; bronchophonie intense; râle volumineux occupant tout le reste des deux poumons; crachats muqueux, parmi lesquels s'en trouvent quelques-uns de rouillés; bruits du cœur masqués par les râles; pouls serré à 80; langue sèche, fuligineuse; soif vive; abdomen météorisé; quelques selles liquides. (Pneumonie, bronchite généralisée.) Nous prescrivons : saignée, 20 ventouses scarifiées sur le thorax, looch, chiendent gommé. Délire dans la nuit.

Le 17, même état; affaissement croissant. Nous n'osons donner le tartre stibié, vu l'état d'irritation abdominale, ni prescrire de saignée, vu l'état de faiblesse, (Vésicatoire sur le thorax.) Mort dans la journée.

NÉCROSCOPIE 36 heures après la mort.

THORAX. Pneumonie au troisième degré (hépatisation grise) occupant la totalité des deux lobes supérieurs du poumon droit. Rougeur générale des bronches, qui sont gorgées de mucus rosé.

Cœur volumineux; hypertrophie concentrique du ventricule gauche; aucune lésion appréciable des orifices valvulaires.

Rien de particulier dans les autres organes, si ce n'est la stase veineuse et l'œdème généralisés.

On pourrait penser que les symptômes de trouble circulatoire (cyanosé, œdème des jambes) ont été ici la conséquence de la pneumonie et de la bronchite; mais si l'on considère que la pneumonie et la bronchite aiguës, même généralisées, ne produisent guère de pareils accidens, on a lieu de croire que, comme beaucoup de vieillards, celui-ci était catarrheux depuis longtemps sans en éprouver beaucoup d'incommodité, et que l'hypertrophie a pu se former à l'insu même du malade. Les gens du peuple, en effet, ne se considèrent comme malades que lorsqu'ils se voient obligés de cesser leurs travaux, et ce n'est qu'avec beaucoup d'instances qu'on peut en tirer l'aveu de certaines incommodités qui pour eux ne sont rien; tel est le catarrhe habituel. Quoi qu'il en soit, nous voyons encore ici l'hypertrophie concentrique se révéler consécutivement à un embarras de la circulation ayant son siége dans les poumons.

Enfin, dans certains cas, la respiration et la circulation peuvent être longtemps troublées sous l'influence de lésions dites nerveuses ou dynamiques, c'est-à-dire sans altération matérielle appréciable, et il peut en résulter consécutivement des lésions réellement matérielles, suites de troubles dans le mécanisme des fonctions; c'est ainsi que l'exercice exagéré des jambes et des bras occasionne l'hypertrophie de ces membres chez les forgerons, les danseurs, etc. ; ainsi, chez la femme hystérique ou chlorotique, on peut voir, sous l'influence des troubles de la respiration et de la circulation, naître des altérations dans l'organe circulatoire ; et si c'est l'hypertrophie concentrique qui vient à se produire, n'a-t-on pas lieu de penser qu'elle est plutôt l'effet que la cause des troubles respiratoires ? C'est ainsi que nous croyons pouvoir interpréter le fait suivant.

DYSPNÉE ET PALPITATIONS ANCIENNES; PNEUMONIE; MORT; HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE SANS LÉSION VALVULAIRE.

OBS. XLIII. — Une fille de 40 ans, de belle constitution, servante, jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'il y a six mois elle fut prise de dyspnée et de palpitations revenant par accès, et contre lesquelles les nombreux remèdes qu'elle a pris sont restés sans effet. Il y a trois mois que les règles ont cessé de paraître ; depuis lors les jambes se sont infiltrées et l'amaigrissement est survenu. Le 14 mars 1840, elle entre à l'hôpital dans l'état suivant :

Facies coloré, œdème des membres inférieurs, respiration courte, pénible; thorax sonore; râles muqueux et sibilans disséminés; reflux dans les jugulaires; système veineux général développé ; pouls à 108, vif et serré, irrégulier; point de voussure ni de matité notables à la région précordiale. Pulsations du cœur irrégulières, variant d'intensité; léger bruit de souffle au deuxième temps. (Saignée, chiendent nitré, potion gommeuse avec teinture de digitale, 15 gouttes; fomentations de teinture de scille et digitale sur les membres inférieurs.)

Les jours suivans, un peu d'amélioration dans l'état général. (Diurétiques.)

Mais le 22, nous la trouvons dans un état d'oppression et d'agitation considérables ; elle est obligée de se tenir assise pour respirer. Toux, crachats sanguinolens, râle sous-crépitant en arrière et à droite; pouls dur et fréquent. (Deux saignées; sinapismes aux cuisses; looch avec digitale; chiendent gommé.) Sang couenneux.

Le 23, moins d'oppression; les crachats sont constitués par du sang presque pur; râle sous-crépitant persistant à droite et en arrière; râles muqueux, sibilans, disséminés. (Saignée; looch avec digitale.)

Le 24, même état. (Saignée.)

Le 25, même état encore. (Saignée.)

Le 26, oppression, crachats sanguinolens, matité thoracique, souffle tubaire remplaçant le râle fin. (20 ventouses scarifiées; looch avec kermès, 0,10.)

27. Moins d'oppression. Pneumonie persistante au deuxième degré. (Looch avec oxide blanc d'antimoine, 4 grammes; vésicatoire à la cuisse.)

Les jours suivans, la pneumonie poursuit son cours, avec des alternatives de mieux et de plus mal. (Oxide blanc d'antimoine, révulsifs internes et externes.) Cependant la malade, toujours très oppressée, s'affaisse graduellement et succombe le 3 avril, dix-neuf jours après son entrée, onze jours après l'invasion de la pneumonie.

NÉCROSCOPIE 34 heures après la mort.

THORAX. Pneumonie au deuxième degré (hépatisation rouge) en arrière et à droite ; engouement séro-sanguin en arrière et à gauche; œdème dans le reste des poumons.

Cœur volumineux, *dodu;* hypertrophie concentrique du ventricule gauche; dilatation passive des trois autres cavités, qui sont remplies de sang noir à

---

pouvait l'être. On lui permit de recevoir la visite de ses amis et les soins quotidiens de son domestique. Le geôlier et ses serviteurs lui adressaient la parole sans s'abstenir d'égards, et répondaient à toutes ses questions avec beaucoup de politesse.

Il avait déjà subi deux interrogatoires, quand deux circonstances heureuses vinrent favoriser sa fuite. A côté de sa prison se trouvait un jardin en plate-forme, dans lequel il avait la permission de se promener, et d'où l'on pouvait, en se laissant glisser le long du mur, atteindre la cour du prétoire dont la porte était habituellement ouverte. D'une autre part, la fille du vibaillif de Vienne, jeune personne de quinze ans, à laquelle Servet avait rendu la vie, plaida tellement sa cause auprès de son père, lui adressa tant de prières et versa tant de larmes, que celui-ci, se laissant attendrir par ces témoignages de reconnaissance, donna l'ordre au geôlier de fermer les yeux sur toutes les démarches du prisonnier.

Le 7 avril de l'année 1553, à quatre heures du matin, un homme, coiffé d'un bonnet de nuit, cachant sous une vaste robe de chambre un pourpoint et un chapeau, traversait la cour du palais de justice de Vienne, en se dirigeant vers la porte du pont du Rhône. Cet homme, c'était Michel Servet qui venait d'escalader les murs de sa prison.

Pendant qu'il errait aux frontières de la France et cherchait à s'embarquer pour Naples, où il avait le dessein d'exercer la médecine, l'inquisition le jugeait par contumace, et le condamnait à être brûlé tout vif et à petit feu. En conséquence, au défaut de sa personne, on attacha son effigie au gibet, après l'avoir promenée par la ville sur une charrette, et le bourreau en approcha une torche, qui la consuma en compagnie de cinq énormes ballots remplis d'exemplaires de l'ouvrage dont il s'agit.

Soit qu'il eût réfléchi que se réfugier en Italie, pour le crime dont on l'accusait, c'était tomber de Charybde en Scylla ; soit qu'il n'eût pas la possibilité de s'y rendre, Servet gagna la Suisse. Pour son malheur, il y entra par Genève, où il prit un gîte à l'hôtellerie de la Rose. Il voulait quitter le lendemain cette ville, afin d'atteindre Zurich; mais une tempête qui s'éleva sur le lac ajourna son projet de départ. Pourquoi Servet resta-t-il deux mois à Genève, au lieu d'en sortir, comme il en avait d'abord le dessein, dès que le lac eut repris son calme ordinaire ? Etait-ce par pure imprévoyance ? Pensait-il que Calvin dût avoir déposé tout ressentiment à son égard ? ou bien se trouvait-il épris des charmes de son hôtesse, comme on pourrait le supposer, d'après divers interrogatoires qu'il eut à subir durant l'instruction de son procès ? Voilà ce qu'on ignore.

Quoi qu'il en soit, on se présenta à l'hôtel de la Rose, de la part de Calvin, pour arrêter Servet. Celui-ci, qui ne se doutait de rien, ne put échapper aux précautions de la police, dont on avait singulièrement stimulé le zèle. Il fut jeté en prison, et son procès commença le lendemain. Cette fois il n'y avait plus d'espérance à concevoir, car, dans l'esprit de l'implacable Calvin, la mort de son ennemi était depuis longtemps décrétée.

Les premiers interrogatoires roulèrent sur l'accusation d'hérésie. Servet fit des réponses dignes et pleines de conviction. Loin de chercher à atténuer la portée de ses opinions, loin de vouloir revenir au sein de l'orthodoxie, il s'écarte du sens des Ecritures avec plus de force que dans son livre. Il professe un système effrayant, il dépasse toutes les hardiesses des réformateurs les plus avancés.

droite. Les parois du ventricule gauche offrent 3 centimètres d'épaisseur; la cavité admet à peine le pouce. Aucune altération aux orifices valvulaires.

Engorgement veineux de la généralité des viscères.

Si les troubles de la respiration et de la circulation n'avaient précédé de six mois l'invasion de la pneumonie, on pourrait attribuer à celle-ci ou aux évacuations sanguines répétées l'hypertrophie concentrique rencontrée à l'autopsie; mais il est évident que l'altération du cœur était ancienne, et les signes d'embarras circulatoire (développement des veines, œdème, orthopnée) observés au moment de l'entrée, rapprochés de l'irrégularité du cœur, de la petitesse avec dureté du pouls constatées à cette époque, ne laissent aucun doute sur ce fait. Reste à établir la subordination des accidens cardiaques et pulmonaires; s'il s'agissait d'une hypertrophie simple, nous accorderions volontiers qu'il peut y avoir en simultanéité dans la production de ces accidens par le fait de l'influx nerveux; mais comme il s'agit d'hypertrophie concentrique, nous croyons pouvoir avancer que celle-ci fut le résultat de la gêne respiratoire, et, à défaut de preuves directes, nous invoquons l'analogie tirée des faits précédens.

Les observations et les commentaires que nous venons d'exposer ne donnent certainement pas le dernier mot du mécanisme de l'hypertrophie concentrique. Ces faits expliquent bien le rétrécissement du ventricule; mais l'hypertrophie elle-même se montre plus réfractaire à la théorie. Cependant, considérant que l'état convulsif est une des manifestations des organes privés de leur stimulus, comme le prouvent les convulsions dans les cas d'hémorragie, les symptômes spasmodiques de la chlorose, la fréquence du pouls dans certains cas d'anémie, etc., ne peut-on pas supposer que, par le fait des obstacles mitral et pulmonaire, agissant pendant longtemps, le cœur redouble d'action pour envoyer incessamment aux parties excentriques le peu de sang qu'il reçoit, et que ce redoublement amène à la longue et le rétrécissement et l'hypertrophie? Ne peut-on pas supposer encore que le cœur droit, redoublant d'action pour se débarrasser du sang qui l'engorge, entraîne, par synergie, l'hypertrophie du ventricule gauche, comme on admet que dans le rétrécissement de l'orifice aortique, l'excès d'action du ventricule gauche entraîne parfois l'hypertrophie du ventricule droit? Nous ne donnons, au demeurant, ces explications que pour des hypothèses, lesquelles même étant admises n'expliqueraient pas pourquoi, dans une foule d'affections pulmonaires plus ou moins anciennes et graves, l'hypertrophie concentrique ne se produit pas. Quoi qu'il en soit, et à part toute explication, notre unique but, dans ce travail, est tout simplement de constater les faits suivans :

1° L'hypertrophie concentrique est un fait démontré qui pourtant ne détruit pas la réalité de simple retrait ventriculaire simulant cette hypertrophie.

2° L'hypertrophie concentrique a des caractères qui servent à la distinguer du simple retrait ventriculaire, caractères dont le principal consiste dans certains symptômes de lésions du cœur observés pendant la vie.

3° Dans la plupart des cas d'hypertrophie concentrique, il existe un obstacle à la circulation *en arrière* du ventricule gauche, qui est le siége probablement exclusif de ce genre d'hypertrophie.

4° Cet obstacle à la circulation consiste tantôt dans un rétrécissement siégeant à la valvule mitrale, tantôt dans un embarras occupant les poumons.

5° Les signes locaux de l'hypertrophie concentrique sont ceux déjà signalés par les auteurs, plus ceux du rétrécissement mitral lorsqu'il existe, ou ceux des lésions pulmonaires qui peuvent la produire.

6° Dans les cas de rétrécissement mitral, les accidens pulmonaires sont consécutifs aux troubles du cœur; dans les cas de lésion pulmonaire produisant l'hypertrophie concentrique, les troubles du cœur sont secondaires.

7° Les signes généraux de l'hypertrophie concentrique sont tous ceux des obstacles à la circulation qui ont leur siége dans le cœur ou dans les poumons (dyspnée, infiltration, cyanose, etc.).

8° Les conséquences thérapeutiques dérivant des corollaires précédens sont les mêmes, à peu près, que celles exposées au sujet du rétrécissement mitral isolé, à savoir : modération dans l'emploi de la saignée et de la digitale; plus, les conséquences qui dérivent de la nécessité de combattre les lésions pulmonaires variées qui peuvent occasionner ce genre d'hypertrophie.

(*La fin prochainement.*)

OPHTHALMOLOGIE.

NOTE SUR LES CATARACTES PIGMENTEUSES; par M. le docteur TAVIGNOT, chef de la clinique des maladies des yeux à la Pitié.

Il m'a semblé que l'étude des cataractes pigmenteuses n'était encore, sous beaucoup de rapports, qu'à l'état d'ébauche et d'imperfection; et j'ai cru remarquer que la plupart des chirurgiens, on méconnaissaient complètement leur existence et leur mode de développement, ou tout au moins se faisaient une idée fort peu exacte de leurs caractères véritables, de leur marche et de leur traitement; cependant la fréquence des cataractes pigmenteuses, la difficulté légitime, dans beaucoup de cas, de leur diagnostic, l'importance des questions que leur thérapeutique soulève, font regretter cette lacune que nous allons essayer de combler.

On peut ranger la maladie qui nous occupe dans la classe des cataractes *noires*; seulement une distinction mérite d'être signalée. La cataracte noire des auteurs est essentiellement lenticulaire; la nôtre, au contraire, toujours capsulaire; celle-ci est ordinairement complète, et celle-là habituellement plus ou moins incomplète. Voilà des caractères différentiels qui ne permettront pas de confondre l'une avec l'autre.

Deux élémens anatomiques concourent à donner naissance aux cataractes noires membraneuses, la capsule antérieure et l'iris. Il est de plus nécessaire que ces deux membranes soient simultanément affectées. La périphakite seule ne produirait qu'une cataracte capsulaire simple; l'iritis isolée serait également sans influence, si elle n'amenait fort souvent après elle des désordres dans l'état de la capsule qui lui est presque juxta-posée. En un mot, la cataracte pigmenteuse nous paraît reconnaître toujours pour origine une irido-périphakite. Si l'on vient, en effet, à interroger les malades sur l'époque à laquelle leur vue a commencé à s'affaiblir, on reconnaît bientôt, aux symptômes qui ont précédé leur état actuel, l'existence d'une inflammation interne du globe oculaire. Peu à peu

---

Lorsque Calvin lui enjoint de donner quelque développement à ses idées, on se croit presque transporté au dix-septième siècle ou bien au nôtre, on s'imagine entendre Spinosa et Schelling. On le questionne ensuite sur ses mœurs. On lui demande pourquoi il ne s'est pas marié. Servet fit cette réponse, qui a toute l'apparence d'une ironie: *Quia impotens eram, quum ex una parte ablatus, ex altera ruptus essem.*

Pendant ce temps là, il languissait sur la paille de sa prison, manquant de toutes choses, contrarié jusque dans la satisfaction des besoins les plus impérieux. Il se plaint à cet égard auprès de ses juges dans les termes où le cœur le plus insensible se trouve ému d'une profonde pitié. « Les poulx me mangent tout vif; mes chausses sont deschirées, et n'ai de quoi changer ni pourpoint ni chamise. » Le conseil opinait pour qu'on donnât du linge au malheureux prisonnier, mais Calvin s'y opposa.

Dans une autre lettre, il ajoute : « Le froyt me tourmante grandament, à cause de ma colique et rompure, laquelle m'engaldre d'autres pouretés que c'est honte à vous escrire. C'est grande cruaulté que je n'aye congé de sortir seulement pour remédier à mes nécessités. Pour l'amour de Dieu, Messeigneurs, donez y ordre, ou pour pitié ou pour le devoyr. »

Il fallait que Servet eût bien souffert durant les deux mois de sa détention, car cet intervalle suffit pour blanchir entièrement ses cheveux noirs.

Quand il entendit prononcer son arrêt de mort, le courage et la fermeté l'abandonnèrent. Le panthéisme, qui avait projeté de si magnifiques lueurs dans son intelligence, n'eut pas le pouvoir d'inspirer sa conduite, d'enfanter le calme, la résignation, l'enthousiasme, l'héroïsme que la foi produisait chez les martyrs chrétiens.

Le 27 octobre 1553, jour de l'exécution, devant l'Hôtel-de-Ville de Genève, où le cortége s'était arrêté pour que la sentence de mort fût proclamée au peuple, un valet du bourreau frappa le patient avec un bâton. Servet fléchit les deux genoux, et s'écria : Le glaive, de grâce, et non le feu! Arrivé au Champel, à quelques pas de la porte méridionale de la ville, où s'élevait l'appareil du supplice, il tomba la face contre terre et poussa des hurlemens affreux. Monté sur l'instrument fatal, on l'attacha par le cou à un poteau, on lui mit sur la tête une couronne de paille enduite de soufre, après quoi le bûcher fut allumé par la base. Quand la flamme se dressa pour atteindre son visage, un cri si horrible s'exhala de sa poitrine que la pitié gagna tous les assistans. Quelques-uns accoururent même pour aider le bourreau à en finir avec le supplice.

Michel Servet fut presque un double martyr. Six ans après le jour où Calvin lui enlevait ainsi l'existence, un médecin italien le dépouillait impunément de ses idées. Columbus, qui, dans la découverte de la petite circulation, n'a d'autres mérites que celui de faire revenir des veines pulmonaires un sang dégagé d'esprit vital, Columbus eut l'audace de se décerner les palmes du génie. Mais le temps a rendu justice à Michel Servet. Ce malheureux savant restera toujours le point de départ de la chaîne dont Césalpin et Harvey sont les derniers anneaux.

MICHÉA.

la phlegmasie a disparu en laissant la vision fort incomplète et parfois tout à fait nulle.

Trois explications existent, dans la science, pour rendre compte de l'existence des cataractes noires capsulaires.

1° Richter et Pellier ont pensé qu'elles n'étaient autre chose qu'un prolongement anormal de la membrane choroïde, venant ainsi prendre place entre l'iris et la cristalloïde antérieure, d'où le nom de cataracte choroïdale, sous lequel ces auteurs désignèrent d'abord cette maladie. Une pareille anomalie dans le développement d'une des membranes constituantes de l'œil dut paraître assurément fort singulière, et nous devons dire que lorsque Pellier publia sa fameuse observation de cataracte choroïdale opérée avec succès par extraction, on conserva des doutes sur la nature de l'obstacle à la vision que le chirurgien avait si heureusement fait disparaître. Thomassin formula même quelques objections auxquelles Pellier répondit aussitôt dans son livre; mais la discussion n'éclaira guère le public, et il resta évident, pour tout le monde, que ces chirurgiens ignoraient l'un et l'autre ce qu'ils voulaient faire connaître.

Nous ne chercherons pas nous-même à réfuter cette théorie : ce serait peine inutile. Il est de toute évidence, en effet, que la choroïde ne peut pas se prolonger pathologiquement dans le champ pupillaire; quant aux anomalies de développement, quand elles existent, elles ne se rencontrent qu'à la naissance, et la cataracte pigmenteuse est toujours une maladie acquise.

2° Quelques observateurs, entre autres Walther, prétendent avoir rencontré des vaisseaux ramifiés dans le tissu de la cristalloïde antérieure. Ces injections ont paru à quelques auteurs capables de constituer une espèce de cataracte noire membraneuse. Je ne discuterai pas ici la fréquence de la vascularisation de la capsule antérieure du cristallin, que je crois fort rare, malgré les quelques exemples qui en ont été cités. Je me contenterai de dire que cette injection ne donnerait nullement à la capsule l'aspect d'une cataracte pigmenteuse; cette capsule pourra s'opacifier, offrir un aspect strié, devenir rougeâtre, affecter la forme de réseau; mais, dans aucun de ces cas, il ne sera permis de confondre cet état avec la couleur noir foncé de la cataracte pigmenteuse. Force était donc de trouver une autre raison du phénomène; alors on a bien conservé l'existence des vaisseaux de la cristalloïde; mais, pour leur faire charrier de la matière pigmenteuse, sous le vain prétexte qu'ils étaient en communication avec l'uvée, on leur a fait extravaser, par une sorte d'erreur de lieu, cette matière colorante tout autour d'eux, et dans le sein soit des fausses membranes, soit du tissu même de la capsule cristalline. Ammon, qui s'est surtout rendu l'interprète de cette doctrine, paraît se fonder principalement sur l'obstacle que doit apporter à la séparation de la matière colorante de l'iris une membrane séreuse qui revêt l'uvée en arrière; mais ce feuillet séreux est encore en discussion de nos jours, et, s'il existe, il n'en est pas moins certain qu'il ne s'oppose que d'une façon fort incomplète au détachement du pygmentum, que l'on observe souvent, en réalité, dans les opérations de cataractes adhérentes. La disposition même des cataractes pigmenteuses peut encore être invoquée pour faire rejeter l'opinion d'Ammon. La coloration noirâtre est toujours en rapport avec la forme et l'étendue de la pupille quand elle était rétrécie. Ainsi, en général, l'opacité pigmenteuse est arrondie et encadrée dans la pupille, qu'on aura au préalable dilatée par la belladone. A son centre, la capsule cristalline pourra bien être opaque, mais on n'y rencontrera pas de traces de pigmentum. Si les adhérences de la pupille à la capsule ne sont que partielles, la pupille, artificiellement dilatée, présentera de la matière noire dans les parties qui se sont agrandies plutôt qu'ailleurs; enfin, ce ne sera guère que dans les cas où l'atrésie pupillaire sera presque complète que la matière colorante occupera la partie moyenne de la capsule, et encore souvent il y aura même un petit point tout à fait central qui en sera dépourvu. L'exception, si elle se rencontre, devra être, dans tous les cas, fort rare, et on pourrait s'en rendre compte par le degré même de constriction qu'aurait subie la pupille. Le fait clinique que nous venons d'exposer est d'une haute importance dans la question actuelle, puisque, s'il est vrai que ce soient les fausses membranes qui sécrètent le pigmentum, l'on est en droit de se demander pourquoi elles n'en produisent pas au centre de la cristalloïde, lorsqu'elle est opaque dans ce point et là où l'iris n'est pas en contact, plutôt qu'à la périphérie, dans un point où ce contact devient presque immédiat. Nous dirons enfin que rien n'autorise à admettre que la cristalloïde enflammée ou son exsudation plastique soient propres à remplir, même lorsque la vascularisation y est très développée, le rôle d'organe sécréteur. L'iris lui-même, à supposer qu'il soit pour quelque chose dans le produit nouveau qui se développe dans la chambre postérieure, ne serait guère plus apte à produire le pigmentum anormal; car, par le fait de l'inflammation, sa propriété sécrétante est préalablement modifiée.

3° Il existe en même temps, avons-nous dit, une iritis et une periphakite; comme conséquence de l'iritis, la pupille est considérablement rétrécie, et cette condition nous paraît de rigueur, comme on va le voir dans un instant. L'inflammation de la cristalloïde antérieure aura pour résultat une exsudation plastique d'abord fluide, transparente, et nageant en quelque sorte dans l'humeur aqueuse de la chambre postérieure, plus tard des adhérences s'établiront entre l'uvée et la capsule; si l'irido-periphakite persiste quelque temps, les moyens d'union deviendront de plus en plus solides, résistans, étendus, et, à l'époque de la guérison, l'iris restera pour toujours fixe et immobile. Alors la cataracte pigmenteuse n'est pas possible. L'iritis, au contraire, est-il en voie de résolution avant que les moyens d'union dont je parlais soient parfaitement organisés, l'iris tendant naturellement à reprendre ses mouvemens normaux, et ces brides de nouvelle formation ne le retenant plus qu'en partie, il faut lutter avec avantage contre ce nouvel obstacle. Quelquefois la pupille finit par recouvrer presque complètement sa grandeur normale, mais en prenant toutefois une forme irrégulière. Or, ceci ne se passe pas sans qu'il survienne quelque chose de particulier dans la manière d'être des tractus albumineux. Ces adhérences cèdent alors, mais en entraînant avec elles quelques fragmens de l'uvée, à laquelle elles se trouvaient plus intimement unies que l'uvée elle-même ne l'est au tissu propre de l'iris. Cette interprétation du mécanisme d'après lequel se produiraient les cataractes pigmenteuses nous paraît plus rationnelle que les précédentes; elle nous semble davantage d'accord avec l'étude réfléchie des faits particuliers que nous avons observés. Enfin, s'il était nécessaire, pour la faire admettre, d'invoquer une autorité considérable en pareille matière, je dirais que cette théorie peut être rapportée à Beer.

Les cataractes pigmenteuses peuvent se présenter sous des formes différentes; leurs complications du côté de la pupille peuvent offrir également des degrés divers; ces circonstances ne sont pas à négliger, puisqu'elles peuvent avoir de l'influence sur le traitement des cataractes noires capsulaires. Pour embrasser autant que possible toutes ces variétés, nous ferons trois classes dont nous tracerons à part la symptomatologie.

1° La pupille n'est pas rétrécie d'une manière notable, elle jouit encore d'une mobilité générale ou partielle, ce qui fait que sa forme peut rester arrondie ou devenir plus ou moins angulaire; puis, concentriquement à la petite circonférence de l'iris, on aperçoit un petit liseré d'un noir foncé, plus large là où la pupille paraît douée encore de quelque mobilité. Mais ce pigmentum, de forme annulaire, laisse parfaitement libre la partie centrale de la capsule cristalline, qui peut être opaque, semi-opaque ou tout à fait transparente. La vision sera en rapport avec ces différens états; elle pourra être complètement abolie, simplement obscurcie, ou tout à fait conservée. Quelques gouttes de belladone instillées dans l'iris produisent une grande dilatation de la pupille, qui devient encore plus irrégulière, et la bordure pigmenteuse est en général augmentée. Les caractères anatomiques sont fort curieux à étudier; mais ils varient beaucoup, et se prêtent, par cela même, difficilement à la description générale. Tantôt, en effet, le plan noirâtre est uniforme et partout continu à lui-même; tantôt il offre des espaces où la capsule apparaît encore; on l'a vu présenter la disposition de zones ou d'arcades concentriques les unes aux autres, assez régulières et symétriques. Quoi qu'il en soit de ces différens états, qu'il faut voir pour s'en faire une idée exacte, la dilatation artificielle de la pupille n'ajoute en général que fort peu à l'étendue de la vision. La maladie peut ne se rencontrer que d'un seul côté; mais je l'ai vue exister plus souvent des deux.

Abandonnée à elle-même ou encore traitée par des agens thérapeutiques divers, révulsifs, altérans, etc., cette variété de cataracte pigmenteuse n'a guère de tendance à s'améliorer. Si l'on veut rendre la vue au malade, il faut avoir recours à une opération.

On vient de voir que la pupille était encore susceptible de dilatation; les adhérences de la capsule cristalline à l'iris ne sont donc que partielles et peu étendues. Par conséquent, l'ablation de la capsule pigmentaire nous paraît très rationnelle. Le procédé à mettre en usage pourra varier; ce n'est pas ici le lieu de discuter d'une manière générale s'il vaut mieux pratiquer l'abaissement avec l'aiguille que l'extraction aidée de l'excision; cette question rentre évidemment dans l'étude des cataractes capsulaires adhérentes. Sans doute, les adhérences partielles sont une circonstance très fâcheuse pour l'opérateur, elles rendent les manœuvres souvent laborieuses, et elles exposent à des lésions de l'iris, prédisposant d'autant plus à l'iritis que cette membrane a déjà été primitivement enflammée; mais, malgré toutes ces considérations, l'opération que nous conseillons nous semble encore la plus justifiable; et d'ailleurs l'insuccès, quand il a lieu, n'est pas tout à fait définitif, il reste toujours la ressource d'une pupille artificielle.

2° L'iris, encore un peu plus rétréci que dans le cas précédent, peut présenter des adhérences à la capsule plus étendues et occupant toute la circonférence de la marge pupillaire; il est alors complètement immobile.

Le pigmentum déposé sur la capsule peut offrir les nuances diverses que nous avons déjà exposées plus haut; la vision est encore moindre, en général, que précédemment; car la pupille étant plus rétrécie, cela suppose qu'à une certaine époque l'iritis a été plus aiguë, la coarctation pupillaire plus intense ou d'une plus longue durée, circonstances qui ont dû favoriser le dépôt d'une plus grande quantité de pigmentum. Le chirurgien peut être fort embarrassé sur la conduite qu'il doit tenir en pareil cas; tout à l'heure le décollement de la membrane capsulaire était bien plus facile, puisque les adhérences à l'iris n'étaient que partielles; tandis qu'ici il existe une sorte de fusion entre les deux membranes. Supposez cependant que la partie centrale de la capsule, qui est encore dépourvue de pigmentum, soit opaque, comme c'est le cas habituel, il faudra bien pourtant tenter quelque chose pour le malade. Deux partis se présentent: le décollement de la capsule ou la pupille artificielle; le choix d'une de ces deux méthodes sera souvent pour le praticien le sujet de beaucoup d'hésitations. La question nous paraît grave, en effet, et assez mal définie; si nous jugions d'après notre propre expérience, nous inclinerions plus volontiers vers la pupille artificielle; les opérations de cataractes complètement adhérentes que nous avons eu occasion d'enregistrer ont été, en effet, si habituellement suivies d'iritis et d'occlusion pupillaire consécutive, que les avantages de cette manière de faire nous paraissent plus que contrebalancés par ses inconvéniens.

3° Il n'y a plus à proprement parler de pupille, et lorsqu'on examine l'œil à quelque distance, on peut croire que la sinizézis est complète; il n'en est rien pourtant; car, à un examen plus minutieux, on reconnaît que le petit cercle de l'iris a encore une certaine étendue, et qu'il est continué seulement par une substance noirâtre qui lui est continue quoique distincte. L'uvée paraît en quelque sorte avoir glissé de dehors en dedans pour prolonger l'iris. Quoi qu'il en soit, ce pigmentum tapisse presque toute la face antérieure de la capsule; et, en général, celle-ci n'est reconnaissable qu'à sa partie tout à fait centrale et dans l'étendue de la tête d'une épingle. Sa coloration opaque contraste alors avec la couleur voisine et la rend par cela même plus apparente; l'immobilité de l'iris est, bien entendu, complète, et le malade ne peut guère distinguer autre chose que l'ombre des objets, et le jour d'avec la nuit.

J'ai vu, dans ces cas, l'iris présenter quelques lésions concomitantes; ainsi il est parfois comme tomenteux, décoloré, ou bien il a un aspect cuivré. Il est le siége d'un tremblement très prononcé, etc. Il n'y a plus alors qu'une seule ressource à tenter, c'est la pupille artificielle; cet état de l'iris est encore en effet compatible avec l'exercice de la vision. Si l'on ménage un accès aux rayons lumineux, quel que soit le procédé mis en usage, il faudra faire en sorte de s'éloigner assez du centre pupillaire pour n'avoir pas à lutter contre les adhérences de l'iris à la capsule, et pour agir enfin sur une portion d'iris qui ait aussi peu souffert que possible des désordres qui résultent habituellement de l'irido-périphakite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril et mai 1844 contiennent les articles suivans : *Recherches sur les meilleures dispositions hygiéniques des hôpitaux, suivies d'un projet de construction d'un hôpital de 60 lits.* 2° *Lettre à M. le rédacteur en chef de la* GAZETTE MÉDICALE DE PARIS; par M. P. de Mignot. (Copie de la lettre sur le traitement du phymosis par la belladone, que nous avons insérée dans notre numéro du 6 avril.) 3° *De la cautérisation dans les inflammations du tissu cellulaire;* par M. Chabrely. (L'auteur, à l'exemple de M. Brachet, emploie l'ammoniaque à l'intérieur contre le délire des ivrognes; 8 grammes d'acétate d'ammoniaque dans 120 grammes de véhicule sont la dose qu'il administre habituellement.) 4° *Nouveaux cas d'incontinence d'urine guérie par divers baumes; suivis d'un cas de boursoufflement énorme du canal de l'urètre chez une femme, lequel simulait un prolapsus du col utérin : les balsamiques en ont triomphé en peu de jours;* par le même. (L'eau de goudron, la térébenthine, les baumes de Tolu, de Styrax et du Pérou donnés en pilules et en opiat forment la base du traitement contre l'incontinence d'urine.) 5° *Hernie traumatique de l'iris; adhérence de cette membrane avec la cornée transparente;* par M. P. de Mignot. (Le médecin ne fut consulté que quinze jours après l'accident. Aussi le malade conserva-t-il une déformation de la pupille et une adhérence de l'iris.) 6° *Des caustiques dans les névralgies;* par M. Chabrely.

II. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Revue du service de l'hospice de la Maternité de Bordeaux pendant l'année 1843;* par M. Barnetche. (Plusieurs observations de péritonite puerpérale traitée principalement par les émissions sanguines locales.) 2° *Observations sur la fissure à l'anus;* par M. Issartier. (Il faut essayer d'abord les laxatifs, la cautérisation, les anti-syphilitiques, si la fissure paraît être sous l'influence du vice vénérien, et ne recourir à l'incision que si tous ces moyens ont échoué.) 3° *Observation d'empoisonnement par le vert-de-gris;* par M. Roussilhe. 4° *Réflexions sur l'emploi du sucre contre les préparations cuivreuses et sur l'utilité des neutralisans chimiques dans les empoisonnemens, à l'occasion du fait précédent;* par M. Barbet-Lartigue. 5° *Revue des maladies observées dans les deux salles de clinique interne de l'hôpital Saint-André pendant l'année 1843; affections érysipélato-rhumatismales pyogéniques; maladies de l'appareil circulatoire; maladies des appareils vocal et respiratoire;* par M. Gintrac. 6° *Rétrécissement du rectum;* par M. Roussilhe. (Histoire, très succinctement racontée, d'un rétrécissement guéri par trois incisions faites dans la même séance avec le bistouri boutonné, et suivies de l'introduction journalière de mèches volumineuses. Le traitement dura quatre mois. On ne donne aucune indication sur la nature et la cause de cette altération.)

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR LE VERT-DE-GRIS TRAITÉ PAR LE PROTO-SULFURE DE FER HYDRATÉ; par le docteur ROUSSILHE.

RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DU SUCRE CONTRE LES PRÉPARATIONS CUIVREUSES, ET SUR L'UTILITÉ DES NEUTRALISANS CHIMIQUES DANS LES EMPOISONNEMENS, A L'OCCASION DU FAIT PRÉCÉDENT; par M. BARBET LARTIGUE.

Il serait difficile d'attribuer avec certitude le succès obtenu dans l'observation que nous allons analyser à l'emploi du sel de fer que MM. Bouchardat et Sandras ont recommandé dans le cas d'empoisonnement par le cuivre, après s'être livrés à d'assez nombreuses expériences sur les animaux; car non seulement on n'a pas connu la quantité de sel cuivreux qu'avait prise le sujet, mais même les symptômes n'avaient point encore pris, au moment où le traitement fut commencé, une gravité qui annonçât un danger imminent. Cependant ce fait, bien que ne suffisant pas à lui seul pour démontrer l'efficacité du contrepoison, n'en offre pas moins une certaine valeur dans cette discussion. C'est à ce titre que nous allons l'analyser.

OBS. — Le 4 février 1843, à neuf heures du matin, le nommé Philibert déclare à la mairie qu'il vient de s'empoisonner avec du vert-de-gris mêlé avec du vin, et est pris, au bout de quelques minutes, de vomissemens dans les matières desquels un pharmacien présent reconnaît, ainsi que dans un reste de liquide que le malade portait dans une bouteille, une énorme quantité d'acétate de cuivre. Transporté à l'hôpital, on lui fait boire une grande quantité d'eau albumineuse jusqu'à onze heures du matin, où l'on peut administrer le proto-sulfure de fer hydraté. Voici l'état où il se trouvait avant l'administration de la préparation ferrugineuse : vomissemens fréquens, diarrhée, coliques violentes, ventre météorisé; pouls petit, sueurs froides, céphalalgie, altération des facultés intellectuelles. (Deux cuillerées de proto-sulfure de fer hydraté toutes les demi-heures; eau albumineuse pour boisson; lavemens émolliens; sinapismes aux jambes.)

Le soir, à neuf heures, commencement de réaction, vomissemens, diarrhée, ventre moins douloureux. (Bain; proto-sulfure de fer toutes les heures.)

Le 5, nuit assez calme. Le malade n'a pas vomi depuis plusieurs heures, diarrhée; pouls à 90, plein, douleurs vives à l'épigastre, ventre tendu. (20 sangsues sur l'abdomen; bain; boisson albumineuse; lavemens émolliens.)

Le 6, amélioration marquée, plus de vomissemens, deux selles pendant la nuit, ventre sensible à la pression; pouls à 75. (Bain; eau gommée; lavement; bouillon léger.)

Le 7, le malade ne souffre presque plus. Il quitte l'hôpital bien portant, après y avoir été retenu quelques jours par mesure de police.

S'appuyant sur ce fait, M. Barbet Lartigue présente quelques considérations générales sur les différentes méthodes par lesquelles on doit combattre les divers empoisonnemens, et surtout ceux qui sont produits par les préparations cuivreuses, et plaide surtout la cause des neutralisans, auxquels il est certain que l'on avait donné beaucoup trop d'importance il y a quelques années, au moins dans les expériences et dans les livres; mais on ne doit pas repousser entièrement cet ordre de moyens qui ont rendu de grands services dans quelques cas, et parmi lesquels on doit compter aujourd'hui pour les préparations cuivreuses le proto-sulfure de fer hydraté, sans oublier l'albumine et le sucre, qui, au rapport de M. Bar-

bet, annulent avec toute la certitude possible l'action toxique des sels de cuivre. Lui-même a été, il y a quelques années, témoin de deux cas qu'il rapporte d'une manière abrégée, et où deux malheureux ont été arrachés à une mort certaine par le seul emploi du sucre. On aurait donc tort de repousser complétement ce dernier moyen pour le remplacer par des produits, très utiles sans doute, mais qui sont loin d'être aussi usuels que cette substance, qu'on trouve partout et constamment sous la main. Il est difficile, impossible même d'admettre qu'un simple vomitif, aidé de boissons délayantes, suffise dans tous les cas pour expulser de l'estomac l'agent toxique. Combien de cas que l'on pourrait citer où ces moyens vulgaires étaient restés impuissans, tandis que le neutralisant chimique avait produit un calme général et par suite une réaction salutaire pendant laquelle un mouvement anti-péristaltique s'établissant dans l'appareil gastrique avait amené le rejet des matières nuisibles ! Sans nier que certains phénomènes redoutables soient dus au poison absorbé, on ne doit pas méconnaître complétement l'action qu'exerce le toxique sur l'estomac, dont il pervertit l'inervation en troublant notablement l'action des agens médicamenteux ordinaires. Aussi voit-on fréquemment les accidens nerveux cesser en grande partie quand on peut administrer un neutralisant chimique avant que l'absorption ait été trop forte.

Ces considérations, prises d'une manière générale, sont vraies, et l'énoncé en doit être utile à une époque où, après avoir pendant longtemps attribué tous les phénomènes toxiques à l'action locale seule des poisons, on est peut-être disposé aujourd'hui à expliquer tous les mêmes phénomènes par la seule absorption, et à repousser comme inutile l'emploi des neutralisans chimiques; mais, prises au point de vue pratique, ces considérations perdent un peu de leur importance; car, quand l'homme de l'art est appelé pour un cas de ce genre, son premier soin, s'il sait que le poison a été pris en grande quantité et depuis peu de temps, doit être de faire rejeter les parties qui n'auraient pas encore été absorbées. Or, deux moyens sont alors à sa disposition : les vomitifs lorsque l'estomac conserve son irritabilité, et la pompe gastrique, dont l'usage est peu répandu parmi nous, tandis qu'en Angleterre on en use très fréquemment; puis, quand après cinq à six vomissemens on est à peu près certain qu'il ne reste plus de matières délétères à l'état libre dans l'estomac, on qu'il est impossible de l'obtenir, alors arrive l'époque où l'on doit avoir recours aux neutralisans, qu'il ne sera pas toujours impossible d'unir aux moyens propres à combattre les effets du poison absorbé, quand toutefois ces effets seront connus.

HYPERTROPHIE DES FIBRO-CARTILAGES DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES; par M. le professeur GINTRAC.

Le fait suivant, que rapporte M. Gintrac dans une revue clinique, nous semble assez remarquable par sa rareté et l'intensité des symptômes, pour que nous croyions devoir le reproduire, tout en exprimant pourtant le regret que le célèbre praticien qui en a retracé l'historique ne l'ait pas accompagné de quelque commentaire étiologique.

OBS. — Bacchi, de Bordeaux, âgé de 8 ans, d'une faible constitution, à poitrine étroite et sternum saillant, et maigre, assure avoir eu toujours la respiration plus ou moins gênée, et souvent des douleurs à la poitrine qui l'ont obligé à venir plusieurs fois à l'hôpital où il n'a jamais trouvé qu'un soulagement par l'emploi des saignées locales et générales, et des vésicatoires appliqués entre les épaules. Rentré de nouveau le 21 mai, il a la respiration extrêmement gênée, pénible, bruyante, parfois, surtout le soir, il y a menace de suffocation, obligation de redresser le thorax. Il n'y a pas de toux. La voix est faible, mais ni rauque ni voilée. L'auscultation ne fait entendre qu'un sifflement très marqué dans les bronches. La percussion est assez sonore partout. Les battemens du cœur un peu obscurs n'offrent aucune anomalie. Le pouls est normal; la langue est un peu rouge à la pointe; il y a de l'appétit. L'épigastre est un peu sensible à la pression; l'abdomen est légèrement développé et douloureux; les selles sont normales. L'enfant est maigre et peu coloré; la chaleur de la peau est naturelle. Divers médicamens, tels que l'assa fœtida en lavemens, les fumigations de datora stramonium, l'ipécacuanha à dose altérante, la digitale et la scammonée, le sulfure de sodium, ne déterminent aucune modification dans le symptôme le plus intense. — Sorti le 8 juillet il rentre au bout de quinze jours; la dyspnée est portée au plus haut degré d'intensité, l'anxiété étant extrême et la suffocation constamment imminente. Un vésicatoire appliqué sur le thorax ne produit aucun amendement. Mort le 8 août.

AUTOPSIE. Œdème de la face et des membres inférieurs; sternum saillant; voussure du thorax plus prononcée à gauche qu'à droite. Adhérences des poumons aux parois thoraciques, excepté vers le sommet du poumon gauche où se trouve un peu de sérosité limpide. Partout ailleurs les plèvres, très épaissies, se détachent des côtes et de leurs intervalles plutôt que d'abandonner la surface pulmonaire. Le larynx est sain. La trachée est libre dans ses deux tiers supérieurs; mais dans l'inférieur elle est intimement unie en arrière à l'œsophage. En avant des gros vaisseaux, cette union a lieu par un tissu fibro-cellulaire, épais et blanchâtre, qui cependant permet d'isoler ces diverses parties. La trachée, ainsi séparée, parait avoir son volume normal; mais en l'ouvrant dans toute son étendue, on remarque bientôt l'épaississement considérable de ses parois, surtout inférieurement près et y compris sa bifurcation. Les parois de ce canal ont 7 millim.; elles sont denses, résistantes, blanchâtres; leur aspect est fibro-cartilagineux. Cette altération se propage le long des bronches et de leurs principales divisions. Le calibre de la trachée, par suite de l'hypertrophie de ses parois, offre une notable diminution; il est réduit à 5 millim. Les poumons sont œdémateux; le droit offre en outre, dans son lobe inférieur, de l'hépatisation, qui est rouge dans sa partie supérieure et grise dans l'inférieur. Le thymus est assez volumineux; le cœur sain. L'estomac et les intestins n'offrent rien d'anormal. Le foie offre un volume notable, adhérant intimement au diaphragme, à l'arc du colon, aux deux reins et à la rate; son tissu est consistant, granuleux et rougeâtre. La rate, de volume ordinaire, est indurée et d'un rouge très foncé. Les reins sont à l'état normal.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

Les troisième et quatrième trimestres de 1843 contiennent les travaux suivans : 1° *Observations sur l'efficacité de l'onguent mercuriel dans le traitement du tétanos spontané, suivies de recherches sur la possibilité de guérir le tétanos traumatique par les préparations hydrargyriques*; par M. Hulin-Origet. (L'auteur a guéri deux fois le tétanos spontané avec des frictions mercurielles sur le rachis. Notons que la maladie, qui avait résisté aux opiacés, durait depuis plus de sept jours quand on commença à administrer le mercure. Quant à l'emploi de cet agent dans le tétanos traumatique, il se borne à citer des auteurs qui disent l'avoir administré avec succès) 2° *Blennorrhagie urétrale; abcès survenus sur le trajet du canal de l'urètre; fistules urinaires; guérison au moyen de la compression*; par M. Millet. (Le point important de cette observation est la guérison rapide de fistules par lesquelles passait l'urine au moyen de la seule compression exercée avec des bandelettes de diachylum et sans emploi de la sonde à demeure. A la vérité ces fistules, l'une urétrale, l'autre périnéale (près de l'anus), étaient de formation toute récente.) 3° *Réflexions sur une amputation de la cuisse, pratiquée pour une nécrose du tibia*; par M. Patry. (Los nouveau s'était nécrosé et fracturé, et le fâcheux état des parties molles justifiait, en outre, surabondamment l'amputation.) 4° *Pneumatose du scrotum, simulant une hydrocèle*; par M. Haime. 5° *Rapport sur une épidémie dysentérique qui a eu lieu à Cour-sur-Loire*; par M. Desparanches; 6° *Observation de fractures du crâne avec enfoncement des os*; par M. Patry. 7° *Observations de péricardite chronique avec épanchement; application multiple de vésicatoires volans; guérison*; par M. Morand. 8° *Nouveau moyen pour arrêter l'hémorrhagie occasionée par la morsure des sangsues*; par le même. 9° *Métrorrhagie survenue pendant le travail de l'accouchement*; par M. Moulia. 10° *Cécité produite par l'acide sulfurique*. (Un jeune homme de Tours s'était brûlé les yeux avec de l'acide sulfurique; la cornée paraissait entièrement opaque. Dès le lendemain cependant la transparence était en grande partie rétablie, et, au bout de vingt jours, il n'y paraissait plus.)

PNEUMATOSE DU SCROTUM SIMULANT UNE HYDROCÈLE; par M. HAIME.

Un peu de promptitude à poser le diagnostic, mais beaucoup de bonne foi dans le récit des faits donnent à cette observation un intérêt qu'augmente encore la rareté de l'affection dont elle offre un exemple bien étudié, affection qui du reste paraît ici s'être évidemment développée sous l'influence d'un état général.

OBS. — Un homme de 62 ans était, à la suite de pertes de sang abondantes, dans un état très prononcé de cachexie séreuse : pouls petit et fréquent, palpitations, bruit de souffle, décoloration, anémie, œdème des extrémités. Dans cet état apparut un gonflement du scrotum qui acquit en peu de temps un volume énorme. L'infiltration du tissu cellulaire, qui constituait une véritable anasarque, fit croire à une hydrocèle de la tunique vaginale. Le malade redoutant extrêmement la ponction, M. Haime lui dit pour le rassurer qu'il serait peut-être possible de vider la tumeur par l'introduction réitérée d'aiguilles.

A quelques jours de là, il apprit que la tumeur avait entièrement disparu. Le malade lui raconta qu'il avait lui-même piqué en plusieurs points les bourses avec une aiguille, et qu'en pressant ensuite, il s'était assuré que manifestement il en sortait de l'air. On établit une légère compression à l'aide de compresses imbibées d'une liqueur résolutive. Ce traitement eut tout le succès désirable, et la tumeur n'a plus reparu.

NOUVEAU MOYEN POUR ARRÊTER L'HÉMORRHAGIE OCCASIONNÉE PAR LA MORSURE DES SANGSUES; par M. MORAND.

Faites un mélange avec 6 parties d'huile d'olive et une de cire jaune. Formez-en une espèce de boulette que vous appliquerez rapidement sur

chaque piqûre, après avoir essuyé avec soin le sang qui en sort; condition essentielle, car le moindre liquide interposé entre le topique et la peau nuit à l'agglutination.

Avec le doigt, on étend le pourtour de cette boulette sur la peau, afin de favoriser son adhésion. Si cette adhésion n'a pas lieu et si le sang continue à couler, on ajoute une quantité suffisante de corps gras. Il en résulte une couche qui recouvre toutes les piqûres et dont l'épaisseur doit être d'un centimètre au moins. Si les circonstances rendent le mélange trop mou, on augmente sa consistance avec de la cire. Après avoir laissé cette couche à découvert assez de temps pour espérer que l'hémorragie ne reparaîtra pas, on pose dessus un morceau de linge fin. Tout appareil compressif est inutile.

M. Morand a appliqué ce moyen avec succès. Il fait encore remarquer que, à défaut d'huile, la graisse, le suif ou le beurre pourraient en tenir lieu.

VI. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

La quatre-vingt-treizième livraison (1844) contient les articles suivans: 1° *Observation d'acéphalie*, par M. Hélie. 2° *Observations qui démontrent les accidens que peuvent produire les polypes utérins et les polypes vaginaux pendant la grossesse et pendant l'accouchement*; par M. Aubinais.

OBSERVATION D'ACÉPHALIE; par M. HÉLIE.

Cet acéphale, dont l'autopsie est rapportée dans tous ses détails, vint au monde avant le neuvième mois. Jumeau, comme tous les acéphales, d'un fœtus bien conformé, il était en général très semblable dans tout son organisme à la plupart des fœtus acéphales au même degré, c'est-à-dire privés comme lui de six vertèbres cervicales. Il était donc, dans sa monstruosité, très complet, très régulier.

Deux ordres de vaisseaux sanguins, des artères et des veines, émanés du placenta marchaient graduellement dans tout le corps du fœtus, sans communiquer ensemble dans leur trajet, mais communiquant sans doute d'une part par leurs divisions capillaires, dans l'intérieur des organes, comme ils communiquent d'autre part dans le placenta.

On doit en conclure que le sang passait d'un ordre de vaisseaux à l'autre par les capillaires, qu'il coulait en sens contraire dans les deux ordres de vaisseaux, qu'il y avait enfin une véritable circulation, malgré l'absence de cœur.

Le sang coulait donc sous l'influence du resserrement élastique ou plutôt d'une contraction vitale des vaisseaux du placenta et de ceux du fœtus. L'action des vaisseaux suppléait à l'action du cœur, comme chez beaucoup d'animaux inférieurs chez lesquels cet organe manque.

Mais une question importante est de déterminer dans quelle direction s'opérait le cours du sang. Tiedemann pense que, chez ces monstres, le sang est conduit du placenta au fœtus par les artères ombilicales, arrive dans l'aorte, est distribué par les rameaux de celle-ci à tous les organes, passe dans les radicules veineuses et retourne au placenta par la veine ombilicale.

Selon Monro, au contraire, le sang vient du placenta par la veine ombilicale et se distribue à tous les organes du fœtus par les divisions de cette veine ramifiée comme des artères dont elles remplissent les fonctions. Des capillaires, le sang passe dans les rameaux artériels, puis dans l'aorte, et retourne au placenta par les artères ombilicales. La veine ombilicale remplirait ainsi dans le placenta les fonctions d'une veine et dans le corps du fœtus les fonctions d'une artère. Les artères rempliraient dans le fœtus les fonctions de veines; puis elles conduiraient le sang au placenta à la manière des artères.

A cette dernière explication, M. Breschet a objecté la présence des valvules des veines, lesquelles valvules doivent s'opposer au passage du sang des troncs de ces vaisseaux dans leurs ramifications.

M. Hélie, prenant cette objection en considération, a voulu s'assurer avant tout de la présence des valvules dans les veines chez les acéphales. Or, en examinant chez son sujet la veine fémorale, où existent à l'état normal tant de valvules, il n'a pu en distinguer aucune. Il a vu également que le sang, sous une pression légère, coulait dans cette veine, soit de haut en bas, soit de bas en haut.

Il se pourrait donc que les veines des acéphales n'eussent pas de valvules. Dès lors, nul obstacle ne s'opposerait à ce que le sang coulât dans ces vaisseaux en sens inverse de son cours habituel.

Une considération suffirait d'ailleurs pour détruire l'opinion de Tiedemann, c'est que dans plusieurs cas on a vu le fœtus acéphale avoir un placenta commun avec le fœtus bien conformé. Il y avait communication entre le système circulatoire des deux fœtus. Une injection faite par le cordon ombilical du premier parvenait dans les deux placentas. Or, on ne peut admettre que la circulation fût intervertie dans le fœtus bien conformé, ni que le placenta unique lançât le sang par la veine ombilicale au fœtus bien conformé, et par les artères ombilicales à l'acéphale. La circulation placentaire devait se faire de la même manière pour les deux fœtus. L'acéphale devait donc, comme son jumeau, recevoir le sang par la veine ombilicale et le renvoyer au placenta par les artères.

OBSERVATION DE POLYPE UTÉRIN ADHÉRENT AU PLACENTA ET HEUREUSEMENT EXTIRPÉ DURANT L'ACCOUCHEMENT; par M. AUBINAIS.

OBS. — Une femme, âgée de 35 ans, vit, après deux accouchemens heureux, apparaître des métrorrhagies fréquentes accompagnées de douleurs de reins. Cet état dura cinq ans; puis, elle devint enceinte une troisième fois. M. Aubinais, appelé auprès d'elle, la trouva accouchée; mais en tirant sur le cordon on l'avait rompu, et le placenta était demeuré dans l'utérus. Le doigt conduit le long des débris du cordon constata d'abord que celui-ci était inséré au centre du placenta; mais, à 27 millimètres à gauche de son point d'insertion, on reconnut l'existence d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule qui faisait bomber le placenta en forme de cul de lampe. On décolla alors le placenta de gauche à droite; mais en arrivant au polype, on s'aperçut qu'il adhérait avec le placenta, ce qui expliqua la rupture du cordon. Si l'on tirait sur le placenta, le polype était entraîné, mais l'utérus suivait cet entraînement. M. Aubinais fit alors solidement appuyer la matrice sur le scrotum par l'apposition d'une main sur l'hypogastre; puis saisissant le polype, dont le pédicule lui avait paru grêle, il en fit la torsion et l'arracha sans trop de difficultés. En le retirant, il entraîna avec lui toute la masse placentaire. Aucune hémorragie grave n'eut lieu. Les adhérences du polype avec le placenta furent alors examinées; elles étaient fortes, surtout dans la largeur d'une pièce d'un franc. Quelques vaisseaux sanguins très ténus établissaient une circulation entre le polype et le placenta, et en pressant simultanément ces deux corps on voyait ces vaisseaux se remplir de sang. La malade fut promptement guérie; elle est, depuis lors, accouchée heureusement une quatrième fois.

Cette observation est intéressante à divers titres. Elle prouve d'abord qu'un polype implanté dans la cavité utérine et loin du col peut ne pas troubler la grossesse. Smellie, Levret, Baudelocque et bien des accoucheurs modernes rapportent des exemples qui confirment ce fait.

Il ressort encore de cette observation qu'un polype utérin peut contracter des adhérences avec le placenta, que ces adhérences rendent difficile l'extraction du délivre et exposent à la rupture du cordon ombilical; mais qu'en arrachant le polype et en opérant des tractions sur lui, les adhérences favorisent la sortie simultanée et du polype et de la masse placentaire. Il est démontré, en outre, qu'une vascularité peut s'établir entre un polype utérin et le placenta. Enfin, et cette conséquence pratique est de la plus haute importance, l'observation précédente pourra engager les accoucheurs à profiter des conditions favorables dans lesquelles se trouve la matrice lors de la délivrance pour tenter à ce moment l'arrachement d'un polype pédiculé, lorsque son pédicule aura paru être mince et étroit.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros d'avril et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Observation de tumeurs nombreuses développées dans le centre cérébro-spinal*; par M. Strohl. 2° *Vagin et col de l'utérus doubles; section de la cloison vaginale; accouchement au forceps*; par M. Lesaing. 3° *Résumé général de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, pendant le semestre d'hiver 1843-1844; Leçons de M. Sédillot, recueillies par M. Lhuillier*; 4° *Notes recueillies à la clinique de M. Beck*; par M. Szerlecki. 5° *Observations chirurgicales*; par M. Netter.

VAGIN ET COL DE L'UTÉRUS DOUBLES; SECTION DE LA CLOISON VAGINALE; ACCOUCHEMENT AU FORCEPS; par M. LESAING.

L'anomalie dont cette observation offre un exemple est assez commune; mais elle n'a que rarement été reconnue dans des circonstances aussi intéressantes. On remarquera aussi la modification apportée par l'auteur au manuel opératoire de la section pratiquée sur cette cloison.

OBS. — Une femme, âgée de 36 ans, enceinte pour la première fois, était en travail depuis deux jours. Mais l'accouchement n'avançant pas, quoique les dou-

leurs fussent fortes et régulières, M. Lesaing fut appelé par le médecin ordinaire, parce que celui-ci *ne pouvait pas découvrir le col*. M. Lesaing, ayant introduit le doigt, ne reconnut en effet d'abord rien de semblable à la conformation normale. Cependant il finit par trouver entre les grandes et les petites lèvres du côté gauche, à la hauteur du méat urinaire, une ouverture par laquelle il pétra dans une immense cavité où furent rencontrés la tête du fœtus et un bourrelet en arc qu'il reconnut pour être le col de la matrice. En poussant plus avant le doigt, il agrandit cette ouverture, et trouva enfin près du col une ouverture de communication avec l'autre conduit, l'autre vagin par lequel le médecin ordinaire et lui-même avaient d'abord touché. Les deux canaux étaient complétement séparés par une cloison très mince, de 8 à 9 centim. de hauteur. Le col utérin répondait à celui des deux conduits dont l'ouverture étroite ne pouvait aucunement donner passage à la tête, tandis que celui qui correspondait à l'orifice bien conformé de la vulve se terminait en cul-de-sac. Mais, à l'extrémité de la cloison, très près du col, il existait une petite ouverture à travers laquelle le sperme avait sans doute été lancé au moment de la copulation.

La faiblesse de la femme, la durée du travail, l'écoulement à chaque douleur d'un peu d'eau jaunâtre, tout montrait que, soit pour la mère, soit pour l'enfant, il n'y avait pas beaucoup de temps à perdre. M. Lesaing résolut de faire la section de cette cloison, après l'avoir d'abord liée pour prévenir l'hémorragie. Ceci fut exécuté de la manière suivante. Il entortilla au bout de son doigt indicateur l'extrémité d'un fil ciré; il l'introduisit ensuite dans l'ouverture anormale jusqu'au col utérin, où il rencontra la fissure latérale de la cloison. Il traversa cette fente en pliant le doigt et en ramenant son extrémité vers l'orifice externe, où il saisit le fil avec les doigts de l'autre main qu'il avait placée pour aller à la rencontre de la première. Il serra ce fil à un centimètre au-dessous du méat urinaire. Un second fil fut placé de même et noué le plus près possible du plancher du périnée, pour laisser entre ces deux ligatures un intervalle d'un demi-centimètre où l'on pût pratiquer l'incision. Il glissa ensuite le doigt indicateur derrière la membrane ainsi rassemblée, et avec des ciseaux il en opéra la section sur la pulpe de son doigt qu'il porta aussitôt après vers le col. Celui-ci se trouvait très dilaté, mais très oblique du côté gauche.

Cependant, quoiqu'on eût fait coucher la malade sur le côté pour remédier à l'obliquité, une heure s'était écoulée sans aucun changement dans la position de la tête; tous les accidens au contraire prenaient de l'intensité. M. Lesaing dut alors recourir au forceps, qui, après quelques difficultés d'application, amena une enfant très délicate, mais qui vécut. La délivrance fut faite une heure après. La guérison était complète le vingtième jour.

A cette époque, M. Lesaing a examiné encore par le vagin et a trouvé deux orifices très rapprochés l'un de l'autre, et qui durent être réunis ensemble par une membrane mince avant que la déchirure qui s'est opérée lors de la dilatation eût eu lieu. Le col du côté droit est plus petit que le gauche et situé plus en arrière. Leur lèvre antérieure est proéminente et forme deux bourrelets en arc, placés l'un à côté de l'autre. Les cornes du centre sont réunies, tandis que les extrémités se perdent dans la lèvre postérieure qui est mince et sans rebord. Leur disposition est telle qu'en introduisant le doigt dans chaque orifice en particulier, on ne remarque qu'il en existe un second à côté que lorsqu'on appuie ce doigt latéralement. On sent alors qu'il s'y glisse en traversant la déchirure qui formait leur réunion. L'utérus est simple.

VI. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles suivans : 1° *Doctrine médicale de Montpellier*; par M. Alquié. 2° *Recherches pratiques et raisonnées sur les résections des extrémités articulaires des os*; par M. Guépratte. (Cet article, qui ressemble, par sa contexture, à un fragment de traité classique sur les résections, est peu susceptible d'analyse, et il n'y aurait que peu d'intérêt à en essayer une, malgré la justesse des idées qui y sont présentées). 3° *Contagion de certaines maladies généralement réputées non contagieuses*; par M. Andrieu. 4° *Clinique médicale de Montpellier pendant le premier semestre de 1843*; par M. Guilland. 5° *Clinique chirurgicale de M. Lallemand.*

CONTAGION DE CERTAINES MALADIES GÉNÉRALEMENT RÉPUTÉES NON CONTAGIEUSES; par le docteur ANDRIEU.

Il est peu de questions de pathologie qui aient été aussi diversement interprétées que celle de la contagion. Il y a à peine quelques années que, pour la plupart d'entre nous, il n'existait plus de maladies contagieuses, et c'est à regret que l'on accordait cette propriété à la variole et à la syphilis. Cette répugnance à adopter les faits de contagion qui tenait à deux causes, et l'opinion libérale en opposition avec le gouvernement qui, dans un but politique, favorisait la doctrine de la contagion et le scepticisme irrationnel qui caractérisait d'une manière si spéciale l'école de cette époque, cette répugnance a déjà en partie disparu, et aujourd'hui on peut discuter cette grave question sous le point de vue scientifique sans être menacé d'impopularité. Mais avant qu'une doctrine renfermant tous les faits qui se rattachent à cette question puisse être formulée avec quelques chances de succès, il faut que de nouveaux matériaux soient recueillis et soumis à cette critique sévère sans laquelle la pathologie ne serait point une science. La communication de M. Andrieu est un essai de ce genre, et qui, pour ne comprendre qu'un petit nombre de maladies, n'en offre pas moins d'intérêt. Disons quelques mots de cette communication. En attendant qu'une loi formule exactement l'action de la contagion, il est nécessaire surtout pour les maladies qui ont peu de tendance à se propager d'un sujet à un autre, de supposer une prédisposition, un état de santé spécial qui favorise l'action des miasmes morbifiques, c'est ce que constate l'auteur dans un certain nombre de cas dans lesquels des maladies peu communes ou réputées non contagieuses se sont propagées par voie de contagion. Ces maladies sont : 1° la *psorophthalmie palpébrale chronique*; 2° le *molluscum*, maladie rare et à peu près inconnue en France; 3° le *prurigo*, qui est réputé pour une éruption non contagieuse; 4° la *mentagre*, qui a rarement été considérée comme une éruption susceptible de se transmettre par contagion; 5° les ulcères syphilitiques qui, depuis Hunter jusqu'à nous, passent pour ne pouvoir reproduire, par le pus qu'ils fournissent, soit la maladie syphilitique primitive, soit la vérole constitutionnelle.

Nous ne reproduirons pas même sous forme analytique les observations rapportées à l'appui des opinions émises ici, et qui, nous le pensons, trouveront peu d'incrédules. Qui ne sait avec quelle facilité certaines ophthalmies se propagent dans quelques conditions tout à fait spéciales par la voie de la contagion? Quel praticien un peu attentif n'a pas observé dans certaines familles plusieurs cas de *prurigo* dont il était difficile d'expliquer l'existence simultanée ou successive par une autre origine que la contagion? Nous nous contentons de répéter avec l'auteur que quand la contagion a peu d'énergie intrinsèque, il faut de la part du sujet une sorte de prédisposition, et de la part des circonstances qui favorisent l'action de l'agent morbide, une influence énergique et de longue durée. Or c'est cette dernière condition qui se trouve presque toujours réalisée dans les cas qu'il a relatés.

TAILLE PÉRINÉALE PRATIQUÉE POUR UN ABCÈS DE LA PROSTATE; par M. LALLEMAND.

OBS. — Un homme âgé de 30 ans avait, depuis un mois, à la suite d'une blennorrhagie intense, une tuméfaction de la prostate. La sonde ramenait du pus. Le malade était dans un état de maigreur et de faiblesse voisins du marasme; fièvre hectique; urines épaisses, bourbeuses. En explorant la prostate, on ne sentait plus dans le rectum une saillie bombée et résistante, mais au contraire une excavation donnant un sentiment de déplétion. A travers la paroi de l'intestin, la coque fibreuse de la prostate et la muqueuse urétrale, on pouvait sentir la sonde dans le canal. Enfin, en arrivant au col de la vessie, la sonde faisait un soubresaut, ce qui est encore un des indices les plus probables d'un affaissement, d'une excavation de la prostate. M. Lallemand pensa qu'il y avait à la place de la prostate une cavité remplie de pus. Or, cette cavité ne pouvait se vider facilement, parce que les parties voisines ne la comprimaient pas assez pour mettre en contact ses parois fibreuses. De plus, l'urine y pénétrait constamment, devenant ainsi une cause incessante d'inflammation, ou du moins un obstacle à sa résolution. — Il fallait donc empêcher l'urine de pénétrer dans ce foyer, changer en inflammation aiguë l'inflammation chronique qui occupait celui-ci, et rapprocher enfin ses parois pour en favoriser l'adhésion.

Mais, pour atteindre ce but, les cautérisations faites par l'urètre étaient évidemment insuffisantes, même en les aidant par l'usage d'une sonde à demeure placée de manière à déprimer la paroi supérieure du foyer. Il fallait ouvrir l'abcès à l'extérieur et le panser ensuite à la manière d'une fistule à l'anus. On incisa donc le périnée sur le raphé, depuis la peau jusqu'au col de la vessie; puis on fendit la prostate dans toute son épaisseur jusqu'au devant du rectum comme dans l'opération de la boutonnière. Pendant l'incision de la prostate, du pus d'une odeur fétide s'écoula par la plaie. On put ensuite constater par l'introduction du doigt l'excavation de la prostate.

Le soir même de l'opération, le malade eut encore un peu de fréquence dans le pouls; mais, dès le lendemain, la fièvre hectique disparut complétement; toute l'urine passa par la plaie. La tranquillité et l'appétit se rétablirent. Dès le sixième jour, on commença à cautériser le foyer avec un crayon de nitrate d'argent, et on réitéra ces attouchemens tous les deux ou trois jours. Les urines recommencèrent peu à peu à sortir par l'urètre, et le malade ne tarda pas à guérir.

Le remède était chanceux; mais le mal exigeait un remède prompt et énergique, et nous n'aurions pas eu besoin d'apprendre que le succès a couronné ses efforts pour féliciter M. le professeur Lallemand de la judicieuse sagacité avec laquelle il a posé les indications et du courage qu'il a mis à les remplir.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Etude physiologique de l'instinct chez l'homme et chez les animaux dans l'état sain et dans l'état maladif*; par M. Gabillot. 2° *De la luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus*; par M. Paul Brun. 3° *Sur la cause des accidens qu'entraînent les contusions violentes du périnée et sur une nouvelle méthode opératoire*

destinée à les prévenir; par M. Pétrequin. 4° *Rapport sur une brochure du docteur Banque, d'Orléans, intitulée* : NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES FIÈVRES CONTINUES GRAVES OU TYPHOÏDES; par M. Nepple. 5° *Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1838 à 1843, au point de vue des faits opératoires et de la méthode;* par M. Pétrequin. (Ce compte-rendu, composé pour être lu en séance publique, serait peu susceptible d'être analysé ici. D'ailleurs, les principales idées qui y sont développées ont déjà été portées à la connaissance des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE par les travaux que l'auteur a publiés lui-même dans nos colonnes.) 6° *De l'influence des émanations marécageuses sur le développement de la phthysie;* par M. Olivier de Montrnel. 7° *Considérations sur les huiles de poisson en général;* par M. Monchou. 8° *Observation de gangrène de l'amygdale droite à la suite d'une amygdalite aiguë entée sur une amygdalite chronique, avec hypertrophie considérable des deux organes;* par M. Gromier. (Le titre de cette observation en exprime les circonstances les plus remarquables. Ce fait est intéressant par sa rareté et par la minutieuse fidélité avec laquelle les moindres détails en ont été relevés). 9° *Essai sur l'histoire chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis sa fondation jusqu'à nos jours;* par M. Pétrequin. (Premier article.) 10° *Quelques mots en réponse à l'article de M. Olivier;* par M. Nepple. 11° *Hémiplégie survenue à la suite d'une brûlure sur le côté gauche de la tête;* par M. Foulhioux. (A la suite d'une brûlure au 3° degré, peu étendue, un enfant de trois ans fut pris de contractures et de spasmes généraux au moment où la plaie était près de se cicatriser. L'affection se localisa bientôt du côté droit, qui resta hémiplégique. Il revint cependant de temps en temps des spasmes de ce même côté. Au bout de quinze à vingt jours, la guérison était complète. M. Foulhioux hésite entre un abcès dans les lames de l'arachnoïde ou une inflammation plus diffuse de cette membrane.)

DE LA LUXATION ISOLÉE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS; par M. PAUL BRUN.

La luxation du cubitus seul, en arrière, ne compte encore qu'un bien petit nombre d'exemples rigoureusement avérés. En joignant à celui d'A. Cooper ceux dont M. Sédillot a fait l'histoire (GAZ. MÉD., 1839, n° 15), et le cas observé par M. Diday (GAZ. MÉD., 1839, p. 395), on aura l'ensemble des faits cliniques d'après lesquels la description générale de cette lésion a été établie. M. Brun apporte à l'étude de cette question deux cas nouveaux, suivis de quelques expériences sur le cadavre. Citons d'abord les observations.

OBS. I. — Fourrier, âgé de 42 ans, tomba de voiture, sans pouvoir expliquer exactement sur quelle partie porta le choc. Entré trois semaines après à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il présente les signes suivans : l'avant-bras gauche est entre l'extension et la flexion à angle droit. Les mouvemens de flexion et d'extension sont douloureux; ceux de pronation et de supination peuvent être imprimés facilement. Pendant ces derniers mouvemens, le doigt porté sur la tête du radius sent, à la rotation qu'elle décrit et à la rainure qui la sépare de l'épicondyle, qu'elle a conservé ses rapports normaux. La main est en pronation. L'avant-bras est légèrement dévié en dehors, son axe formant avec celui du bras un angle saillant en dedans et rentrant en dehors. L'olécrâne est beaucoup plus saillant en arrière qu'à l'état normal, ce qui augmente considérablement le diamètre antéro-postérieur de l'articulation; mais il n'est remonté que d'un centimètre. Derrière l'épitrokléé, on sent une dépression des plus marquées. Entre l'épitrokléé et l'apophyse styloïde du cubitus, il y a un centimètre de moins que du côté droit.

Pour réduire, on plaça l'avant-bras dans la supination et la demi-flexion. Les tractions furent opérées dans la direction de l'avant-bras, c'est-à-dire en avant et en dehors. L'opérateur cependant poussait d'une main l'olécrâne en bas et en avant, de l'autre l'extrémité inférieure du bras en arrière. L'extension une fois portée à un degré convenable, l'avant-bras fut brusquement fléchi. Au second essai de ce mouvement, la réduction s'opéra.

OBS. II. — Richard, âgé de 18 ans, venait d'être jeté par terre, le bras droit soutenant le tronc, lorsqu'il reçut un violent coup de pied au-dessus du coude. Il sentit aussitôt qu'un dérangement venait de se produire dans cette jointure. Quatorze heures après l'accident, on constata ce qui suit. L'avant-bras est dans une attitude intermédiaire entre l'extension et la demi-flexion, avec tendance à se placer en pronation. La flexion et l'extension sont bornées et douloureuses. La pronation et la supination s'exécutent librement. L'avant-bras paraît légèrement dévié en dehors et forme avec le bras un angle très obtus dans le sinus duquel la masse des muscles supinateurs et radiaux relâchés constitue une saillie prononcée. L'olécrâne est très saillant en arrière et un peu remonté. On sent derrière l'épitrokléé une dépression profonde, puis une crête osseuse qui se ment avec le cubitus et ne peut être que le bord interne de la grande cavité sygmoïde. La tête du radius décrit ses mouvemens et a ses rapports normaux.

Le bras étant maintenu fixe, parallèlement au tronc, la contre-extension fut appliquée sur lui; l'extension se fit sur l'extrémité de l'avant-bras placé dans la supination et dans un léger degré de flexion. L'effort extensif fut dirigé d'arrière en avant, et un peu de dedans en dehors, pendant que l'olécrâne était poussé en bas et en avant. La réduction fut ainsi obtenue très facilement.

M. Brun dit qu'il possède en outre une troisième observation qui présente avec celles-ci une telle analogie qu'il croit pouvoir se dispenser d'en tracer la description détaillée.

En comparant entre eux les phénomènes observés sur ces trois malades, M. Brun avait été conduit à penser qu'il s'agissait chez eux d'une luxation *incomplète* et isolée du cubitus en arrière. (Il appelle luxation incomplète un déplacement tel que l'apophyse coronoïde du cubitus vient se loger à la partie inférieure et un peu postérieure de la poulie humérale, immédiatement au dessus de la cavité olécrânienne.) Ce qui le confirmait surtout dans cette opinion, c'était le peu d'élévation de l'olécrâne et l'augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur de l'articulation affectée; car si l'olécrâne eût été au contraire situé dans la cavité olécrânienne même, si, en un mot, la luxation eût été complète, l'apophyse aurait été trouvée plus haut, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres au dessus de son niveau normal, et l'épaisseur du coude n'aurait pas été augmentée autant qu'elle l'était chez ces malades.

Mais, pour avoir une conviction complète à cet égard, M. Brun chercha s'il était possible de produire sur le cadavre cette luxation incomplète, et il trouva qu'on pouvait l'effectuer aux conditions suivantes : 1° l'avant-bras étant en pronation, afin de distendre le ligament interosseux et surtout la corde ligamenteuse de Weitbrecht; 2° le ligament annulaire se rompant à son attache au cubitus; 3° la moitié interne du ligament antérieur et du ligament interne se rompant aussi; 4° la luxation de l'articulation radio-cubitale supérieure étant produite. M. Brun avertit encore qu'il n'a pu réussir à obtenir ce déplacement sur le cadavre qu'après l'incision sous-cutanée de la presque totalité des liens ligamenteux qui unissent le cubitus au radius et à l'humérus.

Relativement à la réduction, M. Brun recommande particulièrement de tirer sur l'avant-bras d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors. On transforme ainsi le squelette de l'avant-bras en un levier du premier genre, dont le point d'appui est à l'articulation radio-humérale et la résistance à l'articulation luxée.

Quant à la luxation *complète* du cubitus, celle dans laquelle l'apophyse coronoïde viendrait se loger dans la cavité olécrânienne, il ne lui a pas été possible de la produire sur le cadavre, sans qu'il y eût en même temps luxation en arrière de la tête du radius. Il pense donc qu'elle ne peut s'effectuer sur le vivant qu'autant que le radius change plus ou moins ses rapports avec la petite tête de l'humérus. Il termine en disant que si toutefois sa possibilité et son existence venaient à être démontrées (ce qu'il est peu disposé à admettre), cette luxation complète serait surtout caractérisée par l'élévation de l'olécrâne à 2 ou 3 centimètres au dessus de son niveau ordinaire.

— Une critique sérieuse a déjà signalé dans les observations de M. Brun une circonstance qui semble peu en rapport avec l'existence d'une luxation du cubitus seul. L'avant-bras, dit-il, était, chez ses malades, dévié *en dehors*, de sorte qu'il existait au coude affecté un angle *saillant en dedans* et *rentrant en dehors*. Or, remarque le critique, une telle disposition n'existe pas, ne peut exister dans cette luxation; car, d'abord, les auteurs qui ont mentionné une déviation en sens tout à fait contraire. Puis, c'est une loi générale que, dans les luxations, le membre s'incline du côté de la lésion. — A cela M. Brun répondait : 1° que ses observations présentent l'avant-bras seulement comme légèrement dévié en dehors, circonstance que le critique n'eût pas dû passer sous silence; 2° que, à l'état normal, cette inclinaison de l'avant-bras sur l'axe du bras existe très prononcée, et que par conséquent elle pouvait être devenue un peu moins forte chez ces malades, sans avoir pour cela cessé d'exister; 3° que, dans la rotation du bras en dehors, cette inclinaison augmente encore; qu'ainsi, si le membre a été examiné dans cette attitude, la déviation en dehors pouvait encore persister et être accusée par l'observateur, quoiqu'elle eût diminué par le fait de la luxation.

Nous admettons donc que les malades de M. Brun offraient une luxation bien caractérisée du cubitus seul en arrière, quoique, à vrai dire, cette déviation particulière de l'avant-bras en dehors ne soit pas ce que l'on observe ordinairement dans les cas de cette espèce. Mais il est un autre point à l'égard duquel nous serions moins disposés à partager sa manière de voir. Nous voulons parler des luxations complètes. M. Brun s'appuie, pour les nier, sur l'autorité de M. Vidal (de Cassis), et sur les faits de M. Sédillot ainsi que sur les siens propres. Mais il existe dans la science des autorités et des faits contraires. Ast. Cooper cite une autopsie où la lésion ne peut guère être rapportée qu'à la luxation complète, puisque le *bec coronoïdien*, dit-il, *était porté dans la fossette postérieure de l'humérus*. A la vérité, le radius avait ici un peu perdu de ses rapports normaux. Mais il est une observation plus concluante, sous ce rapport. C'est celle de M. Diday (V. GAZ. MÉD., 1839, p. 395), où il est formellement exprimé que l'olécrâne était remonté d'*un pouce*. Si nous

ne nous trompons, c'est bien là la preuve que demande M. Brun, lorsqu'il dit que si cette luxation complète existait, elle serait surtout caractérisée par l'élévation de l'olécrâne, *à 2 ou 3 centimètres* au dessus de son niveau ordinaire. Chez la malade de M. Diday, d'ailleurs, l'intégrité des mouvemens de pronation et de supination témoignait entièrement de l'intégrité des rapports du radius. Nous conviendrons donc, avec M. Brun, que les luxations incomplètes sont les plus communes; mais nous ne saurions, devant un exemple aussi bien constaté, lui accorder qu'il n'existe pas de luxations complètes.

SUR LA CAUSE DES ACCIDENS QU'ENTRAÎNENT LES CONTUSIONS VIOLENTES DU PÉRINÉE, ET SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE DESTINÉE A LES PRÉVENIR; par M. PÉTREQUIN.

Qu'après une forte contusion du périnée l'urètre soit déchiré, on qu'il ne soit ouvert que plus tard par l'effet de la gangrène, l'infiltration d'urine n'en est pas moins une des conséquences les plus ordinaires et les plus redontables. On sait que, grâce à la structure de la région, le siége de l'épanchement varie selon le point où le canal s'est ouvert; mais, quelque partie qu'il occupe, cet épanchement s'accompagne toujours d'accidens locaux et généraux très graves. Or, on s'était jusqu'ici borné à les prévenir quand ils se sont déclarés, à donner issue à l'urine une fois qu'elle s'est extravasée dans les tissus. M. Pétrequin propose, au contraire, une médication préventive, un procédé destiné à empêcher l'infiltration urineuse.

L'observation suivante, qui lui en a suggéré la première idée, va aussi nous le faire connaître dans ses principes et dans son exécution.

OBS. — Vignal, adulte, tombe, le 3 janvier 1844, de 9 pieds de hauteur sur un plateau étroit. Tout le choc porta sur le périnée, qui commença tout de suite à se tuméfier; l'engorgement envahit bientôt les bourses et même la verge; les urines furent complètement arrêtées; le ventre se tendit. Transporté le 5 à l'Hôtel-Dieu, M. Pétrequin constata un énorme épanchement sanguin s'étendant des branches du pubis au voisinage du coccyx. Une plaie contuse existait à la racine du scrotum; tégumens tendus et d'un rouge noir, comme dans une gangrène imminente; agitation, soif, etc. On avait tenté le cathétérisme sans succès. (Emolliens.)

M. Pétrequin, réfléchissant à la fâcheuse terminaison si ordinaire dans les cas de ce genre, s'arrêta à cette idée que, ce qu'il fallait avant tout se proposer, c'était de prévenir l'infiltration urineuse. En conséquence, le 6 janvier, le malade fut couché comme pour la taille. Le chirurgien essaya d'introduire un cathéter et put ainsi constater qu'il y avait une solution de continuité ou du moins un obstacle dans l'urètre par suite de la contusion: ce ne fut qu'à grand'peine qu'il put pousser le cathéter jusque dans la vessie. Il fit alors une incision médiane sur le raphé et la conduisit jusqu'à la rainure de l'instrument. Le périnée gorgé de sang était énormément tuméfié. Le bistouri atteignit le cathéter au niveau de la portion membraneuse; l'urètre fut incisé de manière à permettre l'introduction du lithotome caché. Celui-ci bien placé et le cathéter retiré, M. Pétrequin ouvrit la lame pour entamer seulement la pointe de la prostate. Ce débridement procura la sortie d'une certaine quantité d'urine; mais, les caillots sanguins obstruant la plaie, il fut nécessaire de pousser dans la vessie une injection d'eau tiède. L'urine s'écoula alors librement. Une grosse sonde en gomme élastique fut introduite par le périnée dans la vessie et laissée à demeure.

Dès le lendemain, l'infiltration sanguine du périnée et du scrotum avait diminué; les tégumens étaient moins rouges et moins tendus. Mieux général non moins prononcé. L'urine s'écoule par la sonde, dans laquelle on fait de temps en temps des injections détersives.

Le 12 janvier, il commence à sortir quelques gouttes d'urine par le méat. Il ne s'est fait aucune infiltration urinaire; au contraire, l'épanchement sanguin a disparu presque complètement.

Le 15, on remplace la sonde périnéale par une sonde urétrale à demeure.

Le 8 février, la plaie faite au périnée est complètement fermée. Il ne s'écoule un peu d'urine que par la plaie contuse qui existait primitivement vers la racine du scrotum. Le malade est dans un état parfaitement satisfaisant.

M. Pétrequin, encouragé par ce succès, propose de suivre la même conduite dans les cas semblables. Ce débridement lui paraît le moyen le plus propre à prévenir à la fois l'infiltration urineuse et à faire promptement résorbée l'infiltration sanguine; car il empêche l'urine de séjourner dans les tissus en même temps qu'il offre au sang qui y est déjà épanché une voie libre d'évacuation. Toutefois il insiste sur ce point, savoir que cette opération doit être réservée pour les cas graves, pour les lésions profondes.

— Cette dernière phrase de M. Pétrequin nous servira à nous-mêmes de règle pour apprécier ses principes et sa pratique. Comme lui, nous pensons que, dans les cas où la contusion est assez forte pour faire présager presqu'à coup sûr une infiltration urineuse consécutive, mieux vaut, *en principe*, inciser pour prévenir le mal que d'inciser pour y remédier après qu'il a réalisé en partie ses fâcheux effets. Mais vient ensuite l'application auprès du malade; il s'agit de déterminer si la contusion est assez profonde pour indiquer cette opération prophylactique: c'est là le point délicat, celui sur lequel notre avis différerait un peu de celui de M. Pétrequin. Si le débridement qu'il propose n'avait en lui-même aucune gravité, nous n'hésiterions pas à nous ranger de son opinion. Mais est-ce impunément qu'on peut diviser la prostate? Est-ce impunément surtout qu'on peut mettre un vaste épanchement sanguin en contact avec l'air extérieur?... L'expérience de tous les praticiens répondra qu'on n'agit point ainsi sans accidens ou du moins sans grandes chances d'accidens. Par conséquent, pour justifier une opération qui n'est point exempte de danger, il faudrait, ce nous semble, que le danger résultant de la maladie elle-même fût très pressant; et, pour sortir des généralités, nous formulerons catégoriquement notre pensée en disant que l'opération proposée par M. Pétrequin ne nous paraît être indiquée que *lorsqu'on a inutilement essayé de placer une sonde par l'urètre jusque dans la vessie, ou lorsque, la sonde ayant été introduite et laissée à demeure, la tuméfaction et les phénomènes généraux persistent ou s'aggravent néanmoins.*

M. Pétrequin pourrait sans doute en appeler de ce jugement en citant les exemples nombreux de malades qui ont succombé à de pareilles lésions malgré l'usage de la sonde, et de ceux chez lesquels la sonde n'a pas empêché qu'il ne fallût plus tard inciser le périnée. Cela est vrai; mais a-t-il compté aussi les cas où ce mode de traitement, si anciennement employé, a suffi? M. Liston en a rapporté (v. GAZ. MÉD., 1839, p. 424) un exemple bien remarquable où, malgré la violence de la contusion, la sonde seule a prévenu l'infiltration et sauvé le malade. Ces faits sans doute ne suffisent pas. C'est que, en chirurgie, avec des faits, on instruit les questions, mais on ne les juge pas. S'il faut donc s'en tenir aux principes, nous pensons qu'ils sont tout à fait favorables à la proposition de M. Pétrequin, mais avec la réserve très expresse que nous avons formulée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR L'INFLUENCE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE SUR LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

M. SÉGALAS demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Dans une des conclusions de mon travail je disais que la lésion traumatique de la moelle ne s'oppose ni à la conception, ni à la gestation, mais qu'elle paralyse le travail de l'accouchement. M. Olliviers (d'Angers) a combattu cette proposition et il a cité à l'appui de son opinion deux faits d'accouchement spontané chez des paraplégiques, rapportés par Chaussier. J'ai voulu m'assurer de l'exactitude de cette citation et j'ai vu que ces faits n'avaient pas la signification qu'on leur a donnée. Des deux femmes dont parle Chaussier, il n'y en a qu'une qui a accouché naturellement; l'autre n'a point accouché, et par une raison fort simple, c'est qu'elle n'était pas enceinte. Quant à la femme qui a accouché, elle n'était pas complètement paraplégique, car elle pouvait uriner volontairement. Je ferai remarquer, d'ailleurs, qu'il y a une très grande différence entre une paraplégie produite par la présence d'hydatides dans le canal rachidien, ce qui est le cas de la femme citée par Chaussier, et celle qui résulte d'une lésion traumatique de la moelle. On conçoit, en effet, que, dans le premier cas, la paraplégie puisse n'être point permanente, ni complète, et qu'elle varie d'intensité d'un moment à l'autre. On voit par là à quoi se réduisent les deux faits qu'on m'a opposés.

M. VELPEAU: Je demanderai à M. Ségalas sur quel genre de données il se fonde en avançant que les lésions de la moelle s'opposent à l'accouchement; est-ce simplement sur des inductions théoriques ou sur des faits?

M. SÉGALAS: Je n'ai pas été témoin d'un assez grand nombre d'accouchemens pour pouvoir décider cette question par des faits: c'est plutôt par des expériences physiologiques, des inductions et des analogies que j'ai été conduit à émettre cette proposition. J'ajouterai, d'ailleurs, que je n'ai pas eu d'autre but, en prenant la parole aujourd'hui sur cette question, que de répondre à l'objection que M. Ollivier (d'Angers) m'a adressée dans la dernière séance.

M. MOREAU: Je me proposais d'adresser à M. Ségalas la même question que M. Velpeau. M. Ségalas vient de répondre. Mais il me reste à lui faire une autre

objection. On a opposé à la proposition de M. Ségalas deux faits, qu'il a recusés en disant que chez les femmes en question la paraplégie n'était point complete. Je lui demanderai s'il a jamais vu des femmes enceintes affectées de paraplégie complète. Je ne le pense pas, car dans cet état elles ne vivraient pas longtemps. Quant à la possibilité de l'accouchement avec une paraplégie incomplète dépendant d'une lésion de la moelle, c'est un fait acquis. J'ai été témoin d'un cas de ce genre avec M. Amussat et M. Magendie. Je ne vois pas, d'ailleurs, pourquoi il en serait autrement. L'anatomie et la physiologie nous apprennent que les contractions de l'utérus sont sous l'influence des nerfs ganglionnaires, et non des nerfs émanant de la moelle épinière ; la moelle n'envoie des nerfs qu'au col seulement. On conçoit que, s'il en était autrement, les femmes contracteraient leur utérus à volonté.

M. Velpeau : La matrice, ainsi que vient de le dire M. Moreau, n'est point effectivement sous la dépendance de la moelle épinière, ou du moins elle n'en reçoit qu'une très faible part d'influence. Mais il faut tenir compte aussi d'une autre circonstance, c'est que le travail de l'accouchement ne se fait pas uniquement et exclusivement par les contractions de l'utérus, mais il est aidé, comme on le sait, par les muscles abdominaux, qui, eux, reçoivent tous leurs nerfs de la moelle. Les lésions de la moelle peuvent donc avoir une influence sur l'accouchement, et l'on conçoit bien que cette influence sera différente selon que la lésion occupera une partie plus ou moins élevée de la moelle ou seulement sa portion inferieure.

Un mot sur la question relative à l'altération de l'urine dans les lésions de la moelle. J'ai vu un grand nombre de paraplégiques et j'ai pu constater que, s'il est vrai que l'altération des urines dépend de leur séjour dans la vessie, ce n'en est pas la cause unique, et qu'il y a en outre une altération de secrétion. Il y a là, à mon avis, un sujet nouveau d'expériences et d'observations. Nous devons savoir gré à M. Ségalas des expériences qu'il a faites ; mais je crois que les conclusions qu'il en a tirées sont un peu prématurées et qu'il n'y a pas lieu encore de considérer comme un fait acquis l'absence d'altération fonctionnelle des reins dans les lésions de la moelle.

M. Ségalas : J'ai vu les urines se maintenir naturelles chez les sujets paraplégiques, à quelque hauteur qu'eût lieu la lésion de la moelle, par la seule précaution que je prenais de vider souvent la vessie et de ne laisser jamais les sondes à demeure.

M. Baudelocque a été témoin d'un accouchement naturel chez une femme paraplégique.

M. Dupuy demande à M. Ségalas comment il s'est assuré, dans ses expériences, que la moelle fût divisée complètement ou seulement lesée.

M. Ségalas : J'ai procédé de plusieurs manières : chez quelques animaux j'ai coupé la moelle transversalement, en totalité, et je l'ai fait à différentes hauteurs dans la région lombaire, dorsale et cervicale ; chez d'autres je me suis borné à la léser plus ou moins dans chacune de ces régions. Le moyen de s'assurer si l'on a obtenu le résultat voulu est bien simple ; c'est d'empoisonner l'animal par la noix vomique. Les muscles qui reçoivent leurs nerfs de la portion détruite de la moelle ne se contractent pas, tandis que les autres, soit au-dessus, soit au-dessous, offrent des contractions tétaniques.

M. Gérardin : Le fait cité par M. Moreau me paraît tout à fait décisif pour juger la question de la possibilité de l'accouchement dans le cas de paraplégie ; c'est, à mon avis, le plus concluant, car dans les autres faits qui ont été rapportés, on ne sait pas de quelle époque datait la paraplégie. Il faut, du reste, que ces sortes de paraplégies soient bien rares chez les femmes enceintes, car sur trente mille accouchemens peut-être qui se sont faits à la Maternité depuis dix à douze ans que j'y suis, je n'en ai pas vu un seul exemple.

M. Castel : Dans la dernière séance, j'ai dit, contrairement à l'opinion de l'auteur du mémoire, que l'incontinence d'urine qui, après une lésion traumatique de la moelle épinière, succède à la rétention, était l'effet des progrès de la paralysie et non de la distension ou de l'irritation de la vessie. J'ai rendu raison d'un phénomène sublime observé après ces sortes de lésions. Je puis l'appeler sublime, sans m'écarter de la langue de la physiologie, car il atteste, plus qu'aucun autre, la puissance des stimulans moraux sur le système nerveux. « Dans » la strangulation, ai-je dit, l'érection est le produit de l'afflux du sang vers les » parties génitales ; dans la paralysie, elle est le produit de l'afflux de la sensi- » bilité : opprimée dans ses centres, elle reflue sur un de ses pôles. » Notre collègue affirme que, après ces lésions traumatiques, la composition de l'urine n'était pas altérée ; mais l'existence de toute inflammation doit influer sur la sécrétion de l'urine, et aussi sur sa composition ; et une lésion traumatique peut-elle être exempte d'inflammation ? Je ne prétends point que la sécrétion ne persiste pas. Je trouve même dans cette persistance une induction physiologique fort importante, savoir, que les organes sécréteurs, pour exécuter leurs fonctions, n'ont pas besoin des nerfs vertébraux. De quelle utilité seraient à ces organes des communications directes avec les deux principaux centres nerveux ? Elles seraient la source de beaucoup d'anomalies. Et, par exemple, que resterait-il de sensibilité à la disposition des facultés intellectuelles, si tous les phénomènes de la vie intérieure étaient accompagnés d'une perception, si chaque contraction du cœur, de l'estomac, si chaque goutte d'urine arrivant à la vessie retentissait au cerveau ? Ce qui est nécessaire à l'accomplissement des fonctions, ce sont les relations de viscères à viscères, parce que toutes les fonctions sont liées entre elles. Aussi ont-elles été établies par des ganglions, des plexus, des anastomoses, dont le nombre est proportionné aux besoins de chaque viscère, qui contribuent à mettre en évidence les plans et la sagesse de la nature dans la répartition de la substance médullaire. Les nerfs ont été distribués aux parties selon l'usage auquel elles sont destinées : de là la division en fonctions et en facultés. Toutefois, dans les unes comme dans les autres, l'action du nerf est subordonnée à une propriété générale. Un nerf serait impuissant pour la motilité s'il ne sentait point. Cette considération n'est point hors de propos, à une époque à laquelle on fait beaucoup d'efforts pour accréditer une grosse erreur. Il n'y a rien d'absolu dans les différences qui séparent les attributions du système de nerfs qui préside à la vie organique des attributions du système qui préside à la vie de relation. En finissant, je ferai remarquer que les expériences de notre collègue sont en opposition avec une assertion fort téméraire de Legallois, savoir, que les racines du grand sympathique sont dans la moelle épinière.

M. Ségalas : Relativement à l'érection, je n'ai hasardé aucune explication ; je me suis borné à rapporter les faits dont j'ai été témoin. Mais si l'on voulait absolument une explication, je croirais pouvoir en avancer une. Dans le cas d'érection pendant la pendaison, cité par M. Ollivier (d'Angers), on sait que ce phénomène est tout mécanique. Il se manifeste pendant la durée de la pendaison seulement ; aussitôt que le sujet cesse d'être pendu et qu'il est couché horizontalement, l'érection cesse. On pourrait conclure, je crois, de ce qui se passe dans la pendaison à ce qui a lieu à la suite des lésions de la moelle. La perturbation que la lésion de la moelle apporte dans la circulation produit un effet analogue à ce qui se passe pendant la pendaison.

Relativement à la question de l'accouchement, on peut invoquer ce qui se passe dans les vivisections, lorsque, par exemple, après avoir décapité des animaux, on voit se manifester des contractions sous l'influence de certains excitans, longtemps encore après l'extinction de la vie. Si l'on coupe la tête à un cabiais et qu'on lui pince ensuite la patte de devant, les pattes de derrière se mettent en mouvement comme pour venir au secours de la patte pincée. Pourquoi n'admettrait-on pas que la matrice peut se contracter et expulser le produit de la conception, après même qu'elle a cessé de recevoir l'influence des centres nerveux qui l'animent ?

M. Royer-Collard : Il a été dit dans la dernière séance, si j'ai bien entendu le procès-verbal, que les lésions du cerveau avaient une influence beaucoup plus grande que celle de la moelle sur les organes génitaux. Cette proposition m'a paru trop étrange et trop contraire à ce qui est généralement admis en physiologie, pour que je n'aie pas dû m'assurer si elle a été réellement énoncée ainsi.

M. le secrétaire annuel donne lecture de la phrase dont il s'agit, et qui a été prononcée par M. Castel. Cette proposition est énoncée dans des termes beaucoup moins absolus que ne l'avait cru M. Royer-Collard.

M. Rochoux dit quelques mots dont nous avons de la peine à saisir le sens. Il termine en disant qu'on ne peut pas tirer de conclusion positive d'un aussi petit nombre d'expériences.

M. Moreau revient sur les faits de l'expulsion spontanée du fœtus en l'absence de toute participation d'influence de la moelle. Les faits de ce genre, dit-il, sont très peu nombreux ; je n'en connais qu'un seul bien avéré rapporté par Riolan dans son Anthropologie. Une femme morte paraplégique et au terme de la grossesse fut transportée dans la salle des morts. On fut très surpris le lendemain de lui voir un fœtus entre les cuisses.

Si une femme peut accoucher après la mort, ou alors que l'action de la moelle épinière est complètement anéantie, il faut bien reconnaître que l'accouchement se fait par l'influence des nerfs ganglionnaires dont l'action survit pendant quelque temps à celle du cerveau et de la moelle. Les muscles abdominaux et le diaphragme concourent bien quelque peu à l'accouchement, mais comme auxiliaires seulement. Si ces muscles pouvaient produire seuls l'accouchement, l'utérus serait expulsé avec le produit. Il existe du reste un exemple de ce genre rapporté par Portal où sous la seule influence énergique des muscles abdominaux, la matrice fut expulsée au-dehors avec son produit.

M. Velpeau : Je ne voudrais pas que le fait rapporté par Portal, que vient de citer M. Moreau, fût accepté sans critique ; il ne me paraît pas possible.

M. Moreau : Il ne serait pas possible effectivement, comme paraît l'entendre M. Velpeau. Je n'ai pas prétendu dire que l'utérus fût expulsé en totalité hors du vagin, mais en partie seulement.

M. Baudelocque : Il existe de nombreux exemples d'expulsion de fœtus après la mort de la mère ; mais ces expulsions étaient le résultat de la putréfaction de l'utérus et non de contractions normales.

Personne ne demandant plus la parole sur cette question, la discussion est close.

CARROUBE DE JUDÉE.

M. Martin-Solon fait un rapport sur un travail de M. Hoffman, médecin à Vienne, relatif à la carroube de Judée et à son emploi contre certaines affec- et en particuliertions, contre l'asthme.

Conclusions : remercîmens à l'auteur et renvoi au comité de publication.

Après quelques observations de MM. Virey et Gérardin, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Pappenheim, professeur à Breslaw, présente deux instrumens de son invention : l'un pour faciliter l'introduction de certains médicamens dans l'oreille interne, le second pour l'opération de la staphyloraphie.

Il est 5 heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE ; par M. Grisolle, D. M. P. Ouvrage complet en deux volumes. — Paris, 1844. Chez Fortin, Masson et Ce.

Ceux qui se plaignent que la pathologie fait aujourd'hui moins de progrès que la plupart des autres sciences n'en accuseront, ni le petit nombre

des travailleurs qui recueillent des matériaux destinés à son avancement, ni l'indifférence de la presse, ni l'absence de traités généraux. Vit-on jamais plus d'ouvriers se livrer à la récolte de nouvelles observations, ni plus d'écrivains occupés à remanier ces matériaux, à les réunir, à les classer dans le but d'y trouver de nouveaux élémens propres à modifier la science et les ouvrages élémentaires qui en sont l'expression? Il serait même impossible de s'expliquer le grand nombre de traités de pathologie qui ont été publiés à Paris depuis cinq ou six ans, si l'on ne savait combien de nuances variées offrent les divers systèmes encore en opposition parmi nous et qui doivent nécessairement être représentés par des ouvrages élémentaires. Aussi, loin de taxer avec quelques-uns ce résultat d'abus, de manie d'écrire, nous le regardons comme nécessaire et considérons chacune de ces productions comme utile pour un certain nombre de lecteurs quelque peu élevé que soit en réalité ce nombre dans plusieurs cas. Tout en reconnaissant leur utilité, nous prétendons cependant ne rien affirmer sur le mérite intrinsèque de ces ouvrages, ni sur leur succès commercial, questions que nous ne pourrions agiter qu'après un examen attentif et une comparaison sérieuse de ces divers traités entre eux. Cette tâche heureusement ne nous est point imposée aujourd'hui, n'ayant à rendre compte ici que d'un seul et pouvant dès le début de notre examen et après lui avoir appliqué les considérations générales que nous venons de présenter, nous déclarer très disposé à reconnaître avec M. Grisolle que son travail est destiné à remplir une lacune réelle dans la science.

Au milieu des traités élémentaires de médecine plus ou moins pratiques qui, depuis plusieurs années, avaient été publiés sous nos yeux, il n'en était aucun, à notre avis, qui représentât exactement l'opinion du plus grand nombre d'entre nous, c'est-à-dire de ceux qui ayant partagé les illusions des systèmes aujourd'hui en défaveur, ou au moins ayant subi leur influence, flottent incertains et se rattachent, dans l'absence d'une doctrine, aux faits matériels dont l'étude des sciences naturelles enrichit chaque jour la médecine; bien que ces faits n'offrent, le plus souvent, ni application pratique ni liaison même, et semblent attendre, pour trouver leur véritable place ou de nouveaux faits qui les lient, ou une main puissante qui signale entre eux des rapports encore inconnus. Pour remplir cette lacune, il fallait un écrivain qui, d'une part, fût familiarisé avec les innombrables détails d'anatomie et de physiologie pathologiques, conquêtes de notre époque que déprécient à tort certains écrivains, et qui, de l'autre, cependant ne crût pas l'avenir de la science renfermé dans la simple contemplation des faits matériels, il fallait qu'il fût disposé à ne pas repousser, à encourager même les essais de généralisation qui commencent à être tentés avec des succès divers parmi nous. Si nous nous en rapportions au jugement que porte M. Grisolle lui-même sur son travail, nous le devrions croire bien inégalement propre à remplir ce double but. La profession de foi que contient son avant-propos et l'anathême qu'il y lance contre « les idées préconçues, » contre « les rêves de l'imagination » nous auraient fait craindre qu'il ne partageât le défaut de clairvoyance de ceux qui ne voient en médecine que des faits sans pouvoir ou oser en étudier les rapports, si nous n'avions déjà vu M. Grisolle à l'œuvre (voy. TRAITÉ DE LA PNEUMONIE, GAZ. MÉD., ann. 1842, p. 61), et si la lecture attentive de son nouvel ouvrage ne nous eût immédiatement rassuré en nous montrant que l'auteur possède, bien qu'à un degré différent pourtant, les deux qualités sans lesquelles il nous semble impossible d'écrire un traité général de pathologie dans le sens de la direction des études actuelles. C'est ce que nous allons prouver en parcourant rapidement le premier volume, laissant le second qui n'est pas encore achevé, mais qui paraît devoir l'être très prochainement, pour le sujet d'un second examen.

La classification des maladies est la première question qui se présente à nous en ouvrant le premier volume, comme, au reste, il arrive constamment au début de toute étude complexe. Dans les sciences les plus avancées, la classification ressort habituellement de l'état avancé de la science elle-même; dans celles qui le sont moins, la coordination de toutes les parties peut reposer sur une hypothèse, sur une idée systématique qui, sans être absolument vraie, lie au moins d'une manière artificielle les différentes parties entre elles et entraîne ordinairement la science dans la même direction; ou elle s'appuie sur des circonstances variables ou peu importantes et sans autre avantage que de distribuer par groupes des faits ou des questions qui fatigueraient la mémoire si elles restaient isolées. Autant le premier mode de classification plaît ordinairement à l'auteur et aux lecteurs par l'enchaînement qu'il établit entre des parties qui, en réalité, n'ont d'autre rapport que l'identité d'origine, autant il peut nuire à la science, qu'il entraîne souvent dans une direction fausse; tandis que la classification, qui ne repose que sur une circonstance peu importante et qui n'est admise qu'en l'absence d'une meilleure, entretient le doute et provoque la recherche et le progrès, tout en remplissant actuellement l'usage auquel elle est destinée. C'est ce que paraît avoir bien compris M. Grisolle en adoptant pour la pathologie la classification suivante en neuf classes, qui sont : 1° les *fièvres*, 2° les *maladies constituées par un vice de proportion du sang*, 3° les *inflammations*, 4° les *sécrétions morbides*, 5° les *empoisonnemens*, 6° les *lésions de nutrition*, 7° les *transformations organiques et les produits morbides accidentels*, 8° les *névroses*, 9° les *maladies spéciales à certains organes*. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien cette classification est peu précise, puisque plusieurs de ces classes pourraient facilement comprendre toutes les autres; nous nous bornons à dire que bien que l'auteur eût justement apprécié les reproches qu'on pouvait élever contre elle, il lui a cependant donné la préférence, et avec raison, sur plusieurs autres, parce qu'au moins elle ne préjuge rien et laisse le champ libre pour de nouvelles investigations.

La définition du mot *fièvre* permet de laisser à la classe des maladies qui portent ce nom une élasticité favorable aux progrès futurs de la science. Ainsi, toutes les fois qu'une maladie dont l'état fébrile forme l'élément essentiel ne sera essentiellement liée à aucune altération locale, primitive, elle appartiendra à cette classe. On sera peut-être étonné que le caractère qui distingue une classe de maladies aussi importante que les fièvres soit purement négatif, puisqu'on ne reconnaît les maladies générales qu'à l'impossibilité où l'on est de les rattacher à une lésion locale qui existe, dit-on, certainement comme point de départ de la maladie, mais nous est encore inconnue dans sa nature et dans son siége.

Il résulterait encore de la même définition, si on la prenait à la lettre, que la classe des fièvres serait beaucoup plus considérable que ne l'a fait M. Grisolle lui-même, car nous ne voyons pas qu'il ait compris dans cette classe les faits si nombreux dans la pratique dans lesquels, à la suite d'un état fébrile de plusieurs jours de durée, sans aucune lésion appréciable, sans aucun phénomène particulier, on voit apparaître tout à coup une phlegmasie locale, une pneumonie, un érysipèle, un épanchement séreux, un *herpès labialis*, un *herpès zoster*, etc. Ces cas, qui sont trop négligés, probablement parce qu'on ne les observe que dans la pratique civile et rarement dans les hôpitaux, devraient donc rentrer dans la classe des fièvres, puisque les lésions qui succèdent à la fièvre ou la remplacent ne sont pas primitives. Un seul caractère réellement distinctif propre aux fièvres a été indiqué par les modernes, c'est la défibrination du sang; cette altération a besoin d'être soumise à de nouvelles études et observée dans d'autres conditions que celles où elle l'a été jusqu'ici. D'ailleurs, elle est difficile à constater et ne se rattache encore à aucun autre phénomène pathologique de grande valeur.

Le point de vue sous lequel il serait utile aujourd'hui de considérer les fièvres est leur mode de production par infection, par contagion et par intoxication. Le jour où l'on aura soumis à un sévère et judicieux examen l'action de ces trois ordre de causes sur la production des *fièvres*, leur étude aura fait un grand progrès et dans une direction réellement pratique.

Les *fièvres* se présentent sous cinq genres différens et sont désignées sous le nom de 1° *continues*, 2° *éruptives*, 3° *intermittentes*, 4° *rémittentes*, 5° *hectiques* ou *chroniques*.

Le nombre des fièvres continues admises généralement est très peu élevé. Pour M. Grisolle, il n'en existerait que sept espèces différentes, qui seraient la fièvre éphémère, la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde et le typhus d'Europe réunis, le typhus *fever* des Anglais, la fièvre bilieuse des climats chauds, la fièvre jaune et le typhus d'Orient.

De ces différentes fièvres, c'est, comme on le pense bien, la fièvre typhoïde qui est décrite avec le plus de développement. Nous n'avons à signaler ici rien de nouveau sur cette affection, qui a tant occupé les médecins français depuis quelques années; peut-être même pourrions-nous trouver que l'auteur est resté, sur quelques-uns des points de l'étude de cette maladie, un peu en arrière de ce que nous croyons être l'état actuel de la science. Ainsi, non seulement il n'émet pas le moindre doute sur la nature inflammatoire de la lésion première des follicules intestinaux, ce qui a été nié, et avec quelque raison, par plusieurs pathologistes; mais même il admet comme à peu près démontré que cette lésion est primitive, et qu'elle constitue le point de départ des symptômes réactionnels, comme on le voit dans la plupart des phlegmasies. D'après cela, nous devrions nous attendre à ce qu'elle fût classée parmi les phlegmasies; mais c'est ce que ne fait pas l'auteur, qui la caractérise au contraire de maladie spéciale, après l'avoir comparée d'une manière très incomplète avec les phlegmasies simples d'une part, et avec les fièvres éruptives de l'autre. M. Grisolle nous semble avoir été plus heureux à l'occasion de la fièvre jaune, qu'il regarde comme produite par un empoisonnement miasmatique; il a exprimé la même opinion sur la nature de la peste, et nous serions disposés à l'appliquer à toutes les fièvres continues à caractères graves et prolongés qui frappent l'homme sur tous les points de la terre

avec des phénomènes si variés, et probablement en raison de la diversité des conditions de lieux et de temps.

Nous ne nous arrêterons que très peu sur les maladies de la deuxième classe, celles qui sont constituées par un vice de proportion du sang, soit par défaut, soit par excès. Si la théorie n'a ajouté, depuis quelques années, que peu de données nouvelles à celles que possédait la science sur ces différentes affections, la pratique générale a fait au contraire beaucoup de progrès. On ne voit plus guère aujourd'hui les hommes de l'art qui passent pour éclairés traiter des anémies, des chloroses comme des maladies inflammatoires de la plus grande intensité ; cependant, dans un ordre secondaire, ces erreurs sont encore fréquentes, et chaque jour on use encore de la saignée dans des cas où l'on devrait avoir recours à des médications d'un autre ordre. Peut-être l'auteur, qui est entré dans beaucoup de développemens sur certaines affections bien moins communes, aurait-il pu s'étendre davantage sur la symptomatologie de l'anémie, et signaler avec plus de précision qu'il ne l'a fait la rapidité avec laquelle apparaissent fréquemment chez les anémiques tous les phénomènes des phlegmasies graves, soit du cœur, ou du cerveau, ou de quelques autres organes, et où plus d'une fois on a vu d'habiles médecins être entraînés dans une erreur funeste.

La classe la plus nombreuse des maladies, celle qui, il y a quelques années, avait envahi la pathologie tout entière, et dont l'importance est encore la plus exagérée parmi nous, est celle des inflammations. Pour les médecins de l'époque actuelle, cette classe se trouve dans les conditions où était celle des fièvres essentielles pour ceux qui nous ont précédés. Comme cette dernière, elle commence déjà à être attaquée de toutes parts ; c'est sur elle que les observateurs font aujourd'hui des conquêtes, comme les localisateurs en faisaient autrefois sur celle des fièvres essentielles et des névroses. Les nombreux retranchemens déjà opérés sur cette vaste classe portent à penser que ce travail d'élimination est loin d'être achevé. Aujourd'hui les hommes éclairés, non seulement ne croient plus à la nature inflammatoire des fièvres pestilentielles ou contagieuses de tout genre, des fièvres intermittentes, de l'anémie, des nombreuses irritations nerveuses ou névroses, d'un grand nombre de produits accidentels, de l'action d'une foule de médicamens, de poisons, mais encore on attaque cette classe dans ses parties considérées comme le mieux établies. Sans méconnaître le développement de l'inflammation dans certaines périodes de la plupart des maladies, on met en doute son existence dès le début de ces maladies. C'est ainsi qu'on conteste avec infiniment de raison l'origine inflammatoire du tubercule, celle de l'engorgement des follicules intestinaux au début de la fièvre typhoïde, celle de la gangrène pulmonaire dans un certain nombre de cas, celle de la dysenterie même, d'après les recherches si intéressantes de MM. Masselot et Follet (1), dont M. Grisolle a peut-être méconnu la portée, bien qu'il soit amené par l'évidence même à admettre que cette maladie doit être classée au nombre des phlegmasies spécifiques.

Nous ne devions point nous attendre à ce que M. Grisolle cherchât à limiter exactement les bornes de cette classe, dans laquelle on compte encore bien des états pathologiques qui lui sont probablement étrangers; la direction qu'il a donnée à ses études, celles de la plupart des pathologistes au milieu desquels il vit, la nature de l'ouvrage qu'il écrit, destiné spécialement aux élèves, et d'où l'on doit en général proscrire les discussions, ne le lui permettaient pas.

Nous ne lui reprocherons pas de n'avoir point adopté ou d'avoir à peine mentionné ces diverses modifications qui tendent à s'introduire dans la pathologie, et qui, si le mouvement de réaction soulevé par la médecine physiologique continue, ne doivent pas s'arrêter à ces quelques essais. Puisse au moins cette réaction ne pas tomber dans les excès reprochés avec tant de justice à la doctrine contre laquelle elle s'élève ! Mais, à cet égard, nous devons rassurer ceux qui regarderaient ces écarts comme imminens. Ces essais, résultat de travaux sérieux, de recherches consciencieuses et faites avec tout le soin que mettent aujourd'hui à leur étude ceux des naturalistes qui font faire des progrès à la science, ne peuvent être comparés aux travaux d'anatomie pathologique de la plupart des écrivains du premier quart du dix-neuvième siècle, et encore moins aux généralisations rapides, et sans autre fondement que quelques analogies, des écrivains de l'école physiologique. Mais si M. Grisolle n'a ni proclamé, ni constaté cette réaction dans toute son étendue, il n'en a pas moins ressenti le besoin, comme le prouvent presque toutes les considérations qu'il présente au commencement de l'étude de la troisième classe, lorsqu'il traite de l'inflammation en général, et surtout à l'occasion des différences tranchées qu'il signale dans sa marche, dans ses modes de terminaison, dans ses variétés, dans ses causes, et plus encore dans son traitement. Veut-on avoir la preuve que le mot *inflammation* est réellement insuffisant dans beaucoup d'états morbides ? Ecoutons M. Grisolle parlant du traitement de ces inflammations : « Il faut, dès à présent, bien se persuader que la saignée n'est pas un remède applicable ni nécessaire à toutes les inflammations. Il en est en effet qui guérissent aussi bien et même mieux sans son intervention ; aussi doit-on s'en dispenser, car il faut s'habituer à considérer la saignée comme un moyen puissant, mais dangereux, dont on abuse facilement, et auquel pourtant il est impossible de remédier, lorsqu'on l'applique d'une manière inopportune. Il faut donc n'y recourir que lorsque l'indication est bien précise. Il en est d'ailleurs de la saignée comme de tous les remèdes que j'appellerais rationnels, qui ne sont doués, par rapport à la maladie contre laquelle on les dirige, d'aucune vertu spécifique, et qui, paraissant indiqués par la nature de l'affection aussi bien que par l'appareil symptomatique, échouent néanmoins et sont même manifestement nuisibles dans certains cas, tandis que d'autres médications sont couronnées de succès. » Ainsi, l'utilité de la saignée se borne donc à une simple médication symptomatique. Eh bien ! cette vérité que M. Grisolle établit ici d'une manière vague et d'après les leçons de l'empirisme, il appartient aux hommes qui s'occupent de recherches réelles et sérieuses de la démontrer et de la rendre scientifique, en étudiant les différentes conditions qui déterminent des effets différens, et en séparant complètement des états morbides aussi opposés, lors même que leur action sur l'économie déterminerait à une certaine époque de leur durée une réaction inflammatoire.

Après les *inflammations*, nous trouvons les *sécrétions morbides* qui peuvent être de cinq genres différens, suivant qu'elles sont soit sanguines, séreuses, muqueuses, gazeuses, ou qu'elles sont propres à quelques organes spéciaux. On pourrait contester l'exactitude de la désignation adoptée pour cette classe et destinée à remplacer l'expression de flux admise jusqu'ici par la plupart des pathologistes et qui était réellement plus convenable, car il serait difficile de soutenir que le sang des hémorragies, que la sérosité des hydropisies, que le fluide gazeux du pneumo-thorax sont des produits sécrétoires même morbides; mais nous n'insistons pas sur cette difficulté peu importante, et convenons que dans la distribution des genres, comme dans l'énumération des espèces et des variétés, aussi bien que dans leur description et l'indication des moyens à employer, M. Grisolle s'est constamment montré, dans cette classe comme dans les précédentes, au courant des travaux les plus récens et est entré dans tous les développemens que l'on peut attendre d'un traité de pathologie élémentaire et renfermé en deux volumes. Il y a, nous devons le dire, un certain nombre de points sur lesquels nous aurions désiré de trouver des recherches plus étendues, plus détaillées; mais l'auteur, ne voulant pas dépasser les limites qu'il s'était prescrites, a évité un écueil auquel n'ont pas toujours échappé ceux qui l'ont précédé, en donnant une extension démesurée à quelques parties, tandis que d'autres et surtout les dernières étaient à peine mentionnées. Nous attendons maintenant l'auteur aux dernières classes, et surtout à celle des névroses, et nous espérons qu'il n'imitera pas la plupart des pathologistes de nos jours qui dans leurs ouvrages ou dans leurs cours négligent complètement ces maladies parce que jusqu'ici elles sont restées à peu près inaccessibles à l'anatomo-pathologie, et qu'il n'oubliera pas à cette occasion que son traité n'est pas seulement un travail scientifique destiné à guider les premiers pas de l'élève dans le sanctuaire mystérieux de la science, mais aussi une œuvre pratique où l'homme de l'art pourra chercher au besoin un guide et un conseil. Après tout pourtant, si nous jugeons de l'ensemble du travail de M. Grisolle d'après ce que nous avons vu dans la première partie, nous devons déclarer que nous sommes sans crainte à cet égard et que la science et l'art ont trouvé en lui un interprète à la fois habile et consciencieux.

— RECHERCHES SUR L'USAGE ET LES EFFETS HYGIÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES BAINS DE MER; par le docteur GAUDET, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — 3e édit., 1844. Un vol. in-8°. Prix : 7 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Voir l'analyse de ce travail dans la GAZ. MÉD., an 1843, n° 35, p. 560.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE CHYLE; par F. BOUISSON, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite. — Voir les numéros 26, 27, 31 et 33.)

VIII. — PHYSIOLOGIE INTIME DU CHYLE.

Au premier aspect, ce liquide ne paraît devoir susciter d'autres observations que celles qui se rapportent à ses caractères physico-chimiques ou aux circonstances de sa formation ou de son cours. En effet, il parcourt des voies peu étendues avant d'arriver à sa destination et dans son trajet, il ne paraît se lier à aucune fonction spéciale; tous ses usages semblent se résumer dans son addition au fluide sanguin, avec lequel il s'assimile et dont il répare les pertes.

Toutefois si l'on recherche avec attention les modifications dont le chyle présente des traces graduellement croissantes, on ne tarde pas à reconnaître que ce liquide est le siége d'un travail vital, intime et profond, qui change la proportion et jusqu'à un certain point la nature de ses élémens. L'ensemble et la succession de ces modifications, ainsi que leurs causes et leur but, constituent la physiologie spéciale du chyle. On peut à bon droit essayer pour ce liquide la solution de la question que Legallois s'était adressée pour le sang et l'on arrive à cette conclusion que le chyle n'est pas identique dans les vaisseaux qu'il parcourt.

Constatons d'abord la non identité du liquide, puis nous arriverons à l'indication des moyens et du but de ce changement.

Feuilleton.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE TRANSCENDANTALE, OU LEÇONS SUR LA VIE UNIVERSELLE ET LES LOIS NÉCESSAIRES QUI LA RÉGISSENT; par A. DEPIERRIS, docteur en médecine.

C'est un double mérite pour un médecin que de s'occuper de philosophie; d'abord cela ne rapporte rien, quand on n'a point chaire et toge en Sorbonne; et qui se tourne aujourd'hui vers les sciences inutiles? Ensuite c'est faire acte de puissance intellectuelle. On a beau répéter que dans l'homme tout se mêle et se confond, corps et esprit, énergies physiologiques et facultés morales; on a beau dire qu'il est impossible de toucher aux questions de la vie physique sans remuer les élémens de la vie spirituelle; je vous assure que la majorité de nos confrères se passe fort bien de la seconde moitié de cette besogne, on ne s'avise guère d'y songer que dans le gîte de la vieillesse et des infirmités, quand ce qui reste de l'homme à cette époque extrême de ses métamorphoses ressemble au lièvre de la fable et tremble au moindre vent qui d'aventure vient rider la surface de l'eau ou fait tomber une feuille de l'arbre. Les questions relatives à la destination de l'homme, à l'essence des facultés qu'il développe, aux substances simples et à leur nature, à l'espace et au temps, et tant d'autres qui ont agité de siècle en siècle les plus sublimes cervelles de notre espèce, pensez-vous qu'elles se soient présentées une seule fois à l'esprit de votre ami et confrère un tel, entre un accouchement et la cautérisation d'un col utérin? Viennent-elles s'asseoir à côté de cet autre dans le cabriolet qui l'entraîne du matin au soir avec la vitesse de l'ambition en retard et qui l'aide à faire aux yeux du public la galopante parade de ses oisivetés laborieuses? Debout sur le seuil de la maison comme les Prières antiques, attendent-elles le soir le patricien de la profession quand il rentre repu de consultations, les poches pleines de la reconnaissance monnayée de ses clients? Les professions représentent une échelle qui plonge par une de ses extrémités dans la fange terrestre, et qui par l'autre touche au ciel; en haut le prêtre qui prie et bénit, en bas l'ouvrier que la nécessité condamne aux plus infimes labeurs; entre ces deux limites les œuvres de la vie sociale sont distribuées dans un ordre ascendant, et l'intelligence des hommes subit fatalement les effets de cette hiérarchie. Un jour, un moment s'ouvre dans la vie où la volonté est mise en demeure de se manifester; jour décisif, moment solennel où toutes les situations que la société fait à l'homme se présentent à nous dans une vision synoptique : il s'agit de choisir, et comme l'artiste demande au limon qu'il pétrit : seras-tu dieu ou pot de terre? chacun de nous, inquiet de sa vocation et courbé sur l'avenir, peut se demander alors : seras-tu l'enfant de la matière ou de l'esprit, seras-tu serf ou maître, prendras-tu ton élan vers les régions lumineuses où les idées se lèvent comme les étoiles dans le ciel, ou descendras-tu dans les bas-fonds que la plèbe ignorante couvre de ses générations et dans lesquelles la vérité ne peut descendre que sous le déguisement du plus grossier symbolisme? Telle est l'éternelle économie de ce monde que la li-

La chylification, plutôt préparée qu'exécutée dans l'intestin, se poursuit dans les voies du chyle et n'est achevée que lorsque celui-ci possède ses caractères définitifs et complets. Aussi le chyle des vaisseaux lactés n'est-il pas le même que celui du canal thoracique. Dans les vaisseaux lactés, la coloration est généralement plus blanche et plus opaque, la coagulabilité est faible, la partie aqueuse ne tient en suspension que des globulins et des granulations adipeuses; dans le canal thoracique, la teinte opaline s'est nuancée d'une couleur rosée, qui finit par dominer au contact de l'air et par se changer en une couleur écarlate. Le plasma est complètement formé et s'isole du sérum albumineux sous la forme d'un caillot qui emprisonne des globules. Les granulations adipeuses ont évidemment diminué de quantité et tous ces caractères différentiels sont d'autant plus prononcés qu'on se rapproche davantage de l'embouchure du canal thoracique, ainsi qu'on le démontre en examinant du chyle compris entre des ligatures distribuées sur la longueur de ce canal. Mais les différences entre les caractères du chyle considérés suivant la partie du canal thoracique où il est arrivé, sont bien moins sensibles que celles qui existent entre le chyle de ce même canal et celui des vaisseaux lactés. Entre les deux moitiés du trajet, la différence est presque brusque; entre elles se trouvent les ganglions du mésentère. Avant ces organes, prédominance de graisse, existence de globulins, incoagulabilité; après eux, diminution de la graisse, coagulabilité, existence de globules. Nul doute, par conséquent, que ce changement ne s'opère pendant que le chyle les traverse et subit leur action.

Ainsi, à n'en juger que par la différence des caractères du chyle en deçà et au delà des ganglions mésentériques, il est rationnel de supposer que c'est dans leur tissu que le chyle se modifie. Diverses considérations viennent à l'appui de cette opinion.

L'existence même des ganglions mésentériques peut être considérée comme une preuve d'une action sur le chyle, de même que celle des ganglions lymphatiques ordinaires est un motif d'admettre une influence quelconque exercée sur la lymphe. Mascagni (1) fait remarquer qu'aucun vaisseau n'aboutit au canal thoracique sans avoir traversé des ganglions, et tous les anatomistes ont observé que ces organes sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage des troncs de terminaison du système absorbant. Les ganglions du mésentère, placés sur le trajet des vaisseaux qui reçoivent essentiellement les matériaux de l'organisme, sont à la fois les plus volumineux et les plus nombreux, et le chyle est même obligé, comme le fait observer Burdach, d'en traverser plusieurs placés à la suite les unes des autres.

Leur structure surtout permet de déduire rationnellement que le chyle subit un changement dans leur tissu. En effet, l'organisation des ganglions, loin d'accélérer le cours du chyle, comme le croyaient quelques anciens anatomistes, qui allaient jusqu'à leur reconnaître des fibres musculaires, ne peut, au contraire, que le ralentir, et cette circonstance est favorable à une réaction intime des élémens du chyle, à un achèvement d'organisation ou à une modification exercée sur eux. Presque tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui à considérer les ganglions comme des plexus vasculaires. Cette opinion, exprimée déjà dans Albinus, Ruysch, Hewson, Mascagni, etc., a été mise hors de doute par plusieurs modernes, et principalement par A. Lauth. D'après cet habile anatomiste, qui a déposé ses belles préparations au musée de Strasbourg, où nous avons pu les étudier, les lymphatiques qui doivent former les ganglions se divisent subitement, à la manière des artères, en rameaux d'une petitesse extrême, qui communiquent les uns avec les autres et se réunissent enfin de nouveau en un ou plusieurs troncs, après avoir communiqué avec des veines. Tous ces vaisseaux sont unis entre eux par un tissu cellulaire fin et serré, de manière à constituer un peloton représentant un corps assez résistant. Le chyle ne saurait traverser ces plexus ou labyrinthes vasculaires sans être ralenti dans sa progression, ce dont on peut juger du reste par le temps d'arrêt des injections mercurielles lorsque le métal arrive aux ganglions. On peut même sur des animaux vivans constater le stationnement du chyle dans l'intérieur des ganglions mésentériques. Il nous est plusieurs fois arrivé en examinant le mésentère sur des animaux dès les premiers temps de la chylification de trouver les lymphatiques qui partent du commencement de l'intestin, pleins de chyle, ainsi que les ganglions auxquels ils vont aboutir, tandis que le canal thoracique ne contenait encore que de la lymphe incolore. On sait, en outre, que les ganglions se gonflent notablement par l'arrivée du chyle qui distend leur enveloppe et leur donne une couleur blanche.

Le ralentissement du cours du chyle et les conséquences physiologiques qui s'y rattachent ne sont pas les seuls effets du passage du chyle dans les ganglions. Ces derniers sont pénétrés de vaisseaux sanguins artériels et veineux auxquels on a attribué une influence sur le chyle.

Des vaisseaux artériels déliés, mais nombreux, pénètrent dans les ganglions en s'y subdivisant et leurs rapports deviennent si intimes avec les chylifères agminés en plexus qu'il n'est pas étonnant qu'on leur ait attribué une action sur le contenu de ces derniers. Weber et Burdach pensent qu'à travers les parois délicates de ces vaisseaux adossés le sang et le chyle agissent l'un sur l'autre en se faisant une cession mutuelle de matériaux. Haller et Mascagni ont admis qu'un liquide était sécrété du sang dans l'épaisseur des ganglions et qu'il se mêlait avec le chyle. La présence d'un liquide sécrété est assez évidente.

Malpighi, Wharton et Nuck avaient reconnu aussi l'existence de ce fluide que Bichat assimilait aux liquides interstitiels de la thyroïde et du thymus et que M. Magendie a décrit plus récemment sous le nom de *fluide propre aux glandes mésentériques*. Ce physiologiste dit l'avoir rencontré en abondance chez des suppliciés avec les caractères d'un fluide transparent et inodore principalement renfermé au centre des ganglions. Sa transparence ne nous paraît pas être un caractère constant; sur plusieurs animaux, nous l'avons trouvé d'une coloration foncée et contribuant à former au centre du ganglion une tache brune. Sur un cadavre de nègre, nous l'avons vu notablement chargé de matière mélanique. Ce fluide n'a pas été examiné chimiquement. Au microscope, il présente une foule de granulations extrêmement déliées et suspendues dans un véhicule comme une poussière très divisée. Un fluide analogue existe dans tous les ganglions lymphatiques, ce qui justifie jusqu'à un certain point le nom de glandes qu'on leur avait donné; mais M. Breschet affirme avec raison qu'il existe en plus grande quantité dans les ganglions mésentériques. Ce fluide est-il versé dans la cavité même des lymphatiques ou dans les cellules du tissu qui est interposé entre ces vaisseaux? M. Lauth pense qu'il est contenu dans la cavité même de ces derniers qui se dilatent par intervalles et dont l'augmentation simule des cellules. D'autres anatomistes re-

(1) *Vasorum lymph.* CORPORIS HUMANI HISTORIA, etc.

---

berté humaine et la fatalité s'y croisent, s'y rencontrent, mais se combinent encore avec une sorte d'harmonie : creusez bien le fond des événemens et toujours vous reconnaîtrez qu'au début la volonté de l'homme a eu sa place et son rôle; et ce que l'on qualifie de fatalité n'est que la subordination rigoureuse des effets à leur cause, la conclusion d'un syllogisme dont l'ame, intelligente et libre, a posé les premiers termes. Le choix d'une carrière est un acte qui non seulement décide de notre part de fortune possible, mais encore qui nous fait nos destinées intellectuelles et morales et tôt ou tard détermine notre rang sur l'échelle symbolique des anges que Jacob vit en songe. Sachez donc, ô vous qui résolvez le problème de votre avenir par une inscription aux écoles de médecine, que vous faites un pacte de longue durée avec la matière : votre ame ne sortira pas intacte de ce long commerce avec les amphithéâtres et les hôpitaux, avec la maladie et la mort considérées dans leurs résultats bruts. Il en est de nos facultés comme de nos articulations : elles s'ankylosent dans la direction qui leur est continuellement imprimée; à force de ne s'exercer qu'à l'exploration minutieuse d'une seule classe de phénomènes, notre esprit devient myope pour les spectacles qui se déroulent dans une sphère supérieure; appliqués sans cesse à interroger la matière par le scalpel, par le réactif, par le microscope, nous désapprenons les procédés d'une analyse plus délicate et plus intime qui s'exerce dans le creuset brûlant des ames, dans ce foyer inextinguible où se décomposent et se recomposent perpétuellement, sous mille formes et en des manières infinies, nos pensées, nos passions, nos désirs. Absorbés dans le magnifique souci des solutions que la science demande vainement à chaque siècle qui passe, affamés de découvertes qui épaississent les ombres de notre ignorance, infatigables à la poursuite des panacées qui ne diminueront jamais nos légitimes redevances envers la maladie et la mort, curieux de systèmes et de doctrines, comme si la vérité pouvait s'obtenir par un effort d'imagination, nous finissons par nous loger tout entiers dans l'étroite enceinte de notre profession, et nous partageons notre activité, notre temps, nos aspirations entre le matérialisme de nos études et le matérialisme de nos intérêts. Cependant les années succèdent aux années : l'organisation perd de son élasticité, les aptitudes de l'esprit se rétrécissent ou se renforcent dans la direction habituelle de nos travaux et de nos préoccupations; et lorsqu'aux heures pesantes de la vieillesse, la pensée, par un de ces retours qui témoignent d'une origine immortelle, et que l'on dirait une nostalgie céleste, se relève et bat de l'aile aux souffles d'en haut, elle retombe bientôt ou dans le demi-sommeil d'une indifférence invétérée, ou dans les solennelles niaiseries d'une dévotion qui s'attache à la décrépitude humaine comme la mousse aux ruines.

Heureux le médecin qui lutte, dès l'origine, contre les influences déprimantes de sa profession, qui soustrait au matérialisme dont elle l'enveloppe, la meilleure portion de lui-même, qui, de chaque jour de sa vie disputée, détache une heure qu'il consacre aux pieuses tentatives de la connaissance de soi-même (γνῶθι σεαυτόν)! Si l'ame est un sanctuaire, ne faut-il pas qu'une lampe y brûle jour et nuit, la lampe des études philosophiques? Ne faut-il pas qu'un encens la parfume, l'encens de la vérité? La vérité n'est point le terme certain de ces saintes recherches que tout homme doit poursuivre en lui-même; mais elle communique je ne sais quelle suavité aux esprits qui s'attachent à la trouver; comme la déesse de Virgile, elle exhale, invisible, une vapeur d'ambroisie dont les

gardent les vacuoles des ganglions comme ayant une existence indépendante. Ce point délicat d'anatomie n'est pas encore bien connu; mais l'examen microscopique du liquide nous autorise à penser que le fluide des glandes du mésentère n'est point contenu dans la cavité même des vaisseaux lymphatiques; car dans ce cas il serait nécessairement mélangé avec le chyle, et l'on y reconnaîtrait les caractères de ce dernier liquide, notamment les granules graisseux que nous n'y avons pas observés. Ce fluide nous a toujours paru fortement alcalin; il pénètre par endosmose dans les voies du chyle et agit sur ce dernier en augmentant son alcalinité. En même temps, il favorise la diminution de sa matière grasse, sans doute en la faisant entrer en combinaison avec la base alcaline qu'il lui présente et en la rendant soluble.

Les ganglions mésentériques ont des rapports si intimes avec le système veineux qu'on est porté à attribuer à cette circonstance une influence presque nécessaire sur la constitution du chyle. Il a fallu passer par de nombreuses erreurs et des hésitations non moins prolongées, pour déterminer les véritables relations anatomiques et physiologiques du système lymphatique et du système veineux qui en est l'aboutissant. Les discussions soulevées sur cette question étant en dehors du sujet que nous traitons, nous nous bornerons à signaler les résultats qui nous intéressent et qui sont surtout acquis à la science depuis les travaux qui ont détruit la fable anatomique de M. Lippi sur les communications directes des vaisseaux lymphatiques avec divers troncs veineux. Il résulte des recherches d'un grand nombre d'anatomistes et particulièrement de celles de Fohmann, Lauth et Panizza, que les communications autres que celles qui résultent de l'abouchement des derniers troncs lymphatiques dans le système veineux ne sont pas celles qu'indique M. Lippi; mais qu'elles sont établies au sein même des ganglions lymphatiques. Quel que soit le mode de cette union, qu'elle ait lieu par un abouchement direct des deux ordres de vaisseaux, comme le pensent Fohmann et Lauth; que ce soit par le moyen de porosités organiques, comme le pensent Panizza et Muller, il est du moins bien démontré par des injections de mercure que ce métal passe sans effort et sans qu'il y ait déchirure, de l'intérieur des ganglions dans les radicules des veines mésentériques. Fohmann prétend que cette communication est surtout évidente dans les ganglions du mésentère rassemblés pour former la masse connue sous le nom de *pancréas d'Aselli*, et ajoute que chez le chien et le phoque le chyle porté dans ces ganglions n'a d'autre affluent que les veines. Mais Rosenthal (1) avait déjà démontré qu'il existe chez le phoque un lymphatique afférent volumineux, et Panizza a fait depuis la même remarque sur le chien.

La possibilité d'une facile pénétration du chyle dans les veines des ganglions mésentériques permet de se rendre compte de plusieurs phénomènes importans.

Puisque l'absorption des corps gras alimentaires s'opère à la surface intestinale à l'aide des vaisseaux lymphatiques et qu'on trouve une proportion notable de matière grasse dans le sang de la veine-porte, ainsi que l'ont démontré les recherches de Schultze, on est conduit à conclure que cette matière grasse provient directement du chyle qui s'est introduit dans le système veineux, à son passage dans les ganglions mésentériques. Ce mélange donne l'explication de ces lignes ou traînées blanches indiquées dans le sang de la veine-porte par Glisson et Swammerdam, et qui ont encore été signalées par divers observateurs modernes. Ainsi le chyle, en traversant les ganglions mésentériques, perd en partie l'apparence laiteuse qu'il possédait au plus haut degré dans les vaisseaux lactés. Or la diminution de sa teinte opaline provient d'abord de ce qu'une partie de sa matière grasse devient soluble en contractant une combinaison savonneuse avec l'alcali fourni par le fluide des glandes mésentériques; en second lieu, elle dépend d'une soustraction réelle qui est opérée par les radicules de la veine-porte. La matière grasse du chyle entraînée avec le sang qui circule dans ce dernier vaisseau pénètre avec lui dans le foie, d'où elle est éliminée sous forme d'acide choléique et de cholestérine; en sorte que, suivant la juste remarque de M. P. Bérard (1), le chyle fournit, d'une manière éloignée, des matériaux à la sécrétion biliaire.

Il n'est pas démontré que le chyle reçoive à son tour des élémens provenant directement du sang de la veine-porte, et qu'ainsi il y ait échange immédiat et réciproque entre ces deux liquides dans les ganglions mésentériques. Le sang de la veine-porte ne pénètre pas dans les lymphatiques, comme le chyle dans les ramuscules veineux; on peut s'en convaincre par la difficulté qu'on éprouve à remplir les lymphatiques, lorsqu'on pousse une injection, pour si déliée qu'elle soit, dans la veine mésentérique contrairement à la direction du sang. Panizza, qui a multiplié ses expériences sur tous les points qui se rattachent à cette question, n'a jamais vu ni chez l'homme, ni chez d'autres animaux, les injections poussées par les veines mésentériques passer dans les vaisseaux lymphatiques. Nous serions tenté d'attribuer cette difficulté à des valvules placées dans les racines veineuses des ganglions, nous fondant par analogie sur les observations de Baner et de H. Cloquet (2) qui ont reconnu des valvules dans quelques rameaux d'origine de la veine-porte notamment dans les vaisseaux courts.

Le chyle examiné au-delà des ganglions subit encore quelques modifications par son mélange avec la lymphe qui vient des parties inférieures du corps ou bien avec celle des organes qui sont placés à la même hauteur que le canal thoracique. Cette lymphe apporte dans le chyle les globules particuliers qu'elle tient en suspension et de la fibrine à l'état de dissolution. En même temps, les élémens du chyle continuent à subir, pendant son cours dans le canal thoracique, un travail graduel de transformation qui le rend de plus en plus semblable au sang avec lequel il va bientôt se confondre.

Les physiologistes et les chimistes ont généralement admis que les modifications successives observées dans l'état du chyle renfermé dans le canal thoracique, tenaient à ce que l'albumine se convertissait peu à peu en fibrine. Dugès (3) a ajouté que la matière grasse se transformait graduellement en matière cruorique. La première opinion présente en sa faveur les analogies chimiques des deux principes immédiats. Une partie de l'albumine transformée en fibrine reste en dissolution dans le sérum, où elle constitue le *plasma* ou liqueur du chyle, qui se sépare pour former le caillot au moment de la coagulation. Une autre partie de l'albumine disparaît encore en se condensant et se fixant autour des globulins qui tendent à devenir globules. Un ou plusieurs globulins servent de noyau

(1) NOVA ACTA NAT. CURIOS. T. XV, p. 2.

(1) RÉPERT. GÉNÉR. DES SC. MÉD. T. XVIII, p. 335.
(2) ANAT. DESCRIPT. T. II.
(3) PHYSIOL. COMPARÉE.

courons frappent au visage ceux qui la suivent de loin. Ces pensées presque douces nous adviennent après la lecture de l'ouvrage de M. Depierris, et la main sur ce volume fermé, nous nous laissons aller à les exprimer avec une sorte d'effusion. A Dieu ne plaise que nous partagions la satisfaction de l'auteur qui, après avoir substitué savamment au dogme d'un autre monde, d'une autre vie, une doctrine de métempsychose tempérée, une combinaison de revenaos par génération, salue l'œuvre de son esprit avec une passion proportionnelle aux douleurs de l'enfantement, avec la foi qui résulte de l'imprégnation profonde des idées, avec la confiance qu'inspire à l'architecte la solidité de l'édifice dont il a soigneusement calculé l'assiette et les dimensions, et dont il a lui-même assemblé toutes les pierres, pétri tous les cimens! Mais quelle que soit notre opposition de raison et de conscience aux vues de M. Depierris, nous avons tiré double jouissance de son travail; il nous a montré un jeune médecin, vigoureusement épris des plus sublimes études où puisse tendre l'intelligence, et bien capable de les mener de front avec les succès de la profession dont il a conquis le titre; puis il y avait longtemps que nous n'avions tenu en main un livre de cette portée de cœur et d'esprit, un livre qui, malgré l'abstraite sévérité du sujet et l'étendue des conceptions, nous ait autant captivé par la clarté de l'exposition et par l'ingénieuse application des connaissances les plus variées. Certes, plus d'un lecteur (et ce livre est destiné à en avoir beaucoup) se hérissera comme nous contre les conclusions auxquelles arrive l'auteur après des développemens et des aperçus qui promettaient une plus haute satisfaction aux ames douées d'une naturelle propension à la croyance; mais tous rendront le même hommage à la sincérité de l'homme, à l'élévation du penseur, à la science de l'écrivain; ils éprouveront aussi cet intérêt vif et toujours nouveau qu'inspire la rare élite des esprits quêteurs du vrai en toute chose; race excellente de penseurs qui vivent sur les hauteurs et qui, aux époques les plus agitées de la société, s'enferment avec une admirable quiétude dans la méditation des plus intimes mystères de la nature humaine; soit qu'ils doutent ou qu'ils affirment, leur candeur témoigne de leur désintéressement; à travers la simplicité de leur style et la transparence de leur langage, on assiste aux tourmentes de leur raison, aux élaborations de leur idée; on constate les phases et les turbulences sceptiques de leur ame aussi clairement que les phénomènes météorologiques de l'horizon de sa demeure; et quand la crise naîve de leurs opinions est consommée et se résout enfin dans une synthèse, quand le rayon de la foi vient à percer les nuages agglomérés, ne craignez pas qu'ils cherchent à vous abuser sur le sens de leurs convictions, sur la quantité de chaleur et de lumière qu'ils se sentent la force de projeter en vous: pèlerins sans but, et qui ont marché, parce qu'ils ont entendu la voix dont parle Bossuet, et qui leur criait sans cesse: marche! marche! si leurs pérégrinations les ont amenés à la perspective de l'Eden rêvé, ils entonneront, comme Moïse à la vue de la terre sainte, le cantique de leurs idéales exaltations; s'ils n'ont fait que parcourir un cercle fermé sur tous ses points dont l'aire sert de théâtre à la mort, ils diront sans détour leur désespoir, ou bien ils s'ingénieront, comme M. Depierris, à fleurir le tombeau et à nous refaire une immortalité avec solution de continuité et mutation de forme extérieure.

Dès les premières pages, on remarque l'empreinte de cette loyauté, qui est au cœur ce que l'évidence est à la pensée; arrivé à Paris en 1836, où croyez-vous que se portent les préoccupations de notre philosophe? Vers les monu-

et l'albnmine se solidifie en lenr formant une enveloppe. On s'explique, par cette destination de l'albumine, non seulement l'angmentation proportionnelle de fibrine, mais encore l'accroissement en nombre et en volume des globules chyleux que l'observation microscopique montre d'autant plus abondante et développée qu'on s'approche davantage de la veine sous-clavière. Qnant à l'opinion, d'après laquelle la matière grasse serait transformée en hématosine, on ne pent la considérer que comme une explication peu acceptable; car ontre qu'elle n'est pas appuyée sur les analogies chimiques, le fait de la diminntion de la graisse et de l'apparition du cruor s'explique, d'une part, en considérant l'action qu'exercent les veines mésaraïques au sein des ganglions, ou le passage de la matière grasse à l'état solnble, et, d'une autre part, en remarquant que la couleur propre de l'hématosine fournie par les alimens, de moins en moins voilée par la disparition de la matière grasse, devient de plns en plus reconnaissable jusqu'à ce qu'elle soit enfin évidente et définitive, lorsque le chyle snbit le contact de l'air dans les poumons, on lorsqn'on l'extrait directement de ses réservoirs.

Ainsi modifié, le chyle sur le point d'être déversé dans le sang participe déjà à plnsieurs de ses propriétés et représente dn sang en puissance. C'est une des formes transitoires par lesquelles passe la matière organiqne avant d'être apte à la nutrition; mais déjà la vie propre de l'organisme a pénétré dans ce liquide dont la destination est si importante. Les manifestations vitales dn chyle s'expriment d'abord par l'origine et l'organisation des globnles qui se perfectionneront ensuite dans le sang. Le chyle est le foyer de formation de ces corpuscules dont le rôle est encore enveloppé de beancoup d'obscurité, mais qui apparaissent à l'observateur comme des parties de l'organisme ayant une existence indépendante et jouissant ponr ainsi dire d'une vie individuelle an sein de la vie génerale, c'est-à-dire ayant un commencement, un état complet de formation et une fin. Aussi plusieurs physiologistes les ont-ils considérés comme des organismes distincts, et Carus (1) a été jusqu'à les regarder comme susceptibles de monvemens spontanés exerçant une inflnence sur la direction qu'ils prennent dans le liquide où ils sont suspendns. Ces idées spéculatives ne nous serviront pas d'argnment ponr établir la vitalité dn chyle. Celle-ci, déjà démontrée par les changemens successifs qui s'opèrent en lui, est encore rendue sensible par le phénomène de la coagulation lorsqne le liquide est extrait de ses vaisseaux. Cette coagulation a lien, ainsi qoe nous l'avons vu, d'après le même mécanisme et avec les mêmes circonstances que celle dn sang. La fibrine dissonte jouit des mêmes propriétés vitales, et lorsque du chyle est accidentellement épanché dans les tissus, sa présence est tolérée. Nons avons introdnit du chyle recueilli sur nn lapin dans l'abdomen d'nn antre lapin, sans qn'il soit survenn le plus léger tronble fonctionnel. Ayant examiné l'animal quelques jours après, nous n'avons tronvé aucune trace de la présence dn chyle, il avait été complètement résorbé sans produire la moindre inflammation locale. Hunter (2) avait pensé *à priori* que dans les cas d'extravasation chylense, ce liqnide pouvait produire une adhérence entre les surfaces dont il remplissait l'intervalle; mais il observa les mêmes résultats qui viennent d'être énoncés. « Ayant ouvert l'abdomen d'un chien, dit-il, je fis une ponction à l'un des vaisseaux lactés les plns volnmineux, à la naissance dn mésentère, et il s'en écoula une assez grande qnantité de chyle; je mis alors cette partie en contact avec une autre partie dn mésentère, afin de voir si elles s'uniraient, comme cela a lieu par l'intermédiaire du sang extravasé; mais aucune adhérence ne s'effectua. » Ce résnltat négatif ne détruit pas les analogies dn chyle et dn sang; car Hnnter avait beancoup trop généralisé le pouvoir adhésif dn sang. Ce n'est pas lorsque ce liquide est interposé en masse entre des tissus qu'il opère le mieux leur répnion; mais lorsque sa fibrine senle s'est séparée de ses antres élémens sous le nom de *lymphe plastique*.

(1) Meckel-Deutsches archiv. T. iii, p. 419.
(2) Du sang, de l'inflamm., etc. Œuv. comp. T. iii, p. 142.

Les usages du chyle se déduisent facilement de sa ressemblance avec le sang. Ils consistent évidemment dans la régénération de ce dernier fluide diminné par les sécrétions qui s'accomplissent d'une manière incessante. Les conclusions énoncées plns bant, tonchant l'absorption de la matière alibile par les vaisseanx chylifères établissent cet nsage avec assez de certitude pour que nous n'ayons pas besoin de fournir de nouvelles preuves à sa démonstration. Nous devons nous borner senlement à expliquer certaines apparences contradictoires révélées par l'anatomie pathologique on par la physiologie expérimentale. Il est des cas, en effet, où l'on a vu le canal thoracique oblitéré sans que la mort soit survenne par inanition. Ainsi Browne-Cheston (1) a tronvé le canal thoraciqne rempli de substance calcaire; Nasse et Krimer (2) l'ont vu oblitéré par de la matière tuberculeuse; Rust l'a vu converti en nne masse sarcomateuse; A. Cooper (3) y a rencontré de son côté des prodnctions fongoïdes qui s'opposaient an passage dn chyle; et bien qne dans ces divers cas il y eût émaciation considérable, la vie avait pu néanmoins se maintenir bien an-delà du terme qne laisse l'inflnence de l'inanition. Mais A. Cooper qui s'est livré à des recherches anatomiques minutieuses sur les sujets qn'il a en l'occasion d'observer a reconnu que l'impossibilité de l'arrivée du chyle jusqn'an système veineux n'était qu'apparente et qn'il existait des voies de commnnication snpplémentaires entre la partie inférieure dn conduit thoraciqne et la portion libre au-dessus de l'obstacle. Wutzer a également constaté qne dans nn exemple de ce genre le cours du chyle avait pn se maintenir à la faveur d'une anastomose anormale entre la partie inférienre du canal thoracique et la veine azygos.

La continuité de la vie après la ligature dn canal thoraciqne ne constitue pas davantage une dérogation aux faits établis; car on s'expliqne avec facilité la nou interruption dn conrs dn chyle quand on analyse les conditions dans lesquelles les expériences ont été pratiquées. Des dispositions accidentelles dn canal thoracique, en faisant éluder l'action de la ligature, permetteut le maintien de la vie, résultat observé par M. Flandrin, par MM. Leuret et Lassaigoe et plusieurs autres expérimentateurs. Les *insulæ* signalées par Haller, la doplicité du canal plusieurs fois rencontrée par Cruishank, et d'antres variétés que l'on tronve mentionnées dans l'excellent onvrage de M. Breschet, permettent de comprendre comment les animaux n'ont en quelquefois à souffrir qne dn tranmatisme de l'opération, sans conséquences graves ponr la nutrition. Dans ces cas, une senle des divisions dn canal thoracique avait été comprise dans la ligature, et le chyle parvenait sans difficulté dans le courant veineux par la voie intacte.

(1) Philosoph. transact.; 1780; p. 223.
(2) Vid. Burdach. T. ix, p. 42.
(3) Loc. cit.

mens que les arts et la civilisation y multiplient? vers les foyees d'ambition scientifique qui fermentent sous les portiques des institntions officielles, ou vers les délices attiqnes de ces salons où l'esprit de notre nation habite et s'élève à sa plus haute expression? — Nullement; il ne sentait qu'un besoin, celui de connaître et de connaître sûrement : fatigué des livres et des maîtres, c'est à Paris qu'il vient pour reconstruire de toutes pièces, et sur de nouvelles bases, l'édifice entier de ses connaissances; en un mot, il y cherchait fortune, la fortune de l'intelligence. Saturé des notions que procure l'éducation classique, gorgé de mathématiques, de physique, de chimie, d'histoire naturelle, etc., appesanti sous l'énorme collection de faits individuels qu'il avait tirés de toutes ces sources, il lui manquait le lien qui les unit; le rapport qui les enchaîne et les subordonne, l'idée qui les concentre, les harmonise, la formule de l'être et des lois immuables (p. xi) : « Réaliser le vrai dans l'entendement humain, réaliser le beau dans les manifestations artistiques, réaliser le juste et le saint dans les manifestations sociales et religieuses : telle a été, dans tous les siècles, la haute mission imposée à l'homme dans ce monde. » Voilà le but aperçu, comment s'accomplit-il? Ecoutez le jeune philosophe, qui a écarté avec les tristesses du scepticisme les espérances esagérées de la foi chrétienne : « Du fait de l'histoire, la terre n'apparaît plus comme une terre d'exil : c'est un vaste champ ouvert aux manifestations de la virtualité humaine. On ne s'épouvante plus aujourd'hui des empires qui tombent, des civilisations qui passent : la doctrine de la perfectibilité a tout expliqué : c'est l'humanité qui, lentement et péniblement, effectne au travers des siècles l'entier développement des forces radicales de sa nature intellectuelle et morale. C'est le type humain qui parcourt par degré les phases d'évolution continue d'nn simple individu, d'abord enfant, poète, crédule et soumis, puis raisonnable, indépendant et sage. » La pensée finale de l'auteur se révèle dès ces premières lignes : « Ignorant des nécessités de l'être, c'est-à-dire des conditions en dehoes desquelles l'être devient radicalement impossible, on rêve en dehors ou au dessus de la réalité manifestée, je ne sais quel vain et fantastique idéal : on veut un monde sans espace et sans temps, des forces sans étendue et sans figure. » « Vous voulez un autre monde, s'écrie-t-il à la fin de l'ouvrage (p. 349), expliquez-vous : je ne vous comprends pas. Est-ce un monde sans espace, sans temps et sans forces?... Sont-ce des forces sans étendue? des êtres sans forme et sans figure?... Mais est-il possible que la force, que la substance, asservie à la double condition d'être dans l'espace et de n'en pouvoir sortir, ne soit pas étendue, figurée, impénétrable? Est-ce un quatrième sens que vous demandez pour apercevoir ce que ne vous révèlent ici-bas ni le seos externe, ni le sens interne, ni le sens rationnel? Mais qui échappe à l'action régulière de ces trois sens? En dehors des données qu'ils vous fournissent, des connaissances qu'ils vous prodiguent, que concevez-vous? — Vous voulez un autre monde : y aurait-il deux vrais, deux beaux, deux justes, deux saints? L'absolu serait-il un vain nom? L'unité, l'identité partout et toujours ne seraient-elles pas son partage? Oui, incontestablement, le vrai est un. Or, qu'est-ce à dire, sinon que l'être est identique à lui-même partoot et toujoues? Qu'est-ce donc que l'être? C'est l'absolu, c'est le contingent, c'est le rapport qui les subordonne. Qu'est-ce que l'absolu? C'est l'espace, c'est le temps, ce sont les substances simples, les forces radicales de l'univers, la lumière, la chaleur, l'électricité, les trois simples pondérables X, Y, Z. Qu'est-ce que le con-

C'est du reste un fait que Dupuytren (1) à pu apprécier sur des chevaux qui avaient survécu à la ligature du canal thoracique. Lorsque de pareilles anomalies n'existent pas, les animaux succombent avec la plupart des caractères de la mort par inanition, ainsi que l'avait observé Duverney (2). Ces faits établissent la contr'épreuve de la nécessité des conditions anormales pour le maintien de la vie. Dans les expériences d'A. Cooper où les voies du chyle étaient dans un état régulier, la mort fut prompte, et, à l'autopsie de l'animal, le conduit thoracique fut trouvé dilaté ou rupturé au dessous de la ligature. La mort survient aussi lorsqu'un obstacle permanent, au lieu de porter sur le canal thoracique, siége sur d'autres points, dans les ganglions mésentériques par exemple. Mais, pour que ce résultat ait lieu, il faut que le plus grand nombre des ganglions soit affecté, et que leur altération soit ancienne et profonde; car Sœmmering s'est assuré que, dans l'engorgement de ces ganglions, il n'y avait pas toujours oblitération complète des vaisseaux. Une absorption supplétive peut d'ailleurs s'établir temporairement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le dernier point de la physiologie intime du chyle consiste à déterminer les résultats de son mélange avec le sang et la succession des phénomènes qui précèdent l'identification des deux fluides. Constatons d'abord que le chyle, quoique très semblable au sang, ne lui est pas immédiatement assimilé, et que lorsqu'il a été déversé en grande quantité dans le torrent sanguin, ses traces peuvent être reconnues au delà du point de son déversement. Haller (3), qui l'a vu couler distinctement dans la veine sous-clavière, l'a poursuivi jusque dans le ventricule droit; mais il est facile d'en déterminer la présence beaucoup plus loin. Le passage du chyle dans les capillaires des organes respiratoires ne l'efface même pas immédiatement; car on peut, à l'aide du microscope et même de l'inspection directe, reconnaître encore ses élémens dans le sang artériel, lorsque le chyle est le produit d'une alimentation abondante et chargée de matières grasses. Ainsi, si l'on nourrit de jeunes animaux avec du lait ou avec des alimens très adipeux, on reconnaît que le sang extrait des vaisseaux présente un aspect blanchâtre caractéristique, et ce phénomène, que nous avons vérifié après beaucoup d'autres observateurs, devient plus prononcé encore lorsque la coagulation s'est effectuée et que le sérum s'est isolé. Celui-ci paraît alors lactescent, et si on le traite par l'éther, il prend une teinte plus claire. Autenrieth (4) prétend que cette lactescence peut se prolonger pendant douze heures.

Les autres élémens du chyle se reconnaissent dans le sang à l'aide du microscope, aussi bien que les granules graisseux. Les dernières recherches sur la composition microscopique du sang ont prouvé que les globules colorés n'étaient pas seuls en suspension dans ce liquide; on y reconnaît aussi des globulins qui sont apportés par le chyle, et des globules blancs analogues à ceux qu'on observe dans le chyle et la lymphe. Ces globules se transforment graduellement en globules sanguins colorés. M. Donné (5) assure avoir suivi les phases de cette transformation et avoir reconnu, qu'à mesure que la fonction circulatoire s'accomplit, les globulins placés au centre des globules chyleux disparaissent par une sorte de dissolution, que leur forme lenticulaire fait place à celle d'un disque déprimé au centre, et que leur surface admet la matière colorante. Il assure en outre qu'en pratiquant des injections de lait dans le système veineux, on peut suivre de la même manière la modification des globules lactés et leur transformation définitive en globules sanguins. C'est un point délicat de physiologie sur lequel de nouvelles observations sont nécessaires.

(1) Journ. de physiol., t. I, p. 21.
(2) Hist. de l'Acad. des sciences; 1765, p. 260.
(3) Opera minora; t. I, p. 184.
(4) Handbuch der empirischen physiol.; t. II, p. 120.
(5) Cours de microscopie; 3e leçon, 1844.

IX. — Physiologie comparée du chyle.

Nous devons examiner actuellement les différences que présente le chyle aux divers âges de la vie et dans la série animale, afin de compléter son histoire physiologique.

1° Influence de l'age sur le chyle. La première substance à caractères déterminés, qui sert au développement de l'homme, est le fluide de la vésicule ombilicale. Ce fluide, qui n'est pas sans analogies réelles avec le chyle, puisqu'il renferme des globules blancs et une matière grasse, est directement absorbé sans digestion préalable par la veine omphalo-mésentérique. Mayer (1) dit avoir trouvé dans celle-ci, chez des embryons humains, un liquide semblable au contenu de la vésicule elle-même. Mais lorsque l'appareil vitellin est oblitéré et que le placenta s'organise, exist-t-il un chyle véritable chez le fœtus? M. Geoffroy-St-Hilaire (2) a émis l'idée que le mucus exhalé dans le tube digestif du fœtus était récrémentitiel, et qu'après avoir été sécrété, il était absorbé pour servir à la nutrition. M. Magendie (3) a admis chez l'adulte une pareille action exercée sur le mucus, et a décrit, sous le nom de *chyle du mucus*, un fluide transparent ayant une teinte légèrement laiteuse; qu'il a observé dans les vaisseaux chylifères d'un chien, après douze, vingt quatre et même trente-six heures d'abstinence absolue. On reconnaît dans ces caractères la plupart de ceux de la lymphe, et telle est en effet l'apparence du chyle du canal thoracique chez le fœtus. Nasse (4), qui a examiné ce liquide au microscope, y signale des corpuscules granulés, irréguliers et plus grands que chez l'adulte.

Mais ces caractères n'ont pu être que très rarement vérifiés; on n'a pu voir le liquide de l'appareil lymphatique du fœtus que vers les dernières périodes de la vie intra-utérine; car le système lymphatique se forme très tardivement, et, d'après les observations de Valentin (5), les ganglions du mésentère apparaissent encore après tous les autres. M. Breschet (6) leur attribue une disposition analogue à celle des plexus. La production du chyle paraît toutefois être bien réelle au terme de l'existence fœtale. Boerhaave (7) dit avoir vu que, chez un enfant dont les parois abdominales s'étaient déchirées au moment de l'accouchement, et avant qu'il eût pris aucune nourriture, le chyle se mouvait dans les lymphatiques du mésentère. Ajoutons qu'il doit exister un véritable chyle pour les physiologistes qui admettent que l'eau de l'amnios est portée dans les voies digestives, et sert à la nutrition du fœtus.

(1) Nova acta nat. curios.; t. XVII, p. 528.
(2) Philosophie anatomique; t. II.
(3) Loc. cit.
(4) Dictionnaire de Wagner.
(5) Voy, Bischoff, Développemens de l'homme. (Encyclop. anat.; t. VIII, p. 290.)
(6) Loc. cit.
(7) Prælectiones in institut. rei medicæ; t. V, p. 350.

tingent? Ce sont les créatures et les phénomènes. L'unité du vrai, c'est donc l'identité partout et toujours de ce que nous voyons ici-bas; et cela est si vrai, si exact, qu'en dehors de ce qui est réalisé dans notre monde, nous ne pouvons rien concevoir, rien imaginer; car enfin, répondez: A notre espace à trois dimensions, en substituerez vous jamais un à quatre? A notre temps à trois momens, passé, présent, futur, en substituerez vous un à cinq? Pensez-vous qu'il y ait un monde où l'art puisse imprimer à son objet des figures différentes de celles que la géométrie lui impose? où la matière pondérable affecte quatre états, l'état solide, l'état liquide, l'état gazeux et l'état X? Quelle mécanique substituerez vous dans un autre monde à la mécanique animale? Quoi de plus simple, je vous demande, quoi de plus parfait, etc.? Ainsi, de toute nécessité, le vrai est un, le beau est un. Mais le juste est-il un? Qui le niera? Après l'Évangile, qu'imaginez-vous? Et la loi de justice ne vous est-elle pas connue dans ses plus minces détails, dans ses moindres prescriptions? Mais le saint est-il un? Sans aucun doute; car qu'est-ce que le saint, sinon le culte et l'amour du vrai, du beau et du juste? Aimer le vrai, le beau, le juste; les incarner dans l'art et l'état: voilà le saint, voilà le culte. » Cette citation, que nous avons extraite par fragmens, fait voir assez que l'auteur n'admet point la dualité de l'être humain, âme et corps, du moins en tant qu'émanations de deux sources distinctes et réunies par une existence éphémère. Pour lui, la création est immuable comme la cause première qui l'engendre; l'homme, couronnement obligé de l'être, est éternel comme Dieu; le monde a toujours été ce que nous le voyons être. La destinée de l'homme s'accomplit tout entière dans ce monde; elle est subordonnée aux phases de la vie astronomique: tout système planétaire est finalement réductible à trois corps élémentaires, le soleil, la comète et la planète, celle-ci étant seule habitable par la grace de l'atmosphère qui l'entoure. La planète, passant par trois états: 1° fusion, 2° température modérée, 3° congélation, n'est habitée qu'à la période moyenne; l'humanité s'éteint sur un globe pour renaître dans un autre. Quant à l'homme considéré comme individu, la seule chose qui survive à sa dissolution est la raison pour lui d'une existence nouvelle; mais quels sont les élémens du moi? D'abord la force constitutive de l'être, qui en est l'élément constant, invariable; ensuite les effets qu'il réalise, les produits de son activité et qui sont des élémens mobiles, variables non seulement d'homme à homme, mais de moment en moment chez le même individu; enfin, le rapport de causalité qui lie les deux premiers élémens et ramène la vie à l'unité; le sentiment de l identité, qui est universel, ne peut se rapporter aux élémens variables; il n'est pas non plus l'expression du rapport entre le moi et ces élémens; il appartient donc essentiellement au *je*, c'est-à-dire au principe de notre activité, à la force constitutive de l'être. Toutes les fois qu'on veut faire entrer deux hommes en parallèle, il ne faut donc envisager en eux que l'élément constant, puisque chacun d'eux n'existe réellement que par cet élément. La nature essentielle de cet élément constant, qui est le *je*, étant indéfinissable en soi, on peut lui donner pour signe le nom de baptême du *je*. Soit donc B la nature essentiellement invariable du *je*, ce *je* est essentiellement identique au B, qui est en soi un quelconque de mes semblables. En effet, l'unité du vrai, du juste, du beau, l'unité de langue, etc. sont autant de faits généraux qui attestent l'égalité de ces deux *je*; or, s'ils sont égaux l'un à l'autre quant au vrai, quant au juste, etc., c'est bien que leurs natures sont essentiellement égales, c'est bien qu'ils sont

Pendant les premiers âges de la vie indépendante, le chyle se fait remarquer par son abondance; car l'alimentation laiteuse rend sa formation facile. On sait que, chez les animaux auxquels on fait prendre du lait, la digestion et l'absorption sont promptes, tandis que ce n'est que plusieurs heures après l'ingestion des substances solides qu'on reconnait la réplétion des vaisseaux lactés par le chyle. Chez les animaux à la mamelle, ce fluide présente une grande quantité de granulations adipeuses qui proviennent de l'aliment spécial de cet âge, et qui donnent au chyle une couleur blanche très prononcée. Nous avons déjà indiqué la possibilité de la persistance de cette coloration opaline dans le sang, dont le sérum est plus ou moins blanc. Le chyle prend des caractères intermédiaires à ceux du lait et du chyle des adultes. Il se coagule faiblement, rougit peu au contact de l'air et ne contient pas de matière caséeuse.

Chez l'adulte, le chyle se présente avec les caractères qui ont servi de base à notre description; il est présumable que, chez le vieillard, ses qualités subissent quelque modification. La longueur générale des organes et l'atrophie des glandes mésentériques sont de nature à fortifier cette croyance; mais elle a besoin d'être vérifiée par l'observation directe.

2° Du chyle dans la série animale. Le chyle étant la forme initiale que prend la matière vivante avant de servir à la nutrition, n'est point caractéristique de la vie, mais peut être pourrait-on le considérer comme caractéristique de l'animalité. Il provient de la substance alimentaire disposée pour la susception moléculaire précédée par la susception de l'aliment en masse. A ce titre, nous pourrions examiner les variations de ce fluide dans tous les animaux; car, s'il est vrai de dire que le chyle des vertébrés est un sang imparfait dont la matière colorante n'est pas encore formée; ne pourrait-on pas admettre, à plus forte raison, que le fluide nourricier décoloré des animaux invertébrés n'est autre chose qu'un chyle permanent et qui ne subit pas la transformation hématique? Le fluide nourricier des espèces inférieures, réputé sang blanc, mériterait plutôt le nom de chyle, et l'on réserverait celui de sang pour le fluide nourricier rouge (1). Ces considérations me paraissent se rattacher à plusieurs égards aux principes de philosophie zoologique développés pendant ces dernières années, tant en France qu'en Allemagne, concernant les ressemblances que les animaux supérieurs présentent, aux diverses époques de leur développement, avec les caractères permanens des espèces inférieures. Ce qu'on observe pour le développement total de l'individu s'observe aussi pour la constitution du fluide nourricier. Celui-ci débute par une forme simple et représente d'une manière transitoire, chez les vertébrés, un état continu chez les intervertébrés. On trouverait ainsi, dans la réparation nutritive de l'individu, une nouvelle application des vues générales qui ressortent des travaux des Tiedemann, Serres, Meckel, Geoffroy-St-Hilaire, et que le génie de Cuvier aurait sans doute acceptées, si, en les décorant du nom de *lois*, on ne leur avait attribué une valeur absolue qui ne pouvait répondre à la rigueur d'un pareil titre.

Toutefois, l'usage a prévalu, et, dans le langage physiologique, on considère comme du sang le liquide renfermé dans les organes vasculaires des *invertébrés*. Quant à leur chyle, il ne peut être l'objet que de notions très confuses, si on le considère comme distinct du sang; car il n'a point de vaisseaux spéciaux qui permettent de le reconnaître avant sa participation à la formation du sang. Dugès (1) seul a parlé de vaisseaux afférens partant du canal intestinal des annélides et des arachnides, pour se rendre au cœur, rapportant sans doute à la fois, ajoute-t-il, le chyle et le superflu du sang destiné à nourrir l'intestin. Chez les insectes, on peut supposer que le fluide nutritif est filtré à travers les parois de l'intestin. Ce fluide, épanché dans les cavités du corps, se joindrait aux courans que l'on constate en examinant la circulation de ces animaux. A l'appui de cette supposition, Ramdohr (2) et Rengger (3) disent avoir vu suinter, à travers les parois des organes digestifs pendant leur contraction, un liquide ayant les caractères d'une substance albumineuse, insipide, neutre, miscible à l'eau, coagulable par la chaleur et les acides, et dans laquelle le microscope ne fait point apercevoir de globules. Mais ces caractères ne sont guère semblables à ceux que nous connaissons au chyle; d'ailleurs Burdach fait remarquer que, chez les insectes, ce produit ne passe pas dans le sang, ou du moins ne s'y rend pas d'une manière immédiate, qu'on le trouve sous la forme d'un liquide visqueux, un peu épais, blanchâtre, verdâtre ou brunâtre, en partie entre les tuniques de l'organe digestif, en partie dans le tissu adipeux qui enveloppe cet appareil, de manière qu'on ne peut reconnaître en lui du chyle. Si des doutes existent sur la nature de ce liquide, on comprend qu'il doit en être de même à plus forte raison chez les polypes, bien que Schweigger (4) ait remarqué, dans leur cavité digestive et dans les canaux par lesquels les divers individus d'un polypier sont unis les uns avec les autres, un liquide lactescent analogue au chyle, et que, chez les sertulaires en particulier, il ait vu une matière grenue semblable à celle de l'animal même monter et descendre dans ces canaux.

Quoique l'examen du chyle des *vertébrés* réclame encore de nouvelles et nombreuses observations, il est cependant l'objet de moins d'incertitude que celui des invertébrés, et chez les mammifères en particulier il a si bien servi de type d'étude que plus de recherches ont été faites sur les animaux que sur l'homme.

Le chyle des *poissons* a été aperçu par Monro (5) et Hewson (6), et par des observateurs plus modernes. Il paraît être d'un blanc limpide ou même tout à fait transparent. Wagner, qui l'a examiné au microscope, a trouvé que les globules du chyle, chez le barbeau et l'ammoïete, n'avaient que le quart ou le tiers du plus grand diamètre des globules elliptiques de leur sang. Suivant Monro, il rougit au contact de l'air.

Dans les *reptiles*, le chyle est généralement diaphane, ainsi que cela résulte des observations de Bojanus; cependant, Hewson aurait observé, chez le crocodile, un chyle véritablement lactescent. M. Duvernoy (7) l'a

(1) On ne peut méconnaître que, chez quelques invertébrés, le fluide nourricier s'élève à une seconde puissance organique; chez les annélides et quelques autres espèces, le sang devient rouge.

(1) Physiologie comparée; t. II, p. 452. Montpellier, 1838.

(2) Abhanlung ueber die Verdauungswerkzenge der insekten, p. 61.

(3) Phys. intersuchungen ueber die thierische Haushaltung der insekten; p. 14.

(4) Handbuch der Naturgeschicte; p. 352.

(5) Anat. and physiol. of fisches.

(6) Philosoph. transact.; 1769, p. 204.

(7) Leçons d'anatomie comparée de G. Cuvier. Deuxième édition, tom. VI, 1839.

formés des mêmes énergies dans les mêmes relations. D'où l'auteur conclut que tous les hommes ne sont que la répétition d'une seule et même nature, d'un seul et même type; or, dans toute la durée de mon existence, moi, un de ces hommes, je suis B; donc tout homme est B comme moi; tous les hommes qui existent actuellement sont des B; tous ceux qui ont existé, qui existeront, sont des B; et comme l'humanité est la somme de tous ces individus, elle a pour formule $H = B + B + B +$ etc.; c'est-à-dire $N B$, N étant un nombre entier essentiellement déterminé. D'où l'identité de nature entre l'espèce et l'individu.

Avant d'être, toute créature a nécessairement la raison d'être; car sans cette raison elle ne serait jamais. Quand la créature a été une première fois, qu'elle n'est plus, qu'elle est de nouveau dans le non être; car ces expressions sont synonymes; elle a encore, comme la première fois, la raison d'être. Pour elle, une première existence n'infirme en rien la possibilité d'une seconde, d'une troisième existence, et ainsi indéfiniment: « En tant que créature, avant d'être réalisé dans le temps, la forme et le mouvement, comme je le suis d'une manière effective au moment où je parle, j'avais dans un germe humain ma raison d'être. Eh bien! quand j'aurai cessé d'être, j'aurai dans un nouveau genre humain la raison d'une nouvelle existence (p. 383). » Voilà pour la vie future. Le chapitre XIII est intitulé: « On doit voir dans les individus qui naissent chaque jour ceux qui sont morts, qui reviennent à la vie pour jouir du bien qu'ils ont fait, et recevoir par la douleur l'indication de ce qui leur reste à faire. » Voilà pour la métempsycose, combinée avec l'idée chrétienne de l'expiation. L'idée trinitaire a aussi une large place dans la doctrine de M. Depierris: les nécessités de l'être sont formulées par le nombre trois, et tout ce qu'il y a de nécessaire dans l'être est réductible à la trinité. Il faut lire, dans le chapitre IX, les savans et ingénieux rapprochemens que, sous le rapport ontologique, l'auteur fait entre toutes les sciences, entre tous les ordres de produits naturels, entre tous les ordres de faits et d'idées, montrant au fond de tous la raison trinitaire, et ramenant à la trinité toutes les formules de la conception humaine.

Nous n'avons pas la prétention de résumer ni de juger le livre aussi profond qu'original de M. Depierris; nous le signalons à nos lecteurs comme l'une des plus importantes et des plus subtiles tentatives de philosophie qui aient été faites parmi les médecins; M. Depierris a les qualités les plus essentielles du philosophe, et il en parle aussi le langage concis, ferme, abstrait, et pourtant toujours limpide; sa méthode est très rigoureuse, et si l'on répugne aux conséquences qu'il formule, c'est dans les prémisses qu'il faut saisir et étrangler son idée; car il ne les déborde point; il pose avec un art remarquable les principes, et il déduit avec la rigueur du mathématicien qui perce en ses habitudes d'esprit et de style. Le livre de M. Depierris n'est pas un agglomérat de quelques paradoxes enflés par la métaphore et colorés d'un vernis semi-physiologique: c'est une vaste cosmogonie, fondée sur quelques idées grandes et dignes d'examen, fortement assise sur l'ensemble des sciences modernes, et quoiqu'il enferme les destinées de l'homme dans des limites qui heurtent en nous un céleste instinct, il règne dans son ouvrage un sentiment de religieuse quiétude et de reconnaissance fervente envers l'éternel créateur des œuvres du temps et de l'espace. Pour nous, nous confessons qu'en le lisant nous avons subi sans interruption l'ascendant de ses vues élevées, l'entraînement de sa logique, la

vu aussi d'un beau blanc de lait extrêmement pur, et sans aucune nuance de bleu ou de jaune, dans un trigoncéphale à losanges, dont la muqueuse intestinale était, dit-il, blanchie par ce liquide. Il est à présumer que, chez les reptiles comme chez les poissons, la nature de l'alimentation doit influer sur la couleur du chyle, et que les substances grasses doivent produire chez tous les animaux un effet identique, et faire varier, suivant leurs proportions, la diaphanéité ou la lactescence de cette liqueur. Les globules chyleux des reptiles n'ont pas la forme oblongue de ceux qui appartiennent à leur sang; ils sont d'ailleurs plus petits, et tout fait présumer qu'ils représentent les noyaux de ces derniers.

Chez les *oiseaux*, le chyle a été généralement trouvé transparent comme la lymphe. M. Lauth l'a toujours vu incolore chez les dindons, les poules, les hérons, les cigognes, les goelands, les canards, les oies sauvages et domestiques qu'il a examinés. M. Duméril a vu cependant les vaisseaux chylifères remplis d'un fluide blanc, chez un pic-vert qui s'était nourri de fourmis. Nous pouvons appliquer ici la même réflexion que pour les classes animales précédentes, sur la variabilité de la couleur du chyle suivant la nature de l'alimentation. Hunter (1) a inexactement admis que le chyle des oiseaux était dépourvu de globules; Rudolphi les a signalés comme étant de petite dimension et d'une forme sphérique. Quant à l'analyse chimique du chyle des oiseaux, elle manque encore à la science, aussi bien que pour les poissons et les reptiles.

Le chyle des *mammifères* se présente avec les qualités que nous avons indiquées dans son histoire générale, et n'offre que des variations légères, suivant les espèces. Celui des cétacés paraîtrait seul présenter des caractères bien tranchés, déduits d'une disposition anatomique signalée par Abernethy (2) dans les glandes mésentériques. L'anatomiste anglais a indiqué une sorte de poche centrale dans ces ganglions, où les veines et les lymphatiques aboutissent en communiquant largement; mais cette disposition est révoquée en doute par plusieurs anatomistes. Elle ne serait d'ailleurs, en l'acceptant comme réelle, que l'exagération de la disposition normale qui existe chez les autres mammifères, dont les veines intra-ganglionnaires peuvent recevoir l'injection poussée par les lymphatiques.

La forme et le volume des globules chyleux ne présentent pas d'importantes variations dans les divers ordres de mammifères. Muller (3) dit avoir trouvé ces globules sphériques chez le lapin, le chat, le chien, le veau et la chèvre. Mais nous les avons toujours trouvés aplatis comme ceux du sang; les globulins seuls paraissent avoir une forme arrondie régulière; peut-être même cette apparence dépend-elle de leur extrême exiguité. Il serait intéressant de constater la forme des globules chyleux chez le dromadaire et l'alpaca, et de la mettre en rapport avec celle des globules sanguins des mêmes animaux, qui, par une exception remarquable découverte par M. Mandl, se distinguent des autres mammifères par la forme elliptique de leurs globules sanguins. Quant au volume des globules chyleux, les recherches faites dans ce sens semblent indiquer qu'il varie suivant les espèces. MM. Prévost et Dumas l'estiment généralement à la moitié des dimensions des globules du sang; mais, suivant Muller, ils seraient plus grands dans le lapin, égaux dans le chat, plus petits dans le veau et la chèvre. Wagner dit avoir trouvé ceux du veau plus grands. Ces dissentimens, au fond peu importans, semblent réclamer de nouvelles observations. Peut-être tiennent-ils au lieu où le chyle a été recueilli. En effet, le volume des globules de ce liquide augmente à mesure qu'il s'approche de la fin du canal thoracique, parce que la stratification des couches albumineuses disposées autour du noyau devient de plus en plus considérable, depuis l'instant de la formation des globules jusqu'à celui où ils se confondent avec les globules sanguins.

La composition chimique du chyle des mammifères a été l'objet de diverses recherches dont nous avons déjà exprimé les principaux résultats; mais les documens n'ont pas toujours concordé, soit en raison des progrès de la chimie, soit à cause des conditions différentes appliquées à l'analyse. Ainsi, on a moins étudié les variations relatives aux espèces animales que celles qui dépendaient du genre de nourriture dont ces espèces font usage; et cette recherche rationnelle, d'ailleurs, réduisait le problème à la détermination des différences du chyle des herbivores et des carnivores. Marcet (1) est, de tous les chimistes, celui qui s'est le plus préoccupé de ces différences, et qui les a formulées avec les caractères les plus tranchés. Voici de quelle manière il les présente :

Le chyle provenant de substances végétales paraît contenir trois fois plus de carbone que le chyle produit avec des substances animales.

Le chyle végétal peut se conserver pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois sans se putréfier; le chyle animal commence à se putréfier au bout de deux ou trois jours.

Le chyle animal est toujours laiteux; il s'en sépare une matière onctueuse semblable à de la crême, qui vient nager à la surface; son coagulum est opaque et a une teinte rosée.

Le chyle végétal est toujours transparent ou à peu près, comme dans le sérum ordinaire; son coagulum est presque incolore et ressemble à une huître; enfin, sa surface ne se recouvre pas d'une substance analogue à la crême.

L'élément principal de la matière animale du chyle est l'albumine; mais le chyle animal contient en outre des globules d'une substance huileuse qui ressemble parfaitement à de la crême.

Ces résultats, et quelques autres ajoutés par Marcet pour compléter la notion absolue ou comparative du chyle, ne peuvent que paraître exagérés dans l'état actuel de la science. Depuis l'époque où ils ont été publiés, des observations nouvelles ont démontré que les différences du chyle considéré chez les animaux nourris de substances végétales ou animales n'étaient pas aussi prononcées; que la proportion des matières grasses était la plus contingente, tandis qu'il y avait moins de variabilité dans la proportion de l'albumine, de la fibrine et du résidu sec du sérum, bien que cependant la prédominance des derniers matériaux fût généralement déterminée par l'alimentation de nature animale. Nous avons déjà apprécié les caractères de ces différences, en indiquant les rapports du caillot et du sérum dans le chyle.

(*La fin prochainement.*)

(1) Loc. cit., t. III, p. 122.
(2) Philosophical transact.; 1796.
(3) Observat. sur l'analyse de la lymphe du sang et du chyle. (Ann. des sciences nat. Deuxième série, t. I.)

(1) Transact. med. chir. de Londres; t. VI; et Ann. de physique et de chimie; t. II, p. 52, 1813.

---

charme d'un style qui passe tour à tour de la plus austère simplicité aux mouvemens d'une éloquence contenue, et qui décèle, par sa pureté et sa nerveuse condensation, la familière assiduité des bons modèles de notre langue. Que si nos convictions sont restées après la lecture ce qu'elles étaient avant, c'est que nul effort de philosophie ne peut rien contre l'incurable propension à la foi religieuse qui est au fond de certaines natures; c'est que parmi les nobles intelligences dont ma jeunesse a reçu le souffle en passant, aucune n'a tenté seulement de combattre en moi cette tendance qu'à mon tour je respecte dans autrui avec un soin extrême de paroles et d'argumens. L'un d'entre ces hommes éminens qui exerce sur moi l'ascendant du génie et celui d'une bienveillance imméritée, a écrit ces admirables paroles que M. Depierris a eu le malheur de transcrire sans émotion : « A quelque point du temps que vous arrêtiez l'homme, il sait, il sent qu'il n'a point achevé son évolution, qu'il existe au-delà un degré de développement ou de perfection qu'il n'a pas atteint et qu'il pourrait atteindre. S'il mourait tout entier, s'il finissait jamais, il existerait au sein de l'univers une contradiction éternelle, une puissance stérile, une tendance naturelle à quelque chose de possible en soi, et que la nature même de l'être ne lui permettrait pas d'atteindre » (1).

M. L.

(1) Lamennais, Discussion critique et pensées diverses sur la religion et la philosophie.

— Rectifications. — M. le docteur Arnault Gusman, de Lemberg (capitale de la Gallicie), et non de Zemberg, comme la Gazette Médicale du 30 mars dernier l'a imprimé par erreur, nous adresse quelques rectifications à un article *sur l'action de l'iodure de potassium dans la syphilis.*

Le remède dont il s'agit est inefficace dans la syphilis primitive et dans l'hydrargyrose; ce n'est que dans la syphilis secondaire invétérée et modifiée par l'emploi des mercuriaux que son action est certaine.

Nous avons également omis de rapporter avec précision les doses auxquelles ce médicament est administré. « M. Gusman, avions-nous dit, donne ce médicament en solution : 2 gros d'hydriodate de potasse sur 8 onces d'eau distillée, le matin, et une autre trois heures après le diner. » Il faut dire une cuillerée à bouche le matin, et une autre trois heures après le diner; car la solution de 2 gros sur 8 onces d'eau distillée est la dose générale pour quelque temps; mais la dose spéciale, ou la prise journalière, n'est que de deux cuillerées à bouche par jour, l'une le matin et l'autre trois heures après le dîner.

— Hôpital Saint-Louis. — M. Gibert, ayant terminé son Cours d'été sur les maladies de la peau, continuera tous les lundis, à huit heures et demie, ses visites cliniques, suivies de la consultation publique.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LA TRACHÉOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; MÉTHODE NOUVELLE ET INSTRUMENS NOUVEAUX D'OPÉRATION; par JULES GARIN, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

La nécessité absolue de rétablir la liberté de la respiration dans les cas d'angine suffocante a été reconnue de tout temps, seulement les moyens d'y parvenir ont souvent varié. L'histoire complète de ces variations, reproduite par tous les auteurs qui se sont occupés de la trachéotomie, serait dans ce mémoire aussi inutile que longue et fastidieuse. Je me bornerai donc à en présenter les principaux traits, afin de mieux faire comprendre et les difficultés de l'opération et l'importance du but que je me suis proposé.

Mon travail est divisé en trois parties: dans la première, j'examine rapidement les inconvéniens des procédés anciens de trachéotomie et avec plus de détails ceux du procédé ordinaire.

Dans la seconde je fais connaître une méthode nouvelle d'opération et des instrumens nouveaux, qui servent soit à la pratiquer, soit à assurer ses résultats.

Dans la troisième, m'élevant à un ordre de considérations plus élevées, je cherche à déterminer la valeur de la trachéotomie dans le croup, eu égard aux effets du traitement consécutif par la cautérisation et aux accidens qui compliquent l'opération.

PREMIÈRE PARTIE. — ESQUISSE HISTORIQUE.

Asclépiade, restaurateur de la médecine à Rome, est le premier qui conseilla d'ouvrir par une opération sanglante le canal respiratoire. Il appartenait à celui qui avait appelé la médecine antique une froide méditation de la mort, comme le lui reproche Pline, de proposer dans l'angine ce hardi moyen. Mais on ignore s'il pratiqua jamais l'opération et comment il s'y prit.

Anthyllus, autre médecin de Rome, et héritier de la gloire d'Asclépiade, voulait, suivant le procédé qui nous a été conservé de lui par Paul d'Égine, qu'on pratiquât l'opération d'un seul coup de bistouri porté en travers sur le devant du cou, juste au niveau de l'espace membraneux qui sépare le troisième anneau de la trachée du quatrième, imitant peut-être, par cette section d'emblée de la peau et du tube aérien, le coup de rasoir que se portent à la gorge ceux qui attentent à leurs jours. L'histoire n'ajoute pas si Anthyllus abandonnait la plaie à son écartement spontané, ou s'il introduisait quelque instrument pour la tenir béante.

Bien des siècles après, dans l'Italie encore, Fabrice d'Aquapendente, celui-là même qui regardait la trachéotomie comme la première des opérations, parce qu'en rendant subitement la vie à qui allait la perdre, elle fait de l'homme l'égal des dieux, Fabrice, à qui la trachéotomie doit tant, apporta plusieurs modifications importantes au procédé d'Anthyllus. Conservant, avec la timidité de cet auteur, la section transversale de la trachée dans le troisième intervalle membraneux de ses anneaux, bien qu'il eût proclamé l'innocuité de la lésion de cet organe dans ses autres parties, il veut qu'on en pratique l'ouverture avec une simple lancette, et que, pour en rendre plus sûre l'exécution dans le point indiqué, on mette d'abord la trachée à découvert au moyen d'une incision verticale de la peau, dont on maintiendra les lèvres écartées par deux crochets. Mais ce qui fait le plus de gloire à Fabrice, c'est que, pour assurer la liberté de la respiration à travers la plaie, il conseilla le premier l'usage des canules.

A peu près vers le même temps, et dans cette même Italie, Sanctorius, le célèbre inventeur de la médecine statique, frappé sans doute des chances d'hémorragies, et des difficultés de toute sorte qu'offre la méthode précédente, imagina de ponctionner la trachée avec le même instrument qui lui avait servi à vider le ventre dans l'hydropisie. Inventant en quelque sorte une seconde fois le trois-quarts pour la trachéotomie, il l'enfonça, armé de son fourreau d'argent, dans le lieu d'élection de la trachée; puis, retirant seul le poinçon du trois-quarts, il assujétit la canule dans la plaie.

Ces deux procédés, celui de Fabrice et celui de Sanctorius, modifiés mille fois par des perfectionnemens qui remplissaient mieux le but des inventeurs, sans rien changer à leur idée première, restèrent ensemble dans la pratique jusqu'au temps de Desault; et ce fut souvent une question, dans le siècle dernier, que de savoir lequel on devait préférer de ces deux procédés pour l'ouverture artificielle du canal respiratoire. Cependant tous deux, malgré l'opinion de Louis, succombèrent sous les raisons suivantes.

D'un côté, la trachée, par sa profondeur au lieu de l'incision, et par son voisinage de plusieurs vaisseaux considérables et d'artères importantes, faisait de la trachéotomie, telle surtout que la voulaient les partisans de la section transversale, le mode d'ouverture de la trachée le plus dangereux et le plus difficile dans les circonstances extraordinaires qui la réclament. D'un autre côté, par l'épaisseur des parties molles qui la recouvrent, par l'étroitesse de son canal, par sa mobilité extrême, et par la résistance médiocre qu'elle oppose à toute pression, la trachée faisait aussi de la ponction par le trois-quarts une entreprise non-seulement difficile en elle-même, mais encore dangereuse pour les organes situés derrière la trachée. Enfin, dans les deux cas, les canules mises en usage ne présentaient pas une largeur suffisante à la respiration, et n'avaient aucune des conditions qui facilitent leur séjour et leur remplacement dans la trachée.

Ainsi au point de vue anatomique comme au point de vue de l'expérience, ces procédés étaient insuffisans. Des diverses modifications qu'on y apporta dans la suite une seule mérite d'être citée, c'est celle de Desault qui substitua l'incision verticale du larynx à l'incision transversale de la trachée par les anciens auteurs et permit ainsi d'obtenir avec moins de dangers une plus large ouverture. Après lui, le lieu seul de la section changea dans le procédé opératoire et l'on créa autant de procédés qu'on détermina de points incisables dans le canal aérien en combinant les diverses sections du larynx avec celles de la trachée.

Je n'ai pas à me prononcer ici sur la valeur relative de tous ces procédés; qu'il me suffise de dire que les combinaisons de laryngotomie ne sont pas employées dans le croup, et qu'on leur a préféré jusqu'à présent la trachéotomie ancienne, telle que l'avait décrite Fabrice, et dans laquelle substituant à la section transversale de cet auteur l'incision verticale de Desault, on a conservé l'usage des canules introduites dans la trachée après l'opération.

Mais, quelle que soit la direction donnée à l'ouverture de la trachée, les désavantages reprochés à la trachéotomie proprement dite sont les mêmes, et il me reste à examiner :

1° Si ces désavantages, qu'elle puise, comme nous avons vu, dans les conditions anatomiques du lieu de l'incision, de sa profondeur et de son voisinage de vaisseaux sanguins importans, sont suffisamment compensés par la certitude qu'on a, en l'employant, d'ouvrir largement les voies aériennes dans un point qui est en même temps favorable à la recherche des fausses membranes, éloigné de l'organe si délicat de la voix, et qui peut facilement recevoir et conserver des canules capables d'entretenir largement la respiration.

2° Si ces désavantages ne peuvent pas disparaître dans le procédé d'opération que je propose, sans qu'on perde aussitôt les avantages qui les compensent dans la trachéotomie ordinaire.

ANALYSE ET CRITIQUE DU PROCÉDÉ ORDINAIRE DE LA TRACHÉOTOMIE.

DISSECTION TROP PROFONDE ET TROP ÉTENDUE DES TISSUS SOUS-JACENS; DIFFICULTÉS ET ACCIDENS QUI EN NAISSENT ; CONCLUSION.

On sait que le procédé ordinaire de la trachéotomie est le suivant :

Le malade est assis ou couché, le cou dans l'extension; l'opérateur, placé à sa droite, fait à la peau, avec un bistouri, une incision qui s'étend depuis le bas du larynx jusque vers le bord supérieur du sternum; c'est le premier temps de l'opération. Ensuite, par une dissection attentive, et d'une étendue égale à celle de l'incision, il arrive à la trachée, en traversant successivement l'aponévrose cervicale, la bride de réunion des lobes thyroïdiens, et quelquefois le corps thyroïde lui-même, les plexus veineux superficiels et profonds qui forment ici de véritables couches, des veines et des artères plus on moins importantes, qu'il doit éviter, écarter ou lier; enfin les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, qu'il sépare sur la ligne médiane ou qu'il coupe suivant leur longueur; c'est le second temps de l'opération. La trachée mise à découvert, et le sang étanché ou arrêté par des ligatures, le chirurgien en pratique l'ouverture du troisième au septième anneau; sinon, comme le dit M. Velpeau, du deuxième au huitième, et cela avec un bistouri aigu et un bistouri boutonné, qu'il porte l'un après l'autre dans la plaie, en les guidant sur le bord radial du doigt indicateur de sa main gauche, dirigé en avant à la recherche de la trachée. Ce troisième temps de l'opération achevé, il écarte les bords de l'incision trachéale avec le doigt ou avec une sonde, ou, mieux encore, avec une pince à dilater, et y fait glisser une canule d'un calibre et d'une force convenables, qu'il fixe avec soin dans le canal respiratoire, au moyen de rubans attachés à la partie postérieure du cou; c'est le quatrième temps, et l'opération est terminée.

Ce procédé présente plusieurs graves difficultés, et des dangers de plus d'un genre.

Et d'abord la dissection des tissus sous-cutanés qui succède au premier temps de l'opération rend une hémorragie grave à peu près certaine. On sait, en effet, que la trachée devient de plus en plus profonde, à mesure qu'elle descend vers la poitrine, et que, vers la partie inférieure du cou, on est obligé de l'aller chercher à plus d'un pouce au-dessous de la peau. Cette disposition est même plus marquée chez les enfans; une plus grande épaisseur de tissu cellulaire adipeux est interposée chez eux entre la peau et le canal aérien, dont le calibre est d'ailleurs, toute proportion gardée, beaucoup moindre que chez l'adulte. Qu'à cette épaisseur naturelle des tissus on ajoute l'intumescence morbide que leur donne le croup, et l'on sera convaincu qu'une hémorragie est d'autant plus à redouter que les vaisseaux du cou sont alors plus dilatés par une grande quantité de sang, comme il arrive dans tous les cas de suffocation. Mais ici il faut citer les auteurs.

« Après avoir intéressé, dit M. Malgaigne, par des divisions successives et ménagées, la peau et l'aponévrose cervicale antérieure, on divise, dans l'étendue d'un pouce, l'isthme du corps thyroïde et le plexus veineux qui le suit, et l'on met la trachée à découvert » (1). — Quant au siége de l'incision, « l'ouverture doit comprendre, dit M. le professeur Velpeau, au moins les quatrième, cinquième et sixième, sinon le troisième et le septième anneaux cartilagineux » (2).

Quand on réfléchit au lieu d'élection adopté par ces auteurs pour l'incision des tissus sous-cutanés et pour l'ouverture de la trachée-artère, on demeure vraiment surpris. Pouvait-on, en effet, choisir dans la région sous-hyoïdienne un point plus abondant en vaisseaux de tous genres? L'on comprend alors pourquoi M. Malgaigne a pu dire que, dans la plupart des observations publiées, il a fallu lier jusqu'à cinq et six vaisseaux, et l'on n'est plus étonné de voir la crainte de l'hémorragie empêcher si souvent les praticiens d'entreprendre la trachéotomie, même dans les cas les plus pressans.

Mais ce n'est pas seulement la perte du sang qui est à craindre dans cette section à découvert des veines et des artères thyroïdiennes que je critique ici : on ne redoute pas moins l'asphyxie par l'introduction du sang dans la trachée; « car, dit M. Trousseau, si, après avoir incisé la trachée, le chirurgien tâtonne et ne peut introduire la canule, à chaque mouvement d'inspiration, le sang s'engouffre dans le canal respiratoire, et comme l'air ne peut y pénétrer en même temps, une asphyxie presque immédiate peut en être la conséquence. »

Il ne faut donc pas trop s'étonner après cela que M. Récamier ait pu recommander de faire l'opération en deux temps et de n'ouvrir la trachée qu'après vingt-quatre heures, pour être bien sûr que le sang est arrêté, comme si le plus souvent l'asphyxie déjà menaçante du malade laissait au médecin le temps de mettre à profit ce singulier conseil; et l'on doit bien plutôt admirer M. le professeur Roux, qui, la bouche collée sur la plaie, aspira le sang introduit dans la trachée, et sauva son malade d'une mort certaine.

Ce n'est pas tout : supposons le chirurgien arrivé sans encombre jusque sur la trachée et celle-ci ouverte, *l'écartement des bords de la plaie trachéale* et *l'introduction de la canule*, voilà deux nouvelles difficultés qui, autant que les précédentes, ralentissent l'opération, la compliquent, et laissent l'enfant dans le plus grand danger.

« Quant à l'écartement de la plaie, dit M. Malgaigne, l'élasticité des anneaux divisés de la trachée y fait seule obstacle. Il semble que, comme ils ne font pas un cercle complet, leur division doit déterminer la tendance qu'ils ont à se rapprocher; mais ils sont intimement unis aux anneaux voisins par le tissu fibreux trachéal qui les empêche de perdre leurs rapports. Il faut, pour vaincre cette résistance, faire une incision très étendue; ou a même conseillé, poursuit le même auteur, de faire éprouver aux anneaux une perte de substance; mais peut-être, ajoute-t-il, y parviendrait-on plus sûrement en divisant de côté et d'autre le tissu fibreux qui unit aux anneaux cartilagineux demeurés intacts les anneaux divisés (3). »

Ainsi, ce n'est rien moins que par une échancrure faite à la trachée, ou par une espèce de porte à deux battans ouverte sur les lèvres de l'incision trachéale, qu'on propose d'introduire la canule; je laisse à juger de la simplicité et de la célérité du procédé.

Et encore ce procédé resterait-il insuffisant, car on sait que l'instant de l'opération le plus grave pour le malade et le plus embarrassant pour le chirurgien est celui où, l'incision de la trachée étant faite, toute grande qu'on la suppose, on en veut écarter les bords et y faire pénétrer la canule.

(1) Malgaigne, Méd. opér., p. 515, 3e édit.
(2) Velpeau, Méd. opér., t. III, p. 682, 2e édit.
(3) Malgaigne, Méd. opér., p. 515, 3e édit.

Le sang, en effet, s'engloutit alors dans la trachée à chaque inspiration et suffoque le malade; de plus, il masque l'ouverture trachéale, que recherche à tâtons l'opérateur, dont la précipitation augmente encore les difficultés; ni doigt, ni dilatateur, ni canule n'entrent, et l'hémorrhagie, si elle existe, continue par la gêne même de la respiration, jusqu'à ce qu'on ait enfin atteint le but désiré.

Mais une circonstance qui, plus que toute autre, augmente les difficultés de l'introduction de la canule, c'est la mobilité incessante de la trachée, dont on suit avec peine les déplacemens au fond d'une plaie profonde.

Déjà même cette mobilité a pu causer bien des accidens : incisée au hasard, et souvent incomplètement, la trachée, excitée encore par le sang qui pénètre en sifflant dans son intérieur par une étroite fissure, s'échappe de dessous l'instrument tranchant et laisse l'opérateur dans le plus grand embarras. Le bistouri sorti de la trachée n'y peut rentrer et fait quelquefois une seconde ouverture, que le danger imminent de suffocation rend nécessaire; ou bien, porté par un mouvement mal dirigé, trop rapide, il va ouvrir quelque vaisseau important, blesser même le fond de la trachée et atteindre l'œsophage, comme cela est arrivé à Dupuytren lui-même; et comme on en trouve un exemple de M. Sédillot, cité par M. Lenoir dans sa thèse de concours. Aussi a-t-on essayé de parer à ces graves accidens en fixant comme on a pu la trachée de diverses manières. Bauchot, chirurgien de la marine royale, à qui l'on doit le bronchotome vanté par Louis, avait inventé une espèce de fourches à branches mousses pour cet objet; Sanson aîné employait simplement une pince de dissection mise à cheval sur l'organe; M. Bretonneau et avec lui M. Trousseau se servent d'une érigne très fine et à manche pour attirer en avant et fixer la trachée pendant l'incision. M. Trousseau conseille même de profiter de ces mouvemens de va et vient de la trachée pour l'inciser au moment où, portée en avant, elle s'offre au tranchant du bistouri; mais on comprend que toutes ces manœuvres sont peu sûres et d'une très difficile exécution.

Enfin, pour terminer ce qui me reste à dire de la méthode opératoire que je critique ici, je dois signaler l'inconvénient de fixer la canule au moyen de lacs entourant le cou et se nouant en arrière; alors il arrive de deux choses l'une : ou ces liens mal serrés ne servent à rien; ou, serrés convenablement, ils compriment le cou, non seulement dans l'état de rémission croupale du malade; mais encore et bien plus pendant les accès, alors que le cou se gonflant avec force a à lutter contre un collier inextensible. De la compression des jugulaires, obstacle à la circulation veineuse, congestion cérébrale et apoplexie se joignant à l'asphyxie pour faire périr plus sûrement le malade.

On le voit, si on ne peut contester à la trachéotomie, telle qu'elle est ordinairement pratiquée, l'avantage appréciable sans doute de conduire dans un point de la trachée plus convenable, soit pour l'établissement de la canule, soit pour les manœuvres du traitement consécutif, on ne saurait nier aussi que le procédé mis en usage n'y fasse pénétrer qu'à travers des dangers presque inévitables.

Je passe à l'exposition des moyens d'opération plus parfaits peut-être que je propose.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Réflexions sur la fièvre typhoïde*; par M. Daumerie. 2° *Etudes sur la maladie de la hanche*; par M. Pigenlet. (Premier article. Mémoire fort étendu où toutes les questions relatives à la coxalgie sont approfondies avec une érudition remarquable.); 3° *Rétention d'urine, ponction sus-pubienne, établissement d'une canule à demeure*; par M. Heylaerts. (Le malade, chez lequel existait un rétrécissement très serré de l'urètre, était si affaibli lors de la ponction que l'auteur préféra laisser une canule à demeure plutôt que de le fatiguer en cherchant à rétablir les voies naturelles. Depuis quatre ans, le malade entretient et change lui-même la canule.) 4° *Hernie inguinale étranglée, suivie d'anus contre nature*; par le même. (Cas fort simple, suivi de guérison. La sortie des matières fécales par la plaie ne s'était faite que le douzième jour de l'opération.) 5° *Coup de feu traversant la poitrine, déviations répé-*

tées éprouvées par le projectile, anomalies diverses dans le cours des artères; par M. Allenaer. (La circonstance la plus intéressante de ce fait est la suivante : la balle entrée en dehors du mamelon droit se dirigea en bas, alla frapper le foie, puis se releva pour aller sortir du côté gauche. L'auteur se demande pourquoi la balle se releva après avoir touché le foie; mais il ajoute que ce changement dans sa direction primitive pourrait bien lui avoir été imprimé par sa rencontre en ce point avec quelques esquilles d'une côte qu'elle avait brisée en entrant dans la poitrine.) 6° *Observations de fractures compliquées, traitées par le bandage amidonné, suivies de quelques réflexions sur l'emploi de ce bandage*; par M. Seutin. 7° *Nouveau fait de méningo-céphalite consécutive à une gastro-entérite, guérie par le vésicatoire appliqué sur la tête, alors que beaucoup d'autres moyens avaient échoué*; par M. Thirion. 8° *Abcès dans l'abdomen, simulant une rétention d'urine*; par M. Joly. (Un homme anciennement affecté d'hépatite portait une tumeur dans le bas-ventre. Celle-ci avait graduellement descendu. Un jour, le malade est saisi de coliques et perd connaissance. Un médecin appelé trouve la tumeur occupant l'hypogastre; il veut sonder et ne le peut. Croyant qu'il s'agit d'une rétention d'urine, il plonge au-dessus du pubis le trocart qui donne issue à un litre et demi de pus. Le malade guérit. L'auteur pense que c'était un abcès du foie, qui avait fusé entre le péritoine et le plan musculaire.) 9° *Deuxième note sur l'inoculation stibiée*; par M. Debourge. 10° *Du tartre stibié comme moyen révulsif externe*; par M. Pigeolet. 11° *Quelques mots sur le traitement des fissures à l'anus par l'extrait de ratanhia*; par M. Payan. (Plusieurs cas de guérison par le procédé de M. Trousseau qui consiste à donner tous les jours un lavement à l'eau simple; puis, demi-heure après, le quart du lavement suivant : extrait de ratanhia, 4 grammes; alcool, 1 gr.; eau commune, 200 gr.)

OBSERVATIONS DE FRACTURES COMPLIQUÉES TRAITÉES PAR LE BANDAGE AMIDONNÉ; SUIVIES DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DE CE MOYEN; par M. SEUTIN.

Nous ne relaterons pas les observations consignées dans ce travail : elles n'ont rien que de fort simple. Nous ferons connaître seulement quelques préceptes que M. Seutin donne sur l'application de ce bandage. Cette méthode, dit-il, doit encore lutter longtemps contre les erreurs de ceux qui l'emploient sans en avoir une connaissance parfaite et contre la prévention de ceux qui la critiquent sans la connaître. Les premiers ne sont peut-être pas ceux qui causeront le moins d'obstacles à sa généralisation. Ainsi, faute de la bien connaître, on voit des praticiens la restreindre aux fractures simples et même à une certaine période de leur durée; d'autres négligent la déambulation et les mouvemens passifs à imprimer au membre; ceux-là enfin usent du bandage comme s'il était inamovible, ou suivent dans son application des procédés défectueux. De là, des écueils, des accidens, des guérisons difficiles, toutes choses dont on ne manque pas de gratifier la méthode et de se prévaloir pour la repousser.

M. Seutin a maintenant pour principe de transformer promptement le bandage amidonné en appareil amovible. Dès le deuxième ou troisième jour, aussitôt que sa dessiccation est achevée, il le fend par une section longitudinale, en deux valves dont l'écartement permet ensuite de visiter la surface malade et de placer les topiques appropriés en contact avec elle. La contention est assurée par un lien circulaire. Elle n'est pas moins parfaite; et la compression peut être graduée à la volonté du chirurgien selon les circonstances.

On entend souvent reprocher au bandage amidonné d'excorier la peau, d'entretenir et d'aggraver les ulcérations qui existaient déjà à la surface du membre. Mais cet inconvénient, dit M. Seutin, n'est pas du fait du bandage amidonné. Il appartient en propre à la dextrine que M. Velpeau a voulu substituer à l'amidon. En effet, le mode d'application de ces deux substances est tout différent. La dextrine ne pouvant s'employer que sous forme liquide, les bandes et les cartons doivent y être trempés. Leurs deux surfaces en sont donc garnies; de là des frottemens douloureux pour la peau, une fois que la dessiccation est opérée. Au contraire, l'amidon sous forme d'empois peut être distribué par le chirurgien au fur et à mesure de l'application du bandage. Celui-ci peut donc se borner à en recouvrir la surface externe des pièces de pansement, au lieu de les imbiber comme lorsqu'il procède avec la dextrine. Aussi la face interne ne devient-elle jamais rugueuse entre les mains de M. Seutin qui emploie de préférence l'amidon.

IX. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux suivans : 1° *Rapport sur le travail des enfans et la condition des ouvriers dans la province d'Anvers*; par M. Matthyssens. 2° *Lumbago intermittent guéri par le sulfate de quinine*; par M. Henrotay. 3° *Observation de gastro-entérite aiguë, entée sur un état chronique; mort prompte; ramollissement gélatiniforme probable*; par M. Piérard. 4° *Pupille artificielle pratiquée avec succès*; par M. Lutens jeune. (Procédé de Gibson exécuté pour un cas d'opacité cornéenne très étendue. La vue a été améliorée.) 5° *Note sur la compression des carotides dans la céphalalgie*; par M. Dechange. 6° *Polype fibreux de l'utérus, arrachement, guérison*; par MM. Matthyssens et Leva. (La malade, après de nombreuses hémorragies, était tombée en syncope. Sans tarder, on saisit le polype avec un petit forceps de Smellie et on le détacha par un mouvement de rotation sur son axe. Il n'y eut pas d'accidens, et les hémorragies cessèrent dès cet instant.) 7° *Instrument dilatateur graduel du canal de l'urètre*; par M. Jastrzembski. 8° *Emploi comparatif des préparations camphrées et du sulfure calcaire liquide dans le traitement de la gale*; par M. Henrotay.

LOMBAGO INTERMITTENT A TYPE QUINTANE, GUÉRI PAR LE SULFATE DE QUININE; par le docteur HENROTAY.

Le type quintane dans les affections intermittentes est assez rare pour qu'il ait été nié; le cas suivant prouverait sa réalité s'il en était besoin; il se recommande en outre par la forme particulière qu'a prise dans cette circonstance l'affection périodique.

OBS. — M. H..., âgé de 42 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament musculoso-sanguin, a toujours joui d'une bonne santé à de rares exceptions près. Il habite une rue située près de l'Escaut et de la citadelle où la fièvre intermittente se montre très fréquemment. En 1828, au retour d'un voyage en Hollande, il fut pris d'une fièvre d'accès qui ne céda complètement au sulfate de quinine qu'au bout de six mois. Depuis, il s'est plaint de douleurs rhumatismales vagues qui ne l'ont point forcé de quitter son service. Le 25 février, appelé auprès de lui, je le trouve se plaignant de douleurs excessivement vives dans la région lombaire, et ces douleurs augmentaient au moindre attouchement, surtout du côté droit. Du reste, aucune lésion locale, ni trouble fonctionnel, sinon un peu de constipation et une très légère fréquence du pouls (18 sangsues *loco dolenti*, cataplasmes émolliens, 64 grammes d'huile de ricin).

Le 26, le malade était un peu soulagé, mais les douleurs persistaient encore. (12 nouvelles sangsues sont appliquées.)

Le 27, la douleur ayant entièrement cessé, le malade se croyant guéri voulait reprendre son service.

Le 29, retour des mêmes accidens que le 25; croyant à une rechute suite d'un refroidissement, je prescris 15 sangsues et de cataplasmes avec un purgatif composé. Le lendemain, les douleurs étaient un peu calmées. Le 2 et le 3, elles avaient entièrement cessé.

Le 4 et le 8, le malade eut deux nouvelles attaques exactement semblables en durée et en intensité à celles qu'il avait éprouvées les 25 et 29; convaincu que j'avais à combattre une affection intermittente, je prescrivis 8 décigrammes de sulfate de quinine. L'attaque du 12 n'eut pas lieu, et les douleurs lombaires n'ayant pas reparu M. H... reprit son service le 16.

DE LA COMPRESSION DES CAROTIDES DANS LA CÉPHALALGIE; par le docteur DECHANG.

Ce moyen, déjà employé et indiqué par M. Blaud, de Beaucaire, et presque oublié aujourd'hui, a réussi dans plusieurs cas à l'auteur de cette communication. Nous allons reproduire brièvement ces faits.

OBS. I. — Le sujet en est l'auteur lui-même qui atteint, dans le cours d'un voyage dans l'Amérique centrale, d'une fièvre intermittente de mauvais caractère et éprouvant, pendant le stade de la chaleur, de violentes douleurs dans la région occipitale gauche, et portant le doigt sur la carotide *droite*, dans le but d'explorer le pouls carotidien, remarqua avec surprise que les douleurs cessant brusquement, la compression de la carotide gauche ne produisait pas le même résultat. La compression exercée de nouveau pendant une minute sur la carotide droite eut encore le même succès. Suspendue, les douleurs reparaissent avec l'afflux du sang, mais ayant perdu une grande partie de leur intensité. Pendant plusieurs jours il eut recours au même moyen, et le résultat fut constamment le même.

OBS. II. — Le domestique de l'auteur, dans ce voyage, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne, était en proie à un délire si violent que deux hommes robustes avaient à peine à le retenir; on comprime les deux carotides, et, à l'instant même, il se sent soulagé et cesse de délirer. Les jours suivans, lorsqu'il sentait la période de chaleur arriver, il se comprimait lui-même les carotides et prévenait le délire.

OBS. III. — Une jeune personne éprouvait depuis deux jours des douleurs pulsatives dans la région sus-orbitaire droite, qu'elle attribuait à un travail longtemps prolongé. La compression de la carotide gauche suspendit à l'instant même les douleurs. Elles se montrèrent de nouveau dans la journée à deux reprises, mais avec moins de force, pour disparaître complètement.

D'autres cas qui diffèrent peu des précédens sont encore rapportés à

l'appui de ces effets avantageux de la compression des carotides qui produit encore le même effet dans les douleurs de tête provoquées par l'usage immodéré du vin et des liqueurs alcooliques. Il reste pourtant une difficulté à éclaircir : c'est de déterminer si on peut comprimer la carotide primitive sans comprimer en même temps quelques-uns des nerfs qui se trouvent dans la région occupée par le vaisseau et quelle part peut avoir dans le succès la pression des nerfs, et particulièrement celle du pneumo-gastrique. Il serait d'autant plus important de déterminer ce point que les céphalalgies qui se montrent dans les fièvres intermittentes et après les excès de boissons alcooliques tiennent réellement à une augmentation de la quantité du sang projeté dans le crâne.

INSTRUMENT DILATATEUR GRADUEL DU CANAL DE L'URÈTRE; par M. JASTRZEMBSKI.

Le nom de cet instrument explique assez bien les indications pour lesquelles il a été construit. Il représente une tige droite, de la grosseur d'une plume d'oie. Cette tige est divisée dans toute sa longueur en deux parties égales, l'une supérieure, l'autre inférieure. Dans l'intérieur de ces deux parties se trouve une rainure destinée à recevoir quatre petites lames de métal, d'égale longueur, qui unissent les deux parties de la tige et qui sont à charnières pour permettre à la tige de s'ouvrir. Une cinquième lame, placée près du manche, sert également à soulever la partie supérieure de la tige. Une clef ouvre ou ferme l'instrument au degré voulu. Par un engrenage auquel s'ajuste un petit crochet, on fixe l'instrument dans le degré de dilatation qu'on lui a donné. Un petit ressort sert à maintenir le crochet lui-même.

D'après la manière dont les deux branches glissent l'une sur l'autre en s'écartant, on comprend que, lorsque l'instrument est ouvert, une seule des branches se présente en avant, de manière qu'on peut plus facilement lui faire pénétrer la partie rétrécie du canal. Avant de fermer les branches, il faudra avoir soin d'imprimer au manche un mouvement de rotation, pour éviter qu'un repli de la muqueuse ne soit pincé. Du reste, l'auteur déclare n'avoir pas encore fait usage de son instrument sur le vivant.

— Cet instrument, convenablement perfectionné, pourra, nous le pensons, trouver de nombreuses indications dans le traitement des strictures de l'urètre. Il a l'avantage de ne forcer l'obstacle qu'après l'avoir pénétré, d'agir par conséquent toujours sur lui de dedans en dehors, du centre à la circonférence, et de ne point exposer aux fausses routes ni aux déchirures. Nous ferons seulement observer que la découverte ne peut en aucune manière être attribuée à M. Jastrzembski. Un instrument fait sur le même principe a été décrit en 1836 par M. Moutain (voir MÉMOIRES DE THÉRAPEUT., p. 31) sous le nom de *sonde brisée à bascule.* Outre le mérite d'une construction très simple, l'instrument du chirurgien de Lyon a encore l'avantage d'être courbe et d'avoir déjà été appliqué avec succès dans plusieurs cas par son ingénieux auteur.

X. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations pratiques sur les plaies pénétrantes des articulations*; par M. Decaisne. (L'auteur conseille les affusions d'eau froide.) 2° *Observation d'une plaie par arme à feu, traversant les parties centrales du cerveau, suivie de guérison*; par MM. Liévens et Demoor. 3° *Mémoire sur une innovation apportée au stéthoscope*; par M. Vallez. 4° *Faits relatifs à l'époque où cesse la menstruation chez la femme et aux effets qui en résultent sur la santé*; par MM. Muynck et Kluyskens. 5° *Reproduction périodique de calculs urinaires chez une jeune fille*; par M. Hullin.

OBSERVATION D'UNE PLAIE PAR ARME A FEU TRAVERSANT LES PARTIES CENTRALES DU CERVEAU, SUIVIE DE GUÉRISON; par MM. LIÉVENS et DEMOOR.

Après les cas cités par Larrey et par Quesnay, l'observation suivante n'a pas l'importance d'un fait exceptionnel ; cependant la précision avec laquelle le diagnostic a été porté et la singularité des phénomènes consécutifs lui donnent un véritable intérêt.

OBS. — Une femme, âgée de 54 ans, reçut, le 25 janvier 1842, un coup de pistolet. Un quart d'heure après, elle fut examinée. Le projectile (chevrotine) entré à la partie postérieure et inférieure droite du crâne, vers la ligne courbe supérieure de l'occipital, à 12 lignes de la partie moyenne, était sorti à la partie supérieure droite du front, à un tiers de pouce environ de la ligne médiane. La malade avait perdu près de 5 onces de sang. Elle était plongée dans un sommeil léthargique. Abolition complète de toutes les fonctions sensoriales et motrices, température du corps abaissée ; émission involontaire des fèces et des urines ; flaccidité de tous les membres ; pouls imperceptible. Un stylet introduit par les ouvertures d'entrée et de sortie ne fit reconnaître aucun corps étranger ; mais ce cathétérisme prouva suffisamment que le crâne avait été traversé de part en part.

Trois heures après, la blessée commença à répondre aux questions, lentement mais avec assez de lucidité. Les membres du côté droit (du même côté que la lésion) restèrent seuls paralysés. L'abaissement de la température persistait. La malade ne se souvenait en aucune manière de l'accident qu'elle avait éprouvé.

Le 28 janvier, la fièvre traumatique développa de fortes douleurs dans la nuque, vers la plaie ; gémissemens ; douleurs dans les membres, surtout du côté paralysé, contracture des doigts de la main droite. (Lotions avec l'infusion froide d'arnica sur la tête. Extrait d'aconit à l'intérieur.) Ces symptômes se calmèrent par degrés.

Du 4 au 28 février, la malade commence à s'alimenter ; la plaie postérieure se cicatrise.

Du 1er mars au 9 juin, l'intelligence et la locomotion se rétablissent. Les souvenirs reviennent d'abord, puis la vue et l'odorat. Le membre inférieur droit reprend aussi sa sensibilité, puis sa motilité. Enfin, le 28 septembre de la même année, elle n'avait conservé de son accident qu'une paralysie du mouvement du bras droit avec sentimens obtus et contracture des doigts, et une légère gêne dans les mouvemens du membre inférieur du même côté.

FAITS RELATIFS A L'ÉPOQUE OU CESSE LA MENSTRUATION CHEZ LA FEMME ET AUX EFFETS QUI EN RÉSULTENT SUR SA SANTÉ; par MM. DE MUYNCK et KLUYSKENS.

On s'est beaucoup plus occupé de l'époque où apparaît la menstruation que de celle où elle cesse ; le plus grand nombre de femmes qui se trouvent à la première de ces époques, l'intérêt qu'inspire leur âge, le peu de gravité qui accompagne la seconde dans la plupart des cas sont les principales causes de cette différence. Cependant peut-être ne s'est-on pas assez occupé de cette dernière et a-t-on souvent attribué à des dispositions morbides de la matrice ce qui n'était qu'une prolongation de l'état normal et *vice versâ.* Les faits suivans que nous allons reproduire brièvement pourront jeter quelque jour sur ces questions.

RETOUR DES RÈGLES A UN AGE TRÈS AVANCÉ; GUÉRISON D'AFFECTIONS OPINIATRES.

OBS. — Une religieuse, âgée de 62 ans, d'une constitution sanguine, fut prise, lors de la cessation du flux menstruel, à 52 ans, d'une gastralgie opiniâtre. Après avoir été traitée, pendant neuf ans, par une dizaine de médecins différens, sans soulagement, voici les symptômes qu'elle m'offrit : Palpitations avec douleur à l'épigastre deux ou trois heures après l'ingestion d'alimens ; digestions lentes et pénibles ; éructations fétides, constipation, appétit nul, langue pure, urine aqueuse, pouls naturel, caractère irritable, sommeil bon. (Régime légèrement tonique ; de loin en loin application de quelques sangsues à l'anus ; remonter le moral de la malade.) Au bout de quelque temps, les souffrances étaient moins vives, la constipation moins opiniâtre, sentiment de bien-être inconnu depuis plusieurs années. L'amélioration va en continuant jusqu'au moment où une évacuation sanguine par l'utérus se manifeste, durant quatre jours, sans douleurs ni désordre fonctionnel quelconque, mais avec amendement considérable des phénomènes de la gastralgie. Un autre écoulement arrive vingt-huit jours après ce premier, et à partir de ce moment les menstrues reviennent avec leur régularité normale, et aujourd'hui, que cette dame est âgée de 73 ans, elles ont toute l'exactitude qu'elles avaient à vingt ans. Depuis ce retour, non-seulement tous les accidens gastralgiques ont disparu, mais elle n'a cessé de jouir d'une santé parfaite.

OBS. II. — Une religieuse, âgée de 90 ans, réglée de l'âge de 15 ans jusqu'à 52, fut atteinte à dater de cette dernière époque, pendant deux ans et par intervalle, de coliques violentes auxquelles succéda un tic douloureux à paroxysmes très tranchés et qui résista à un très grand nombre de moyens. Il ne cessa qu'à l'âge de 60 ans, époque où cette religieuse fut reprise, sans douleurs, d'un nouveau flux menstruel qui, depuis, est revenu mensuellement et d'une manière régulière ; elle jouit d'une bonne santé et de l'intégrité de toutes ses facultés morales et intellectuelles et présente, en outre, des goûts et des idées qui sont l'apanage de la jeunesse.

Les exemples de menstruations qui se sont prolongées jusqu'à un âge avancé ne sont pas rares ; beaucoup d'auteurs parlent de femmes qui ont, à l'âge de 67 à 70 ans, mis au monde des enfans bien portans ; cependant les deux faits signalés ici sont opposés à l'opinion commune d'après laquelle ces menstruations prolongées se remarqueraient principalement chez des femmes adonnées aux plaisirs de l'amour. Les sujets des deux observations précédentes étaient voués au célibat et menaient une vie dure et austère.

HÉMORRAGIE SUPPLÉMENTAIRE PAR LA MAMELLE A UN AGE AVANCÉ, ALTERNANT AVEC DES ACCIDENS D'ASTHME ET SE TERMINANT PAR LE CANCER DU SEIN.

OBS. III. — M..., mère d'un confrère, douée d'une constitution sanguine, a eu trois enfans et a joui, pendant quarante ans, d'une excellente santé. A cet âge,

la menstruation devenait moins abondante. M... commence à ressentir des douleurs vagues dans les extrémités inférieures et supérieures avec sentiment de fatigue et d'oppression. Cet état dura pendant deux ans sans frapper l'attention. Alors ces symptômes augmentèrent, et elle fut prise, de temps à autre, d'accès d'asthme qui avaient surtout lieu à l'approche de ses règles qui étaient chaque fois accompagnées d'un gonflement du sein gauche, avec prurit insupportable autour du mamelon, sans que l'autre en éprouvât rien de semblable; cependant le gonflement du sein augmenta sensiblement, et bientôt présenta des veines très saillantes, et le mamelon dans un état d'érétisme, entouré d'une auréole d'un rouge violet.

Les règles devenaient de plus en plus rares et les accès d'asthme plus fréquens et plus intenses et résistaient à tous les moyens employés. Un jour il s'écoula de son sein gonflé une certaine quantité de sang rouge pâle, goutte à goutte, représentant de 90 à 120 grammes; elle avait alors 52 ans; les règles avaient entièrement cessé.

Cette hémorragie lui procura un soulagement marqué sous le point de vue des accidens de l'asthme et du sein qui, après cette évacuation, revint à son volume et à son teint naturel. Depuis cette époque, un état d'orgasme se manifestait à peu près périodiquement dans ce sein, comme on l'observe dans la matrice à la veille de l'apparition des règles. L'écoulement sanguin suivait, et, lorsqu'il n'était pas assez abondant, les accès d'asthme reprenaient avec intensité.

Elle vécut ainsi, avec ce flux menstruel singulier, pendant cinq ans et demi, époque à laquelle se déclara, dans le sein, une tumeur squirrheuse qui passa bientôt à l'état cancéreux, et elle succomba à l'âge de 58 ans.

REPRODUCTION PÉRIODIQUE DE CALCULS URINAIRES CHEZ UNE JEUNE FILLE; par le docteur HULLIN.

L'observation suivante présente un exemple trop remarquable de diathèse calculeuse déterminant la reproduction de calculs urinaires avec une périodicité prononcée pour que nous ne la reproduisions pas avec tous les développemens que lui a donnés le docteur Hullin, et sans lesquels elle perdrait une partie de son intérêt. Les exemples de diathèse calculeuse ne sont pas très rares, bien qu'ils offrent très rarement des caractères aussi tranchés; mais, ce qui est encore moins fréquent, c'est la périodicité dans la reproduction des calculs chez le même individu. La science en possède quelques exemples; le suivant ne sera pas le moins important.

OBS. — C. de Bruyère, âgée de 43 ans, pensionnaire à l'hospice de la Charité de Gand, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution très débile, naquit à Gand, en 1800, de parens presque indigens. Sa mère ayant, au bout de quelques années de mariage, été atteinte d'un calcul vésical, fut opérée de la taille et succomba aux suites de l'opération. Dès son enfance, elle se plaignit de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen et aux parties sexuelles chaque fois qu'elle devait satisfaire le besoin d'uriner. Les urines étaient constamment épaisses, blanchâtres et sédimenteuses; elle conserva toujours cette incommodité. A l'âge de 5 ans, elle fit une chute sur le côté gauche et se fractura le col du fémur. La fracture se consolida après un long traitement, mais avec difformité du membre qui ne lui permet plus de marcher qu'avec le secours de deux béquilles. A 11 ans, une seconde chute détermine la fracture des deux os de la jambe, et elle entra à l'hospice de la Charité. Ces fractures se consolidèrent de nouveau, mais rendirent la progression encore bien plus difficile. A 17 ans, troisième chute dans laquelle la rotule gauche est divisée en travers. A partir de ce moment, elle ne quitta plus le lit; ses membres s'atrophièrent et furent depuis incapables de la soutenir. A 18 ans, apparition des menstrues, qui se suppriment subitement sous l'influence d'un saisissement et n'ont plus reparu depuis; seulement, à un intervalle de trois à quatre mois, un léger écoulement sanguin avait lieu par l'oreille droite, sans aucune incommodité pour la malade.

Vers l'époque de la puberté, la difficulté d'uriner s'accrut, les douleurs qui suivaient les émissions des urines devinrent plus fortes. Souvent elles ne coulaient que goutte à goutte ou cessaient complètement de couler. Le mal alla toujours en s'aggravant jusqu'en 1820, époque où il était intolérable. En explorant la vessie, on y reconnut la présence d'un calcul dont la malade fut débarrassée par l'opération de la taille. Il avait le volume d'une grosse noix, était d'un blanc grisâtre et rugueux à sa surface. Catherine se rétablit promptement, mais ses urines restaient toujours blanchâtres, épaisses et déposaient un sédiment abondant et sablonneux. En 1832, des douleurs vagues d'abord, puis positives, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, se firent sentir vers la région du rein gauche, puis s'accrurent, devinrent déchirantes et s'étendirent en suivant le trajet de l'uretère gauche, déterminant de l'inappétence, des vomissemens, une constipation opiniâtre, coloration des urines et accidens fébriles. Puis ces fortes douleurs diminuèrent, les vomissemens s'éloignèrent et les autres symptômes perdirent de leur intensité; l'émission des urines était au contraire plus douloureuse et se supprimait même parfois totalement. Alors la religieuse de service ayant, dans un de ces momens de rétention, introduit la sonde pour vider la vessie, sentit l'instrument heurter contre un corps dur; on reconnut la présence de sept ou huit calculs qui furent extraits par un procédé fort simple. Ces calculs, ramenés au moyen d'une curette au devant de l'orifice de l'urètre, étaient ensuite retirés au moyen d'une pince à pansement. Tous les symptômes disparurent pendant quatre mois, puis se firent sentir de nouveau avec les mêmes caractères que précédemment, et eurent pour résultat l'expulsion de plusieurs calculs. Depuis cette époque, ces sortes d'accès ont pris une forme périodique et se sont ainsi renouvelés jusqu'à ce jour, régulièrement et à des intervalles de trois à cinq mois, ce qui permet aux personnes qui la soignent de déterminer à l'avance le moment d'un nouvel accès. Les récidives nombreuses qui ont eu lieu depuis onze années ont tellement exercé les sœurs qui lui donnent des soins qu'elles ne préviennent pas le médecin au commencement de l'accès, et délivrent toujours elles-mêmes la malade des produits calculeux qui en sont la cause. Pour extraire ces calculs, la sœur se sert simplement d'une sonde de femme, légèrement recourbée et d'une pince à dissection; lorsque les calculs sont trop gros, elle les brise en fragmens qui sont ensuite retirés successivement.

Dans l'intervalle des accès, lorsque la malade se porte le mieux, elle ressent néanmoins parfois de légers élancemens douloureux dans la région du rein gauche, qui augmentent de fréquence au fur et à mesure que le moment de l'accès approche. Quelquefois, à la suite de l'expulsion des concrétions, les urines contiennent une petite quantité de sang qui n'est que le résultat de quelques érosions faites au canal de l'urètre. Jamais il n'y a eu ni hémorragies ni pus dans les urines.

La forme et le volume des calculs sont très variables; leur forme la plus ordinaire est allongée, plus ou moins aplatie dans le sens de leur épaisseur; leur longueur varie de 4 à 6 centimètres, et leur poids de 8 à 12 grammes; peu solides au moment de leur extraction, ils durcissent considérablement au contact de l'air.

La commission prise dans la Société de médecine pour faire un rapport sur cette importante observation, et dont le docteur Mareskan était rapporteur, a soumis à l'analyse et séparément un fragment d'un calcul et une certaine quantité de gravier rendus par la malade. Il résulte des expériences auxquelles se sont livrés les commissaires sur ces deux échantillons :

1° Que le calcul était formé d'acide silicique et d'une matière organique, et que ces deux substances s'y trouvaient dans le rapport, la première de 80,5, et la seconde de 19,5 pour 100. Il ne contenait ni acide urique, ni oxyde cystique.

2° Que le gravier était composé, pour la plus grande partie, de phosphate calcique et contenait des traces d'acide silicique et d'acide oxalique et une matière organique.

Il résulte donc de cette analyse que le gravier n'est pas de la même nature que le calcul. Il est formé, pour la plus grande partie, d'un des sels des urines, et notamment de celui qui existe dans les os, et dont la prédominance a pu produire leur fragilité. Cette fragilité s'explique donc par l'excès continuel du phosphate calcique dans l'économie; par conséquent les maladies du système osseux et le dépôt sablonneux des urines peuvent être considérés comme le résultat d'une seule et même cause.

XI. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

La première livraison de l'année 1844 contient les travaux suivans : 1° *Rapport sur le service médical de la maison de sûreté civile et militaire de Bruges, pendant l'année* 1843; par M. Wemaer. 2° *Observations sur les fièvres intermittentes de la Zélande*; par M. Vermeulen. 3° *Observation sur l'emploi du proto-iodure de fer contre la blennorrhée de l'urètre*; par le même. (Cas de guérison à l'aide d'injections contenant cette substance. L'auteur conseille de commencer par une solution de 5 centigr. sur 30 grammes d'eau.) 4° *Observation de tumeur congénitale de la langue*; par MM. Van Oye et Van Biervliet. (Un enfant vint au monde avec une hypertrophie de la langue telle que cet organe sortait de la bouche et qu'il rendait la succion et la déglutition impossibles. Vingt-quatre jours après la naissance, on essaya la cautérisation portée à l'intérieur de la tumeur avec le sublimé, puis une ligature en masse. Mais la tumeur continuant à s'accroître, on coupa la langue à sa base avec le bistouri. L'enfant guérit bien. La tumeur était constituée par une hypertrophie simple du tissu lingual.) 5° *Observation de nouure du cordon ombilical*; par M. Comein. (L'enfant, que la mère avait senti remuer vingt-quatre heures avant sa naissance, vint mort, sans aucune cause qui pût l'expliquer : seulement le cordon offrait dans son milieu un nœud très serré. Ce cordon avait 18 pouces de longueur; mais il faisait quelques circonvolutions autour du cou de l'enfant.) 6° *Note sur les substances toxiques qui servent à colorier les écussons d'argile dont les boulangers font usage pour orner leurs gâteaux.*

XII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Observations et considérations supplémentaires sur le glaucôme, la cataracte glaucomateuse et la névralgie oculo-circum-orbitaire symptomatique*; par M. Sichel. 2° *De la cataracte secondaire*; par M. Duval. 3° *De l'opération de la cataracte faite sur un seul œil, sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil op-*

posé; par M. A. Bérard. 4° *Consultation. Amaurose consécutive à une fièvre typhoïde et rebelle aux moyens hygiéniques et thérapeutiques mis en usage pour la combattre*; par M. Meliton Amo. *Réponse à cette consultation*; par M. Sichel. (Rien qui mérite une mentiou particulière.) 5° *Note sur quelques essais de l'emploi de la strychnine par inoculation dans le traitement des amauroses. — De la section du droit interne dans la diplopie amaurotique, avec impossibilité de regarder en dehors*; par M. Gnépin. (L'inoculation du sulfate de strychnine est daugereuse chez les jeunes sujets, insignifiante dans les amauroses chlorotiques ainsi que dans celles où le malade voit d'un seul œil les objets multiples ou brisés. Dans les autres amauroses, il est utile, alors surtout qu'on a déjà épuisé l'action des autres agens thérapeutiques. Tels sont les corollaires que l'auteur a tirés de sou expérience.) 6° *Note sur la spécificité des ophthalmies*; par M. Szokalski. (V. GAZ. MÉD., 1844, n° 25.) 7° *Coup d'aleine dans l'œil gauche, datant de vingt jours; procidence traumatique partielle de l'iris et du corps ciliaire; amaurose complète; guérison*; par M. Desmarres. 8° *Études cliniques et anatomo-pathologiques sur l'onyx et l'hypopion*; par M. Carron du Villards. (Premier article.) 9° *Réponse aux observations critiques de M. de Condé sur les recherches expérimentales de M. de Haldat relatives au mécanisme de la vision*; par M. de Haldat. 10° *Sur un cas de symblépharon*; par M. Fl. Cunier.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE FAITE SUR UN SEUL ŒIL, SANS ATTENDRE QUE LA CATARACTE SOIT FORMÉE DANS L'ŒIL OPPOSÉ; par M. A. BÉRARD.

Cet article est un résumé substantiel des raisons qui doivent décider à opérer une cataracte avant que l'autre œil soit pris. Ceux qui veulent attendre craignent le trouble de la vue qui résulterait d'une force de réfraction devenue inégale entre les deux yeux; mais cet accident n'est pas fréquent, et des lunettes à verres proportionnellement inégaux suffiraient d'ailleurs à y remédier. On craint aussi que l'opération ne compromette l'œil sain, de même que celle qu'on sera obligé de faire sur lui plus tard pourra alors mettre pareillement en péril celui qui aura été précédemment opéré. Mais ces métastases de l'inflammation d'un œil à l'autre sont des faits rares; et jamais une éventualité aussi peu probable ne doit contr'indiquer une opération rationnelle d'ailleurs. — On allègue enfin qu'en attendant que les deux yeux soient pris, on peut les opérer le même jour, et qu'alors l'inflammation, si elle se développe, se concentre sur un seul et l'autre est sauvé. A cette objection, tant soit peu surannée, M. Bérard répond que l'observation n'a point démontré qu'il en soit ainsi; et que, pour être dans le vrai, il faut admettre que chaque opération expose également chaque œil, soit qu'un seul, soit que tous les deux soient opérés.

Plusieurs considérations justifient en outre directement le parti d'opérer un œil avant que l'autre soit cataracté. En agissant ainsi, l'individu ne sera pas forcé de rester, quelquefois très longtemps, avec la difformité de borgne et les inconvénieus qui dépendent de cet état. — En attendant la maturité de la seconde cataracte, on a le désavantage de laisser à la première le temps de se compliquer d'amaurose, d'adhérences. (Nous avons nous-mêmes appelé, en 1842 (V. GAZ. MÉD., p. 40) l'attention sur cette considération, qui nous semble le point capital de la discussion.) — On sait que l'opération faite d'un côté a souvent l'avantage de prévenir l'opacité de l'autre œil et même de la dissiper alors qu'elle commençait déjà à s'y former. Ce fait est constaté par l'observation directe. Tout surprenant qu'il paraît, d'ailleurs, il n'a rien qui doive répugner à l'admettre pour qui réfléchit à l'étroite sympathie qui unit des deux côtés les mouvemens de l'iris et ceux du globe oculaire. Ce n'est qu'un exemple de plus de cette sympathie.

SUR UN CAS DE SYMBLÉPHARON; par M. FL. CUNIER.

M. Cunier rapporte en quelques mots une opération qu'il pratiqua avec succès en 1842 pour un cas de symblépharon. Nous citons ses propres paroles.

L'adhérence du globe avec la paupière était le résultat d'une brûlure produite par un morceau de fer en ignition; la moitié de la pupille était recouverte, et les mouvemens du globe vers le canthe interne pour ainsi dire nuls.

Après avoir fixé une airigne dans la partie centrale de la portion cutanée fixée au globe, je contournai, en haut et en bas, le bord palpébral par deux incisions qui vinrent se joindre; l'airigne fut alors confiée à un aide qui luxa l'œil en dedans; et à l'aide de pinces, je séparai le plus que je pus du lambeau cutané adhérent.

Je détachai alors la paupière d'avec le globe tant en bas qu'en haut. Pour éviter qu'une nouvelle adhérence eût lieu, je passai immédiatement un pinceau imbibé de solution forte de nitrate d'argent entre les deux surfaces divisées.

A partir du lendemain, les deux surfaces furent touchées alternativement matin et soir avec une solution de 20 grains de nitrate d'argent cristallisé sur deux gros d'eau distillée; la pierre infernale fut portée sur les lambeaux que je n'avais pu séparer du globe.

Il fallut, plus tard, diviser le droit externe pour faire cesser le strabisme qui existait. En définitive, la paupière demeura séparée d'avec le globe oculaire, les mouvemens des paupières, comme ceux de l'œil, restant parfaitement libres, ainsi que M. Burggraeve l'a témoigné.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE.

RAPPORT ENTRE LE SENS DU COURANT ÉLECTRIQUE ET LES CONTRACTIONS MUSCULAIRES DUES A CE COURANT.

M. LONGET lit un travail fait en commun par M. Matteucci et lui sur ce sujet.

Les physiciens, disent les auteurs, ont étudié jusqu'à présent l'action du courant électrique, *à direction différente*, spécialement sur les nerfs lombaires et sciatiques des animaux, c'est-à-dire sur des cordons nerveux que les anatomistes appellent *mixtes*, parce qu'ils sont composés, sous une même enveloppe, de filets dont les uns conduisent les impressions, et les autres le principe de la contraction musculaire. Cette étude a démontré que si, dans une portion de la longueur d'un nerf de cette double nature, on fait passer immédiatement un courant *direct* ou dirigé du cerveau aux extrémités nerveuses, des contractions surviennent dans les muscles inférieurs, en fermant comme en ouvrant le circuit; et que les mêmes phénomènes sont produits par un courant *inverse*, c'est-à-dire par celui qu'on dirige des extrémités du nerf vers l'encéphale. Mais on a vu bientôt apparaître une autre période persistante dans laquelle les contractions n'ont plus lieu que dans deux cas: 1° au commencement du courant direct; 2° à l'interruption du courant inverse.

Telle est l'unique loi générale admise aujourd'hui sur la relation du sens des courans électriques avec les contractions musculaires qu'ils excitent, en passant dans les nerfs des animaux vivans ou récemment tués. La découverte fondamentale de Ch. Bell sur les fonctions différentes des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, a conduit MM. Matteucci et Longet à rechercher si cette loi, établie par des expériences exécutées seulement sur des nerfs mixtes, serait applicable ou non à des parties du système nerveux dont l'action n'est que centrifuge, ou exclusivement motrice: leurs recherches ont en conséquence été dirigées d'abord sur les racines spinales antérieures et sur les faisceaux correspondans de la moelle.

La racine spinale antérieure a été soumise aux courans galvaniques direct et inverse, dans les quatre conditions suivantes: la racine antérieure et la postérieure correspondante étant intactes; l'une et l'autre divisées; la postérieure intacte et l'antérieure divisée; la postérieure divisée et l'antérieure intacte.

Dans tous les cas, les contractions du muscle ou des muscles animés par la racine antérieure sur laquelle on agit, se manifestent d'abord confusément au commencement et à la fin du courant, quelle que soit la direction; mais après un certain temps les effets deviennent nets et durables: les contractions n'ont plus lieu qu'au commencement du courant inverse et à l'interruption du courant direct.

Relativement à l'influence du courant sur les faisceaux blancs antérieurs et latéraux de la moelle épinière, MM. Matteucci et Longet ont constaté que les contractions survenaient (après quelques instans ou après l'extinction de toute action réflexe) dans le train postérieur de l'animal (chien), seulement au commencement du courant inverse, et à l'interruption du courant direct, c'est-à-dire comme avec les racines antérieures.

Quant aux faisceaux latéraux, ils réagissent avec les courans direct et inverse, à la manière des antérieurs, en occasionnant toutefois des secousses convulsives moins persistantes et moins énergiques.

Voici les conclusions par lesquelles les auteurs terminent leur travail:

1° L'influence du courant électrique diffère totalement, quand elle s'exerce sur les nerfs exclusivement *moteurs*, dont l'action n'est que centrifuge, ou sur les nerfs *mixtes*, dont l'action est à la fois centrifuge et centripète.

2° Les premiers excitent les contractions musculaires seulement au commencement du courant *inverse* et à l'interruption du courant *direct*; tandis que les seconds ne les font apparaître qu'au commencement du courant direct et à l'interruption du courant inverse.

3° Les faisceaux antérieurs de la moelle épinière se comportent avec les courans direct et inverse à la manière des nerfs simplement moteurs.

4° Cette action différente et remarquable des courans électriques sur les nerfs seulement moteurs, ou à la fois moteurs et sensitifs, nous paraît devoir fournir un moyen sûr pour distinguer ces nerfs les uns des autres et pouvoir servir par conséquent à élucider une question qui divise encore aujourd'hui les physiologistes, celle de savoir s'il existe ou non des nerfs *mixtes* dès leur origine.

RACE DES CAGOTS.

M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, rappelle qu'il a adressé, il y a deux ans, une note sur les *cagots*, race qu'il a présentée comme conti-

nuant, dans les Pyrénées, les *goths*, qui, à diverses époques, furent refoulés dans ces contrées. Il met aujourd'hui sous les yeux de l'Académie six nouvelles figures prises parmi des cagots de diverses localités. Le caractère anatomique qui distingue les cagots des aborigènes, au milieu desquels ils se trouvent implantés, consiste dans la forme de l'oreille, qui est *ronde et sans lobule*.

M. Guyon appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur un fait consigné dans sa première note, à savoir que les cagots appartiennent à *une race de taille élevée et parfaitement conformée*, et que le goître et le crétinisme, dont un grand nombre de cagots sont entachés, ne tiennent qu'à la nature des localités habitées par ces derniers.

NERFS DU SYSTÈME FIBREUX.

M. Pappenheim, de Breslaw, adresse un travail sur le système fibreux et sur les nerfs de ce système. Frappé de ce fait que les maladies du système fibreux sont en général très douloureuses, quoiqu'on n'ait pu découvrir de nerfs dans plusieurs des parties qui constituent ce système, l'auteur a dirigé ses recherches sur ce point d'anatomie. Il a soumis à l'étude du microscope toutes les parties fibreuses chez l'homme et quelques animaux vertébrés. Voici quelques-uns des résultats qu'il a constatés :

M. Pappenheim distingue deux sortes de périostes, l'un qu'il appelle nu ou découvert, l'autre couvert ou musculaire. Le premier est celui qui est appliqué immédiatement aux os ; le second est intermédiaire entre les os et les muscles. Il a trouvé des nerfs dans le premier de ces deux périostes, jamais dans le second. Les nerfs enveloppent ou accompagnent toujours les artères et jamais les veines. Il s'en suit qu'on trouve des nerfs partout où il se rencontre des artères. Les nerfs, en outre, sont toujours dans le tissu cellulaire, dont une couche pénètre au sein du tissu fibreux pour leur servir d'enveloppe. Les principaux tissus fibreux dans lesquels il signale la présence des nerfs sont, outre le périoste nu, les ligamens, les tendons, quelques bourses muqueuses, les membranes fibreuses du cerveau, etc.

L'auteur s'est borné dans cette note à énoncer les résultats généraux de ses recherches ; il se propose de leur consacrer prochainement un mémoire spécial.

USAGE DU QUINQUINA DANS LES FIÈVRES PERNICIEUSES.

M. Cornay (de Rochefort) demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé en son nom dans la séance du 27 mai 1844. Le contenu de ce paquet est relatif à l'usage du quinquina de préférence à celui de la quinine dans les fièvres pernicieuses et à l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus, deux points sur lesquels M. Cornay réclame la priorité sur MM. Gouraud père et Gaultier de Claubry.

NUTRITION DES PLANTES.

M. le docteur Schultz, professeur à l'université de Berlin, communique le résultat d'expériences qu'il a faites sur la nourriture des plantes. Contrairement à l'opinion générale, qui consiste à considérer l'acide carbonique comme la vraie nourriture des plantes, M. Schultz est arrivé à cette conclusion que l'acide carbonique n'est presque pas décomposé par les plantes, que l'engrais et l'humus ne se dissout jamais en acide carbonique, et que tout l'oxigène qu'exhalent les plantes ne vient pas de l'acide carbonique, mais d'autres acides végétaux contenus naturellement dans les sucs des plantes, tels que l'acide gallique, malique, lactique, tartarique, citrique, etc.

TRAITEMENT DE LA SURDI-MUTITÉ ET DU BÉGAIEMENT.

M. Raret soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode de lecture dont les avantages seraient, suivant lui, d'introduire dans toutes les écoles 1° uniformité de langage ; 2° d'apprendre la parole aux sourds-muets ; 3° de guérir le bégaiement.

(Renvoyé à la commission du bégaiement, à laquelle on adjoint M. Pariset.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Après une petite réclamation de M. Mureau, la rédaction du procès-verbal est mise aux voix et adoptée.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, qui invite l'Académie à lui faire connaître son opinion sur la source sulfureuse récemment découverte dans la rue Vendôme. Cette pièce est renvoyée à la commission des eaux minérales, avec prière de s'occuper incessamment de cet objet.

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle aura à procéder, dans la prochaine séance, à la nomination de la commission du prix d'Argenteuil. Cette commission a été fixée à sept membres.

Sur la demande de M. Villeneuve, le nombre en est porté à neuf.

DE LA PARAPLÉGIE DANS LES LÉSIONS DE LA MOELLE.

M. Bouley (jeune) demande la permission d'ajouter quelques mots, à l'occasion du procès-verbal, à ce qui a été dit dans la dernière séance sur la paraplégie à la suite des lésions de la moelle. M. Ségalas, dit-il, a démontré par ses expériences que les lésions de la moelle n'avaient qu'une influence indirecte et peu prononcée sur la secrétion urinaire ; j'ai fait aussi la même remarque sur des chevaux, non à l'occasion de lésions physiques, mais dans des cas de maladies spontanées de la moelle. Les vétérinaires croyaient autrefois que la paraplégie chez le cheval était uniquement le résultat de lésions physiques, telles que luxations, fractures des vertèbres, etc. ; c'est une erreur : elle est souvent produite, comme chez l'homme par des maladies spontanées. L'observation clinique m'a démontré que la paraplégie était souvent la conséquence de congestions sanguines ; j'ai plusieurs fois trouvé la moelle complètement ramollie. Il y a dans ces cas paralysie du mouvement d'abord ; la paralysie du sentiment ne se manifeste qu'en second lieu. Quant à l'urine, j'ai toujours remarqué qu'elle continue à couler, mais un peu moins abondamment que dans l'état normal ; elle ne tarde pas à devenir trouble et épaisse. Je n'ai pas été à même de constater les altérations chimiques qu'elle peut subir.

M. Barthélemy : La paraplégie chez les animaux résulte souvent d'une commotion à la suite d'un coup ou d'une secousse violente dans les reins. J'ai été témoin du fait suivant en Russie : un cochon reçut un coup de bâton dans les reins ; il fut pris aussitôt d'une paralysie complète du train postérieur ; il continua néanmoins à fuir sur les pattes de devant, traînant après lui ses pattes de derrière ; au bout de quelques minutes il se remit sur ses quatre pattes et recommença à courir comme auparavant. Dans d'autres circonstances j'ai vu des chevaux, à la suite de glissades, être pris de paraplégie complète, au point qu'on était obligé de passer une barre sous leur train postérieur pour les relever et les transporter dans cet état à l'écurie ; à peine y étaient-ils qu'ils se relevaient sur leurs jambes et qu'il ne restait plus aucune trace de commotion. Dans un autre cas, j'ai vu une semblable paraplégie, suite de commotion, disparaître sous la seule influence d'une friction excitante.

M. Dupuy monte à la tribune et lit une note qui a trait à la discussion qui se débat en ce moment : il s'agit du rôle du système nerveux ganglionnaire sur les divers organes qui en dépendent. Il rend compte des expériences qu'il a faites en 1806, avec Dupuytren, sur l'extirpation des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique chez le cheval. Cette extirpation paraît avoir été complètement inoffensive chez ces animaux.

M. Ségalas : M. Bouley a dit avoir observé qu'en général chez les chevaux la paralysie du mouvement précède la paralysie du sentiment. Je lui demanderai s'il a trouvé dans ces cas que la lésion de l'épine fût plus grande en avant qu'en arrière. Tout le monde sentira l'importance de cette question au point de vue des doctrines physiologiques actuelles.

M. Bouley : Les résultats de mes observations sur ce sujet sont consignés dans un mémoire, où M. Ségalas pourra en prendre connaissance ; il y verra que c'était le plus ordinairement la portion antérieure (inférieure chez les animaux) de la moelle qui était la première affectée. Plus tard, lorsque la maladie avait envahi toute la moelle, il n'était plus possible de distinguer par où elle avait débuté.

M. Castel : On va bien loin chercher la cause d'un phénomène dont l'explication est cependant bien simple, quoique personne n'ait songé encore à la donner. Si la paralysie commence par le mouvement, c'est parce que la contraction musculaire exige une plus grande somme d'innervation que le sentiment. Après la lecture du travail de M. Ségalas, j'ai été frappé de voir que la conséquence qui devait s'offrir naturellement la première n'avait pas été déduite, savoir, que les fonctions organiques exigent moins d'innervation que le mouvement et les fonctions soumises à la volonté.

M. Dubois (d'Amiens) pour une motion d'ordre : L'ordre du jour de la séance est très chargé ; si l'on prolonge ainsi la discussion, on ne pourra pas entendre les personnes inscrites pour des lectures. Je propose qu'on passe à l'ordre du jour.

MM. Nacquart et Rochoux réclament la parole contre l'ordre du jour.

M. Nacquart : On parle de paraplégie sans définir ce que l'on entend par là. Le pauvre petit cochon dont parle M. Barthélemy... (Explosion de rires qui empêchent d'entendre la suite.)

M. Rochoux : M. Castel a cherché à expliquer pourquoi les mouvemens sont les premiers paralysés. Je ne lui répondrai que par le fait suivant : l'illustre Lacondamine, qui avait une paralysie du sentiment, avait conservé le mouvement intact.

M. Velpeau : La paralysie du mouvement précède presque toujours, chez les blessés, la paralysie du sentiment. On sait d'ailleurs qu'elles peuvent se manifester isolément, à l'exclusion l'une de l'autre.

M. Barthélemy répond à l'interpellation de M. Nacquart par quelques mots qui n'arrivent pas jusqu'à nous.

(L'ordre du jour est demandé de toutes parts. La discussion est close.)

PARENCHYME PULMONAIRE.

M. Bessy lit un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Félix Bondet, ayant pour titre : Recherches chimiques sur le parenchyme pulmonaire et les tubercules.

Conclusions : Insertion au Bulletin et lettre de remercîmens à l'auteur.

M. Delens fait remarquer combien il est difficile, dans ces sortes d'analyses, de faire abstraction des substances étrangères à la nature des tissus analysés, et qui y sont accidentellement réunis. On a comparé, ajoute-t-il, le parenchyme pulmonaire avec la chair musculaire, et on a trouvé de la matière grasse dans le premier, tandis que le tissu musculaire n'en contenait pas. Eh bien ! je suis très porté à croire que ce résultat est fautif ; cela tient sans doute à ce que l'analyse de la chair musculaire n'a pas été faite aussi récemment que celle du poumon ; car l'on sait aujourd'hui que le sang contient de la matière grasse ; par conséquent les muscles, ainsi que tous les tissus qui reçoivent du sang abondamment, doivent en contenir aussi.

M. Bessy répond qu'on ne peut pas ainsi préjuger cette question. Son opinion est d'ailleurs qu'on ne peut pas encore, dans l'état actuel de la science, tirer de conclusions définitives des recherches chimiques appliquées aux tissus organiques.

M. Desportes reproche à l'auteur du travail, ainsi qu'au rapporteur, d'avoir, dans une question qui met tout à la fois en cause l'anatomie et la physiologie, la chimie médicale et la pathologie, tiré des conclusions sur de simples recherches chimiques, sans s'assurer si ces conclusions se conciliaient ou non avec les autres données de la science. D'ailleurs, est-ce ainsi, ajoute M. Desportes, que doit être faite une analyse chimique des poumons? Opérer sur les poumons en masse, n'est-ce pas comme si l'on opérait sur une portion entière d'un membre, le pied ou la main, par exemple? Les poumons ne renferment-ils pas, dans leur texture, presque tous les tissus? Que peut-on espérer d'une analyse chimique appliquée en masse à tant de substances diverses? On a parlé de corps gras et de cholestérine. La présence de cette dernière substance est digne de fixer l'attention, sans doute. Mais, qu'y a-t il de surprenant dans la présence de corps gras dans le poumon? Ne sait-on pas qu'il se dépose de la graisse entre les mailles de tous les tissus?

M. Desportes, passant à des considérations sur la production de la graisse, fait remarquer que jamais la production des matières grasses n'est plus abondante dans l'économie animale que lorsque toutes les fonctions s'exécutent de la manière la plus normale, surtout la respiration et la digestion. Ainsi, chez les enfans, dit-il, la respiration est fréquente, vive, et chez eux les parties graisseuses sont en très grande proportion. Aussi ne partage-t-il pas l'opinion émise par le rapporteur, que, dans les affections tuberculeuses du poumon, certains organes parenchymateux deviennent gras par suite de l'affaiblissement et de l'imperfection de la respiration.

Enfin, abordant la question de la transformation terreuse des tubercules pulmonaires, M. Desportes signale l'existence de petits corps morbides, en tout analogues aux tubercules, dans les parois artérielles; et il exprime le regret qu'on n'ait pas cherché à s'enquérir si les tubercules pulmonaires concordaient avec l'apparition, la composition et le mode de développement de ces productions morbides des artères.

M. Bussy : On a parlé de l'inconvénient qu'il y a à analyser les tissus en masse; je n'ai qu'un mot à répondre à cela, c'est qu'il est impossible de faire autrement. L'analyse chimique n'est d'ailleurs qu'un procédé incomplet, insuffisant par lui-même; c'est un complément utile des dissections et des recherches microscopiques; mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle n'est à même de donner. Relativement au rapport signalé entre la matière grasse des poumons et la difficulté de la respiration, l'auteur n'a donné cela que comme un aperçu; il n'a pas prétendu que ce fût un fait acquis. Il est certain qu'il a trouvé dans les poumons des phthisiques de la matière grasse en plus grande quantité que chez les sujets sains. L'analyse a en outre établi quelques rapports importans à constater; on sait, par exemple, maintenant, que les phthisiques rendent des crachats très salés. Il faut donc accepter ces faits sans en tirer de conclusions prématurées. (Aux voix.)

M. Bégin demande la parole sur les conclusions. Il voudrait qu'au lieu de demander l'insertion, on se bornât à demander le renvoi au comité de publication.

Les conclusions, avec les modifications indiquées par M. Bégin, sont mises aux voix et adoptées.

ANÉVRISME DU COEUR.

M. Forget lit un travail intitulé : Remarques nouvelles sur le diagnostic de l'anévrisme du coeur. (Cette lecture est un résumé des mémoires dont la Gazette médicale complètera la publication dans son prochain numéro.)

LÈPRE.

M. Tavernier présente deux enfans, l'un âgé de trois ans, l'autre de six mois, tous deux atteints de lèpre générale et congénitale. Un troisième enfant, issu des mêmes parens et d'un âge intermédiaire à celui de ces deux lépreux, est exempt de cette maladie. Les parens n'en ont point été affectés.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EMPOISONNEMENT PAR QUATRE GRAMMES D'ACÉTATE DE MORPHINE, SUIVI DE GUÉRISON; observation recueillie dans le service de M. Soujeou, à l'Hôtel-Dieu de Chambéry, et communiquée par M. le docteur Carret.

Obs. — Alexandre B..., commis-pharmacien, d'une bonne constitution et d'un tempérament bilio-sanguin, prend volontairement, le 14 juillet, à midi et demi, 4 grammes d'acétate de morphine dans 64 grammes d'eau et 16 grammes de sirop de gomme.

Une heure après-midi. Son chef, averti de ce qui vient de se passer, arrive peu après et lui fait prendre, non sans résistance, un décigramme de tartre stibié, qui n'amène aucun vomissement. B..., chez qui le poison n'a déterminé jusqu'ici aucun symptôme inquiétant, sort avec un de ses amis, se promène une heure consécutive, va prendre dans un café une cruche de bière, et ne rentre qu'à deux heures dans sa chambre.

2 heures. A ce moment, B... ressent quelques vertiges, un engourdissement dans les membres et une légère tendance au sommeil.

2 heures et demie. On le transporte à l'hôpital civil, où on administre incontinent à ce malheureux la potion suivante : tartre stibié, 3 décig.; ipéc., 12 décig.; oxymel scyllitique, 64 gr. Ce puissant émétique n'a pas plus d'effet que le premier. Force est donc de recourir aux antidotes : le choix n'est pas douteux; on prescrit l'iode et l'iodure de potassium en solution dans de l'eau distillée, et, pendant que l'on en fait la préparation, M. Rey, chirurgien de l'hôpital, introduit une sonde œsophagienne dans l'estomac pour provoquer ses contractions et déterminer le vomissement. Tout reste infructueux, et A. B... tombe peu à peu dans une somnolence profonde. Sa tête, comme entraînée par un poids énorme, perd l'équilibre et tombe en avant sur la région sternale. Le muscle élévateur de la paupière supérieure a perdu toute contractilité, et cette paupière ne s'élève que par une traction lente et pénible du frontal. Les jambes fléchissent sous le poids du corps. En un mot, B... est dans l'état d'un homme complètement ivre. La respiration est normale; le pouls grand et fort. On pratique une saignée, qui semble diminuer cette tendance irrésistible au sommeil.

3 heures. On administre la solution d'iode et d'iodure de potassium. A la seconde verrée, les vomissemens commencent. On engage B... à se titiller la gorge; mais il s'endort avec les doigts au fond de la bouche. Néanmoins il remplit une grande cuvette de matières vomies.

4 heures. Le coma est de plus en plus prononcé. Il faut chatouiller, pincer, secouer B... pour le tenir réveillé. Il se prête aux prescriptions du médecin avec la plus grande docilité; mais il laisse un mouvement à moitié fait, une parole à moitié dite, tant la tête est lourde, les yeux pesans, les membres engourdis. Le pouls, qui avait perdu de sa force par la précédente saignée, se relève et devient vibrant. On pratique une seconde saignée, qui a pour effet encore de diminuer le coma.

5 heures. La face devient violacée; les membres se contractent et se raidissent; le malade perd la parole, et on s'efforce en vain de lui faire ouvrir les yeux. On frictionne l'épigastre avec de l'ammoniaque; on applique un sinapisme à chaque membre. Le malade paraît tout à fait insensible à cette active médication.

6 heures. Comme les signes de congestion encéphalique deviennent de plus en plus manifestes, on ouvre une troisième fois la veine, et l'on prescrit le café à hautes doses. Deux nouveaux sinapismes sont posés sur chaque épaule.

6 heures et demie. De ce moment date une légère amélioration. B... ouvre les yeux, quoique avec beaucoup de difficulté; il parle, il connaît et même il cherche à nous faire comprendre l'état de ses facultés et de ses sens.

8 heures. Les symptômes déterminés par le poison vont en s'affaiblissant. Le malade peut surmonter jusqu'à un certain point une tendance au sommeil. Ses idées sont nettes et il dit qu'il voit comme à travers un nuage tout ce qui vient de se passer.

8 heures et demie. B... n'a plus rien à craindre des effets du narcotique; mais sous l'influence du traitement énergique qu'il vient de subir, ne surgira-t-il point quelque réaction violente? Un infirmier passe la nuit auprès de lui pour surveiller les sinapismes, lui faire prendre du café et le tenir éveillé.

15 juillet, à 8 heures du matin. B... se plaint d'étourdissement, de pesanteur de tête. « Si vous voulez connaître mon état, nous dit-il, lisez ce qu'on a écrit de l'ivresse du Chinois par l'opium. » Nous apercevons sur son front une éruption vésiculeuse. Ainsi se trouve expliquée cette démangeaison qu'il ressentait la veille sur cette région. Il a vomi à plusieurs reprises dans la nuit; il vomit encore en ce moment, et les vomissemens continuent dans la journée. On prescrit une légère infusion de mélisse.

16 juillet. Disparition successive de tous les accidens.

Le 17, B... sort de l'hôpital parfaitement rétabli.

Voilà assurément un fait remarquable. La dose énorme de la substance toxique, la lenteur avec laquelle les symptômes de l'empoisonnement sont arrivés, la promptitude de la guérison, sont autant de circonstances bien dignes de fixer l'attention des observateurs.

Comment l'acétate de morphine, presque toujours mortel à la dose de 3 à 4 décigrammes, a-t-il, à la dose de 4 grammes, laissé survivre B...? Invoquerons-nous ici le hasard? ou bien, approfondissant la matière, trouverons-nous l'explication de ce phénomène?

Il a dû nécessairement arriver, ou que le poison n'a pas été dissous, et que l'absorption dans l'estomac en a été lente, ou bien que, la solution en ayant été opérée, l'estomac ne s'est pas trouvé, par l'effet même du poison, dans les conditions favorables pour l'absorber; ou bien, pour dernière hypothèse, l'acétate de morphine a été dissous, il a été absorbé; mais la nature, aidée par un traitement énergique, a maîtrisé la substance délétère et neutralisé ses effets.

A. B..., pour avaler l'acétate de morphine, l'a délayé dans 64 grammes d'eau et 16 grammes de sirop de gomme. Or cet alcali, surtout lorsqu'il n'est pas de composition récente, est très peu soluble dans l'eau. Il y reste en suspension et en grumeaux. Ainsi les conditions pour être absorbé étant loin d'être favorables, nous avons l'explication du long séjour que le narcotique a fait dans l'estomac, sans donner signe de présence; car les substances introduites dans ce viscère y sont absorbées en raison directe de leur solubilité, et en raison inverse de la quantité du liquide qui leur sert de véhicule. Et ici, aux 64 grammes d'eau et aux 16 grammes de sirop, il faut ajouter une demi-cruche de bière. L'hypothèse que je viens d'émettre est loin d'être invraisemblable; et ce qui semble l'étayer, c'est la lenteur vraiment surprenante avec laquelle les symptômes de l'empoisonnement ont été produits. Pendant près de deux heures, B... s'est trouvé dans son état normal; il s'est promené, a visité ses amis, écrit des lettres, etc.

Mais si le contraire de ce que je viens de supposer a eu lieu, c'est-à-dire si l'acétate de morphine est arrivé dissous dans l'estomac, ne sommes

nous par forcé d'admettre que 4 grammes de cette substance en contact avec la poche ventriculaire ont dû la paralyser instantanément et rendre l'absorption du narcotique fort difficile ? Car, malgré l'exclamation de Brown, *me hercle non sedat*, l'opium est un stupéfiant de premier ordre. Il possède, outre une action élective sur le cerveau, une action sédative locale. Si l'estomac n'avait pas été paralysé, aurait-il été insensible à l'administration de 4 décigrammes de tartre stibié et de 12 décigrammes d'ipécacuanha?

En effet, les vomissemens ne sont survenus que sous l'action des préparations iodées, c'est-à-dire lorsque le poison neutralisé a rendu à l'estomac sa contractilité.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, le traitement mis en pratique réclame une grande part de l'honneur de cette cure. Nul doute que B... n'eût succombé, si la médecine ne lui eût apporté des moyens puissans, des ressources énergiques. Pendant cinq heures consécutives, B... a été travaillé de toutes les façons, si je puis me servir de cette expression vulgaire. Vomitifs puissans, saignées copieuses, sinapismes sur presque toute la surface du corps, café à haute dose et dont le malade a pris plus de quarante tasses en dix heures, antidotes qui sont à eux seuls des poisons violens, rien n'a été épargné. Aussi avons-nous obtenu la récompense qui seule dédommage le médecin de toutes ses fatigues et de toutes ses angoisses, je veux dire la guérison du malade.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE GÉNÉRALE, DESCRIPTIVE ET PHYSIOLOGIQUE; par M. ÉTIENNE RAMBAUD. — Paris, 1842. Un vol. in-8°. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

NOUVEAU MANUEL D'ANATOMIE GÉNÉRALE; HISTOLOGIE ET ORGANOGÉNIE DE L'HOMME; par M. MARCHESSAUX. — Paris, 1844. Un vol. in-18. Chez Germer-Baillière.

Les sciences anatomiques ont pris dans ces derniers temps un nouvel et brillant essor. L'anatomie descriptive, topographique, générale, microscopique, toutes les branches, en un mot, sont étudiées avec une ardeur qui jusqu'ici ne paraît point devoir encore s'arrêter. Il semblait, en raison des travaux sérieux du commencement de ce siècle, que tout était dit sur cette science; et voilà que nulle autre n'excite comme elle le zèle et ne récompense les efforts des investigateurs. Toutes les écoles ont eu leur écrivain, toutes les doctrines leurs représentans; et cependant, malgré toutes les prévisions, la mine anatomique ne paraît point encore près d'être épuisée. Nous pouvons citer, comme exemple, parmi les publications importantes le plus récemment parues, l'ANATOMIE MICROSCOPIQUE de M. Mandl, l'HISTOLOGIE OU ANATOMIE DES TISSUS, par le professeur Burggraeve de Gand, l'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE TOPOGRAPHIQUE de M. Pétrequin de Lyon, l'ENCYCLOPÉDIE ANATOMIQUE allemande dont la traduction française se poursuit en ce moment.

Voyons maintenant ce que nous apportent les deux nouveaux auteurs, et commençons par le plus ancien en date. M. Rambaud nous explique lui-même le but qu'il s'est proposé en écrivant. Il a rédigé son livre dans la pensée d'offrir aux élèves une esquisse aussi complète que possible de l'organisation humaine, pour les mettre à portée d'étudier ensuite plus fructueusement sur le cadavre avec l'aide des traités spéciaux. Il a, dit-il, espéré soutenir leur courage en leur faisant comprendre tout d'abord la *sublimité* d'une science dont il faut acheter la connaissance par tant de fatigues. Il a pensé aussi que son traité-manuel pourrait être de quelque utilité aux médecins déjà éloignés de l'époque de leurs premières études, en leur offrant des jalons autour desquels viendraient plus aisément se grouper des détails que souvent le temps a rendus un peu confus dans leurs souvenirs. L'auteur, pour rester fidèle au plan qu'il s'est tracé, unit partout la physiologie à l'anatomie. Il en résulte que son livre, en quelques points surtout, présente une couleur demi-profane, qu'on aurait tort cependant de reprocher à M. Rambaud, puisque tel a été son but. Parfois, le détail de la fonction absorbe un peu l'étude de l'organe; ce qui peut donner plus d'attrait à l'ouvrage, mais lui ôte réellement quelque chose de l'allure scientifique. Il passe tour à tour en revue les membranes, les appareils locomoteur, circulatoire, respiratoire, nerveux, digestif, génito-urinaire, etc.; et, chemin faisant, il étudie la locomotion, la circulation, l'absorption, la respiration et l'hématose, les fonctions cérébrales, celles des organes des sens, etc. Il termine par l'histoire du fœtus. Ainsi, M. Rambaud a tracé en quelques chapitres un aperçu complet de l'organisation humaine; il a successivement examiné chaque organe et chaque système d'organes, en jetant un coup-d'œil rapide sur leur texture, leurs formes et leurs fonctions. Ce plan a trop souvent l'inconvénient de réduire son œuvre à une sorte de table analytique des matières. C'était, du reste, la voie la plus convenable pour remplir l'objet qu'il s'était proposé dans cette publication, et nous devons ajouter que sa lecture peut largement suffire pour ceux qui savent déjà, tandis qu'elle aura l'avantage de donner une tournure d'esprit et des habitudes scientifiques à ceux qui ne consulteraient ce livre que comme prélude et pour s'aguerrir à des études plus approfondies.

L'ouvrage suivant a une autre portée. Il touche à une science malheureusement encore peu répandue en France; nous voulons parler de l'histologie et de l'organogénie. Elève de la Faculté de Paris, M. Marchessaux s'est efforcé de réunir dans ce petit traité la substance des travaux de son école et de ceux de l'école allemande. Nous regrettons, pour ses lecteurs et pour lui, qu'il ait parcimonieusement mis à profit les recherches émanées de l'école de Strasbourg; nous regrettons de n'avoir pas vu citer dans son livre le traité d'histologie de M. Burggraeve, dont nous n'hésiterions pas cependant à affirmer qu'il a pris connaissance, comme plus d'une page le prouve indubitablement. Si nous débutons par quelques mots de reproche, c'est que l'auteur est de force à les supporter. Son manuel a le mérite de rappeler les plus importantes découvertes des contemporains sur la composition et la génération microscopique des tissus. Il concourra à rassembler les élémens encore épars de la nouvelle anatomie générale que, sans doute, notre époque sera fière de léguer aux siècles futurs.

Le but de M. Marchessaux est surtout d'initier les lecteurs aux travaux des hommes qui, depuis quinze ans environ, ont concouru à la fondation de l'histologie. Sous ce rapport, son œuvre doit intéresser non seulement les élèves, mais encore les praticiens qui aiment à se tenir au courant des découvertes de chaque jour. S'il n'est pas rigoureusement nécessaire pour la pratique de la médecine de connaître les divers travaux qu'a produits l'étude de l'évolution organique, du moins les faits généraux qui se rattachent à cette partie de la biologie sont certainement de nature à captiver au plus haut degré l'attention de tous; ils élargissent singulièrement l'intelligence, et toujours d'une manière fructueuse, quelle que soit la tendance spéciale d'esprit du lecteur.

M. Marchessaux n'a pas classé les tissus. L'histologie n'est point encore assez avancée pour qu'on puisse établir entre eux une division régulière et logiquement justifiable. Il a choisi l'ordre analytique, tel qu'il est suivi par les auteurs d'anatomie descriptive.

Après quelques notions générales d'organogénie, l'auteur entre dans l'étude des divers élémens et tissus de l'organisme. Le reste de l'ouvrage est consacré au développement des détails graphiques. Il est fâcheux que la suite du plan manque quelquefois de méthode, et mêle ou fasse suivre immédiatement des élémens et des tissus incontestablement hétérogènes; qu'ainsi, l'histoire des membranes ne vienne qu'après les appareils des sens et le système nerveux, etc. Ce sont là, du reste, des imperfections excusables à l'époque présente, et que la progression naturelle de la science anatomique aura sans aucun doute fait disparaître d'ici à quelques années.

Félicitons très franchement l'auteur d'avoir joint l'histoire des liquides de l'économie à celle des solides; cette addition donnera à son livre une valeur plus complète. Il a sagement fait de ne point imiter en cela un ouvrage tout récent et de laisser unies deux parties, qu'en saine logique comme en physiologie rationnelle, on n'aurait jamais dû séparer. On lira avec plaisir, après la description de chaque glande et de chaque appareil sécréteur, l'histoire de son produit de sécrétion. L'intérêt de ces problèmes est doublé par leur rapprochement.

L'auteur, nous l'espérons, comprendra la portée ainsi que le motif de nos observations. Elles nous sont inspirées par le sincère désir de voir s'améliorer encore son œuvre, qui déjà se recommande à beaucoup de titres. Un livre ainsi conçu apprend à ceux qui ignorent et rappelle sûrement à ceux qui ont su. On le lira avec intérêt, parce qu'on le lira avec profit.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départements, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'HYPERTROPHIE CONCENTRIQUE DU COEUR; par le docteur A. DECHAMBRE (1).

Tous les pathologistes connaissent la coexistence habituelle de l'hypertrophie du cœur et de la dilatation de ses cavités. Cependant il y a déjà longtemps que des observateurs justement célèbres ont cru devoir distinguer, comme pouvant exister séparément, ces deux états anatomo-pathologiques. Je n'ai pas l'intention de m'occuper ici des dilatations sans hypertrophie, ou *dilatations simples*, altérations dont les caractères anatomiques, dont l'existence même peuvent encore aujourd'hui prêter à la controverse. Je ne veux dire quelques mots que de l'hypertrophie sans dilatation. Or cet état a été signalé par Morgagni, Bursieri, Corvisart, Burns, Kreisig; mais ce n'est véritablement qu'aux travaux de Bertin qu'il dut de passer dans la science vulgaire. Dans un premier mémoire présenté à l'Institut de France en 1811, et sur lequel Corvisart prépara

(1) Les idées qui font la base de ce travail ont déjà été exposées dans ma thèse inaugurale. J'ai été engagé à les reproduire ici par la citation trop flatteuse qu'en a faite M. le professeur Forget dans un mémoire sur les maladies du cœur récemment inséré dans la GAZETTE MÉDICALE.

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

SALERNE.

Il n'est pas permis à un médecin de faire un voyage en Italie sans aller visiter Salerne. Cette ville, qui n'eut pas d'abord une plus grande renommée que l'école du mont Cassin, finit bientôt par dominer et éclipser sa rivale. Sa situation ainsi que son climat favorisèrent surtout sa suprématie médicale. Sur la route de l'Orient, elle recueillait sur le rivage de son beau Golfe le voyageur épuisé, ou le soldat blessé qui revenait de la croisade. Et plus d'un noble chevalier dut aux moines médecins de Salerne, au moins la guérison de son corps, sinon le salut de son ame. Le fils de Guillaume-le-Conquérant fut l'un de leurs nobles cliens. Il portait une plaie faite par les flèches sarrasines que rien n'avait pu cicatriser. Il s'arrêta à Salerne pour se faire guérir, et la cure fut bientôt obtenue. C'est à cette époque de triomphe pour la médecine salernitaine (le commencement du douzième siècle) qu'on rapporte la composition de cette œuvre poétique d'hygiène, attribuée à Jean de Milan, dont le souvenir s'est transmis par tradition comme les œuvres irrégulières des rhapsodes de l'ancienne Grèce.

L'éclat de l'école de Salerne qui avait commencé à se montrer dès le huitième siècle, ne fit que s'accroître jusqu'au treizième; puis, comme dit Pétrarque, le feu de cette brillante jeunesse s'éteignit. Son fondateur réel, ce n'est pas un médecin, c'est saint Matthieu. Les guérisons miraculeuses du saint dont Salerne possédait les restes y attiraient un grand concours de malades. Les bénédictins, qui avaient envoyé dans cette ville une colonie de leur ordre, crurent devoir seconder la bonne volonté du protecteur de la cité, et ils travaillèrent à s'initier aux secrets de la médecine grecque et arabe. Il paraît que dès ce moment la réputation de saint Matthieu s'étendit sur les moines; et que ceux-ci loin d'en être indignes, ne firent que l'augmenter. La direction qu'ils donnèrent à leurs travaux prouve qu'ils avaient l'instinct de la science. La médecine des Arabes d'Espagne contenait sans doute des connaissances très utiles surtout en thérapeutique. Mais leurs travaux se bornaient là; les Salernitains crurent devoir étudier les principes d'une thérapeutique d'un ordre plus élevé. Ils avaient sous les yeux une nature ravissante. Ils jouissaient d'un air pur que ne souillaient pas les miasmes voisins des campagnes habitées par les anciens sybarites; et sous un climat aussi favorisé dont ils pouvaient chaque jour constater l'heureuse influence sur leurs malades, ils furent conduits par les circonstances à formuler des principes d'hygiène et de diète dont la pratique simple et rationnelle leur démontra de jour en jour l'efficacité. La rare bonté du climat explique la réputation médicale du saint; et la manière dont les moines médecins surent comprendre et seconder sa merveilleuse influence explique à son tour la juste renommée qui les entoura.

Les médecins avaient disparu; le saint même était peut-être absent ou sa pro-

un rapport qu'il ne lut jamais; puis en 1821, dans trois autres mémoires qui furent cette fois, de la part de Pinel, l'objet d'un rapport très favorable, Bertin, se fondant sur de nombreuses et patientes observations, chercha à rectifier, dans le domaine des lésions organiques du cœur, un grand nombre d'idées alors courantes; et, pour ne pas sortir de notre sujet, il crut pouvoir admettre, indépendamment de la forme ordinaire et connue de l'hypertrophie (*hypertrophie avec dilatation, anévrisme actif* proprement dit), deux autres formes, à savoir : l'*hypertrophie simple* sans dilatation et l'*hypertrophie concentrique* avec rétrécissement des cavités.

Cette division fut presque universellement adoptée; Laënnec l'appuya de ses propres observations; elle régna enfin sans opposition, au moins publique, jusqu'à ce qu'un anatomo-pathologiste d'une grande autorité vînt en attaquer le fondement. Voici ce qu'écrivit M. Cruveilhier dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, art. *Hypertrophie* : « Les faits que j'ai eu occasion d'observer ne me permettent pas d'admettre l'hypertrophie concentrique. L'effacement de la cavité, l'épaisseur des parois proportionnellement plus considérable, me paraissent le résultat du genre de mort. Les cœurs de tous les suppliciés que j'ai eu occasion d'examiner m'ont offert ce double phénomène au plus haut degré. Les parois ventriculaires se touchaient dans tous leurs points. J'ai fait la même observation chez les individus qui ont succombé à une mort violente. Les cœurs hypertrophiés concentriquement des auteurs que je viens de citer (MM. Bertin et Bouillaud) me paraissent des cœurs plus ou moins hypertrophiés que la mort a surpris dans toute leur énergie de contractilité. « *On peut d'ailleurs s'en convaincre en voyant la facilité avec laquelle ces ventricules sans cavité proprement dite se laissent dilater par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts.* »

M. Cruveilhier n'admet pas même, dans toute la rigueur du mot, l'hypertrophie simple du cœur. « L'hypertrophie sans augmentation notable des cavités du cœur, *ou mieux avec dilatation peu considérable et proportionnelle*, est l'hypertrophie essentielle, si l'on peut ainsi parler. (*Ibid.*) »

A ces objections, à ces expériences, que répondit-on? Une seule chose. M. Chomel dit : « Ce mode d'hypertrophie (concentrique) n'en est pas moins incontestablement établi par les observations dans lesquelles la mort des sujets a été précédée d'un affaiblissement progressif et d'une longue durée. (DICT. DE MÉDEC., art. *Cœur*.) » Et cette réponse fut reproduite invariablement, sans y rien ajouter, par tous ceux qui contestèrent l'opinion de M. Cruveilhier. Articles de dictionnaires ou de journaux, traités spéciaux sur la matière, ne disent rien de plus. Or une telle réponse, malgré la source première d'où elle émane, me paraît insuffisante. Montrer que l'augmentation d'épaisseur des parois du cœur et la réduction de ses cavités peuvent coexister chez des sujets morts à la suite d'un affaiblissement graduel et prolongé, c'est prouver très bien que cet état du cœur n'appartient pas exclusivement aux morts violentes et rapides, mais non qu'il ait été en effet le résultat d'une hypertrophie concentrique; et c'est là justement ce qui est en question. Bien plus, l'hypothèse de M. Cruveilhier s'accommoderait, ce me semble, à merveille de cas semblables, puisqu'*un affaiblissement progressif et de longue durée* est ordinairement lié à un état d'anémie générale, et que l'anémie générale, en ne permettant pas un engorgement trop considérable des cavités cardiaques aux approches de la mort, est une condition très propre à favoriser le retrait de leurs parois, et par suite leur rétrécissement (1).

La question en est là aujourd'hui. D'un côté, on nie l'existence de l'hypertrophie concentrique, et même de l'hypertrophie simple. De l'autre, on affirme cette existence, mais sans la démontrer péremptoirement; on rapporte des observations détaillées; mais ces observations, qui peuvent être excellentes et porter en elles les élémens d'une démonstration, sont sous le coup d'une objection collective qu'on ne détruit pas; en un mot, les partisans de l'hypertrophie du cœur sans dilatation, s'ils ont raison, n'en donnent pas la preuve.

Dans ces circonstances, que fallait-il faire pour arriver à une solution? Reprendre la question à sa racine; chercher un moyen qui permît de distinguer sûrement sur le cadavre la véritable hypertrophie concentrique du simple retrait du cœur sur lui-même; puis, ce critérium trouvé, rechercher s'il était possible de le reconnaître dans les observations antérieurement publiées, et l'appliquer à des observations nouvelles. Telle est la route par laquelle il m'a paru qu'on pouvait arriver à une solution définitive.

Or, ce moyen, M. Cruveilhier l'indique lui-même. La preuve, dit-il, que ces prétendues hypertrophies ne sont autre chose que des effets accidentels de la contractilité musculaire, c'est *la facilité avec laquelle les ventricules se laissent dilater par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts*. Là est le point de départ d'un ordre d'idées qui s'est présenté certainement à l'esprit de M. Cruveilhier quand il a invoqué cette expérience à l'appui de son opinion, mais qui ne paraît pas avoir été suffisamment compris ou remarqué par les partisans de l'opinion contraire; car il leur eût permis d'aller droit à l'objection qu'on leur opposait.

Entrons à ce sujet dans quelques développemens.

On l'a dit avec beaucoup de bonheur, le cœur est un *muscle creux*. A ce titre, non seulement il participe aux différentes propriétés spécifiques des tissus musculaires, mais encore il reconnaît les mêmes conditions d'existence et d'exercice que tout le reste du système. Partant, le cœur n'est pas seulement contractile, mais sa contractilité ne s'éteint pas immédiatement, complètement avec la vie; ou, pour éviter toute équivoque, elle ne s'éteint pas quand la vie de relation a cessé, quand le cœur a cessé de battre, le poumon de respirer; mais elle continue plus ou moins longtemps et avec plus ou moins d'énergie, suivant le genre de mort, en s'affaiblissant toutefois progressivement. Par suite de ce retrait consécutif de ses fibres, le cœur revient graduellement sur lui-même et chasse le sang de ses cavités qui se rétrécissent, comme les muscles du bras, par exemple, fléchissent l'avant-bras. La réduction des cavités cardiaques, comme la flexion de l'avant-bras, ne s'arrêtent qu'au moment précis où la contractilité organique est vaincue par les obstacles ou réellement épuisée; et alors les parties gardent la position que leur a imposée l'action musculaire. Qu'est-ce donc, en définitive, que le retrait actif des ventricules avec effacement de leur cavité? Ce n'est autre chose (en négligeant la portion de retrait que l'anémie ou toute autre cause peut en-

(1) « Ce retrait (du ventricule), dit M. Forget dans son mémoire, s'offre parfois dans des cas de mort lente par maladie chronique, ainsi que nous l'avons vu chez des phthisiques, des hydropiques. » (*Loco citato*, p. 570)

---

tection s'était retirée de la cité à laquelle il avait donné un si beau lustre. Mais la campagne, la ville et l'air pur n'avaient peut-être pas dégénéré. Si la ville avait pris le caractère moderne, il y avait peut-être quelque ruine sous les murs de l'école actuelle qui témoignait de l'existence de celle qui avait disparu sans la faire héritière de son renom. Il y avait des manuscrits, des livres; ou si ni livres ni ruines n'existaient plus, la campagne était aussi belle et l'air était aussi pur; car, sous ce rapport, me disait-on, Salerne n'avait rien perdu de ce qu'il était il y a quelques siècles. Je voulais donc voir Salerne. Le voyage est facile; de Naples à cette ville, il n'y a que quelques lieues. C'est l'épaisseur du cap que bordent Sorrente et Amalfi, la patrie du Tasse et de Masaniello qui sépare Naples de Salerne. On se dirige vers le midi; on longe la base du Vésuve par Portici et Torre dell'Annunziata; on atteint la Cava, l'ancienne Marcina des Picentins; et on descend bientôt dans Salerne, par une gorge étroite de montagnes semées de cultures, plantées de lauriers, de bois d'oliviers, de taillis de lentisques, de bouquets de myrtes et de jardins d'orangers. La ville est blanche et riante. Elle baigne ses murs comme Naples dans les flots de son Golfe; et elle monte en amphithéâtre jusqu'au pied d'un fort très paisible, sentinelle endormie qui n'a jamais peut-être fait feu de ses deux ou trois canons.

Je gravis ces hauteurs pour examiner avec soin la topographie de la ville. Ce fut ma première excursion; car je pensais que c'était par là qu'il fallait commencer à étudier l'esprit, de l'école de Salerne. Sans le climat et sa réputation, saint Matthieu n'aurait pas gagné la confiance des Salernitains et de l'Italie tout entière, et les prêtres de son autel n'auraient pas été admirés, dans tous les pays connus, comme de savans médecins. Bâti en amphithéâtre sur le bord de la mer, Salerne jouit, comme toutes les villes placées de cette manière, des avantages d'une parfaite disposition hygiénique. Les terrains sont secs et les rues propres. Naples est moins heureusement orienté que lui; car il regarde le sud-est et n'est pas garanti des vents du nord. Mais Salerne s'étale au nord du Golfe, s'abrite sous les montagnes picentines qui le séparent des campagnes de Naples et regarde le midi, plaine inculte qui s'élargit jusque par delà Pestum. Cette plaine des anciens Sybarites est depuis longtemps presque inhabitée. Aucun grand centre de population ne pourrait y prospérer. Les terres s'y trouvent au niveau de la mer; et les montagnes laissant un large espace de quelques milles, entre leur base et la côte, les eaux douces stagnent et se mêlent aux eaux de la plage jetées par la tempête ou la marée.

Telle est l'origine de ces foyers de corruption qui alimentent l'air de funestes émanations pendant les deux tiers de l'année; mais *le malaria* s'arrête aux portes de Salerne. Là la plaine a disparu; les montagnes se sont rapprochées, et jamais fièvre intermittente ou pernicieuse n'a exigé un tribut du Salernitain qui n'avait pas eu l'imprudence d'aller affronter le mal vers les ruines de Pestum. C'est le vent du nord qui sauve la ville, et l'entretient toujours dans de bonnes conditions hygiéniques. En passant à travers les gorges des montagnes au bas desquelles Salerne est construit, il prend plus de de force, plus d'impétuosité, et il a bientôt balayé, quand il souffle, ce qui est rare et n'est jamais bien long, les émanations des plaines infectées du midi. J'ai entendu soutenir à Salerne, pour la première fois, une opinion singulière sur le développement des miasmes des marécages. Il n'y aurait pas, me disait-on, de fièvres intermittentes en Italie, si on renonçait à élever des troupeaux de buffles. J'avoue que

traîner pendant la vie), ce n'est, dis-je, autre chose que la *raideur cadavérique du cœur.*

Voilà les faits tels que la théorie les fait prévoir, tels que les démontrent les expériences et observations de M. Cruveilhier. On conçoit tout d'abord qu'un semblable effet pourra avoir lieu sur des cœur sains comme sur des cœurs hypertrophiés; et que si ces derniers étaient dilatés pendant la vie, ils pourraient très bien se trouver contractés après la mort; en sorte que l'augmentation évidente de la matière du cœur, et conséquemment son augmentation de poids, coïncidant sur le cadavre avec une réduction de ses cavités, prouvent seulement l'existence d'une hypertrophie réelle, et non *la forme simple* ou *concentrique* de cette hypertrophie; car c'est toujours là qu'il en faut revenir.

Maintenant il s'agit, en présence d'une telle disposition anatomique, de reconnaître si elle dépend en tout ou en partie d'un retrait cadavérique des fibres du cœur ou d'une hypertrophie contrique. Eh bien! que faisons-nous quand, rencontrant sur le cadavre une flexion des coudes et des genoux avec tension évidente, raccourcissement des muscles fléchisseurs, que faisons-nous pour nous assurer si ce raccourcissement est purement cadavérique, on s'il tient à une lésion organique du tissu musculaire? Nous cherchons à étendre violemment l'avant-bras on la jambe, de manière à exercer une traction sur les muscles raccourcis. S'ils cèdent sous l'effort, s'ils s'allongent graduellement, et *conservent d'eux-mêmes, tout effort ayant cessé, une longueur normale*, nous en concluons que le tissu n'avait subi aucune altération de texture permanente, et que le raccourcissement était cadavérique. Une simple contracture, un simple spasme ayant lieu dans les derniers temps de la vie, pourrait, il est vrai, déterminer un raccourcissement qui, comme le précédent, persisterait après la mort et cesserait par l'extension mécanique; mais, dans ce cas-là même, le résultat de l'extension prouverait toujours que le raccourcissement n'était pas lié à une lésion organique des fibres musculaires, et cela suffit à l'objet qui nous occupe. Que si, dans ces expériences, on allonge le muscle outre mesure, il revient sur lui-même en vertu de son élasticité physique, et reprend, à chaque expérience nouvelle, le même degré de longueur, et ce degré est toujours sensiblement celui de l'état physiologique. Au contraire, le muscle oppose-t-il une résistance invincible aux efforts mécaniques; ou bien, après avoir cédé dans une faible proportion, revient-il de lui-même à un degré de longueur inférieur au degré normal; plus de doute, il est altéré dans sa texture, il a subi un raccourcissement permanent. Enfin, il peut arriver, il arrive quelquefois, qu'après avoir cédé dans une certaine proportion, il revient sur lui-même d'une quantité telle qu'il reste plus long qu'avant l'expérience et moins long qu'à l'état physiologique. Alors il y avait à la fois retrait cadavérique et raccourcissement organique et permanent. Rien n'est plus facile à constater que cette double disposition chez les sujets morts avec des rétractions musculaires anciennes, et particulièrement dans les cas de flexions permanentes des genoux par rétraction des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux.

En résumé, *le degré de longueur qu'offre un muscle après qu'on a vaincu la raideur cadavérique, est le seul qui puisse représenter celui qu'il offrait pendant la vie.*

Ces données si simples et si certaines, transportons-les au muscle creux qui forme le cœur. Rien n'est changé aux termes de la question. Ce sont toujours des fibres musculaires susceptibles de retrait cadavérique, susceptibles de lésions de structure.

Soit d'abord le cas incontestable et incontesté où la réduction des ventricules cardiaques est un pur effet de contractilité. Les fibres musculaires du cœur sont momentanément raccourcies; les cercles irréguliers et inégaux qu'ils décrivent sont rétrécis; il suffira donc, après avoir séparé les deux ventricules à leur base, et les avoir vidés de leurs caillots, d'introduire dans chacun d'eux alternativement les deux pouces, de les écarter en sens inverse, de manière à distendre et à dilater les cercles musculeux, puis de cesser tout à coup la distension, pour ramener les fibres à leur longueur, et les ventricules à leur capacité réelles. Il importe de remarquer que, pour être sûr d'obtenir complètement cet effet, il faut porter la distension jusqu'à un degré un peu supérieur à celui du retrait qu'on veut combattre, de telle sorte que, la contractilité vitale étant surmontée, l'élasticité physique du tissu soit mise en jeu. On juge qu'on a atteint ce degré quand, en suspendant l'effort, on voit les parois du cœur revenir un peu sur elles-mêmes. Le point où elles s'arrêtent marque l'état physiologique.

Supposons maintenant un rétrécissement des ventricules véritablement et uniquement dû à une hypertrophie concentrique de leurs parois, avec absence de retrait cadavérique. Quel est l'état de leurs couches musculeuses? Ces couches, ou tout au moins les plus internes, circonscrivent une cavité plus étroite que de coutume; cette disposition, résultat d'une nutrition exagérée, d'un agencement vicieux des molécules, est permanente; c'est, pour tout dire en un mot, *l'état* d'un cœur concentriquement hypertrophié, comme une certaine capacité des ventricules, une certaine épaisseur des parois, constituent *l'état* d'un cœur normal. Dans un cas pareil, et dans la supposition où nous nous plaçons d'une absence totale de retrait cadavérique, la distension des parois ne peut avoir d'autre effet que l'allongement *forcé* des fibres musculaires, la mise en jeu de leur élasticité physique, et leur retour, après l'effort, au degré de longueur précis qu'elles avaient auparavant. La cavité n'aura donc été ni augmentée ni diminuée.

Enfin, que le retrait cadavérique et l'hypertrophie concentrique coexistent dans des rapports variables, les ventricules se laisseront distendre d'une certaine quantité, moins que dans le premier cas, plus que dans le second; et, quand ils seront revenus sur eux-mêmes, leur cavité sera plus grande qu'avant la distension, mais plus étroite qu'à l'état normal.

Je viens de dire que, par un moyen bien simple, on rend au cœur du cadavre, s'il était sain, la longueur *normale* de ses fibres, et, s'il était hypertrophié, leur longueur *réelle*. Je n'ai pas osé dire, comme pour les muscles des membres, *la longueur qu'ils avaient pendant la vie*, parce qu'en effet, dans les alternatives incessantes de la systole et de la diastole, la longueur des fibres du cœur varie à chaque instant. Mais il n'en est pas moins certain que la vraie condition, la condition indispensable pour apprécier exactement la grandeur des anses musculeuses du cœur, fidèlement traduite par la capacité des ventricules, est, comme pour tous les autres muscles du corps, le relâchement de la fibre musculaire. Et ce relâchement ne peut être complet qu'après la destruction des derniers effets de la contractilité organique. Chose singulière! Les anatomo-pathologistes ont adopté depuis longtemps une pratique qui, en formant pour ainsi dire

---

je ne compris pas d'abord la portée de cette singulière assertion. Mais voici comment on s'expliqua. Les buffles remuaient en paissant, les vases desséchées à la surface par l'action solaire; le poison de la fièvre qui était enfermé dans cette pâte endurcie était alors mis en liberté; et comme cela se faisait tous les jours et se répétait sur tous les marécages italiens par d'innombrables troupeaux de buffles, l'air était dans un état continuel d'infection, et les personnes qui le respiraient devaient y prendre la maladie. Le Salernitain qui me donna dogmatiquement cette explication me parut être un enfant bien peu digne de ses célèbres ancêtres.

Les compatriotes de ce Salernitain qui se mêle d'étiologie avec tant de bonheur prouvent d'ailleurs, par la fraîcheur de leur *facies* et la vivacité de leur allure, que le nombre plus ou moins considérable des troupeaux de buffles qui paissent dans la Maremme doit leur être indifférent. Ils ne sont pas plus sobres que les Napolitains; ils sont moins laborieux, moins actifs que les populations groupées au pied du Vésuve, le long du golfe de la mer de Naples. Mais leur taille est bien prise, leur regard hardi, leur carnation belle. Il y a quelque chose sur les joues des Salernitaines des fraîches roses de Pestum, quand Pestum avait des roses. Tout cela dit assez que l'état sanitaire de la population est bon. La ville est toujours en effet la saine Salerne; car saint Matthieu, ou plutôt le climat, n'a pas cessé de faire les mêmes miracles. J'ai cherché quelques-uns des traits de la race normande et lombarde sur cette race qui avait déjà dû perdre de ses caractères primitifs par le voisinage des colonies sybarites, et plus tard par l'invasion romaine. Mais il y a trop de confusion dans le type actuel pour qu'on puisse dire quel est celui qui domine. Par-ci par-là seulement et lorsqu'on est favorisé par le hasard, on rencontre sur les places publiques des hommes hauts de taille et à tête carrée qui rappellent les populations du Nord. Mais à quelques pas aussi, on voit des femmes chez lesquelles la ligne presque verticale du nez et du front, révèle l'origine grecque.

De mon excursion sur les montagnes, d'où je pouvais embrasser tout le pays, depuis Amalfi qui domine la mer à l'extrémité septentrionale du Golfe jusqu'aux lignes les plus lointaines de la côte qui fuit vers la Calabre, je descendis dans la ville pour y chercher cette école de médecine sur laquelle on m'avait donné quelques indications. J'avais failli avoir pour cicérone un professeur de l'université actuelle. Il n'aurait pas mieux demandé que de m'être agréable. Mais, quoique chargé d'un cours important de médecine, il n'habitait pas Salerne. Il venait aux heures où trois ou quatre élèves réclamaient régulièrement sa présence, remplissait le plus vite son devoir, et puis renfourchait son bidet pour aller retrouver ses dieux lares où il ne s'occupait plus, je crois, de médecine; car il avait une place à la campagne qui réclamait la plus grande partie de son temps. C'est à l'hôtel où j'étais logé que descendait le médecin dans ses visites hebdomadaires à la ville. Je profitai du voisinage pour faire sa connaissance. Mais les circonstances voulurent que tout se bornât là.

L'Université actuelle, où vivent paisiblement la théologie, le droit et l'école de médecine, s'élève à mi-côte de la montagne sur laquelle Salerne est construit. On y arrive par une place irrégulière, et on est aussitôt frappé de l'aspect du monument où l'on suppose que sont conservées quelques traditions du vieil enseignement salernitain. Avec une telle pensée, on donne malgré soi une forme antique à l'édifice; on lui prête une physionomie d'accord avec le caractère de ce

la contre-partie de celle que je propose, vient donner aux vues sur lesquelles je la fais reposer leur meilleure confirmation; et cependant, le pas qui pouvait conduire de l'une à l'autre, on a négligé de le faire! Il est de règle en nécroscopie, quand les cavités du cœur sont engorgées de caillots, de les en débarrasser, afin de les soustraire *à la distension* qu'elles subissent, de les laisser *revenir sur elles-mêmes*; et la capacité qu'elles conservent après ce *retrait* est considérée comme la capacité *réelle*; c'est celle qui sert à la mensuration dans les observations rigoureuses. Ainsi, on veut démasquer les apparences trompeuses de la dilatation, comme moi celles du rétrécissement; et le moyen commun est le retour spontané des cavités cardiaques à une certaine capacité qui est réputée la véritable. En effet, la distension mécanique par des caillots sanguins ne diffère en aucune manière de la distension par les doigts. Dans les deux cas, le cœur revient sur lui-même, en vertu de son élasticité propre; dans les deux cas, il s'arrête quand le jeu de cette élasticité est épuisé, quand les fibres musculaires sont au repos. Donc, l'artifice auquel je soumets tout cœur qui se présente à l'autopsie avec un rétrécissement de ses cavités consiste simplement à le ramener, par une distension préalable, à la condition d'un cœur engorgé par des caillots, et ainsi, l'on est sûr de parer à tous les effets de la contractilité organique, sans craindre d'agrandir artificiellement la cavité.

Tel est le moyen, tel est le *critérium* que nous cherchions au commencement de cette note, et qui seul peut donner les faits dans toute leur valeur réelle. Or, il est fâcheux de le dire, ce moyen ne paraît avoir été mis en usage, dans aucune des observations relatées jusqu'ici, comme exemples d'hypertrophie simple ou concentrique. J'ai parcouru sous ce point de vue toutes celles qui ont été publiées par Bertin, dans ses MÉMOIRES, par M. Bouilland, dans son TRAITÉ (d'ailleurs si précieux) DES MALADIES DU COEUR, par un grand nombre d'auteurs dans des publications périodiques; j'ai lu avec attention les préceptes donnés partout pour l'examen anatomique du cœur, sain ou malade, et nulle part je n'ai vu qu'on ait pris ni recommandé les précautions que j'indique, ni aucune autre analogue. Seulement, dans une observation de ce genre, communiquée à M. Bouilland (t. I, p. 337), l'auteur, M. Fournet, après avoir admis, sur le seul témoignage de la mensuration, l'existence d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, cherche à mieux asseoir encore son opinion, et la seule expérience qu'il songe à faire et invoque dans ce but, consiste à presser les parois du cœur entre les doigts ou contre un plan résistant, et à observer leur degré de compressibilité. « Par une *pression* assez forte de ses parois (du ventricule), on n'en diminue que très peu l'épaisseur, dit M. Fournet; et si l'on veut aller plus loin, on en produit le déchirement. » Mais de dilatatation mécanique des cavités, il n'en est dit mot.

Il y a plus, la plupart des anatomistes s'accordent à déplorer l'impossibilité où l'on est de déterminer d'une manière précise la capacité normale des cavités cardiaques, et par suite le rapport de capacité des cavités droites et gauches. Ecoutez Senac: « Si l'on remplit d'eau, par exemple, ces cavités, et qu'on la pousse avec quelque force, le ventricule gauche, qui est ferme, résiste à l'injection; au contraire, le ventricule droit est une bourse flasque et dont les parois sont fort minces; il faut donc qu'elle prête beaucoup à l'effort qui la dilate. Si l'on remplit seulement les ventricules *comme on remplit un vase*, il n'est pas aisé de les placer dans une position où ils ne soient nullement comprimés. Le poids de la liqueur peut-il leur donner une juste étendue?... Comment remplira-t-on les oreillettes exactement, sans rien ajouter à leur cavité ou sans en rien retrancher? » (DE LA STRUCTURE DU COEUR, in-4°, t. I, p. 358.) Voici encore ce que dit M. Cruveilhier: « L'état du cœur sur le cadavre qui nous présente cet organe tel que la mort l'a surpris, ne permet nullement d'apprécier la capacité relative des cavités du cœur pendant la vie. » (ANATOMIE, t. III, p. 16.) M. Cruveilhier veut pourtant sortir à tout prix de cette incertitude, et ne voyant pas moyen de vaincre directement la difficulté, que propose-t-il? Une sorte de compromis. Il propose de *distendre* les cavités par une injection de cire ou de suif, afin, dit-il, *de les placer dans des conditions identiques*, et de déterminer leur capacité par le poids et le volume de la matière contenue. C'était un grand pas dans la voie que nous indiquons, c'était un moyen de rendre les cavités comparables entre elles; *mais seulement dans une certaine condition qui n'est pas la condition normale*. Actuellement distendues par l'injection, les cavités étaient par là même agrandies. Elles l'étaient toutes, il est vrai, les droites et les gauches; mais aucune d'elles n'avait en cet état sa capacité réelle.

J'ajoute enfin que, non seulement personne ne paraît avoir eu l'idée de recourir à ce moyen d'investigation, mais encore, à l'époque où je l'expérimentais moi-même, des anatomo-pathologistes éclairés, ignorant les faits et les idées qui me guidaient, m'ont plus d'une fois reproché de changer par mes manœuvres les conditions des phénomènes, et d'opérer ensuite sur des cœurs artificiellement dilatés. Je ne sais si, après ce qui précède, un pareil reproche pourra m'être encore adressé.

Ainsi que je viens de le dire, depuis que j'ai reconnu l'insuffisance du mode habituel d'investigation, j'ai mis en pratique la dilatation préalable des cavités cardiaques sur tous les cœurs que j'ai eu à examiner. Dans ce nombre, il s'en est trouvé beaucoup dont les parois apparaissaient à la première vue plus épaisses que de coutume, avec une ou plusieurs cavités plus ou moins effacées. C'est de ceux-là seulement que je veux m'occuper ici quant aux résultats de mes expériences.

Ces résultats peuvent, en ce qui concerne la question de l'existence ou de la non existence de l'*hypertrophie simple* et de l'*hypertrophie concentrique*, se partager en quatre catégories. — Dans la première, des ventricules rétrécis ou même littéralement oblitérés se laissaient dilater assez pour qu'après un léger retour sur eux-mêmes ils conservassent des *dimensions normales*; et les parois, dans ce mouvement d'expansion, *avaient perdu l'excès d'épaisseur* qu'elles présentaient d'abord. — Dans une seconde catégorie, la dilatation des ventricoles était un peu plus difficile, alors même que leur rétrécissement n'était pas très considérable. Cependant on parvenait, sans trop d'effort, à leur donner d'une manière permanente des *dimensions supérieures aux dimensions normales*, et toujours alors leurs parois restaient encore *notablement épaissies*. — Une troisième catégorie comprend les cas où, après la distension, les ventricules revenaient à des *dimensions normales*, leurs parois conservant une *épaisseur exagérée*. Dans ces cas, habituellement, la distension était plus difficile encore que dans les précédens. Au lieu de sentir la fibre musculaire se détendre graduellement sous l'effort, on était presque immédiatement arrêté par une résistance inélastique, semblable à celle que donne un cœur normal, quand déjà la distension de ses parois a été portée aux dernières limites de l'extensibilité. — Enfin, dans la quatrième catégorie, à quelque degré de distension que le cœur fût soumis, les ven-

qu'on suppose ou de ce qu'on désire. Mais la réalité arrive d'un pas toujours trop pressé pour vous éveiller de vos illusions. Le bâtiment de l'Université est un édifice petit, mesquin, éblouissant de blancheur, paré de très jolis contrevens verts, et ressemblant trait pour trait à la maison de campagne propre et bien tenue d'un bon bourgeois de Paris. Je m'approchai, je grattai même du bout de mes ongles le mur du monument pour m'assurer si la vieille pierre de l'édifice, que je supposais être de style lombard, n'avait pas été couverte et souillée par le brillant badigeon qui réfléchissait avec tant d'éclat les rayons d'un beau soleil d'hiver. Enfin, j'examinai minutieusement les racines des murs pour y découvrir quelques-unes de ces stratifications primitives comme on en voit sous les constructions modernes du Capitole romain. Mais je ne fus pas plus heureux. J'entrai; un concierge, qui eut bientôt vu que je n'étais pas un enfant de la maison, me fit visiter les chambres (*camere*) de la médecine, les chambres de la théologie, les chambres du droit. Je rencontrai quelques rares élèves traversant les cours. Hors le bruit que faisaient leurs pas et les miens, tout était silencieux; car aucune voix de professeur ne résonnait pour le moment sous le plafond de bois de ces humbles chambres.

Je savais que le dieu n'était pas absent; j'allai donc à la cathédrale. Je pensai, malgré l'opinion des Salernitains avec qui je m'étais entretenu de l'ancienne école, que celle-ci pouvait bien ne pas avoir occupé la place où s'élevaient les murs de la nouvelle. Je crus donc qu'il me serait peut-être réservé de trouver quelques vestiges de monument faisant corps avec l'église lombarde de Robert Giscard. Les bénédictins avaient dû sans doute se placer le plus près possible du tombeau de saint Matthieu; et l'école dut être d'abord instituée dans l'abbaye, comme au mont Cassin et comme dans tous les monastères enseignans du moyen-âge. Je ne vis rien qui pût fournir le plus faible argument à mon hypothèse. L'église même avait changé de caractère. Une restauration à peu près moderne de l'édifice lui avait imprimé une physionomie bâtarde, incertaine, où tout était confusion. Le parvis et l'église sont semés de marbres précieux, de fragmens de statues et de pierres tumulaires. On y voit de tous côtés des bas-reliefs et des inscriptions. Mais les bas reliefs me parurent muets sur les miracles de l'art salernitain; et les inscriptions appartenaient pour la plupart, ou à des tombeaux lombards, ou à des pierres tumulaires de l'époque romaine. La crypte où sont conservées la statue et les reliques du fondateur de l'école présentait seule quelque intérêt. Cette voûte était bien la voûte lourde et surbaissée de l'architecture lombarde. Les fresques, d'une exécution plus ou moins grossière, n'avaient pas trop défiguré les reliefs des sculptures et le dessin général de ce mystérieux souterrain. Au moment où je visitais la crypte, les chanoines chantaient leur office dans une chapelle latérale; leur costume me frappa: ils portaient un camail de cette couleur pourpre qui est la couleur des robes des professeurs de nos Facultés. La couleur pourpre était celle de la robe de Rabelais; et les maîtres de l'école de Montpellier l'avaient adoptée pour leur costume, dès les premières années de leur institution. Cette particularité du camail des chanoines de saint Matthieu n'a-t-elle pas une origine toute médicale? et ne présente-t-elle pas en quelque sorte un dernier vestige de la science des maîtres salernitains? Quand l'esprit ne peut s'appuyer ni sur des faits évidens, ni sur des souvenirs matériels dans les recherches où il se livre sur les événemens du passé, il en est réduit à s'abandonner à l'incertitude des inductions et des hypothèses. Je dois

tricules un instant dilatés revenaient toujours à des *dimensions inférieures aux dimensions normales*, et les parois, un instant amincies, *à un degré d'épaisseur exagéré.*

Ajoutons que, dans ces deux dernières catégories, le volume total du cœur, ou n'avait pas sensiblement varié, ou avait augmenté; que le ventricule affecté était plus plein, plus arrondi que de coutume; que le tissu musculaire était plus incompressible (comme l'a fort bien remarqué M. Fournet), plus dense, et, si on peut le dire, d'un grain plus serré que dans la seconde, et surtout dans la première catégorie.

Il n'est pas besoin d'expliquer longuement la signification de chacun des résultats expérimentaux qui viennent d'être rappelés. D'après les principes précédemment posés, il est évident que la première catégorie appartient à la normalité du cœur, la seconde à l'hypertrophie excentrique masquée par le retrait des parois ventriculaires, la troisième à l'hypertrophie simple, et la quatrième à l'hypertrophie concentrique. Je prie de bien remarquer qu'entre les cas où les parois reviennent avec les cavités à leurs dimensions normales, et ceux où les parois restent toujours (quelle que soit la capacité que prennent définitivement les ventricules) plus épaisses que de coutume, la différence est radicale. L'état des parois dans ces conditions, c'est, comme il a été dit, *leur état réel*. Or, une augmentation d'épaisseur des parois ventriculaires avec persistance de la cavité normale, et partant accroissement de la circonférence du cœur; ou bien une augmentation d'épaisseur des parois, avec diminution de la cavité, mais aussi avec accroissement ou seulement conservation de la circonférence du cœur, sont deux états anatomiques qui n'ont pas d'existence possible sans hypertrophie, et sans l'une ou l'autre de ces deux formes d'hypertrophie qu'on appelle *simple* et *concentrique*. De plus, à ces conditions essentielles viennent se joindre les caractères de l'hypertrophie du cœur en général : la fermeté, la densité, l'incompressibilité du tissu, et aussi une inextensibilité plus ou moins prononcée. Ce dernier caractère est fort important; et si, pour plus de sûreté, l'on voulait constater son existence hors du cercle de la discussion actuelle, on pourrait s'adresser à ces cœurs excentriquement hypertrophiés qu'on trouve sur le cadavre largement béans, quoiqu'à peu près vides de caillots, et qui se présentent par conséquent exempts de distension et dans leur état naturel. Essayez d'agrandir davantage la cavité; le plus souvent vous serez presque immédiatement arrêté par une résistance invincible. Eh bien ! ce caractère de l'hypertrophie, si fréquent dans la forme excentrique, ne perd pas ses droits dans les formes simple ou concentrique. Quand donc on le sent se manifester pendant la distension mécanique des ventricules, c'est l'indice que la simple contractilité organique est vaincue et qu'on commence à mettre en jeu l'élasticité du tissu. Mais, je le répète, tous ces caractères, auxquels il convient d'ajouter le poids du cœur, les inégalités d'épaisseur des parois, le développement anormal des colonnes charnues, etc., ne sont bons qu'à témoigner de la présence de l'hypertrophie, et non de sa forme anatomique.

Voilà donc, ce me semble, la question suffisamment élucidée. Plus de doute, il existe *une hypertrophie simple*, il existe *une hypertrophie concentrique du cœur*. Mais, hâtons-nous de le dire, après l'épreuve de la dilatation préalable, la *fréquence* de ces deux lésions organiques se trouve singulièrement réduite. Je n'hésite pas à dire que plus de la moitié, les trois quarts, peut-être, des cas qui sembleraient au premier abord appartenir à ces catégories, reviennent soit à l'état normal du cœur, soit à l'hypertrophie excentrique. En second lieu, je n'ai jamais observé un degré de rétrécissement aussi extrême que l'ont noté les auteurs. « Quelquefois, dit Laënnec, je l'ai trouvée (la cavité du ventricule gauche) tellement petite dans des cœurs deux fois plus volumineux que le poing du sujet qu'elle aurait pu à peine loger une amande revêtue de son écorce ligneuse. (TRAITÉ DE L'AUSCULT., 3ᵉ édit., t. III, p. 107.) » Dans une observation d'hypertrophie des deux ventricules, rapportée par Lobstein, « la cavité du ventricule gauche, dans l'endroit où il était le plus dilaté, était de *quatre lignes*. Dans les autres points, les parois se touchaient et la cavité ventriculaire n'était qu'une sorte de fente courbe, dont la convexité regardait le ventricule droit. Celui-ci, également très contracté, ayant des parois épaisses de 5 lignes, dessinait une cavité recourbée de la longueur de 11 lignes, d'un diamètre transversal de 1 l. 3/4. (TRAITÉ D'ANAT. PATHOL., p. 406.) » Chez un sujet, observé par Bertin, la cavité du ventricule droit était comblée par les colonnes charnues, « de sorte que pendant la vie le sang ne pouvait que filtrer entre leurs mailles. » Des auteurs plus modernes, parmi lesquels je citerai surtout MM. Louis et Bouilland, ont rapporté des faits analogues. Certes, je sais tout ce que je dois à l'autorité de ces observateurs; mais tout ce qui précède ne m'excusera-t-il pas de penser que dans tous ces cas à une hypertrophie concentrique réelle s'était joint un certain degré de retrait cadavérique? La vie se conçoit avec un rétrécissement extrême des orifices cardiaques, quand derrière l'obstacle se trouve un réservoir charnu capable de lancer avec force le sang à travers l'étroit pertuis; mais elle semble incompatible avec une oblitération presque complète de l'organe central de la circulation. On se fortifiera encore dans cette pensée, quand on remarquera que, dans la plupart des observations dont il s'agit, le rétrécissement des ventricules se compliquait précisément de rétrécissement des orifices, sans que l'embarras de la circulation ait paru beaucoup plus prononcé qu'il ne l'est souvent sous l'influence exclusive de cette dernière altération.

Je termine, ce que je me proposais de dire sur l'hypertrophie du cœur, par une réflexion générale. Si, en effet, cet organe, au point de vue qui nous occupe, ne présente son état réel qu'après l'espèce de préparation que j'ai signalée, combien d'inexactitudes, quelle diversité de résultats, l'oubli de cette précaution n'a-t-elle pas dû entraîner, et dans la détermination de la capacité normale des ventricules ou de l'épaisseur de leurs parois, et dans celle des différens degrés d'anévrisme ou d'hypertrophie du cœur, et conséquemment dans l'appréciation des symptômes qui leur correspondent! Il est peu de cœurs non distendus par des caillots qui ne soient plus ou moins revenus sur eux-mêmes. Toutes les fois donc qu'on les a mesurés dans cette condition, l'on a obtenu des résultats trompeurs. C'est assez indiquer les nouvelles recherches qui pourraient être tentées sous l'inspiration de cette idée. Pour ma part, je l'ai déjà mise en plus d'un point à profit; j'espère en profiter encore, et peut-être ferai-je connaître un jour les résultats auxquels je serai parvenu.

---

dire cependant que je fus témoin d'un fait qui me prouve que les souvenirs de l'école où étudièrent OEgide de Corbeil et tant d'autres maîtres des écoles universitaires de France n'étaient pas entièrement effacés de la mémoire des Salernitains. S'ils ignorent les noms de Mathieu Plater, d'Eros et de Musandinus, ils n'ont oublié ni saint Matthieu, ni son ancienne renommée médicale. Le saint a, comme toujours, une clientèle très nombreuse. La confiance dont il jouissait n'a pas baissé. Les malades vont en effet faire de fréquentes visites à la crypte, et laissent pour honoraires des cierges et des *ex voto* qu'ils attachent aux pointes de la grille qui entoure la statue.

Je n'avais plus rien à faire à Salerne; j'avais tout vu. L'organisation de l'Université ne présentait rien d'intéressant. Elle n'avait aucun privilége qui la distinguât des autres institutions de haut enseignement des états napolitains. Les ordonnances de Frédéric II étaient déchues; car il n'est plus nécessaire d'aller chercher le diplôme de maître en médecine dans l'école d'où, depuis plusieurs siècles, les maîtres ont disparu. Le seul vestige un peu puissant, le seul souvenir scientifique de la célèbre école médicale n'est plus dans la cité; il est dans la campagne, à quelques milles de la Cava, l'une des dernières villes qu'on trouve quand on va de Naples à Salerne.

C'est dans un couvent, le couvent de la Ste-Trinité, où se trouve une colonie assez réduite des bénédictins, qu'il faut aller chercher ces reliques historiques. Le couvent possède en effet une immense bibliothèque qui compte comme principale richesse, une collection de plus de cinquante mille manuscrits. On y compte sans doute plus de pièces historiques sur la domination lombarde que sur les principes et les travaux de l'école de Salerne. Mais qui peut le dire? Personne; car tout le monde l'ignore. Les bénédictins de la Cava ont oublié les goûts laborieux de leurs prédécesseurs; ils vivent de cette oisiveté grasse qu'on rencontre dans tous les couvens d'Italie, et paraissent ne prendre en souci ni les sciences ni les lettres. Ils montrent avec orgueil leurs manuscrits aux voyageurs; c'est la seule satisfaction qu'ils retirent de leur position de propriétaires. J'ai vivement regretté qu'un seul manuscrit, mais l'un des plus importans, des plus nécessaires, manquât à la collection, c'est-à-dire un catalogue. En face de toutes ces richesses, avec le désir violent d'y trouver quelque morceau de métal précieux ou quelque pierre de prix, on doit seulement se résigner à regarder pendant quelques minutes ces grandes masses de parchemin. Pourquoi s'exposer, en effet, à un mécompte presque certain, en portant au sein de ce trésor enfoui une main que rien ne dirige? Elle n'en retirerait probablement, au lieu d'une fine pierre ou d'un bijou d'or pur, qu'un fragment de grossière verroterie.

Mais c'est là pourtant que doivent être les écrits inconnus ou les originaux complets des travaux qu'a laissés l'école de Salerne. Les moines de ce couvent sont des bénédictins comme ceux qui ont été les premiers maîtres de l'art médical sur cette terre illustre. Et l'héritage dont ils sont si fiers, mais qui reste stérile dans leurs mains, leur est venu en ligne directe. Une cohorte de médecins voyageurs, à qui il serait permis de fouiller dans ces précieuses archives, y aurait bientôt trouvé, j'en suis certain, des documens du plus grand intérêt, et peut-être des travaux et des œuvres d'une grande importance. Cette terre est d'ailleurs la terre heureuse sous ce rapport. C'est à Amalfi, à quelques milles de la Cava, que furent trouvées, dans le douzième siècle, les pandectes de Justinien; et les murs de ce beau couvent ont aussi leur renommée, car c'est dans cette tranquille et riante solitude que le célèbre Filangieri écrivit son grand ouvrage sur la science de la législation.

ED. C.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LA TRACHÉOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; MÉTHODE NOUVELLE ET INSTRUMENS NOUVEAUX D'OPÉRATION; par JULES GARIN, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE. — DESCRIPTION D'UNE NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRATION.

TRACHÉOTOMIE CRICOÏDIENNE; PONCTION ET INCISION COMBINÉES; TRACHÉOTOMIE DILATATEUR; COLLIER A ÉRIGNES REMPLAÇANT LES CANULES.

Le but essentiel et immédiat de la trachéotomie dans le croup en particulier est d'ouvrir à l'air un passage que lui refusent le larynx et la trachée obstruées par des fausses membranes; celui d'appliquer des topiques sur la muqueuse trachéale altérée ne vient qu'en seconde ligne.

Quelque étroite donc que soit l'ouverture artificielle pratiquée à la trachée, elle remplira ce but, pourvu qu'elle soit au moins égale à celle du larynx au moment de la dilatation de la glotte, c'est-à-dire au moment de l'inspiration.

Cela est si vrai et cette indication avait été si bien appréciée que, dès le XVIe siècle, Sanctorius avait le premier, dans un cas d'angine, purement et simplement ponctionné la trachée avec un trois-quarts pour rétablir la respiration.

Sans approuver ce procédé, dont les inconvéniens ont été signalés plus haut, j'y joins pourtant l'idée de rétrécir, autant que possible, le champ de l'incision trachéale, en ne lui donnant que l'étendue nécessaire à la canule. Si cette étendue existe dans un point inoffensif de la trachée, tout le problème se réduit à y faire pénétrer une canule d'un volume convenable.

Or, cette étendue propice peut être facilement déterminée.

Il y a, en effet, sur la ligne médiane du cou, entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le deuxième anneau trachéal un espace de 2 centimètres environ de hauteur sur presque autant de largeur, où la trachée, très superficielle, est dégagée de tout vaisseau important : là les artères carotides sont à un pouce de distance de l'organe; les laryngées inférieures ne traversent la membrane crico-thyroïdienne que sur les côtés, et les deux thyroïdiennes supérieures s'anastomosent seulement par des rameaux très déliés sur le bord supérieur du corps thyroïde, lequel est d'ailleurs échancré au centre et ne recouvre ordinairement en ce point que le premier ou le deuxième anneau de la trachée. Ce n'est que dans les parties inférieures et profondes de la glande que s'enlacent les ramifications du plexus veineux thyroïdien, dont la plus grande partie est, du reste, située presqu'en entier au-dessous de l'organe.

Ces dispositions anatomiques connues, si, par une *ponction directe* de la peau et des tissus sous-jacens, on fait pénétrer dans l'espace ainsi limité de la trachée un bistouri étroit et acéré, semblable à un des ténotomes aujourd'hui en usage, on pourra le faire sans danger, et l'incision, verticalement prolongée au-dessous du cartilage thyroïde, dans l'étendue d'un centimètre et demi, sera suffisante au calibre ordinaire d'une canule.

La difficulté sera d'y introduire celle-ci; car l'instrument coupant retiré, il sera d'autant plus malaisé d'élargir les bords de la plaie trachéale et d'y faire entrer la canule ou un dilatateur que cette plaie sera plus étroite, moins longue et faite sur le cartilage cricoïde, c'est-à-dire sur un point moins dilatable de la trachée.

Mais que, par un mécanisme particulier, l'on suppose que la lame de l'instrument qui a incisé la trachée se dédouble et s'écarte avec assez de force des deux côtés pour repousser en dehors les bords de la plaie, et l'on pourra immédiatement introduire la canule munie d'un embout, ou, comme je propose aussi, des crochets propres à la remplacer.

C'est ce que j'ai voulu réaliser au moyen d'un instrument très simple, et que j'appellerai, si l'on veut, pour indiquer son double usage, *trachéotome dilatateur*.

Il consiste dans une sorte de pince à ressort, tout à fait semblable, pour la forme et le jeu, à la pince à ligature de Graeffe, dont les branches, parfaitement effilées comme deux petites lames jumelles, auraient le tranchant d'un bistouri par leur accolement intime, et la force d'un dilatateur par leur écartement mécanique.

L'idée mère d'un instrument ainsi conçu est facile à saisir : les perfectionnemens de détails vont la rendre immédiatement applicable.

Et d'abord, pour donner au trachéotome l'acuité convenable, malgré le parallélisme de ses lames, je ne le rends tranchant que par l'une de ses branches en saillie sur l'autre de 1 ou 2 millimètres, et agissant dès lors en toute liberté.

Ensuite, pour éviter de blesser la paroi postérieure de la trachée ou les organes sous-jacens dans le mouvement de ponction qui fait pénétrer l'instrument, ou dans le courant de l'opération, il suffit de recourber légèrement le trachéotome sur son bord tranchant, de manière à lui donner la forme d'un double crochet coupant par le bord concave de l'une de ses branches, mousse et arrondi par le bord convexe de ses deux branches réunies.

En se servant de cette espèce de petite faucille à deux lames, introduite par la pointe dans la membrane crico-thyroïdienne, et portée en bas pour l'incision de la trachée, on n'a point à redouter de plaie profonde dont le bord convexe, mousse et arrondi de l'instrument, glissant sur la face postérieure de la trachée, garantit celle-ci pendant les divers temps de l'opération.

La forme de crochet donnée à l'instrument permet en outre à l'opérateur de retenir la trachée sous sa main, sans qu'elle puisse s'échapper pendant les mouvemens de déglutition et de suffocation, qui entravent toujours la dextérité du manuel opératoire. Cet objet est même mieux rempli si, la pointe de l'instrument restant aiguë, comme il a été dit, son tranchant est reporté tout entier au-dessus de sa courbure, pendant que celle-ci demeure entièrement mousse pour les deux branches. Ce petit perfectionnement oblige tout au plus à enfoncer davantage le trachéotome après la ponction, ce que son bord convexe rend tout à fait sans danger, et à lui donner pour l'incision une direction en rapport avec celle de sa portion tranchante; mais il lui faut acquérir l'avantage d'une véritable érigne qui retient au besoin la trachée sans l'entamer.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que cet instrument, ainsi exécuté, peut servir au besoin de pince à ligature, d'autant mieux que la courbure qu'il présente lui permet d'embrasser plus de parties à la fois et de saisir plus facilement les vaisseaux divisés.

Enfin, pour ne rien omettre, l'écartement des branches est augmenté et réglé par un ressort intermédiaire et oblique qui repousse celle des deux lames sur laquelle il glisse lorsque le bouton à dent, pressé par l'opérateur, la laisse échapper, comme dans la pince de Graeffe.

Les conditions anatomiques de l'opération (telle que je la propose, et que j'appelle, pour marquer son but, *trachéotomie cricoïdienne*), reconnues, l'instrument accepté, rien de plus facile à comprendre que le manuel opératoire.

L'enfant est couché sur le dos ou assis, les bras et les jambes emmaillottés dans un drap roulé autour de son corps; le cou, modérément renversé, est rendu saillant par un coussin. Le chirurgien se place à sa droite; de la main droite il tient le trachéotome en première position, l'index sur le dos des lames, le pouce au niveau de la dent à ressort et prêt à déterminer l'écartement des branches au moment donné; de la main gauche, il fixe le larynx avec l'index appliqué au-dessous de lui sur la membrane crico-thyroïdienne, là où l'instrument doit piquer.

Ce point bien assuré, le manuel opératoire se compose de trois temps : dans le premier, on fait pénétrer la pointe de l'instrument fermé dans la membrane crico-thyroïdienne, et on l'enfonce en le relevant jusque sur le fond de la trachée, contre lequel vient reposer son bord convexe; dans le deuxième, on incise la trachée et les tissus sub-jacens dans l'étendue d'un centimètre et demi, en faisant glisser le trachéotome obliquement de haut en bas contre la paroi postérieure de l'organe; dans le troisième, on lâche le ressort : les lames s'écartent et dilatent la trachée; on place la canule ou le collier dilatateur, on retire l'instrument et l'opération est terminée.

On voit par ce qui précède, que le maniement de l'instrument ne diffère presqu'en rien de celui d'un bistouri, tant qu'il agit comme tel, et que toute la différence est dans l'écartement des lames qu'on produit à volonté par l'échappement du bouton qui les tient unies l'une à l'autre. Il pourrait donc être employé dans le procédé ordinaire et conserver la même utilité.

Quant au procédé opératoire en lui-même, il diffère essentiellement de tous les autres, en ce qu'un seul instrument sert à ouvrir la trachée et à en écarter les bords et qu'il permet ainsi d'achever l'opération presqu'en un seul temps et avec une grande promptitude.

Mais c'est surtout par ses résultats immédiatement avantageux que ce procédé se distingue.

Ainsi, en premier lieu, la peau, par suite de l'étroitesse de son incision exactement égale et parallèle à celle de la trachée, se colle contre les parois de la canule ou contre les crochets dilatateurs que nous lui substituons, recouvre hermétiquement les tissus que traverse l'instrument, et

les place dans les conditions les plus propres à limiter l'inflammation, à prévenir les cicatrices vicieuses et à diminuer les dangers plus grands qui accompagnent l'opération dans le procédé ordinaire : je veux parler de l'hémorragie et de l'introduction de l'air dans les veines. Le procédé que je propose est, en effet, la sauvegarde la plus assurée contre ce double accident; des chirurgiens célèbres ont vu périr ainsi des malades sur le lit de souffrance, et l'on ne saurait trop chercher à prévenir une mort si prompte dans une opération dont on n'est que trop disposé à attribuer tout l'insuccès à l'opérateur.

D'abord les chances fâcheuses de ces deux revers sont éloignées par le choix même du lieu et par la brièveté de l'incision qui livre passage à l'air. L'hémorragie, en effet, dans l'espace étroit que nous avons limité, ne peut venir que de trois sources: 1° des arcades artérielles et veineuses crico-thyroïdiennes; 2° des rameaux de terminaison des deux thyroïdiennes supérieures qui longent en s'anastomosant le bord supérieur du corps thyroïde; 3° enfin, des ramuscules artériels et veineux qui rampent dans l'isthme de cette glande. Les deux seuls vaisseaux notables ici sont donc les artères crico-thyroïdiennes qui viennent de l'artère thyroïdienne supérieure, descendent obliquement en dedans du cartilage thyroïde, et passent transversalement sur la membrane crico-thyroïdienne, qu'elles percent sur les côtés pour s'anastomoser sur sa face postérieure par leurs radicules de terminaison. On peut les éviter en ménageant la membrane crico-thyroïdienne, et en ne portant la pointe de l'instrument que juste au-dessus du cartilage cricoïde. Mais, en supposant que, malgré toutes les précautions possibles, cette artère laryngée inférieure ait été coupée, il est difficile qu'elle donne lieu à une hémorragie inquiétante, et je m'étonne, avec M. Velpeau, qu'on se soit tant occupé d'un vaisseau de si peu d'importance.

On conçoit que les mêmes remarques soient applicables à l'absorption de l'air par de pareils vaisseaux; et puis, la crainte de l'hémorragie et de l'absorption veineuse de l'air fût-elle fondée, la pression de la peau restée collée sur les veines béantes ou sur les artères ouvertes modérerait l'une et empêcherait l'autre. De plus, les muscles et les aponévroses cervicales, demeurés en place et simplement divisés comme la peau, seconderaient aussi la pression préservatrice de l'enveloppe cutanée.

Tels sont les avantages positifs qui me paraissent ressortir directement du procédé suivant lequel je conseille de pratiquer la trachéotomie ; sans doute ce procédé doit soulever bien des objections; je vais essayer d'en prévenir quelques-unes.

Elles peuvent, à mon sens, porter sur deux points : 1° sur l'insuffisance de l'instrument; 2° sur la valeur théorique du procédé.

Quant à l'instrument, on ne saurait guère contester son double usage et la simplicité pratique de son emploi. La dilatation de la trachée et le rétablissement de la respiration sont presque instantanés; voilà donc deux difficultés vaincues : l'écartement des bords de la plaie et l'introduction de la canule, deux obstacles qui, autant que l'hémorragie, rendent l'opération toujours laborieuse et pleine de périls.

Peut-être, en voyant un instrument aussi acéré par la pointe destinée à pénétrer du premier coup dans la trachée et à y séjourner quelques instans au besoin, trouve-t-on la manœuvre peu sûre et dangereuse? Cependant on peut dire que l'incertitude et le danger ne sont pas plus grands qu'avec le bistouri ordinaire dans le procédé connu, où le sang qui inonde la plaie et la mobilité de la trachée plus profonde ne permettent pas de diriger l'instrument avec sûreté. Mais il suffit, pour répondre tout à fait à l'objection, de faire considérer que le point indiqué par nous pour la ponction de la trachée est l'intervalle membraneux crico-thyroïdien, c'est-à-dire le point le plus superficiel, le plus mince et le plus facile à atteindre de la trachée, et que, pour y arriver, on n'a à traverser que trois couches minces, la peau, le fascia et l'aponévrose cervicale.

Les objections à faire au procédé en lui-même me paraissent à la fois plus graves et plus nombreuses.

La première qui se présente est celle-ci : *Le lieu proposé pour l'incision de la trachée est-il bien choisi* (1) ? Cette incision étroite, ainsi faite dans la partie la plus malade du canal respiratoire, et dans le voisinage intime du larynx, n'offre-t-elle pas au chirurgien les chances doublement funestes, ou de ne pouvoir suffisamment modifier par les topiques les tissus affectés pour limiter le mal et obtenir la guérison, ou de voir celle-ci compliquée par la suppuration et la nécrose du larynx, dont les parties cartilagineuses ne sauraient supporter longtemps avec impunité le contact de l'air ?

Cette objection, plus spécieuse qu'il ne semble au premier abord, aurait quelque valeur, si d'un côté l'ouverture trachéale, tout en siégeant dans le lieu où les pseudo-membranes sont d'ordinaire accumulées en plus grande abondance, empêchait de porter l'écouvillon et avec lui les topiques jusque dans les profondeurs du canal bronchique; et si, d'un autre côté, l'étroitesse même de l'incision trachéale, et les ménagemens pris pour n'entamer la peau que dans la même étendue, ne préservaient pas le larynx et ses annexes de l'influence nuisible de l'air extérieur.

Ce danger de la nécrose et de l'inflammation purulente du larynx existe, il est vrai, dans la laryngotomie, alors que les cartilages de l'organe, coupés dans toute leur longueur, laissent la glotte béante à l'air, et qu'eux-mêmes, baignés par le pus, se trouvent encore offensés par la présence nuisible de la canule. Mais le cartilage cricoïde ne concourt en rien à la formation *essentielle* de l'organe de la voix, si ce n'est en offrant un point d'appui aux cartilages aryténoïde, et dans le procédé que je conseille d'adopter, il est seul coupé; le cartilage thyroïde reste intact, et les cordes vocales ne reçoivent guère plus l'action de l'air que si l'incision était faite au-dessous de l'anneau du cricoïde, où elle peut, du reste, être commencée avec à peu près les mêmes avantages.

Mais le lieu d'élection pour l'ouverture trachéale une fois justifié de toute influence fâcheuse sur le traitement et sur la guérison, les attaques qu'on peut diriger contre le procédé par rapport aux conditions anatomiques dans lesquelles il se trouve restent tout entières. On ne contestera point cependant la facilité de déterminer à travers la peau le lieu d'élection marqué par la fossette qui sépare les deux cartilages du larynx en avant et où le bout du doigt indicateur fixe sans peine le point que doit traverser l'instrument; et si on objecte l'épaisseur même du cartilage cricoïde qu'on doit inciser, la résistance qu'il opposera victorieusement au jeu du trachéotome au moment de sa dilatation, et l'élasticité par laquelle il fera toujours remonter vers la glotte la canule dont le contact est nuisible, je répondrai que ces obstacles sont très minimes chez les enfans, qui fournissent le plus de cas de trachéotomie, et que, rejetant l'emploi de la canule, nous n'avons pas à craindre des crochets qui la remplacent les inconvéniens que détermine avec elle l'élasticité du cartilage.

Une objection dont j'apprécie toute la gravité est celle-ci : Comment pourra-t-on agir sûrement et surtout éviter l'hémorragie lorsqu'on ira faire une incision d'une longueur minime, il est vrai, mais enfin très appréciable, au milieu de parties turgescentes et gonflées de sang, comme le sont, dans le croup, les diverses couches anatomiques de la région sous-hyoïdienne? Ne semble-t-il pas plutôt que, hâtant prématurément l'ouverture de la trachée, le procédé qu'on propose favorise l'introduction du sang dans cet organe, et facilite l'asphyxie déjà imminente? Comment, d'un autre côté, atteindre à travers la plaie un organe mobile, et qui, en fuyant, peut conduire l'instrument sur des artères d'un gros calibre? Comment le faire avec sûreté, rapidité et facilité? Et, après avoir réussi, comment introduire et fixer un dilatateur quelconque dans une plaie peu évasée, devenue profonde par le gonflement vasculaire de ses bords, et dont l'étroitesse même, rendant le parallélisme de ses deux orifices plus difficile à maintenir en face des brusques mouvemens de la trachée, augmente encore l'instabilité des instrumens qu'on y place pour la tenir ouverte, et doit faire de l'asphyxie mécanique un danger sans cesse renaissant?

On voit que je ne déguise point les obstacles, et je reconnais que ceux-ci méritent toute attention. Cependant ils ne resteront point sans réponse.

Nous avons déjà vu ce qu'il faut penser de l'hémorragie ; elle n'est point à redouter dans le procédé que je défends que dans tout autre. Et eût-elle lieu, il ne faudrait pas trop s'en alarmer ; car si M. le professeur Trousseau a pu dire qu'il ne l'avait jamais vue suivie de la moindre gravité dans le procédé ordinaire, à plus forte raison est-il permis de l'avancer pour celui-ci. « Pourvu toutefois, dit M. Trousseau, qu'on se serve immédiatement d'un dilatateur qui maintienne béantes les lèvres de la trachée, on lien que, par un moyen quelconque, on parvienne à introduire tout de suite une large canule; car alors *ce moyen quelconque* demandé par M. Trousseau, (et je crois l'avoir trouvé) tenant ouverte la plaie de la trachée-artère, l'air pénètre avec facilité, rejette puissamment le peu de sang qui s'est introduit, et le retour de la respiration normale faisant cesser l'hémorragie, l'introduction du sang n'a plus lieu; et si, par hasard, quelque peu de sang s'écoule en bavant dans les bronches, le malade s'en débarrasse ordinairement tout seul, ou quelques écouville-

(1) C'est à Boyer que revient l'idée première d'avoir désigné l'endroit de la trachée que j'ai choisi pour la pratique de l'opération, et quoiqu'il fît l'incision de bas en haut après avoir découvert la trachée, quoiqu'on ait préféré après lui la faire de haut en bas, il n'en est pas moins juste de lui reporter le mérite d'avoir innové la méthode de la crico-trachéotomie.]

mens de la trachée suffisent pour aider à cette expulsion pour peu qu'elle soit difficile (1). »

En second lieu, le point désigné pour la ponction sera plus facilement reconnu et atteint qu'on ne pense, à cause de ses délimitations précises, et, malgré sa mobilité, la trachée n'est pas plus fugitive devant la pointe d'une lance bien acérée qu'une veine devant celle d'une bonne lancette. Elle fuira même d'autant moins dans notre procédé que là elle est plus superficielle, plus facile à fixer, et retenue le plus souvent, au moment de l'opération, par le spasme musculaire du cou tout entier. Et s'échappât-elle un peu à droite ou à gauche, les gros troncs artériels sont assez éloignés de sa face antérieure pour que la pointe de l'instrument ne puisse les atteindre. D'ailleurs, ce genre d'accident, possible peut-être avec le bistouri on un trois-quarts, n'est plus à craindre avec le trachéotome dilatateur, dont la courbure en garantit tout à fait le malade et l'opérateur.

Quant à la difficulté d'arriver sur la trachée par une simple ponction, et à la gravité de cette tentative, vivement attaquée dans le siècle passé, je ne puis les accepter tout entières. La taille est-elle une opération moins grave ou moins ardue? La cataracte est-elle moins délicate? Certains cathétérismes offrent-ils beaucoup moins de difficultés? Et pourtant, on pénètre par ces opérations dans des organes plus profonds, plus irritables et aussi essentiels à la vie que la trachée. Dans une région aussi bien connue que la région sous-hyoïdienne, on ne saurait, à une époque où l'anatomie chirurgicale est tant en honneur, arguer d'erreur possible ou de tâtonnement pour rejeter un procédé d'opération fondé sur des données purement anatomiques.

En résumé donc, le procédé d'opération que je propose mérite de devenir la méthode générale de bronchotomie, puisqu'à l'avantage d'une exécution plus facile et d'une innocuité incontestable, elle joint celui de se prêter à presque toutes les indications de la trachéotomie ordinaire.

Mais les objections levées, le procédé accepté, tout n'est pas fini. Il faut conduire à bien l'opération; il faut, après l'ouverture du canal respiratoire, maintenir la plaie béante, pour que l'air y pénètre librement, et arrive ainsi jusqu'au poumon; il faut obvier aux accidens qui accompagnent ou suivent les manœuvres, et préparer enfin la guérison en substituant, par des caustiques appropriés, un nouveau mode de vitalité à l'altération spéciale des muqueuses.

Ici se rapporte donc ce que j'ai à dire : 1° de l'emploi des canules; 2° du collier dilatateur par lequel je veux qu'on les remplace.

1° Il est peu d'instrumens en chirurgie qui, destinés à un même usage, aient changé autant de fois de forme et de dimensions que les canules propres à entretenir la liberté de la respiration après la trachéotomie; et la multiplicité même des modifications qu'elles ont présentées dans leur perfectionnement depuis Fabrice d'Aquapendente, leur inventeur, jusqu'à MM. Bretonneau et Trousseau, qui les ont tant améliorées, prouve seule, mieux que ne pourraient le faire tous les raisonnemens, combien d'inconvéniens elle renferment, et combien il est difficile de satisfaire à toutes les conditions de leur emploi.

Ainsi, il faut qu'elles ne soient pas sujettes à s'échapper de la trachée ni à tomber dans son intérieur, et que la courbure qu'on leur donne soit combinée de manière à faire correspondre, centre pour centre, l'orifice inférieur de la canule avec le segment de la trachée auquel il abontit, d'abord pour que celui-ci ne soit point blessé en avant ou en arrière par le contact des rebords de cet orifice, ensuite pour que le courant d'air respiratoire, plus plein et plus direct, entraîne avec plus de force, vers l'orifice supérieur, convenablement dirigé du tube métallique, les mucosités ou les fausses membranes, sans que celles-ci, lancées par l'expiration vers le larynx, soient exposées à s'y agglutiner ou à obstruer leur voie extérieure d'expulsion.

Mais c'est surtout sous le rapport de leur capacité et de leur longueur que les canules exigent le plus d'attention. L'inconvénient commun et le plus grave de toutes les canules anciennes est de ne présenter à la respiration qu'un canal étroit, très insuffisant au volume d'air qui doit pénétrer dans la poitrine, et facilement obstrué par le dessèchement des moindres mucosités qui s'arrêtent dans leur intérieur; elles n'offrent aussi en général qu'une longueur trop petite, pour que, soulevées par le gonflement des bords de la plaie, elles ne sortent point de la trachée.

On a cherché à remplir toutes ces conditions de l'utilité des canules, on a essayé de remédier à tous leurs défauts, et cependant, malgré les perfectionnemens successifs qui ont été introduits dans leur fabrication, malgré la rare précision avec laquelle M. Bretonneau, et M. le professeur Trousseau surtout, ont indiqué le calibre, la courbure, la longueur et toutes les dimensions des canules suivant les âges, bien des obstacles restent encore, bien des objections peuvent être faites à leur emploi.

Qu'on juge de l'irritation qu'un corps aussi volumineux qu'une canule doit produire dans un organe déjà malade, et qui, dans l'état normal, entre en convulsion au contact du moindre corps étranger.

Mais le contact de la canule sur la muqueuse laryngée, malgré les nécroses partielles des cartilages qu'il détermine presque constamment, suivant M. Trousseau, et malgré les accidens ultérieurs qui peuvent résulter de cette mortification, est ordinairement peu de chose en face des dangers immédiats qui ressortent de l'introduction difficile de l'instrument, de sa mobilité, de ses déplacemens, qui ont plus d'une fois abrégé la vie, déjà si menacée, des malades. Et puis, il faut écouvillonner fréquemment la canule pour maintenir libre son canal, l'ôter même et la changer pour nettoyer la trachée, toutes circonstances qui, entre des mains malhabiles, peuvent devenir fatales à l'enfant.

2° Frappés des difficultés et des accidens extrêmes dont les canules peuvent être la cause, beaucoup de chirurgiens ont cherché à remplacer les canules par des dilatateurs constans de la trachée, qui rendissent l'entretien de l'ouverture artificielle de cet organe plus prompt, plus sûr, et les manœuvres du traitement consécutif plus simples et plus faciles.

M. Trousseau, le premier, rappelant l'idée des érignes conseillées par Solingen pour dilater la trachée, et que Frédéric Wend avait remplacées par des crochets arrondis, a proposé d'abord deux érignes mousses destinées à saisir les lèvres de la plaie et à les écarter en sens contraires; puis, à l'exemple de Ch. Bell, de Lawrence, des pincettes en fil d'archal et remplissant le même objet par leur élasticité.

M. Gendron, suivant la même voie d'amélioration, a inventé plusieurs dilatateurs de la trachée, qui ressemblent tous plus ou moins à des pinces à branches recourbées et dilatables, mais dont le meilleur a encore l'inconvénient grave de prendre, par ses tiges relevées, son point d'appui sur la glotte même qui en est sans nécessité contondue dans ses divers ligamens.

Tous ces instrumens sont aujourd'hui tombés dans l'oubli; la difficulté de les maintenir en place, la liberté qu'ils laissent aux bords de la plaie de se gonfler et de rétrécir de plus en plus l'ouverture trachéale, les a fait justement abandonner.

J'ai imaginé à mon tour un dilatateur fixe, qui me paraît remplir quelques indications importantes, et remplacer les canules avec avantage; je l'appellerai, à cause de sa forme, *collier dilatateur*.

Ce collier se compose d'une paire de crampons d'argent de 8 millim. de hauteur, dont les tenettes à trois dents entrent dans la trachée pour l'ouvrir en tirant sur ses lèvres en sens opposé, et dont les manettes, percées d'une boutonnière, se fixent par l'intermédiaire d'une courroie aux extrémités d'un arc de métal flexible, qui embrasse le cou en arrière, et s'évase légèrement en avant pour lui laisser la liberté de se gonfler dans les momens de dyspnée et dans les accès de suffocation. Cet avantage de ne point comprimer le cou sans perdre de la stabilité ne le rend pas le moins digne d'attention peut être, parmi les modifications trachéotomiques que je présente.

Voici maintenant quelques remarques qui expliquent le reste du mécanisme de l'instrument.

Pour que cette espèce de collier en demi-cercle pût servir à des enfans de différens âges, on l'a composé de deux lames semblables, dont les parties postérieures, cintrées, et glissant l'une sur l'autre au moyen de deux boutons à coulisse vissés sur elles, permettent au collier de s'adapter exactement à toutes les dimensions du cou, tandis que les extrémités antérieures de ces lames, qui reçoivent dans une agrafe les lacs auxquels s'attachent les crochets, sont flexibles et se prêtent, sans perdre leur résistance, aux divers degrés d'écartement nécessaire à la tension des crochets.

Les crochets aussi sont formés de deux parties distinctes, l'une pleine, l'autre dentée : la première, qui tient au ruban, est destinée à contenir les bords de la plaie, et à les empêcher de boucher, par leur gonflement inflammatoire, l'ouverture de la trachée; la seconde présente trois dents aiguës assez longues, assez écartées, et qui doivent mordre sur la trachée en ne la comprimant que dans des points extrêmement restreints, car l'expérience apprend que toute pression exercée sur elle, dans une étendue même très minime, ulcère bientôt la muqueuse et mortifie rapidement les cartilages. J'ai voulu éviter cet accident et le borner autant que possible, en ne blessant la trachée que pour la retenir, et par des pointes très fines dont les plaies, comme dans l'acupuncture, sont tout à fait sans danger. Ensuite, pour prévenir l'échappement possible des crochets hors de la plaie trachéale, leurs deux bords sont armés d'un talon qui s'engage

(1) Rilliet et Barthez, MALADIES DES ENFANS, t. I, p. 374, note de M. Trousseau.

sous l'angle correspondant de l'incision de la trachée, et met obstacle à une sortie trop facile de l'instrument. Enfin, on a prévu le cas où les deux crochets, cédant au retrait de la trachée, par suite de l'extension inattendue du collier relâché, pourraient se rapprocher et fermer tout passage à l'air, et l'on y a obvié en les fixant par une petite plaque à deux branches recourbées dont les extrémités libres s'accrochent aux crampons, et forment ainsi à l'ouverture de la plaie un petit arc-boutant qui s'oppose à la jonction des grappins, sans gêner en rien les manœuvres du traitement consécutif.

Ainsi construit, ce dilatateur, qui agit sur la trachée comme avec deux petites mains introduites dans la plaie, est préférable aux canules: il ne peut s'obstruer; il laisse la trachée complètement libre, de sorte qu'on peut pratiquer les instillations, enlever les mucus et nettoyer les canaux aériens avec la plus grande facilité. Enfin, ce n'est pas là son moindre avantage, il permet que l'air aille solliciter le larynx, en détacher les mucosités, les fausses membranes, et y rétablir son passage ordinaire d'une manière insensible, sans laisser jamais à l'organe, comme dans le procédé ordinaire, un repos absolu toujours nuisible au retour des fonctions.

Cependant la mobilité de la trachée coïncidant avec une mobilité non moins grande de la peau à la région antérieure du cou, on peut craindre que le défaut de parallélisme qui en doit résulter pour les deux orifices interne et externe de la plaie ne fasse basculer les crochets au moment où ces deux ouvertures, trachéale et cutanée, viendront à s'entrecroiser, et ne provoque fréquemment leur déplacement, d'autant mieux que l'incision de la peau étant aussi étroite que celle de la trachée, celle-ci n'aura point là un champ d'exercice suffisant où elle puisse exécuter ses mouvemens sans cesser de présenter son embouchure artificielle à l'air extérieur.

Cette crainte est fondée, et cela est si vrai, que des canules trop courtes pour suffire à cette double mobilité en sens inverse de la peau et de la trachée ont pu être déplacées dans des accès de suffocation, et la mort en être la conséquence immédiate. Mais si cet accident n'est pas à redouter avec une canule d'une longueur et d'une forme convenables, il l'est moins encore avec le dilatateur à collier. Celui-ci, en effet, embrassant par ses crochets les deux lèvres interne et externe de la plaie, en maintient le parallélisme, que l'élasticité de la peau contribue encore à conserver, parce qu'elle se prête facilement aux mouvemens les plus étendus de la trachée, pourvu qu'une force quelconque l'entraîne dans le même sens, comme le font les crochets dilatateurs. Ces crochets ne peuvent non plus se déplacer en haut ou en bas, le talon dont nous avons parlé les retenant dans les deux sens, et la fixité de l'arc qui les soutient se conciliant parfaitement avec un certain degré de mobilité verticale de sa part, ainsi que l'expérience l'a démontré.

(*La fin prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN.

PUBLIÉ PAR PUCHELT, CHELIUS ET NÆGELÉ.

Les quatre cahiers du 9e volume contiennent : 1° *Compte-rendu de la clinique médicale de Heidelberg, de 1835 à 1841*; par le docteur Puchelt. (Rien de saillant.) 2° *Sur les granulations et les tubercules des poumons*; par le docteur Rampold. 3° *Sur les bains de la vallée de la Bench*; par le docteur Kathriner. 4° *Sur la médecine physiologique*. (Observations tirées des auteurs sur les fièvres continues.) 5° *De la procidence du cristallin dans l'œil de l'homme*; par le docteur Gebhardt. (Monographie complète dans laquelle M. Gebbardt rapporte 59 cas tirés des auteurs, et deux observations recueillies à la clinique de M. Heyfelder, à Erlangen, rapportées par la GAZETTE MÉDICALE.) 6° *Comparaison entre la pharmacopée de Prusse et celle de Bade*; par le professeur Dierbach. 7° *Recherches microscopiques de quelques tissus morbides*; par le professeur Heyfelder. (Exposé succinct d'un grand nombre de recherches faites en partie sur des tumeurs conservées dans l'alcool dans le musée d'Erlangen.) 8° *Appréciation physiologique et thérapeutique de la ténotomie*; par le docteur Hoefle. 9° *Remarques sur la décoction de Zittmann*; par le professeur Martius. (Discussion sur l'importance du calomel et du cinabre dans la préparation de ce médicament; l'auteur pense que ces deux substances mercurielles ne sont pour rien dans l'action du remède.) 10° *Sur le fongus médullaire et le cancer des os*; par le docteur Rampold. (L'auteur rapporte entre autres deux cas où il a trouvé les os parsemés de fongus médullaire sans déformation.) 11° *Remarques sur les bains de Rothenfels en 1842*. 12° *Sur l'emploi de l'hydriodate de potasse dans l'hydrocéphale aiguë*; par le docteur Bœser. (Une guérison qui semble militer en faveur de ce médicament.) 13° *Remarques sur la fièvre nerveuse*; par le docteur Rœser. (Appréciation de la valeur de quelques symptômes cliniques et de lésions anatomiques. La médecine expectante est celle que l'auteur préfère.) 14° *Réflexions sur la médecine expectante*; par le même. (Il y a des maladies où le médecin doit observer la nature et ne pas la contrarier dans sa marche.) 15° *Sur la fièvre typhoïde*; par le docteur Küchler. 16° *Description d'une épidémie de scarlatine qui a régné à Schwenningen en 1842*; par le docteur Rœsch. (L'histoire de cette épidémie est rapportée avec beaucoup de détails, et se fait remarquer, comme tous les autres écrits de l'auteur, par un esprit aussi juste que pratique. Le carbonate d'ammoniaque, dont l'auteur a eu à se louer dans d'autres épidémies, ne lui a pas rendu les mêmes services dans celle-ci; il en était de même du chlore.)

SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur KECHLEN (de Darmstadt).

Les conclusions auxquelles l'auteur arrive dans son mémoire diffèrent essentiellement des idées généralement admises en Allemagne, et se rapprochent davantage de celles des médecins français; elles sont les suivantes :

1° Le typhus contagieux et le typhus sporadique sont une seule et même maladie, et on ne peut la diviser en typhus sanguin et typhus nerveux.

2° Le typhus sporadique, la fièvre typhoïde des Français, le typhus abdominal des Allemands ne sont qu'une même maladie; on ferait mieux de l'appeler *typhus commun*, parce qu'il est une des maladies les plus communes dans l'Europe.

3° Le typhus cérébral, pectoral, abdominal, miliaire et pétéchial ne sont que des formes d'une même maladie, mais distinctes.

4° Le typhus commun et la fièvre nerveuse ne sont qu'une même affection caractérisée par la *stupeur* et appelée par Frank *stupide*.

5° D'autres fièvres nerveuses, telles que fièvres nerveuses muqueuses, gastriques nerveuses, ne sont que le typhus *commun*; pourtant on ne peut nier les fièvres gastriques simples, ainsi que les fièvres inflammatoires.

II. ALLGEMEINE ZEITUNG FUR CHIRURGIE, INNERE HEILKUNDE UND IHRE HEILWISSENSCHAFTEN.

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR ROHATZSCH.

SUR LA RUPTURE DE L'UTÉRUS; par le docteur RITTER, de Rottenbourg (Wurtemberg).

Ce travail repose sur 69 observations dont une seulement appartient à l'auteur; les autres ont été extraites de différens ouvrages.

La rupture de l'utérus n'est pas un accident très rare, et il nous paraîtrait probablement plus commun encore, si l'on faisait plus souvent l'autopsie des femmes qui meurent pendant le travail ou en couches.

Ce qui surprend le plus à la lecture de ces 69 observations qu'a rapportées M. Ritter, et auxquelles, dit-il, il aurait pu en joindre beaucoup d'autres, c'est le grand nombre de guérisons à la suite d'un accident aussi grave.

17 femmes ont été sauvées; presque toutes au moyen des secours de l'art.

Par la gastrotomie	2
la version	2
perforation du crâne et application du forceps	1
perforation du crâne et version	2
application du levier	1
délivrées par les voies naturelles sans spécification de procédé	7
abandonnées à la nature	2

Chez l'une de ces deux dernières, les débris du fœtus ont passé longtemps après la rupture de la matrice, par le rectum; chez l'autre, ils ont passé en partie par le rectum, en partie par un ulcère fistuleux de l'ombilic.

Deux enfans seulement ont été conservés en vie : l'un extrait à l'aide du levier, l'autre par l'opération césarienne.

Chez la femme délivrée au moyen du levier la rupture de l'utérus a présenté une particularité dont on ne connaît encore qu'un ou deux exemples; c'est que le col de la matrice s'est complètement détaché à l'endroit où le vagin s'unit à l'utérus, et a été poussé au dehors, devant la tête de l'enfant, sous forme d'une calotte trouée à son centre. La femme a guéri. La mère de l'autre enfant resté en vie a subi la gastrotomie deux heures après la rupture de la matrice. Le quarantième jour après l'opération, elle a déjà pu vaquer à son ménage, et étant de nouveau devenue enceinte, trois ans plus tard, elle a accouché sans difficulté d'un enfant de sept mois.

Les chances de survie sont donc plus favorables pour les mères que pour les enfans. Plusieurs de ceux qui ont été extraits par les voies naturelles ont subi la perforation du crâne. C'est surtout dans les observations des accoucheurs anglais qu'il est plus souvent question de cette opération. Ils y ont même fréquemment recours après avoir fait la version sur les pieds.

Voici sur 30 accouchemens artificiels les opérations qui ont été pratiquées après la rupture de l'utérus.

Simple extraction par les pieds, après avoir repoussé les intestins passés dans le ventre...	2
Version seule..........	4
Forceps seul..........	7
Essayé le forceps d'abord, puis terminé par la version..........	1
Essayé le forceps, puis recours à la perforation du crâne et au crochet..........	1
Version, suivie de perforation du crâne.......	5
Perforation seule..........	2
Levier..........	1
Accouchement artificiel non spécifié........	7

Neuf fois l'on a eu recours à la gastrotomie pour extraire l'enfant qui avait passé dans le ventre. De ces 9 opérations, 6 ont été faites peu de temps après la mort des mères sans sauver aucun enfant, et 3 pendant que les femmes étaient encore vivantes. Deux d'entre elles ont guéri et un enfant a été conservé en vie. Ce serait là certainement une proportion bien favorable à l'opération césarienne, si elle restait la même avec un plus grand nombre d'observations. Il est à regretter que beaucoup de celles que nous possédons soient trop courtes ou trop incomplètes pour servir de base à un tableau comparatif. Ainsi de 69 femmes dont l'utérus s'est rompu au moment du travail, nous ne connaissons le sort que de 64 : 17 guérisous, 47 morts; on ne dit pas ce que sont devenues les 5 autres. De 70 enfans (une grossesse de jumeaux) 2 ont été conservés en vie, 29 sont morts, et probablement les 39 restans aussi; car on n'aurait pas manqué de parler du succès s'ils avaient été sauvés.

Outre les 9 cas où l'enfant fut retiré du ventre par l'opération césarienne, nous notons encore 14 autopsies de femmes dont les fœtus avaient passé, soit en partie, soit en totalité, dans la cavité abdominale. Il s'y trouvait toujours en même temps beaucoup de sang épanché, et dans quelques cas aussi les membranes et le placenta.

La déchirure a aussi été constatée par l'autopsie chez des femmes qui avaient accouché spontanément. Trois d'entre elles avaient en un travail si facile, et les symptômes avaient été si peu graves après la délivrance qu'on ne s'était pas même douté de la nature de l'accident avant la mort. Cependant, dans le plus grand nombre de cas, on avait diagnostiqué la rupture de la matrice, encore du vivant de la femme, à l'aide des symptômes indiqués comme signe de cet accident, tels que cessation subite des contractions, après avoir été fortes et soutenues, suivie d'une douleur vive dans un point déterminé de la région utérine, accompagnée de défaillances, de tremblemens et d'angoisses mortelles; souvent la forme du ventre change; l'hypogastre se déprime, devient flasque de dur qu'il avait été au commencement du travail. Les mouvemens de l'enfant cessent ou sont ressentis ailleurs que dans la matrice. L'enfant peut être touché dans la cavité abdominale à travers les tégumens comme sous une enveloppe mince. En examinant par le vagin, on ne trouve plus la partie du fœtus qui s'était présentée d'abord. Quelquefois il y a hémorragie.

Dans 19 cas, les accoucheurs ont reconnu l'accident à l'aide du toucher. Vingt fois les femmes ont éprouvé de vives douleurs dans l'hypogastre : 7 d'entre elles se sont écriées qu'elles sentaient quelque chose céder ou se rompre dans le ventre, ou bien ont dit positivement que la matrice leur avait sauté; quatre fois la déchirure s'est faite avec un bruit qui a été entendu par les assistans; treize fois l'on a observé des vomissemens, six fois des syncopes. Dans 23 cas les contractions ont cessé, et dans trois autres elles ont encore continué après la rupture; huit fois l'on a noté que la partie du fœtus qui avait été touchée à l'orifice de la matrice s'était retirée après l'accident; deux fois elle est restée. De 25 présentations reconnues au commencement ou pendant le travail, il y en avait 20 de la tête, 2 du bras, 2 des pieds et 1 du tronc. De 26 enfans qui avaient passé dans le ventre par la déchirure de la matrice, 15 se sont trouvés en entier dans la cavité abdominale, 3 y avaient le corps seulement, et la tête était restée dans la matrice contractée; deux fois les pieds seuls ont passé dans le ventre, et deux fois les membres inférieurs sont, au contraire, restés dans la matrice, et l'on a pu se servir de ces membres pour extraire le fœtus par les voies naturelles.

Il y a aussi 3 observations de versions du fœtus que l'accoucheur était allé chercher dans l'abdomen à travers la plaie de la matrice; malheureusement aucune de ces trois opérations n'a été couronnée de véritable succès; cependant l'une des femmes a survécu trois jours et une autre neuf.

Dans 12 observations, les auteurs disent avoir rencontré un paquet d'intestins dans la cavité utérine : 3 mères ont guéri, la reposition des intestins ayant été faite avec le plus grand succès après que l'enfant mort fut retiré par la version ou avec le forceps. Parmi les 9 femmes qui ont succombé, l'une d'elles a encore vécu un mois après l'accouchement; elle était dans la plus grande misère, éloignée de tout secours, manquait de nourriture et de toute espèce de soins. Chez une autre, l'accouchement s'est passé d'une manière tellement malheureuse que les anses d'intestins ont été pincées entre les cuillers du forceps et la tête de l'enfant.

De 12 cas où il est question d'hémorragie externe après la rupture, 6 étaient fortes et les autres légères. L'hémorragie interne très violente a été reconnue pendant la vie; presque toujours on a trouvé, soit aux autopsies, soit aux opérations césariennes, du sang épanché dans le ventre. Dans 7 observations il est dit positivement qu'il n'y a pas eu d'écoulement de sang.

Quant au siége de la déchirure de l'utérus, sept fois on l'a trouvé en avant, douze fois en arrière, une fois au fond, neuf fois à droite, et sept fois à gauche. Le plus souvent la plaie était oblique, rarement transversale et plus rarement encore longitudinale; une fois on l'a trouvée multiple et dirigée en différens sens.

Le lieu d'élection de la rupture semble être l'endroit où le vagin s'unit à l'utérus, en arrière, où le col correspond à la saillie de l'angle sacro-vertébral; six fois le vagin était déchiré en même temps que l'utérus, et deux fois ces deux organes étaient complètement détachés l'un de l'autre. Dans un cas, ils étaient gangrenés.

Deux fois, on s'est assuré que l'utérus était sain avant la déchirure, et onze fois on l'a trouvé malade, enflammé, friable, amolli, gangrené ou inégalement aminci.

Trois des femmes qui ont succombé à la rupture de la matrice avaient fait des chutes quelque temps avant l'accouchement; chez l'une d'elles, on a trouvé la déchirure correspondant au côté sur lequel la femme était tombée et ressemblant à une plaie contuse. Une quatrième femme avait été fortement effrayée pendant sa grossesse et avait passé avec une lourde charge d'herbe volée par la fente d'une haie, et s'était mise à courir pour échapper aux poursuites d'un garde champêtre.

Quant aux causes prédisposantes, on a cru remarquer que c'étaient plus particulièrement les personnes entre 30 et 40 aus qui étaient le plus disposées à l'accident qui nous occupe. Mais ne serait-ce pas à cet âge qu'il se fait aussi le plus d'accouchemens? Voici un tableau selon l'âge :

20 ans......	1	36 ans......	3
24 —	1	37 —	1
26 —	1	38 —	2
28 —	1	39 —	1
30 —	4	40 —	2
32 —	2	43 —	1
34 —	2	44 —	1
35 —	1	47 —	1

L'étroitesse du bassin ne semble pas être d'une grande influence sur la rupture de l'utérus. Dans les 69 cas rapportés on ne parle que 13 fois d'angustie pelvienne.

La présentation de la tête semblerait au contraire être une cause plus favorable à cet accident, puisque sur 25 présentations reconnues, on a noté 20 fois celle de la tête, si on ne savait pas d'ailleurs qu'en règle générale cette présentation est aussi de toutes la plus commune.

Les primipares paraissent être moins sujettes aux ruptures de la matrice que les femmes qui ont déjà eu des enfans. Dans 35 cas, il y avait 5 primipares et 30 multipares, dont 26 dans le rapport suivant :

Au 2e accouchement....	1	Au 8e accouchement....	2
Au 3e —	4	Au 9e —	4
Au 4e —	4	Au 10e —	1
Au 5e —	1	Au 11e —	2
Au 6e —	2	Au 15e —	1
Au 7e —	4		

On ne peut rien dire quant à la durée de l'accouchement. L'accident est arrivé aussi souvent après les premières contractions qu'à la suite d'un travail prolongé.

Dans 16 cas, la déchirure a été faite pendant que l'utérus était fortement contracté, et 9 fois lorsqu'il l'était médiocrement. 16 fois les eaux étaient écoulées, et 3 fois la poche était encore entière.

A la suite des observations de ruptures d'utérus chez la femme, M. B. Ritter cite encore des exemples de ruptures de cet organe chez les animaux sauvages et domestiques, comme le lièvre et la vache. Il termine son travail par une comparaison entre le résultat de ses recherches et celui où étaient arrivés en travaillant dans le même but :

Bluff (Siebolds Journ., t. xv, 2ᵉ cahier. — Schmidts Jahrbuecher, suppl. t. ii, p. 12).

Churchill (Observ. of the diseases incident to pregnancicy and child-bed. Dublin, 1840. Schmidts Jahrbuecher, t. xxx, p. 370).

Robertson (Edinb. Journ., n° 23, 1843. — Schmidts Jahrbuecher, t. viii, p. 57).

Klever (On lacerations of the uterus and vagina, etc., p. 7.)

Atlen. (The medical recorder of medicine and surgery; by Colhann, vol. vii, 1834. — Medicinische chirurgische Zeitung, 1826, t. ii, p. 338.)

Dezeimeris, et Chassaignac (L'Expérience, 1839, p. 107).

OBSERVATION DE GUÉRISON D'UN TÉTANOS TRAUMATIQUE; par le docteur ABERLE, de Riedlingen (Wurtemberg).

Obs. — Françoise Stehle, âgée de 20 ans, de constitution faible, fut sujette à des crampes périodiques jusqu'à sa quatorzième année, où la menstruation s'est établie; depuis elle jouit d'une très bonne santé.

En 1842, elle eut une inflammation du bas-ventre suivie momentanément de symptômes d'hystérie tétanique.

En février 1843, la menstruation devint parcimonieuse, irrégulière et précédée de crampes dans le ventre.

Le 24 mai 1843, Stehle se plaignit d'une douleur lancinante dans le bras droit, partant du médius, et qu'elle attribua à une écharde entrée sous l'ongle pendant qu'elle récurait le plancher, et retirée, disait-elle, immédiatement après. Le tendemain il se montra au bout du médius une pustule; la malade l'ouvrit avec une aiguille et se lava ensuite la main pendant une demi-heure dans de l'eau froide. Il se déclara immédiatement de la douleur partant du doigt, remontant le long du bras jusque dans la poitrine; elle devint d'heure en heure plus forte et s'étendit à la colonne vertébrale et à la mâchoire inférieure. Un trismus alternant avec des convulsions cloniques de la mâchoire fut suivi vers le soir d'un tétanos général qui ne permit le mouvement d'aucune articulation. Un médecin appelé prescrivit des frictions sur la poitrine avec de l'esprit de vin camphré, de l'esprit de lavande, de chacun une once; de l'esprit de sel ammoniac, une demi-once; baume de vie de Hoffmann, 2 gros, et l'esprit de corne de cerf rectif. à l'intérieur; des sinapismes aux mollets et à la plante des pieds. Le mal augmenta, surtout à la suite de l'écartement forcé de la mâchoire, et l'opisthotonos devint tel que la malade fut lancée à plusieurs reprises à quelques pieds au-dessus de son lit.

Le 26 mai, accès plus fréquens et plus intenses, perte de connaissance complète. (Lavement d'assa fœtida et de valériane.)

Le tétanos continua jusqu'au lendemain matin, où M. Aberle fut appelé en consultation; celui-ci trouva la malade, regardée par son médecin ordinaire comme dans un accès d'hystérie, dans l'état suivant: raideur générale du corps; sauf une petite plaie insignifiante au médius droit, faite huit jours auparavant avec une écharde qu'on avait immédiatement retirée, et, dit-on, dans la même direction qu'elle était entrée, il n'y avait aucune autre blessure au corps; mouvemens convulsifs des yeux; pouls petit, contracté; langue couverte d'une couche brune épaisse; selle dure, etc. Opisthotonos clonique tous les quarts d'heure soulevant la malade de quelques pieds au dessus de son lit; perte de connaissance. M. Aberle, partant de l'idée d'un tétanos traumatique par inflammation d'un nerf blessé, proposa l'amputation du doigt, qui fut rejetée par le médecin ordinaire, lequel, s'appuyant sur les antécédens de la malade, crut avoir affaire à une simple hystérie. On prescrivit l'huile de croton tiglium et des lavemens de tabac. Selles suivies d'une diminution des spasmes qui, quelques jours après, devinrent plus forts.

Pendant huit jours, on eut recours aux purgatifs et aux antispasmodiques d'après la méthode de Lawrence et on fit une saignée au bras, le tout sans succès. Le traitement de Stütz, la morphine, le camphre, l'eau de laurier-cerise, la méthode endermique furent successivement employés sans effet. L'émaciation était arrivée à un haut degré, car ce n'est qu'avec peine qu'on pouvait faire passer quelques alimens après avoir écarté par force les mâchoires.

Après un emploi pendant huit jours des lavemens de Gibbon composés d'essence de térébenthine, d'huile d'olive, de mucilage de gomme arabique, de chacun une demi-once trois fois par jour, la malade reprit sa connaissance, perdue depuis six semaines; les convulsions, encore toujours accompagnées de perte de connaissance, devinrent moins fortes et plus rares; mais elles cédèrent chaque fois aux lavemens, qu'on répéta jusqu'à six à sept fois; pourtant elles ne cessaient pas. La douleur du bras droit s'étendant jusqu'à la poitrine existait toujours, et il y avait un cordon très sensible le long du nerf, depuis le médius jusqu'à l'aisselle. Dans le doigt, la malade ressentait comme des piqûres d'aiguilles, et, en touchant le cordon, on fit naître de très vives douleurs, l'épisthotonos et des convulsions de tout le corps. La malade, inquiete, agitée, se plaignit aussi d'une forte douleur le long de la colonne vertébrale augmentant par la flexion; toute autre position que le décubitus dorsal était impossible; gêne de la déglutition et de la parole, respiration pénible, etc. (Application de sangsues le long de la colonne vertébrale et sur le trajet du cordon enflammé au bras; cataplasmes émolliens; saignée de la veine; calomel et opium à fortes doses.)

Au bout de trois semaines de ce traitement, la malade allait beaucoup mieux et n'avait plus qu'un accès tétanique par jour, qui cédait chaque fois à un lavement de Gibbon. Sous l'influence d'un traitement tonique pendant quinze jours et des évacuans en cas de constipation, la malade reprit des forces, put quitter son lit pendant quelques heures et n'avait plus qu'un accès par semaine. La douleur au doigt persista toujours. (Cataplasmes, frictions d'onguent mercuriel et d'huile de jusquiame.)

On croyait la malade en pleine convalescence, lorsque le tétanos reparut avec autant d'intensité qu'au commencement. Les accès diminuèrent encore par l'emploi des lavemens de Gibbon. M. Aberle, persistant dans sa première opinion, fit l'amputation du doigt vers la fin de juillet 1843. Il trouva dans le doigt amputé, et dont la première plaie était complètement cicatrisée, une écharde fichée dans le nerf, d'où elle fut retirée par le médecin ordinaire. Immédiatement après l'opération, la malade se sentit mieux; elle remuait son bras sans douleur, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant; depuis, elle n'eut plus de crampes, et quatre semaines après elle avait repris ses occupations ordinaires.

Il était permis au médecin ordinaire de la malade de douter de la cause de ces convulsions tétaniques chez cette femme dont il connaissait les antécédens; c'était probablement aussi cette disposition aux convulsions qui a favorisé le développement du tétanos, qui, chose remarquable, a duré près de cinq mois; cependant, une fois qu'on avait constaté un cordon douloureux le long du bras, ainsi que l'immobilité de ce membre, il n'était plus permis de perdre de vue la cause traumatique; mais jusqu'alors l'amputation du doigt aurait été pour le moins très hardie, et nous comprenons très bien que le médecin, qui avait traité plusieurs fois auparavant la malade pour des accès d'hystérie, ait d'abord reculé devant l'opération.

LA CONTINUITÉ D'UNE ARTÈRE LIÉE PEUT-ELLE SE RÉTABLIR APRÈS L'OPÉRATION? par le docteur GROSS, de Munich.

Telle est la question que M. Gross a cherché à résoudre dans un mémoire couronné par la Faculté de Munich, en 1842. Il résulte de ses expériences, faites sur des chiens et des chats, qu'une artère qui a été convenablement liée s'oblitère et reste oblitérée. Dans 79 ligatures, il a toujours trouvé, longtemps après l'opération (210 jours), l'artère liée convertie en un cordon ligamenteux complètement imperméable au fluide. L'endroit où a été pratiquée la ligature était toujours marqué par un peu plus de dureté et de froncement; jamais il n'a trouvé des traces de reproduction de la circulation par les bouts liés; dans un petit nombre de cas, il a trouvé, à l'extrémité centrale de ses bouts, le reste du caillot formant coin non complètement résorbé.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT VON STUTTGART.

COMPTE-RENDU DE L'HÔPITAL DES ALIÉNÉS DE WINNENTHAL (WURTEMBERG) DE 1840 A 1843; par le docteur ZELLER.

Pendant les trois premières années de l'existence de cet établissement, sur 174 malades, 65 furent traités avec succès; 213 malades furent admis pendant les années subséquentes, 111 traités avec succès; et dans les trois dernières années, de 258 individus, dont 161 hommes et 79 femmes, 93 guérirent, l'état de 79 s'améliora, 59 sont sortis non guéris, 36 sont morts.

De 647 malades traités pendant les neuf années, on trouve sur 100, 40 guéris (23 hommes, 17 femmes), 24 améliorés (16 hommes, 8 femmes), 23 non guéris (15 hommes, 8 femmes), 13 morts (9 hommes, 4 femmes).

L'expérience de tous les jours confirme que plus l'aliénation est récente plus on a des chances de la guérir.

Sur 84	indidus	malades depuis	six mois,	il y eut	57	guérisons,	14	améliorat.
57	—	—	un an,	—	20	—	16	—
44	—	—	deux ans,	—	8	—	20	—
27	—	—	trois ans,	—	6	—	9	—
36	—	—	quatre ans et plus,		4	—	19	—

La mortalité a été, comme nous l'avons vu plus haut, de 13 sur 100;

en tout l'on a compté, pendant les neuf ans, 73 morts, dont 48 hommes et 25 femmes. L'auteur se rend compte de la plus grande mortalité parmi les hommes, parce que les altérations matérielles de la moelle épinière, causes ordinaires de la mort, se rencontrent plus fréquemment et plus tôt chez les hommes que les femmes, où les affections dynamiques de ces organes durent plus longtemps et où le système des nerfs ganglionnaires prédomine sur le système cérébro-spinal. Le plus souvent, les désordres organiques sont en rapport avec la durée de la maladie; cependant il arrive qu'on ne trouve absolument rien dans l'appareil cérébro-spinal d'individus malades pendant fort longtemps, tandis qu'on rencontre de grands désordres chez d'autres, qui ne se sont trahis par aucun symptôme pendant la vie. Jusqu'à présent on n'a pas encore trouvé d'altérations organiques dans le système sensitif des aliénés qui n'aient déjà été rencontrées chez d'autres malades non aliénés. Nous ne suivrous pas l'auteur dans ses hypothèses sur l'étiologie et la nature intime des différentes formes de l'aliénation mentale, qui, dit-il, est une maladie et non une simple erreur, et la preuve, c'est qu'on en meurt. Aussi n'est-il pas partisan du traitement moral moderne. Il emploie particulièrement les dérivatifs, qu'il recommande de ne jamais appliquer trop près des centres nerveux.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE QUI A DURÉ DIX-NEUF ANS; par le docteur ROMBERG, à Wildberg.

OBS. — D'après le dire de la femme, elle s'est bien portée pendant les neuf premiers mois de la grossesse, et, arrivée à terme, elle est tombée gravement malade et le traitement a duré plusieurs mois. Elle s'était remise peu à peu, avait pris de l'embonpoint, était régulièrement menstruée, et sauf une constipation habituelle, n'avait qu'à se louer de son état. Au bout de 19 ans, la femme, alors âgée de 45 ans, tomba de nouveau malade et maigrit considérablement. Dans la région de l'ombilic, on sentait une tumeur dure, mobile, que le médecin traitant a voulu exciser; on n'y a pas consenti, et la malade mourut trois mois après dans le marasme. A l'autopsie on trouva dans un kyste tous les os d'un squelette de fœtus, nageant dans un fluide jaune épais.

SUR L'EMPLOI DU VIN DE SEMENCES DE COLCHIQUE OPIACÉ CONTRE LE RHUMATISME; par le docteur HAUFF, de Kirchheim.

Depuis dix-huit mois que M. Hauff connaît le mode d'administration du vin de colchique opiacé, selon la formule de M. Eisenmann (vin de semences de colchique, 3 gros; teinture d'opium, un demi-gros; prendre 20 à 25 gouttes toutes les 2 à 3 heures), il l'a prescrit à un très grand nombre de malades des deux sexes, de tous les âges et de toutes les conditions. Dans toutes les formes de rhumatisme, ce médicament s'est montré efficace, sans produire de crise par les sueurs ou par les selles; mais ordinairement il y avait augmentation d'urine avec sédiment briqueté.

DE L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE WURTEMBERGEOISE DEPUIS LE 1[er] JANVIER 1842 JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 1843; par le docteur HEIM, à Ludwigsbourg.

Sauf une légère grippe en 1842 et une petite épidémie de fièvre typhoïde pendant l'hiver de 1843 dans la garnison de Stuttgart, il n'y a point en de maladies régnantes parmi les militaires, et pourtant le nombre des malades dans l'armée a été d'un sixième plus grand que dans les années précédentes; ce qui peut être attribué à une plus grande fatigue du soldat, surtout pendant la saison constamment mauvaise de 1843. Le nombre des malades traités dans tous les hôpitaux se monte à 6321, sur lesquels 97 morts, et dans les régimens à 6004 malades, sur lesquels treize morts; ensemble 12325 malades, 110 morts. Depuis 1834, le chiffre des malades n'a pas été aussi élevé, mais la mortalité a été moindre; elle n'était que d'un mort sur 63 malades, tandis que dans les années précédentes il variait de 1 à 26, 30, 41, 46 et 54. Il est vrai que depuis deux ans l'on traite de nouveau les galeux (1207) dans les hôpitaux.

HYDROPISIE DE L'OVAIRE AVEC PRODUITS ACCIDENTELS CHEZ UNE FILLE NON ENCORE NUBILE; par le docteur SCHABEL, à Ellwangen.

OBS. — Chez une fille non menstruée, morte à l'âge de 17 ans, qui avait été malade pendant quatre ans et ponctionnée cinq fois pour une hydropisie de l'ovaire, on a trouvé à l'autopsie le bas-ventre envahi par l'ovaire gauche, énormément distendu et refoulant les intestins atrophiés jusqu'au diaphragme. Cet ovaire gauche ne formait qu'un sac unique sans cloison et capable de contenir trois têtes d'homme. Les parois, épaisses d'un pouce, coriaces, lardacées, ou ramollies en quelques points, ne contenaient ni cartilages, ni lames osseuses. Dans son intérieur on trouva, outre plusieurs masses arrondies, graisseuses, gélatineuses, floconneuses, etc., trois corps osseux, uniformes, du volume d'un poing et des paquets de feutres formés par des cheveux unis à une substance grasse et gluante. Les cheveux, longs de 1, 6 à 8 pouces, étaient un peu plus clairs que ceux de la tête de la fille, leurs racines étaient très petites; il n'y en avait point d'adhérens aux parois du sac. A l'examen des trois corps osseux, divisés par la macération, on trouva, outre beaucoup d'os informes, un nombre très considérable de dents, dont beaucoup furent égarées; cependant on en a encore beaucoup recueilli parfaitement semblables à des dents humaines, avec les racines en général incomplètement développées ou absentes, mais ayant des couronnes très bien formées. Les molaires sont les plus nombreuses; elles n'ont en général pas de racines, à l'exception de quelques bicospidés, qui ont des racines longues seulement de quelques lignes et ouvertes par le bas. Les dents canines ont des racines un peu plus courtes qu'à l'état normal, quelques unes sont soudées et sur une dent on voit deux couronnes sur une seule racine; les incisives sont les mieux développées; il y en a de différentes dimensions, elles ont des couronnes, des collets et des racines; ces dernières sont ouvertes par le bas et ressemblent à un tuyau de plume de corbeau coupé en travers.

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN,

PUBLIÉ PAR LE DOCTEUR OPPENHEIM.

Les cahiers de novembre, décembre, janvier et février contiennent les notices et articles originaux suivans: 1° *Sur la constitution médicale de Hambourg pendant* 1842; par le docteur Gædechens. (L'état sanitaire a été assez satisfaisant et n'a guères été influencé par la calamité de l'incendie qui a détruit une partie de la ville.) 2° *De l'action bienfaisante des sœurs de charité dans les maisons d'aliénés;* par le docteur Mansfeld. 3° *Observation de guérison d'une iscurésie;* par le docteur Gottschalk. (Chez un individu affecté d'incontinence d'urine nocturne qu'on a attribuée à une insuffisance de contractilité du sphincter de la vessie, l'on a employé avec succès un vésicatoire aux lombes, et à l'intérieur la strychnine à la dose d'un seizième de grain trois fois par jour.) 4° *Sur l'état météorologique de* 1842; par le docteur Zimmermann. 5° *Exposition des effets de l'incendie de Hambourg du* 5 *au* 8 *mai* 1842 *sur la vie et la santé de ses habitans;* par le même. (Sauf quelques accidens instantanés, tels que frayeur, congestions cérébrales, avortemens, aliénations subites, 120 blessures, etc., l'état sanitaire en général n'a pas différé des années précédentes; 33 individus sont morts brûlés et 10 écrasés.) 6° *Guérison d'un empyème par la thoracentèse;* par le docteur Gædechens. (La ponction fut faite avec un plein succès sur un enfant de 3 ans entre la 5° et la 6° côte du côté droit de la poitrine qui était de 3 quarts de pouce plus ample que le côté gauche. On avait en recours sans succès à une foule de moyens administrés avec beaucoup de discernement.) 7° *Sur le rétrécissement du trou déchiré postérieur chez les aliénés et les suicidés;* par le professeur Kasloff. 8° *Statistique des aliénés dans le duché de Braunschweig;* par le docteur Mansfeld. (Article à consulter.) 9° *Observations tirées d'archives de médecine danoises et rapportées* par le professeur Otto. 10° *Observations sur l'usage du platine dans les affections syphilitiques, tirées des papiers de feu Fricke.* (Il résulte de 18 observations que l'efficacité de ce remède est encore très douteuse.) 11° *Sur les médicamens astringens;* par le docteur Gottschalk. (L'auteur a plongé plusieurs tissus d'animaux dans divers agens styptiques pour en apprécier la contraction.) 12° *Sur les envies des femmes en couche;* par le docteur Droste. (7 observations qui militent pour l'ancienne opinion sur les causes des nævi.) 13° *Remarques sur le mode d'union entre la trompe de Fallope et l'ovaire après la conception;* par le docteur Panck. (L'auteur cite sept préparations où il a vu le pavillon de la trompe uni à l'ovaire par une membrane de nouvelle formation chez des femmes qui avaient déjà accouché; il pense que ce mode d'union existe toujours après la conception, et que si l'on ne trouve pas de fausses membranes chez toutes les femmes qui ont accouché, c'est qu'elles auront été résorbées.)

SUR LE RÉTRÉCISSEMENT DU TROU DÉCHIRÉ POSTÉRIEUR CHEZ LES ALIÉNÉS ET LES SUICIDÉS; par le professeur KASLOFF, à Kiew.

Les médecins sont aujourd'hui plus que jamais divisés sur la cause organique ou dynamique des maladies mentales; M. Kasloff partant de l'idée que la folie, surtout lorsqu'elle est devenue chronique, est due à l'état congestionnaire du cerveau et par conséquent à une gêne mécanique dans la circulation, a commencé ses recherches dans cette direction depuis 1841; il a constaté que sur les crânes des aliénés et surtout de ceux qui se sont suicidés dans un accès de manie, l'un des trous déchirés postérieurs, rarement les deux, étaient toujours rétrécis dans cette partie qui livre passage à la veine jugulaire interne. L'étroitesse est quelquefois telle qu'à peine on peut y passer une sonde anatomique moyenne; le calibre de la veine se trouve alors réduit à la moitié, souvent seulement au tiers et au quart de la dimension normale; les sinus qui aboutissent à cette veine sont également diminués de volume. La fossette à la base du rocher

qui loge la veine jugulaire se trouve presque complètement effacée. Dans un cas, M. Kasloff a même vu la portion du trou qui livre passage à la veine jugulaire n'avoir qu'une ligne de Paris de diamètre et même être plus petite que la portion traversée par les nerfs. Dans quelques cas, on peut constater que tout le rocher concourt au rétrécissement, en ce que toute la lame osseuse qui avoisine l'apophyse épineuse et styloïde se rapproche de l'occipital; jamais cette disposition n'avait diminué le calibre du trou carotidien. D'autres anomalies que M. Kasloff a constatées sont les suivantes : 1° le trou condyloïdien postérieur le plus souvent rétréci ou oblitéré du côté du rétrécissement du trou déchiré postérieur; 2° les trous du crâne livrant passage aux veines émissaires, telles que les mastoïdiennes et les parotidiennes, presque constamment dilatés, même jusqu'au diamètre de 2 lignes, ou bien plus nombreux et placés dans des parties du sphénoïde ou de l'occipital où l'on n'en rencontre pas ordinairement. Quelques crânes où le rétrécissement de la veine jugulaire n'était pas compensé par la dilatation ou le nombre des veines émissaires avaient un poids extraordinaire, ils étaient plus durs, plus épais; toutes les apophyses et bosses étaient plus saillantes; 3° à la face interne du crâne, on trouva dans quelques cas des incrustations calcaires dans les sinus et dans leur voisinage, comme on en rencontre quelquefois dans les cadavres des femmes enceintes et en couche. Les incrustations calcaires sont dans un rapport direct avec le rétrécissement du trou déchiré postérieur qui occasione la gêne de la circulation veineuse dans le crâne; 4° les saillies osseuses à l'intérieur du crâne sont, en général, très prononcées; on en voit même dans des parties où l'on n'en rencontre pas ordinairement.

M. Kasloff a rencontré le trou déchiré postérieur de l'un ou de l'autre côté rétréci sur tous les individus affectés de manie de suicide. Sur 21 crânes de suicidés qu'on conserve dans le musée de Kiew, chez 17 le rétrécissement est plus ou moins prononcé; il était, par rapport au trou du côté opposé, dans les proportions suivantes :

4 1/2	lignes de Paris d'un côté	2	de l'autre.
4 1/4	—	2	—
3 1/2	—	1	—
2 1/2	—	1 1/2	

Par l'étroitesse du trou déchiré postérieur, les sinus veineux qui s'y rendent se dilatent et creusent des gouttières plus profondes dans les os et finissent même par établir des communications par des gouttières supplémentaires avec d'autres veines, telles que les carotidiennes, par exemple; on comprend dès lors tous les désordres fonctionnels que la gêne de la circulation veineuse du cerveau doit produire dans les facultés intellectuelles. M. Kasloff croit pouvoir expliquer par là pourquoi la manie-suicide ne s'observe que chez l'adulte où l'ossification est complète; jusqu'alors les bords du trou déchiré postérieur restant cartilagineux cèdent à l'impulsion du sang. Il se rend aussi compte de la même manière de l'hérédité du suicide dépendant de la ressemblance des organes. Les coups portés sur la tête retentissent principalement à la base du crâne dans le voisinage du trou déchiré postérieur et peuvent faire naître la disposition au suicide. L'étroitesse de la veine jugulaire sera toujours en rapport avec les maladies organiques du ventricule droit du cœur et les irrégularités des battemens du cœur et du pouls signalés par Rush, Foville, Georget, etc., chez les maniaques.

Nous terminons cette courte analyse en rapportant un passage de Jean-Geoffroy Janke, mort en 1763, qui dit : « Accidit etiam ut parietalia, item ut mastoidea, vel singulis in lateribus adsint et paulo amplius patent, vel plane non.... Tum vero, *quod prorsus admirabile est*, foramina, quæ venam jugularem anteriorem transmittunt, et vel jugularia, vel lacera, nominantur, angustissima sunt et fere præclusa, si priora, parietalia puto et mastoidea, ab utraque parte pervia satis sunt rivulis sanguinis, et contra amplissimè patent; si isthæc desiderantur. » (De foraminibus calvariæ eorumque usu. Lipsiæ, 1762; § II.)

Bertin paraît également avoir connu l'étroitesse du trou déchiré postérieur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE.

ENTÉROTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DANS UN CAS D'ÉTRANGLEMENT INTERNE DE L'INTESTIN GRÊLE.

M. Maisonneuve lit une observation d'entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître l'impuissance de l'art dans les étranglemens internes de l'intestin grêle. La science ne possède pas encore un seul fait de guérison de cette terrible maladie. Dans un de ces cas désespérés, M. Maisonneuve a fait l'essai d'une opération nouvelle; le succès a couronné ses efforts. Il s'agit d'une dame âgée de 64 ans, qui portait depuis quinze ans environ une hernie inguinale du côté droit. Cette tumeur devint tout à coup douloureuse et augmenta de volume; bref tous les symptômes de l'étranglement se manifestèrent, auxquels on opposa vainement tous les moyens de l'art. M. Maisonneuve se décida à l'opération et la fit selon les règles ordinaires. Tout se passa bien d'abord; mais cinq ou six heures après des symptômes très graves se manifestent, et l'on ne voit plus d'espoir de salut que dans une seconde opération. « Mais ici, dit l'auteur, la science me faisait défaut; elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux.

» Le relief que faisaient à travers la paroi abdominale les anses distendues de l'intestin grêle me donna pour un instant l'idée d'aller, par une incision nouvelle, chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors et d'établir un anus contre nature. Mais je remarquai, d'une part, que derrière la cicatrice de la première opération, un nouvel étranglement avait pu se former dans l'orifice herniaire; d'autre part, que cet orifice, dilaté par l'incision, pourrait peut-être me permettre d'aller, aussi bien qu'avec l'incision nouvelle, saisir une des anses intestinales dilatées... Ce n'est pas sans un profond regret que je divisai les adhérences de cette plaie, réunie déjà par première intention. Je développai ensuite les lambeaux du sac et j'arrivai à l'orifice herniaire. Là je reconnus que ma première supposition était sans fondement. L'orifice était libre, aucun étranglement nouveau ne s'était produit; je n'avais plus dès lors de ressource que dans la recherche d'une des anses de l'intestin grêle supérieure à l'étranglement; je m'y décidai sans retard. Avec le doigt index de la main droite, introduit dans l'orifice herniaire, je rompis d'abord quelques fausses membranes; puis, explorant les parties contiguës à cet orifice, je rencontrai une anse intestinale adhérente à la paroi abdominale, et que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion de l'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord l'idée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture après l'avoir ouverte; mais, en explorant avec le plus grand soin, j'acquis la conviction que les adhérences de cette partie avec la paroi abdominale et probablement avec les anses intestinales voisines, d'une part, étaient de nature à rendre cette extraction difficile, dangereuse même; d'autre part, devaient être suffisantes pour s'opposer à l'épanchement des matières dans le péritoine. Je pensai que pour arriver à mon but, l'établissement provisoire d'un anus contre nature, il me suffisait de pincer l'anse intestinale et de l'inciser dans l'étendue d'un à deux centimètres, c'est ce que je fis. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin, et, glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai ce pli transversalement. Un jet de matières intestinales s'écoula aussitôt; j'introduisis de nouveau mon doigt pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire; puis, reconnaissant que l'ouverture était un peu trop étroite, je l'agrandis un peu de manière à pouvoir pénétrer dans l'intestin avec le bout de mon doigt. »

Les choses se passèrent bien, et la malade a très bien guéri.

RECHERCHE DES MATIÈRES MÉTALLIQUES DANS LE CORPS DE L'HOMME ET DES ANIMAUX.

M. Chevreul lit une note sur la présence du plomb à l'état d'oxyde nu de sel dans divers produits artificiels, dans laquelle il expose incidemment les réflexions suivantes relatives à la recherche des matières métalliques dans le corps de l'homme et des animaux. « En parlant de la décomposition du bouillon de la compagnie hollandaise, dit M. Chevreul, j'ai rapporté des expériences d'après lesquelles il m'a semblé qu'on ne doit pas considérer comme élément essentiel à la nature des animaux et des plantes le cuivre qu'ils peuvent présenter à l'analyse. Effectivement la quantité de ce métal est variable, quoique toujours très faible, et il peut manquer absolument. Si un sel cuivreux pénètre par l'intermédiaire de l'eau du sol dans les végétaux, si un sel cuivreux, des poussières cuivreuses pénètrent par l'intermédiaire d'alimens, ou d'une manière quelconque, dans les animaux, dans le corps de l'homme, cette pénétration est, selon moi, toujours accidentelle. »

M. Chevreul distingue dans les êtres vivans trois classes de principes immédiats: des principes essentiels à l'existence de ces êtres; des principes qui, quoique nécessaires, ne sont pas essentiels, en ce sens que s'ils manquent ils peuvent être remplacés par d'autres; enfin des principes accidentels qui peuvent manquer absolument sans aucun inconvénient. Il met le plomb comme le cuivre au nombre des principes accidentels des êtres organisés.

Il conclut enfin, en ce qui concerne les recherches de médecine légale qui auraient le plomb ou ses composés pour objet, qu'il est indispensable de soumettre avant tout les réactifs alcalins à des expériences propres à constater qu'ils sont exempts d'oxide de plomb.

MESURE DE LA FORCE NERVEUSE DÉVELOPPÉE PAR UN COURANT ÉLECTRIQUE.

M. Matteucci adresse un mémoire sous ce titre, dans lequel il se propose de résoudre le problème suivant. Une certaine quantité de zinc étant donnée, si l'on suppose l'employer dans une pile, déterminer quel est le travail mécanique développé par une grenouille dont les nerfs lombaires sont parcourus par le courant qui est engendré par cette quantité donnée de zinc. L'épine d'une grenouille récemment préparée est serrée dans une pince métallique; on attache aux deux pattes de la grenouille un certain poids qui porte un index; une échelle divisée en millimètres est fixée verticalement à côté de l'index; enfin une aiguille de platine est introduite dans les muscles du bassin de la grenouille tout

près de ses cuisses. Si l'on fait passer le courant par la pince et l'aiguille de platine, on verra la grenouille se contracter, soulever le poids à une certaine hauteur, dans un certain temps. En faisant passer ce courant à des intervalles de temps très rapprochés, on a une suite de contractions ou d'efforts musculaires qui peuvent être mesurés, le poids soulevé, le temps employé et l'espace parcouru par ce poids étant donnés par l'expérience. Dans le même temps un voltaïmètre compris dans le circuit donne la quantité d'électricité qui s'est passée et par conséquent la quantité de zinc qui s'est dissoute. En agissant ainsi M. Matteucci a trouvé que l'effet musculaire était réduit à moitié si le courant était diminué de moitié, à un tiers si le courant était réduit à un tiers, et ainsi de suite.

Voici les nombres auxquels il est parvenu dans la résolution du problème qu'il s'est posé : 3 milligr. de zinc dissous dans une pile, dans l'espace de 24 heures, produisent un courant qui, passant à travers les nerfs lombaires d'une grenouille récemment tuée, produit une quantité de travail exprimée par 5k,4419 dans le même temps. Si l'on compare cette quantité de travail à celle qu'on aurait obtenue en brûlant les 3 milligr. de zinc ou l'équivalent de charbon sous une machine à vapeur, on aurait 0k,834, nombre infiniment moindre; de même en faisant agir le courant dans une machine électro-magnétique, on n'aurait obtenu que 0 k,96. Il en résulterait que la meilleure condition pour faire produire le maximum d'effet mécanique à un courant électrique, c'est de le faire agir sur les nerfs d'un animal. Pour arriver à cette détermination, M. Matteucci a fait construire par M. Bréguet un appareil qui donne à cet égard les résultats les plus précis, et qu'il met sous les yeux de l'Académie. En opérant successivement sur différentes grenouilles avec cet appareil, MM. Matteucci et Bréguet ont trouvé que pour les premières 10 secondes l'intervalle entre deux contractions était 0,25; dans les 10 secondes suivantes, cet intervalle devenait 0,33 et puis 0,41, 0,53. Ce résultat est dû uniquement à l'affaiblissement de l'animal et à l'action du courant. M. Matteucci se propose de continuer ces recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

PLAIE DU CERVEAU PAR ARME A FEU.

M. DUBOIS (d'Amiens), en l'absence de M. le secrétaire perpétuel, donne communication de la correspondance; elle comprend, entre autres pièces, une observation communiquée par M. Blaquière (du Mexique), relative à un cas de blessure du crâne par arme à feu, qui a présenté des circonstances insolites et très curieuses. Il s'agit d'un jeune enfant qui, par suite d'une imprudence, fut frappé d'une balle de pistolet d'un fort calibre, qui l'atteignit à la tempe droite et sortit par la tempe du côté opposé. Un stylet porté dans chacune des deux plaies pénétrait à une profondeur de 20 lignes environ sans rencontrer aucun obstacle. Le petit malade vécut 20 jours sans éprouver d'autre accident qu'un peu de trouble dans le sommeil. Ses facultés intellectuelles étaient intactes, son caractère enjoué, comme à l'ordinaire. Le 21e jour, la scène change tout à coup; il se manifeste de violents symptômes inflammatoires du cerveau, auxquels l'enfant succombe rapidement. A l'autopsie, on reconnaît que la balle avait traversé le cerveau de part en part à sa base et qu'elle y avait produit des désordres considérables.

(Cette observation, accompagnée de réflexions et de commentaires, dont il n'est point donné lecture, est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Bégin et Laugier.)

M. MOREAU demande dans quel état était la vision.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Tous les organes des sens, ainsi que les facultés intellectuelles, avaient conservé leur intégrité.

M. MOREAU : J'adresse cette question parce que j'ai été témoin d'un fait analogue, dans lequel la vision avait été seule anéantie; les facultés intellectuelles étaient restées intactes; mais les nerfs optiques avaient été atteints.

M. GAULTIER DE CLAUBRY confirme le fait avancé par M. Moreau; il a eu occasion de voir le malade en Espagne.

M. DUBOIS (d'Amiens) coupe court à toute discussion, en priant les membres qui auraient des réflexions à faire sur ce sujet de les réserver pour le rapport dont cette communication sera l'objet.

La parole est à M. Bouley pour un rapport officiel.

REMÈDES CONTRE L'HYDROPHOBIE, L'ÉPILEPSIE ET LA GOUTTE.

M. BOULEY, rapporteur, lit, au nom de MM. Caventou, Falret et au sien, un rapport en réponse à une lettre ministérielle sur divers remèdes proposés par le sieur Sivan contre l'hydrophobie, l'épilepsie et la goutte.

Le rapporteur, après examen des moyens proposés par le sieur Sivan, propose de répondre pour conclusions : 1° que la communication dont il s'agit est sans aucun intérêt; 2° que les remèdes proposés ne jouissent nullement de l'efficacité qui leur est attribuée par l'auteur; 3° qu'il serait dangereux d'encourager les moyens qu'il préconise, surtout en ce qui concerne la rage, parce qu'ils auraient le grave inconvénient de détourner du seul moyen utile contre cette affection.

Après quelques observations sans importance, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

REMÈDES SECRETS.

M. CHEVALLIER fait, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur un grand nombre de remèdes reconnus sans valeur. Il propose pour tous ces remèdes la même conclusion, savoir, qu'il n'y a point lieu de leur appliquer les dispositions de la loi de germinal an XI. (Adopté.)

DE LA SÉCRÉTION DE QUELQUES FOLLICULES SÉBACÉS DE LA PEAU.

M. DELILE, membre correspondant, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, lit un travail sur ce sujet.

En pressant, dit-il, entre deux lames de verre la matière extraite des pores de la peau du visage, principalement au nez, on découvre avec le microscope que ce qui paraissait à la vue simple n'être qu'une humeur épaisse de consistance sébacée est une agrégation de poils au milieu de cette humeur. On les fait sortir en petits cylindres vermiformes appelés tannes quand on presse assez fortement la peau entre deux ongles. Cette modification du système pileux, remarquée par peu d'observateurs, n'est pas suffisamment indiquée dans les ouvrages descriptifs les plus répandus. M. Delile s'est appliqué à éclairer ce sujet. Les filets ou poils parallèles réunis en faisceau forment le corps d'une tanne sont partiellement emboîtés d'étuis qui recouvrent leurs bulbes. La tige de chaque poil est de transparence cornée et est susceptible de se déchirer en fines lanières par écrasement dans une coupe grossière, tandis qu'un poil des sourcils, de la barbe, ou un cheveu, reste uni sur la tranche et montre un canal central tel qu'on ne le voit pas dans les poils microscopiques des tannes.

Les moindres tannes sur une belle peau sont composées de très peu de poils, et quelquefois n'en contiennent même qu'un ou qu'une simple matière onctueuse utile à la souplesse de la peau.

On fait rarement sortir les paquets de poils des tannes avec les bulbes complets de tous les poils. Il est plus fréquent que les poils se déchirent en fines lanières par leur base molle, qui se sépare des bulbes et les laisse dans la crypte ou fossette existant dans l'épaisseur de la peau.

Les tannes appartiennent à toutes les peaux et gâtent quelquefois le visage par défaut de soins cosmétiques. En connaissant bien leur organisation, on est mieux sur la voie de remédier à l'inconvénient de leur trop grand développement. Elles ne deviennent une laideur que par négligence.

POLYPES DE L'OREILLE.

M. BONNAFOND, membre correspondant, lit un mémoire sur les polypes de l'oreille. L'auteur a eu pour but de développer les propositions suivantes :

1° Les polypes de l'oreille se distinguent en ceux qui naissent sur les parois du conduit, et ceux qui s'implantent sur la membrane du tympan. Les uns et les autres ne sont jamais que le résultat d'une altération plus ou moins grave des tissus sur lesquels ils se développent.

2° Quant à leur siége, M. Bonnafond a remarqué qu'on les rencontre beaucoup plus fréquemment aux environs de la membrane du tympan qu'à l'orifice du conduit, et que ceux qui adhèrent à la membrane ont un pédicule ordinairement plus large que ceux du conduit.

3° Quant à leur gravité, ceux dont le tissu est spongieux et saignant sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves que ceux dont le tissu est plus consistant, parce que les premiers indiquent toujours une altération des os. Dans ce cas, et comme toujours, les polypes ne présentent de gravité qu'en raison de la cause qui les produit, de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement des matières qui viennent des points ulcérés et de la compression qu'ils exercent, quand ils sont volumineux, sur les parois du conduit et surtout sur la membrane du tympan.

4° Pour le traitement, il emploie l'arrachement combiné avec la torsion contre les polypes des parois du conduit, tandis qu'il réserve la ligature, ou mieux l'excision, pour ceux qui sont affectés à la membrane. Quant à la cautérisation, M. Bonnafond la regarde comme impuissante pour détruire les polypes un peu volumineux. Toutes ces opérations sont pratiquées à l'aide d'instruments que l'auteur a imaginés, et qu'il promet de montrer à une séance prochaine.

5° Après l'opération, il cautérise avec le nitrate d'argent solide le pédicule à l'aide d'un porte-caustique à cuiller latérale ou directe selon les cas, et il combat les ulcérations du conduit, de la membrane et même de la caisse, qui entretiennent l'affection avec des injections de nitrate d'argent, d'acétate de plomb ou de sulfate d'alumine. Tout en employant ces moyens locaux, M. Bonnafond insiste pour qu'on soumette le malade à un traitement général approprié à la cause qui a pu déterminer l'affection de l'oreille sur laquelle le polype a pris naissance.

6° Enfin, M. Bonnafond termine cette lecture en relatant quelques phénomènes nerveux qui se manifestent pendant l'opération. Ainsi, quand le polype qui siége sur ou près de la membrane du tympan est légèrement attiré par une érigne, le malade éprouve une sensation qui longe le côté correspondant de la base de la langue, et qu'il compare à celle qui résulterait de l'application d'un corps froid et un peu aigrelet, tandis que cette sensation se change en une douleur très vive pendant que l'instrument tranchant fait la section du polype. Si, après l'ablation de ce dernier, on porte le nitrate d'argent sur la plaie du pédicule, outre la douleur qui en résultera localement, le malade en éprouvera une très vive à l'angle externe de l'œil correspondant, laquelle se traduit par un écoulement des larmes et une rougeur de la conjonctive dans cet endroit. Les ramifications nerveuses rendent bien facile la transmission de ces douleurs. Mais pourquoi la cautérisation agit-elle sur les filets nerveux qui vont à l'œil, et la suture sur ceux qui se dirigent vers la langue? C'est là un fait intéressant que M. Bonnafond raconte sans chercher à l'expliquer.

Après une courte discussion, ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-RACHIDIENNE ET DE L'ENCÉPHALO-MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE; par le docteur ROLLET, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy. Paris, 1844. 150 pages in-8°. Chez J.-B. Baillière.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE OBSERVÉE A L'HÔPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES EN 1839; par M. le docteur FAURE-VILLAR, ancien médecin de cet établissement. Paris, 1844. 136 pages in-8°. — Chez Labé, libraire.

Ces deux brochures n'étant que la reproduction de mémoires déjà publiés, d'une part, dans les *travaux de l'Académie de Nancy* et dans ceux de l'Académie royale de médecine, et, de l'autre, dans les *mémoires de médecine militaire*, et ayant pour sujet une affection dont il a déjà été fréquemment question dans la GAZETTE MÉDICALE, nous nous serions contentés de les annoncer simplement, si ces deux nouvelles descriptions ne nous avaient offert quelques points sur lesquels elles diffèrent assez notablement de celles dont on a déjà rendu compte dans ce journal pour mériter une mention spéciale.

Nous ne suivrons point les auteurs dans le court exposé historique donné par chacun d'eux des progrès de cette maladie qui, pendant trois années, s'est montrée sur tous les points différens de la France avec une mortalité presque égale à celle du choléra dans sa première période d'apparition, frappant spécialement et presque uniquement les militaires en garnison dans les différentes villes où elle s'est montrée. Nous espérons revenir plus tard sur ce sujet lorsque tous les matériaux recueillis par les nombreux médecins militaires qui l'ont observée auront été livrés à la publicité; nous les reprendrons tous pour les comparer et en tirer quelques inductions sur la cause de ces accidens si graves qu'on a appelés avec quelque raison épidémiques, mais qu'on aurait tort de confondre avec les maladies épidémiques ordinaires et surtout avec celles qui dépendent de l'influence des miasmes absorbés à l'intérieur et où les accidens débutent toujours par quelques phénomènes morbides généraux ou par une lésion locale qu'on voit grandir et s'étendre bientôt à toute l'économie. Dans la méningite cérébro-rachidienne, il n'y a rien de semblable; l'affection locale paraît seule, persiste seule et sans autre complication que celles qu'elle entraîne nécessairement. Nous ne craignons pas d'affirmer que cet isolement de l'affection locale coïncidant avec les conditions tout à fait spéciales des sujets qui en ont été affectés, nous paraît annoncer une cause puissante, unique et dont l'action devra être facile à saisir quand on aura réuni tous les documens désirables.

M. Rollet distribue les différens cas qu'il a observés en deux groupes principaux, suivant que les méninges seules ou que les méninges et l'encéphale sont affectés à la fois. Dans le premier, il a placé tous les cas qui se sont présentés avec ou sans altération des facultés intellectuelles, mais sans lésions de la sensibilité ni du mouvement. Ce sont les méningites cérébro-rachidiennes proprement dites. Dans le second se trouvent les observations où l'on a constaté à la fois l'altération des facultés intellectuelles, des lésions du mouvement et du sentiment, et l'altération plus ou moins complète des sens; ce sont les encéphalo-méningites, qui, généralement, sont plus graves que celles du premier groupe, tant par la complication de l'encéphalite, qui cependant n'est le plus souvent que consécutive à la méningite, et dont on peut prévenir l'invasion en se hâtant de traiter celle-ci d'une manière convenable. Si la distinction établie par l'auteur entre les deux groupes différens a réellement ce résultat pratique, elle doit être adoptée; car elle peut être d'une grande utilité pour le diagnostic et le traitement. Cinq observations rapportées avec beaucoup de détails donnent une idée complète des faits qui appartiennent au premier groupe, et huit également développées font connaître ceux qui appartiennent à la seconde série. Ces treize cas ne sont pas les seuls qu'ait observés l'auteur; car le chiffre total de tous les malades qu'il a eu à traiter s'est élevé à 28, dont 14 appartenant au premier groupe et 14 au second. Tous ceux du premier groupe se sont terminés par la guérison; sur le second 6 seulement ont guéri, 8 ont succombé. Ces chiffres sont trop faibles pour qu'en les comparant, comme le fait M. Rollet, avec ceux recueillis par les autres médecins dans les mêmes conditions, on puisse en induire avec certitude la supériorité du traitement employé par lui. Cependant, nous ne nions pas que les faits tels qu'il les expose ne paraissent réellement être en faveur des modifications qu'il a apportées au traitement, et qui consistent dans un emploi extrêmement hardi, presque téméraire, suivant l'expression propre de l'auteur, des émissions sanguines et de six ou huit cautérisations de chaque côté du rachis, faites avec le fer rouge, à 2 ou 3 centimètres de distance, et depuis la colonne cervicale jusqu'aux lombes. Ces moyens énergiques sont encore aidés de quatre larges vésicatoires appliqués avec la pommade de Gondret sur les cuisses et les jambes. Cette médication, dirigée avec une grande activité, a réussi à l'auteur dans plusieurs cas qui paraissaient d'une gravité extrême; réussira-t-elle dans d'autres? C'est ce que l'expérience nous apprendra.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif au travail de M. Rollet sans faire remarquer qu'il n'a eu recours dans aucun cas aux préparations opiacées que MM. Forget à Strasbourg et Chauffard à Avignon ont employées avec tant d'avantage dans des cas aussi d'une gravité extrême. Nous en dirons autant de M. Faure-Villar; tout en rappelant qu'ayant recueilli ses observations en 1839 et ayant le premier donné l'histoire régulière de la méningite cérébro-spinale, il n'a pu être éclairé par les travaux faits depuis cette époque. Malgré cette circonstance défavorable, son travail n'en offre pas moins une histoire complète de la maladie et a été un guide utile dans les mains de ceux de ses confrères qui depuis ont été appelés à combattre cette maladie.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DES YEUX, OU NOTES SUR L'ENSEIGNEMENT ET LA PRATIQUE DE L'OCULISTIQUE EN ALLEMAGNE. Premier fragment d'un voyage médical en Allemagne; par M. BOUCHACOURT. In-8° de 39 pages. 1844.

RECHERCHES SUR LES ACCOUCHEMENS, LES MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS. Deuxième fragment d'un voyage médical en Allemagne; par le même. In-8° de 55 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine; Lyon, chez Savy jeune, quai des Célestins, 48.

L'ophthalmologie n'est point cultivée en Allemagne de la même manière que chez nous. Tandis qu'ici elle se fond, quelquefois même se perd parmi les autres branches de la chirurgie; elle a, chez nos voisins, son enseignement, ses dogmes, ses traités et ses praticiens à part. On a beaucoup écrit pour et contre l'utilité de cet usage. Mais quelque valables que soient, sous un point de vue, les argumens invoqués par ses détracteurs, il est cependant en sa faveur une considération bien frappante, c'est la facilité qu'un pareil isolement donne pour l'étude et les recherches scientifiques. En France chaque chirurgien s'occupe d'ophthalmologie; chaque salle d'hôpital contient, épars çà et là, un certain nombre de cas d'affections oculaires. De cette façon, la clinique ophthalmologique est partout; de sorte qu'on ne peut prendre une idée de l'état où est chez nous cette partie de la chirurgie, sans se livrer à des investigations d'autant plus fatigantes que, faute de savoir d'avance où les diriger, on est bien souvent exposé à les faire en pure perte. Au-delà du Rhin, tout est changé. La science, répartie entre un petit nombre d'hommes célèbres, a ses chaires, ses écoles spéciales. Au jour et à l'heure fixes, affluent les malades; et le professeur, sûr de ne jamais manquer de sujets, fait concourir au perfectionnement de l'art, à l'instruction des élèves et au soulagement de l'humanité l'expérience dont il *se sature* ainsi presque forcément en peu d'années. Aussi le voyageur qui veut en quelques semaines connaître les doctrines d'une école, la pratique d'un hôpital, n'a pas à craindre de voir tromper sa louable curiosité. La voix publique lui indiquerait suffisamment les lieux où il peut la satisfaire, si la bonne hospitalité germanique ne se faisait presque toujours un devoir de l'y conduire par la main. Cours *ex professo*, cliniques, consultations, tout est sous ses yeux; tout se réunit pour lui offrir, comme dans un tableau synoptique, le résumé des doctrines et des préceptes qu'il est venu étudier.

Déjà préparé par une solide instruction théorique et pratique à bien observer, M. Bouchacourt a largement profité de l'excursion qu'il vient de faire dans les universités allemandes. L'opuscule que nous annonçons ici n'est autre chose qu'une copie mise en ordre de ses tablettes de voya-

ges. On s'aperçoit, sans peine, en lisant cet écrit, que notre confrère n'a pas été pour ses illustres hôtes un visiteur vulgaire. A chaque page on trouve de ces détails intimes, de ces aphorismes, résumé d'une longue expérience, qu'un professeur ne livre pas à tous ses auditeurs indistinctement : et nous devons encore des remercîmens à M. Bouchacourt pour nous avoir redit, sans réticence aucune, toutes ces confidences qui, jaillissant dans la conversation, dévoilent, bien mieux qu'un long traité, le côté brillant ou les défauts d'une école. Sous ce rapport, cette brochure est riche, malgré son petit volume. Jæger, Rosas, Jüngken, d'Ammon, Langenbeck, etc., voilà les noms que l'auteur y présente sous les traits les plus saillans que lui a fournis la fréquentation de leurs cliniques, et l'étude de leurs procédés de prédilection. On comprend l'intérêt qui s'attache à ces sortes de daguerréotypes de professeurs. Non seulement c'est une chose précieuse que de connaître, par un témoin digne de foi, sur tel point en litige, l'opinion véritable d'hommes qui sont maîtres et législateurs dans leur art; mais encore une foule d'aperçus neufs, de remarques ignorées jusqu'ici en France font partie de cette moisson que M. Bouchacourt a été recueillir si loin de nous. Voyez, comme exemple, les excellens conseils qu'il donne d'après Jæger pour la formation d'une pupille artificielle, ou l'ingénieux moyen indiqué par M. Gulz pour relever commodément la paupière supérieure dans les opérations de cataracte ou de myotomie oculaire. Tout n'est pas cependant procédé ou observation pratique. De temps en temps surgissent quelques aperçus moins immédiatement applicables à la pratique, mais tout aussi intéressans, parce qu'ils donnent une idée exacte de la direction d'esprit dans laquelle travaillent nos voisins. Tel est le passage où se trouvent exposées les idées de Jüngken, qui assimile les diverses parties constituantes de l'œil aux tissus et systèmes organiques dont se compose le corps humain. Telles sont les minutieuses prescriptions de Jæger sur la manière de tenir le conteau à cataracte, prescriptions que ce professeur étend à toute la médecine opératoire, et auxquelles il attache une telle importance qu'il lui suffit, dit-il, de voir comment un élève sait tenir un conteau à amputation pour deviner s'il est appelé ou non à bien opérer sur l'œil. Indiquons encore ici les renseignemens que M. Bouchacourt nous donne sur les cours de médecine opératoire oculaire, institution particulière à l'Allemagne. Sans entrer dans d'antres détails, il nous suffit de ces exemples pour montrer ce que l'auteur a cherché dans ses voyages et ce qu'il en a rapporté. Tous les médecins désireux de s'instruire voudront en entendre le récit de sa bouche même, et liront avec intérêt l'écrit substantiel où il en a consigné les détails.

Lorsqu'on a visité quelques universités au delà du Rhin, on ne peut se défendre, relativement à l'obstétricie, de cette pensée pénible que notre pays, qui longtemps a tenu le sceptre de cette branche de l'art, semble abdiquer peu à peu la suprématie acquise par tant de noms illustres et au prix de si glorieux travaux. Bâtons-nous de le dire : on s'abuserait entièrement si l'on attribuait ce fâcheux résultat aux hommes chargés en France de l'enseignement tocologique. Nulle part, peut-être, l'art des accouchemens n'a des interprètes plus dignes et plus éloquens. Cette décadence incontestable tient à la vicieuse organisation de nos Maternités, restée toujours la même au milieu des changemens que subissent incessamment les autres institutions fondées par la charité publique. Par un contraste étrange, les étudians, qui devraient être admis, appelés, invités les premiers à profiter des ressources qu'elles offrent à l'instruction, n'y peuvent pénétrer, tandis qu'elles sont libéralement ouvertes aux élèves sages-femmes. Et cependant, hiérarchiquement et rationnellement parlant, c'est aux premiers que celles-ci devront plus tard demander conseil et appui dans les épreuves difficiles de l'exercice de l'art. A diverses époques, plus d'une voix s'est élevée contre la longue persistance de ce sophisme plein de périls. Nul, à ce sujet, n'a oublié les persévérans et forts de l'habile doyen de la Faculté de médecine de Paris. Mais rien en core n'a pu vaincre la résistance des administrations hospitalières. Elles continuent toujours à ne vouloir considérer les Maternités que sous le rapport des secours que les femmes enceintes y doivent trouver. Et pourtant, ainsi que M. Bouchacourt le dit justement, « il serait facile de prouver que la bienfaisance ne s'exerce pas seulement en secourant celui qui souffre, mais aussi en facilitant l'instruction de ceux qui seront un jour appelés à le soulager; qu'en ouvrant un asile aux femmes enceintes exclusivement, on n'a rempli qu'une mission incomplète. C'est une sorte de secours provisoire, tout aussi provisoire que le pain et les vêtemens à la misère qu'on n'éclaire pas, qu'on ne moralise pas et que l'on ne fait ainsi que pallier un moment. » A côté de ces nobles paroles, rappelons la belle réponse de Desault à une malade qui lui demandait instamment de n'être pas opérée en public : « Ne repoussez pas ces jeunes gens, lui dit-il, si vous voulez que vos enfans ne manquent pas un jour de médecins instruits et zélés. »

En Allemagne, aucun mystère n'entoure les Maternités. Partout elles sont regardées par les gouvernemens comme une source naturelle et obligée d'instruction. Et non seulement « ces nombreux établissemens, tantôt élevés par la munificence impériale ou royale, comme à Vienne et à Berlin, tantôt fondés par la généreuse philantropie des particuliers » sont ouverts aux étudians, mais encore tout ce qui s'y passe est recueilli avec soin pour être livré à la publicité. Qu'on compare cette faculté donnée indistinctement à tous ceux qui veulent apprendre avec les difficultés presque insurmontables que les étudians français trouvent partout, excepté à Strasbourg. Aussi les plus zélés, parmi nos jeunes disciples, en sont-ils réduits aux cours particuliers, où il faut se tenir à l'affût de quelques rares accouchemens, et où l'enseignement théorique, dépourvu de tout contrôle, est parfois non moins pernicieux qu'insuffisant.

Ces bizarres anomalies deviendront encore plus frappantes après la lecture du travail de M. Bouchacourt sur l'état de la science et de la pratique des accouchemens en Allemagne. Il ne s'est pas borné à parler livres, organisation, statistiques; il fait l'histoire des Maternités, passe en revue les hommes qui les ont illustrées, fait connaître les opinions de leurs successeurs. En faisant part de ses souvenirs de voyage, M. Bouchacourt n'a point eu la prétention de donner le dernier mot sur l'état de la tocologie chez nos voisins, ni de présenter l'analyse complète des travaux que ces dernières années ont vu éclore parmi eux. Bien loin de là, il insiste avec une modestie que la critique doit signaler, pour qu'on ne considère ce petit nombre de pages que « comme un catalogue de faits observés, un guide de voyageur au travers des pays qu'il a parcourus. »

Le plan de ce second opuscule est le même, et il a été rempli de la même manière que celui du premier fragment consacré à l'ophthalmologie. Il serait donc fastidieux de redire ici tout l'intérêt et toute l'utilité qui nous paraissent s'attacher à ce genre de recherches. Bien moins encore essaierons nous de faire juger, au moyen d'extraits, une œuvre qu'il faut absolument lire en son entier, si l'on veut l'apprécier et surtout l'utiliser. Nous ne résistons pas cependant au plaisir de détacher de cette collection un fait curieux par sa rareté, et dont les recherches récentes sur la fécondation doublent encore la valeur. « Je citerai, dit M. Bouchacourt, comme fait rare de pathologie et de physiologie comparée, le paon femelle qui avait appartenu à M. Mayer, et dont l'histoire est fort curieuse. Cette pintade, dont la queue est actuellement parée des plus belles couleurs, ent des œufs qu'elle commença à couver; puis, tout d'un coup, elle les délaisse, se dérobe aux caresses du mâle et se met à vivre seule. Au bout de deux ans, des plumes brillantes paraissent sur sa queue, et bientôt elle est revêtue de tout l'appareil éclatant du costume du paon. On la toa vers la quatrième année; l'ovaire était devenu osso-cartilagineux; l'animal avait un volume moindre que celui d'un paon mâle, mais sa queue était ornée des mêmes couleurs. »

« Sur l'armoire qui renferme cet oiseau empaillé, M. Mayer a placé cette inscription :

> Ova relinquit ac sponsum fugit arida Pavo,
> Exoptata crescunt splendida sidera caudæ. »

VARIÉTÉS.

— Le roi Othon, à qui M. Desirabode avait adressé un exemplaire de son Traité de la science et de l'art du dentiste, vient de faire remettre à cet auteur la médaille d'or du mérite scientifique.

—Sous presse pour paraître incessamment : Etudes de l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie ; 2 vol. in-8°; par J.-H. Reveillé-Parise, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

« La recherche de la vérité est la plus noble des occupations, et sa publication un devoir. »

(Mme de Staël.)

— Traité théorique et pratique de l'art des accouchemens, comprenant l'histoire des maladies qui peuvent se manifester pendant la grossesse et le travail, et l'indication des soins à donner à l'enfant nouveau-né; par P. Cazeaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de la Société de médecine du département de la Seine, etc. — Ouvrage adopté par le Conseil royal de l'instruction publique. — 2e éd., avec fig. intercalées dans le texte, dessinées par Leveillé et gravées par Badoureau. — In-8°. Prix : 9 fr.

A Paris, chez Méquignon-Marvis fils, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 3.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DU PANCRÉAS; par le docteur F. BATTERSBY.

On ne peut s'empêcher d'être frappé d'un contraste remarquable entre le silence qu'ont gardé les pères de la médecine sur les maladies du pancréas et l'importance réellement exagérée que leur ont attribuée les écrivains du seizième siècle et dont les opinions ne reposaient, comme l'a dit avec raison Abercrombie, sur aucune observation exacte. Higmore regardait cet organe comme le siége et l'origine de l'apoplexie, de la paralysie et de l'hystérie, pendant que Schenk, Fernel et Riolan lui accordaient une influence sur presque toutes les maladies dont l'homme peut être atteint.

Aujourd'hui le pancréas est peut-être celui de tous les organes du corps dont les maladies sont le plus négligées, ce qui tient à deux causes, la rareté de ces mêmes maladies et l'obscurité ou l'ambiguïté des symptômes qu'elles déterminent pendant la vie et qui sont ou négligés ou mal interprétés; l'intérêt de la science exige donc que l'on recueille encore aujourd'hui tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur cette partie de la pathologie, et c'est pour remplir ce devoir que je vais rapporter l'observation intéressante qui suit et dont je rapprocherai une partie des faits déjà recueillis sur ce point pour en tirer quelques inductions sur le diagnostic des maladies du pancréas.

DOULEURS DANS LA RÉGION DORSALE QUI S'ÉTENDENT DANS L'ABDOMEN; APPARITION DANS LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE D'UNE TUMEUR QUI EST PRISE POUR UN ANÉVRISME DE L'AORTE; ALTERNATIVE DE CONSTIPATION ET DE SELLES AQUEUSES ET DOULOUREUSES; ÉRUCTATIONS D'UN LIQUIDE AQUEUX; AMAIGRISSEMENT RAPIDE; MORT AU BOUT DE DEUX ANS; ÉTAT SQUIRRHEUX DU PANCRÉAS ET D'UNE PARTIE DES AUTRES ORGANES ABDOMINAUX.

OBS. I. — Je fus appelé le 3 septembre 1843 auprès de madame M..., âgée de 55 à 60 ans; elle avait été remarquable par son embonpoint et avait toujours

Feuilleton.

LOISIRS MÉDICAUX ET LITTÉRAIRES (1); par J.-P. POINTE, professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Lyon, etc.

Il y a, même dans les sciences, de beaux livres, écrits avec plus ou moins de talent et d'érudition, qui n'ont aucune utilité, parce qu'ils sont sans but et sans application. Il en est d'autres, écrits sans prétention, qui ne visent pas même à l'originalité dans les idées ni dans le style. mais qui ont un but : création, réforme, amélioration quelconque dans une chose utile. Ceux-là, il les faut accueillir bien mieux que les premiers, surtout s'ils ne se bornent pas à proposer le bien, mais s'ils indiquent les moyens d'y arriver.

De ce nombre est le livre de M. Pointe, que nous avons sous les yeux. En laissant de côté les éloges historiques consacrés à quelques personnages plus ou moins marquans de Lyon, tels que l'oculiste Janin, tout le reste, mémoires, voyages, opuscules, a pour but plus ou moins direct l'amélioration de l'enseignement médical et du service des hôpitaux; deux idées auxquelles M. Pointe a depuis longtemps voué sa plume et ses loisirs. Le peu de temps que lui laissent la pratique et l'enseignement (car M. Pointe est professeur de clinique à l'Ecole secondaire de Lyon), il l'emploie à voyager, à observer en France et à l'étranger; il recueille en courant quelques notes, puis, au retour, communique au public le résultat de ses observations, mûries par la réflexion.

Voici une de ses observations sur les hôpitaux de Londres (p. 477) : « Au milieu de toutes ces catégories (de maladies) assez bien classées, on s'étonne cependant de voir, dans les principaux de ces établissemens, des blessés confondus dans la même salle avec des fiévreux, et les médecins et les chirurgiens disséminés indistinctement dans différentes salles, obligés d'aller de l'une à l'autre, de sorte que si leur nom n'était pas inscrit en grosses lettres au dessus de chaque lit, ces praticiens seraient souvent embarrassés de reconnaître leurs malades. Malgré cette précaution, ils perdent chaque jour un temps précieux à courir d'un lit à un autre lit et d'une salle à une autre salle. »

Cette confusion surprend et choque tout d'abord un médecin français. Un peu plus loin (p. 491), l'auteur nous déduit les motifs des directeurs et médecins anglais : « Aucune salle n'est spécialement consacrée aux fièvres aiguës graves, telles que les fièvres typhoïdes. Les médecins anglais pensent qu'il vaut mieux distribuer les fiévreux avec une sorte d'économie parmi les autres malades que de concentrer leur contagion en les rassemblant tous. C'est ainsi, disent-ils, qu'en choisissant les lits les mieux aérés et en n'admettant que *trois ou quatre fiévreux* dans chaque salle, nos fièvres se communiquent très rarement aux *sœurs* et aux élèves. » (P. 491-92.)

(1) Recueil d'éloges historiques, de relations médicales de voyages, etc. — Paris et Londres, chez Baillière. Lyon, chez Savy jeune.

joui d'une bonne santé, quand, il y a deux ans, elle éprouva des douleurs vives dans le dos qui s'étendaient jusque dans les épaules et les bras et que l'on attribua à un rhumatisme. Au bout d'un an, on trouva dans la région épigastrique une tumeur profonde, du volume et de la forme d'une orange, offrant des pulsations avec une augmentation isochrone aux battemens du pouls et un bruit de soufflet bien marqué. Il y avait aussi des éructations liquides et une douleur profondément située.

Cette tumeur disparut cependant au bout de deux mois avec les battemens dont elle était le siége, et alors apparurent une nouvelle série de symptômes; le malaise s'étendit à tout l'abdomen, et les garderobes devinrent douloureuses et très difficiles, ce qui augmenta au point qu'elle les comparait à la fin aux douleurs de l'enfantement.

Je la trouvai très maigre et semblable à un squelette; la peau était comme plombée et la conjonctive avait une teinte ictérique prononcée. Elle se plaignait de malaise et de douleurs continuelles dans l'abdomen qui était développé et météorisé, surtout dans la région du cœcum. Dans la région épigastrique qui était notablement tendue, on distinguait une induration profonde, solide, fixe, à surface aplatie, bien circonscrite inférieurement, placée transversalement entre les cartilages des côtes. Cette tumeur n'était le siége d'aucune pulsation, mais on distinguait à l'aide du stéthoscope un bruit de soufflet sur le trajet de l'aorte. L'épigastre et l'hypocondre droit étaient le siége d'une sensation douloureuse continuelle qui augmentait par la pression sur la tumeur et qui semblait complètement étrangère à l'estomac et au foie. La constipation aggravait constamment les souffrances et exigeait souvent des lavemens qui ne pouvaient être de plus d'une pinte avec quelques laxatifs, et le passage des matières était accompagné de violens efforts et d'une grande angoisse qui tiraient de la malade des cris aigus. Quand les matières étaient solides, elles avaient à peine la grosseur du petit doigt; le plus souvent elles étaient liquides, muqueuses et ne contenaient pas de traces de bile. Le corps, que la malade fût au lit ou levée, était toujours penché en avant. Elle était dans un état d'anxiété et de mouvement continuels, ne pouvant jouir d'un instant de repos. L'appétit qui s'était conservé longtemps avait tout à fait disparu; et même, à la suite d'une dysphagie qui avait été enlevée par l'application d'un emplâtre d'opium sur l'épigastre, elle ne prit plus que des alimens liquides et encore en très petite quantité; car les liquides eux-mêmes ne passaient qu'avec peine. Il n'y eut jamais de vomissemens, mais des éructations d'un liquide transparent et amer. La bouche semblait toujours à la malade pleine de salive; la langue était pâle et nette; il n'y avait pas de soif; le pouls était intermittent et d'une force variable. Quelque temps avant la mort qui arriva le 2 octobre, la fluctuation devint sensible dans l'abdomen, les jambes et les cuisses offrirent une anasarque énorme, et la malade ne se plaignit plus que des douleurs produites par les garderobes. Les opiacés et les laxatifs furent les seuls moyens qui procurèrent quelque soulagement. Bien qu'on n'eût employé le mercure à aucune époque, ni sous aucune forme, le ptyalisme et les éructations n'en continuèrent pas moins pendant toute la durée de la maladie. La malade portait souvent la main à l'épigastre me disant que c'était là qu'était la cause de tous ses maux.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. Amaigrissement extrême, anasarque des extrémités supérieures et inférieures, fluctuation dans la partie inférieure de l'abdomen causée par une pinte environ d'un liquide citrin. Le rectum est partout flasque et vide; le reste du gros intestin est fortement contracté et contient un mucus épais, tenace et incolore et la muqueuse n'offre d'autre altération qu'une injection légère. L'S du colon offre à 3 ou 4 pouces de la symphyse sacro-iliaque un rétrécissement notable avec épaississement des tissus muqueux et musculeux. Cette partie du colon était maintenue solidement par la portion correspondante du mésentère qui avait une épaisseur remarquable sur ce point et y offrait, en outre, des matières adipeuses jaunes qui augmentaient sa fermeté. Cette altération s'étendait jusqu'au colon transverse exclusivement avec induration et contraction du tissu cellulaire sous-péritonéal du côté gauche et enveloppait à la fois la rate et le rein du côté gauche qui était plus petit et plus ferme que l'autre et dont la substance corticale était atrophiée avec injection du bassin. L'épiploon gastro-hépatique très dense, dur et hypertrophié, surtout en avant de l'ouverture de Winslow, réunissait en une seule masse tous les vaisseaux et canaux qui se trouvent sur ce point et se prolongeait jusqu'à l'orifice du cardia qui résistait à l'introduction même forcée du petit doigt... L'estomac petit avec sa muqueuse d'une couleur foncée n'offre de remarquable que quelques adhérences avec l'extrémité gauche du pancréas qui était dur, hypertrophié et avait perdu toute trace de son organisation normale. Près du centre de cette glande et de son bord inférieur il y avait un kyste mince, transparent, corné et disposé en travers de l'aorte; la base en était entourée d'une masse dure, cartilagineuse, squirrheuse, qui faisait une saillie dans son intérieur. Le reste du pancréas était une masse moins solide, mais résistante, ferme, et qui paraissait formée de bandes membraneuses extrêmement entrelacées.

Le conduit pancréatique n'était libre que dans la longueur d'un pouce et à partir du duodénum. Le canal cholédoque et l'hépatite n'étaient interrompus sur aucun point de leur trajet. La portion transverse du duodénum était fortement adhérente au pancréas et tellement contractée par le tissu qui l'enveloppait de toutes parts qu'on pouvait à peine y introduire l'index. Les vaisseaux mésentériques et les nerfs étaient également confondus dans cette masse squirrheuse, qui était tellement adhérente aux tissus sous-jacens qu'on ne put la détacher qu'en enlevant tout ce qui se trouve jusqu'au corps des vertèbres; l'aorte offrait sur tout son trajet abdominal des dépôts athéromateux et osseux au-dessous de la membrane interne qui était érodée sur quelques points. — Le foie était petit, d'un gris foncé et dense, ce qui paraissait tenir à l'épaississement de son tissu cellulaire. La vésicule contenait une petite quantité de bile d'un jaune clair et ses parois étaient fort épaisses. Les viscères thoraciques n'offraient rien d'anormal; il y avait d'anciennes adhérences pleurétiques. Le cœur était petit et ferme.

Dans ce cas, le pancréas, qui était plus dégénéré qu'aucune autre partie, avait été évidemment le point de départ de la dégénérescence squirrheuse qui, en gagnant secondairement les organes voisins, donna successivement lieu aux symptômes de rétrécissement du colon et de l'orifice cardiaque. Aucun de ces deux organes cependant n'était assez rétréci pour créer un obstacle absolu au passage des alimens ou des matières fécales; aussi est-il probable qu'à cette première cause se joignit un état spasmodique qui augmentait encore la difficulté du passage, ainsi que le démontre la dysphagie dont fut atteinte la malade et qui dura huit jours, pendant lesquels ne pouvant faire passer même les liquides, elle ne fut soutenue que par des lavemens de bouillon. A cette époque, la malade était confiée aux soins d'un autre médecin; lorsque je la vis pour la première fois on ne pouvait avoir de doute sur la nature ni sur le siége de la maladie, quoique les symptômes ordinaires du squirrhe du pancréas, qui sont les vomissemens, l'ictère, et la douleur épigastrique, fussent ou complètement absens ou si peu prononcés qu'ils étaient nécessairement presque effacés par les phénomènes graves que déterminait le rétrécissement du gros intestin et qu'il ne restait plus d'autres symptômes spéciaux que l'amaigrissement et la tumeur dans la région épigastrique. Ce sont les complications de cette espèce qui rendent si difficile le diagnostic des maladies du pancréas, difficulté que M. Roche a caractérisée avec autant de force que d'élégance lorsqu'il a dit : « Ses cris de douleur, s'il en a de propres, sont étouffés par ceux bien plus énergiques de l'estomac, du foie, des intestins ou du péritoine, toujours souffrans en même temps et bien plus vivement que lui. » On sait combien a peu de valeur le caractère de la douleur seule pour le diagnostic des affections du pancréas, et il est généralement admis que l'unique signe certain dans ces cas est la constatation de l'hypertrophie avec induration de la glande, constatation qui n'est possible qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque l'amaigrissement est très prononcé, et cependant ce signe, dans le cas que je

---

C'est là un résultat qui compenserait grandement le défaut de régularité dans les services et la perte de temps pour le médecin, si la contagion était un cas habituel, et s'il n'y avait d'autre moyen de l'éviter. Mais, avec notre organisation plus régulière, les fièvres graves sont par le fait tout aussi bien disséminées dans nos salles, où il est rare d'en trouver *trois ou quatre* sur vingt malades, ce qui est à peu près le maximum des lits dans une salle en Angleterre. A notre distribution, outre notre temps qu'on épargne, nos explorations qui se font avec plus de suite, nous gagnons d'avoir des sœurs et des infirmiers mieux dressés à un service spécial. Nous n'avons pas à craindre que la demi-portion ou les trois-quarts, si habituellement accordés en chirurgie, arrivent en partie ou en totalité, par mégarde ou par trop de bonté, aux fiévreux convalescens voisins d'un blessé.

Le livre de M. Pointe renferme une foule de faits et de détails plus ou moins intéressans comme celui-là; par cela même il est peu susceptible d'être analysé. Et si on lui reproche, comme nous en serions tentés, d'avoir vu en courant, il n'alléguera pas seulement comme excuse les entraves de la pratique qui ne se relâchent qu'à de longs intervalles et pour peu de temps; il y a mieux à dire en sa faveur. C'est que M. Pointe, médecin d'hôpital, auteur d'une histoire de l'Hôtel-Dieu de Lyon, très familier par conséquent avec la pratique et l'administration des hôpitaux, voit vite et bien.

Un mot encore avant d'abandonner ce sujet. Diverses excursions l'ont mis à même de voir la plupart des grandes villes de France et leurs hôpitaux. Après cette revue, à l'exception de Paris, dont il ne s'occupe pas et d'un établissement spécial consacré aux aliénés, à Auxerre, croirait-on que M. Pointe ne trouve à louer sans restriction que dans une seule ville, à Bordeaux! Cela est triste à se dire, dans un pays comme le nôtre, qu'on aime à croire très avancé en toute chose et dans lequel l'art de soulager le malheur est donc seul en arrière! On se console un peu en voyant, par comparaison avec l'Angleterre, que dans nos hôpitaux tels qu'ils sont la libéralité française ouvre à deux battans la porte à toutes les misères, tandis que là, hors les cas graves, les hôpitaux, mieux pourvus et mieux appropriés à leur destination, ne s'ouvrent guères qu'à la faveur, principalement les établissemens spéciaux.

Professeur, comme nous l'avons dit, à l'école préparatoire de Lyon, M. Pointe voudrait voir cette école se transformer en faculté. Cela se conçoit, et en lisant la lettre sur l'enseignement des sciences médicales à Lyon (p. 413) déjà imprimée avec de moindres développemens dans la GAZETTE MÉDICALE, on se convaincra qu'il y a en faveur de cette idée de meilleures raisons que l'intérêt particulier. Nous qui avons habité Lyon, nous trouvons qu'il y aurait là d'immenses ressources pour l'enseignement médical. Mais avant de songer seulement à cette création, il y aurait de graves questions préliminaires à résoudre. Une quatrième faculté serait évidemment une superfétation, quand sur trois deux manquent d'élèves. Et quand vous supposiez en faveur de Lyon, à raison de ses ressources exceptionnelles, une affluence qui changerait la répartition actuelle de la jeunesse, ce qui n'est qu'une supposition, toujours est-il certain qu'il n'existe pas assez d'élèves pour quatre facultés; et j'ajouterai pour des raisons évidentes qu'il n'est point à désirer de voir s'accroître le nombre des élèves. Vous sacrifierez donc ou Montpellier avec ses souvenirs historiques et ses services rendus, ou Strasbourg placé à la porte de l'Allemagne, dont elle nous

viens de rapporter, au lieu de mettre sur la voie du vrai diagnostic a, au contraire, induit en erreur.

Dans un certain nombre de cas, la tumeur formée par l'hypertrophie du pancréas a offert des pulsations qui auraient pu la faire prendre pour un anévrisme; mais comme elle ne présentait aucun des autres caractères de ce produit morbide, à l'exception peut-être du bruit de soufflet, il devait réellement être difficile de commettre cette erreur. Le docteur Fletcher a présenté récemment à la Société pathologique de Birmingham un squirrhe du pancréas dont la tête était très développée et entourait le duodénum sur lequel elle produisait un rétrécissement immédiatement au-dessous du pylore. Cette pièce avait été prise sur une femme âgée de 52 ans, qui était extrêmement amaigrie, et chez laquelle la couleur de la peau et l'expression des traits avaient annoncé l'existence d'une maladie organique; elle s'était plainte d'une grande soif, ne conservait aucune espèce d'aliment et avait une constipation opiniâtre; elle éprouvait des douleurs quelquefois extrêmement vives dans la région de l'estomac, vers l'extrémité pylorique et augmentant par la pression; toute la surface de l'abdomen était douloureuse; l'épigastre offrait une masse dure et mate où l'on distinguait à la main une pulsation simulant un anévrisme, et dont chaque impulsion était accompagnée d'un bruit de soufflet distinct tant que la malade restait couchée, mais qui disparaissait aussitôt qu'elle était levée, position dans laquelle les pulsations épigastriques éprouvaient aussi une diminution très notable. En auscultant avec soin toute la longueur de l'épine dorsale et lombaire on n'y distinguait aucune trace de bruit de soufflet (PROVINCIAL JOURNAL, 20 jan. 1844). Le docteur Sandwith a rapporté (EDINB. MED. SURG. JOURNAL, vol. XVI, p. 381) un cas où la cause de cette pulsation fut manifeste. Le sujet était une femme non mariée, âgée de 67 ans, qui éprouvait dans la région épigastrique des douleurs s'étendant jusque dans l'hypocondre droit, augmentant beaucoup par une pression énergique et accompagnées d'une pulsation très forte au-dessous des cartilages des fausses côtes du côté gauche; elle était très amaigrie, sans fièvre, très constipée, sans appétit ni vomissemens, ni envie de vomir. La douleur était quelquefois si intense que la malade semblait en délirer; tout son corps s'agitait de la manière la plus violente; elle déchirait ses draps et aurait voulu se déchirer les chairs. On trouva le pancréas dégénéré en une masse squirrheuse dans laquelle l'artère splénique était enveloppée.

M. Andral rapporte un cas où une tumeur du pancréas fut prise pour un anévrisme de l'aorte abdominale chez une femme âgée de 54 ans, et qui fut reçue à la Pitié après trois mois de souffrances; elle se plaignait dans la région dorsale de douleurs intolérables qui s'étendaient dans le côté gauche du thorax, continuaient des heures et même des jours entiers, s'étendant à la fin à tout l'abdomen et se perdant dans la région de la rate. Elle comparait ses douleurs aux coups d'un marteau, ou bien à un poignard qu'on lui aurait enfoncé dans le dos. Elles étaient beaucoup plus fortes la nuit. Il n'y avait pas d'appétit; la face était pâle avec expression prononcée de douleurs. La palpation ne découvrait rien dans l'hypocondre. Une attaque de diarrhée avec fièvre ayant enlevé cette femme, on trouva le foie sain; mais entre cet organe et le diaphragme il y avait une tumeur cancéreuse du volume d'un œuf qui occupait la place du pancréas et était formée de matières encéphaloïde squirrheuse et tuberculeuse. Cette tumeur avait remplacé le pancréas dont on ne distinguait que quelques fibres au milieu de cette masse qui comprimait l'aorte abdominale et le plexus nerveux répandu sur ce vaisseau; ce qui rend compte des douleurs violentes éprouvées par la malade. « Etait-il possible, se demande M. Andral, dans l'état de nos connaissances, de déterminer le siége de la maladie et d'en arrêter les progrès? Nous ne le pensons pas et notre expérience n'a servi qu'à nous induire en erreur. En nous rappelant des faits analogues, en considérant cette douleur perforante, ces coups de marteau reçus dans le dos, nous étions très portés à croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte abdominale. »

Ces cas et un autre encore que j'ai rapporté ailleurs (THE DUBLIN JOUR. MED. SCIENCES, vol. XXIV) montrent combien le squirrhe du pancréas peut simuler les symptômes d'un anévrisme de l'aorte abdominale. Dans le fait rapporté par M. Andral la violence et la nature des douleurs qui se rapprochaient tant de celles qu'on observe dans certains cas d'anévrisme de l'aorte ont suffi pour induire en erreur l'un des pathologistes les plus habiles de l'époque. Dans celui que je viens de citer, l'erreur était inévitable, puisqu'il réunissait presque tous les signes physiques de l'anévrisme; non seulement nous avions là une tumeur arrondie, élastique, placée sur le trajet de l'aorte, mais encore on y constatait des pulsations avec bruit de soufflet et des mouvemens apparens de systole et de diastole, causés sans aucun doute par le développement, dès le principe, d'un kyste, qui, plus tard fut diminué par l'accroissement du squirrhe pendant que l'adhérence interne de ce dernier à l'épine ayant éloigné l'impulsion de l'aorte, il ne restait plus dans les derniers temps d'autre symptôme que le bruit de soufflet qui ne pouvait plus induire en erreur.

La violence de la douleur n'est pas un symptôme constant du squirrhe du pancréas; elle est ordinairement obtuse, profonde, et ressemble assez à celle du lombago; quelquefois même il n'en existe pas du tout, et, en raison de l'extrême maigreur du malade, on le regarde comme atteint de phthisie tuberculeuse. « J'ai vu, dit Laënnec, plusieurs fois, avec mes confrères MM. Récamier et Lisfranc, une jeune dame qui semblait phthisique et à une époque avancée de la maladie. J'affirmai constamment que les poumons me paraissaient sains, et effectivement ils furent trouvés sains à l'ouverture de son corps. La maladie était due à un squirrhe du pancréas compliqué d'un simple catarrhe. » Aujourd'hui que nous avons profité des découvertes de Laënnec une erreur de ce genre ne serait plus possible; mais le fait n'en est pas moins intéressant puisqu'il prouve quelle était la difficulté du diagnostic avant la découverte de l'auscultation.

Si, dans ces cas, les malades avaient offert l'ictère et les vomissemens opiniâtres, il eût été plus facile d'arriver à la connaissance exacte de la nature de l'affection. On observe fréquemment, dans le squirrhe aussi bien que dans les autres maladies du pancréas, ces symptômes, qui dépendent, en partie, de l'obstruction ou de l'oblitération des conduits communs ou hépatiques, par la pression du produit organique occupant alors la tête de la glande, cette dernière comprime tellement, dans quelques cas, le pylore ou le duodénum, qu'on peut à peine y introduire une sonde, ainsi qu'il est arrivé dans les deux cas rapportés par Sewall. (MEDICAL AND PHYSICAL JOURN., vol. XXXI.)

Il est cependant à remarquer que le vomissement n'est pas toujours l'effet nécessaire d'un rétrécissement considérable des parties. Michaëlis a vu un cas où il n'y avait point eu de vomissement, bien que le duodénum et le pylore fussent contractés au point de permettre à peine l'introduction d'une plume d'oie, et le docteur Green en a rapporté un où il n'y eut de vomissemens que dans les quinze derniers jours de la maladie, bien

---

transmet le mouvement intellectuel. Je trouverais peut-être ce sacrifice tout simple si j'étais Lyonnais, mais non si j'étais ministre; et je suppose que Lyon devra se consoler longtemps avec son école préparatoire, mieux organisée qu'aucune autre, et dotée de quatorze chaires, au lieu de huit, qui forment le nombre habituel.

Au sujet de ces écoles préparatoires, M. Pointe, qui a vu et recueilli les avis, assure (p. 335) que partout on est d'accord sur deux points, et cela ne surprendra pas, « 1° qu'elles sont utiles aux hôpitaux près desquels elles existent, en multipliant les sujets instruits que le service réclame; 2° que leur conservation est dans l'intérêt des habitans, qui ont sous les yeux et qui peuvent par conséquent surveiller plus facilement, pendant les premières années de leurs études, ceux de leurs enfans qu'ils destinent à l'art de guérir. »

Il me semble qu'on peut indiquer un autre point sur lequel tous les médecins seront d'accord en se rappelant les commencemens de leurs études; temps d'isolement et d'hésitation où le nouvel arrivant, en présence de cinq ou six sciences à étudier, manqué de guides et de moyens matériels, ne sait par quel bout s'y prendre (qu'on nous passe le mot) et n'a pour ressource que le haut enseignement d'une faculté inintelligible pour lui. Dans cet embarras, les mois se perdent, quelquefois les années. Voilà la perte qu'on a voulu épargner à la jeunesse en créant les écoles préparatoires, comme l'indique leur nom. Il n'y a point de ville parmi celles qui possèdent une école préparatoire où un commençant ne puisse employer une ou deux années plus fructueusement qu'à Paris, principalement à l'étude de l'anatomie et des sciences accessoires. Ajoutez que là maîtres et disciples vivent en famille, et que ce petit comité admet dans les leçons l'interrogation des élèves par le maître, prescrite par les règlemens, ce qui implique la réciproque. Ainsi, les élèves s'initient familièrement au langage et aux principes des sciences, et ils arrivent aux facultés capables d'apprendre et sachant ce qu'ils doivent apprendre.

Nous voilà un peu loin de M. Pointe; mais c'est lui qui nous a conduits à ces réflexions, que nous ne croyons pas inutiles à la jeunesse des provinces. Son livre en suggère beaucoup d'autres, et nous en conseillons la lecture à quiconque prend intérêt à l'une ou à l'autre de ces choses, l'enseignement médical, l'amélioration des hôpitaux, l'avenir de la médecine.

X....

— CAUSE DU MUTISME CHEZ LES SOURDS COMMUNÉMENT DÉSIGNÉS SOUS LE NOM DE SOURDS-MUETS; par B. DUBOIS fils aîné, professeur. Brochure in-8°. A Paris, chez l'auteur, rue de Rivoli, 22.

qu'il y eût un rétrécissement considérable du pylore, qui était à la fois induré et épaissi. Les portions ascendante et transverse du colon formaient, avec la tête du pancréas, une masse cancéreuse qui comprenait aussi le duodénum. Les canaux cystique et hépatique étaient obstrués par de la matière cancéreuse et présentaient une dilatation considérable au dessus du point où existait le rétrécissement. Le malade offrit un ictère très prononcé. Quand l'estomac rejette les alimens aussitôt qu'ils y ont été ingérés, on peut attribuer cet accident à l'irritation produite par l'induration ou l'hypertrophie du pancréas; quand ce vomissement n'a lieu qu'à une époque plus reculée, il est dû au rétrécissement du pylore, et on peut croire que l'obstacle se trouve au niveau de l'entrée du canal commun dans le duodénum quand le vomissement n'a lieu que deux ou trois heures après l'ingestion des alimens et quand les matières rejetées sont plus ou moins teintes par de la bile.

C'est encore au même mode de compression que l'on doit attribuer la dilatation de l'estomac, de la vésicule et des canaux qu'on rencontre dans quelques cas où il existe un obstacle, et qui ont occasionné de singulières méprises. Un homme se présente à M. A. Petit avec une tumeur à l'épigastre, ayant la forme, le volume et tous les caractères extérieurs d'une hernie, et qui avait paru après de violens efforts; elle était molle, compressible, facile à réduire et accompagnée de hoquet avec vomissement. Petit crut reconnaître une hernie étranglée de l'estomac ou du colon, fit l'opération en présence de tous ses collègues, et trouva l'estomac au centre de la tumeur, sans traces de sac herniaire. Le pancréas engorgé l'avait poussé en avant contre les parois abdominales, où il éprouvait une espèce d'étranglement qui avait déterminé tous les phénomènes de la hernie, et était extrêmement adhérent au pancréas. (Discours sur les maladies observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon.)

La vésicule du foie a été également prise pour une hernie ventrale, ainsi qu'il résulte du fait suivant rapporté à la Société pathologique. (DUBLIN JOURNAL OF MED. SCIENC., vol. XVII, p. 382.)

OBS. II. — Une femme, âgée de 86 ans, présente, quatre mois avant sa mort, les symptômes d'une maladie du foie avec présence, un peu au dessous de l'ombilic, d'une tumeur molle, compressible, facile à déplacer et recevant une légère impulsion de la toux.

A l'autopsie, M. Smith trouva le foie d'un vert foncé, avec un certain nombre de tubercules blancs et durs à sa surface. Il y avait des tumeurs de même nature dans le pancréas, vers son extrémité droite, et la glande tout entière était à un état d'induration remarquable. La fin des canaux pancréatique et cholédoque était comprimée presque jusqu'à l'oblitération. Le canal pancréatique, dans l'intérieur même de la glande, était assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Les canaux cholédoque et hépatique, en dehors du point où existait le rétrécissement, offraient aussi une dilatation considérable. Le dernier surtout offrait, sur plusieurs points, des cavités où l'on aurait pu facilement introduire deux doigts à la fois. La vésicule, énormément distendue, descendait vers la fosse iliaque droite au dessous de l'ombilic. Une tumeur, de dureté squirrheuse et du volume d'un œuf de poule, est placée derrière le pancréas, tout à fait distincte de cette glande et traversée par l'artère hépatique. Les tégumens et les organes internes sont d'une couleur jaune très foncée.

Mondière, pour prouver que le canal cholédoque est quelquefois énormément dilaté, rapporte (ARCHIVES DE MÉDECINE, vol. XII) un cas où ce canal offrait une largeur de 2 pouces. Cet observateur paraît n'avoir pas eu connaissance du cas réellement extraordinaire recueilli par le docteur Todd, et sur lequel J. Frank garde aussi le silence dans son grand et récent ouvrage sur les maladies du pancréas et du foie. Nous en allons reproduire ici les principaux traits.

OBS. III. — XX., jeune fille de 14 ans, à la peau couleur d'orange, d'une maigreur considérable, offre une anasarque prononcée des extrémités inférieures Bien que presque insensible à tout ce qui l'entoure, elle paraît cependant éprouver de vives douleurs, qu'attestent les cris aigus qu'elle pousse fréquemment. Il y a une tumeur dans l'abdomen, distendu par du liquide qu'on retrouve également dans les régions hypochondriaque et épigastrique gauches, qui présentent un gonflement avec tension s'étendant au dessous de l'ombilic. On distingue évidemment de la fluctuation sur un point plus saillant que le reste, un peu au dessous du cartilage xiphoïde, et à droite de la ligne blanche. Ce point est très sensible à la pression. Dans la persuasion que c'est un abcès du foie, on pratique une ouverture qui donne issue à deux pintes au moins d'une bile verte et visqueuse.

A l'autopsie, on trouve le foie à l'état normal et les canaux hépatique et commun énormément distendus et contenant une pinte de bile; ils s'étendaient depuis la veine-porte jusqu'au sacrum, passant derrière le duodénum, le pancréas et la racine du mésentère, et s'étendant dans une direction transversale, de manière à couvrir la face antérieure du rein droit et la plus grande partie du gauche. Les ramifications du conduit hépatique étaient si dilatées qu'elles recevaient facilement l'un des doigts. Une espèce de valvule que présentait le canal cystique avait empêché la dilatation de la vésicule. On ne put découvrir, dans le duodénum, la terminaison du canal commun. Le pancréas était à l'état de squirrhe, et la portion de cet organe qui se trouve en contact avec le canal cholédoque était convertie, avec le tissu cellulaire voisin, en une masse dure, solide, fortement adhérente au duodénum et à la partie inférieure du conduit biliaire dilaté, et qui semblait complètement oblitéré. (DUBLIN HOSPITAL REPORTS, vol. I, p. 325.)

M. Cruveilhier a rapporté un cas de dégénérescence squirrheuse de la tête du pancréas, comprenant la terminaison du canal commun, qui était, en même temps que la vésicule, fortement dilaté, et où la face antérieure du pancréas était soulevée par une tumeur aqueuse, d'un volume considérable, et contenant un liquide séreux transparent. Elle avait la forme d'une poche oblongue et placée transversalement. On reconnut qu'elle était formée par le canal pancréatique dilaté, aux plis transversaux et aux petites ouvertures des divisions du canal, qu'on reconnut à l'intérieur. L'absence de ces circonstances aurait suffi pour éloigner l'idée que le kyste, dans le cas que je viens de rapporter, pût être attribué à ce mode de formation, lors même que son développement sur une masse squirrheuse n'aurait pas fait disparaître tout doute à cet égard.

C'est probablement aussi à la compression des veines caves et porte que l'on doit attribuer la fréquence de l'ascite et de l'anasarque dans les hypertrophies organiques et inflammatoires du pancréas. Dans un cas de ce dernier genre rapporté par le docteur Crampton (TRANSACTIONS OF ASSOCIATION OF PHYSICIANS OF IRELAND, vol. II, p. 137), dans lequel il y avait à l'épigastre un engorgement dur, circonscrit, presque circulaire, à bords arrêtés, très sensible à la pression, avec distension et fluctuation évidente dans l'abdomen, puis œdème des extrémités inférieures, les phénomènes d'hydropisie s'étaient montrés dès le quatrième jour après le début de l'attaque. Le docteur Crampton constata la nature inflammatoire de la maladie, et, de la présence de l'hydropisie, conclut que l'inflammation avait aussi gagné la séreuse.

J'ai déjà parlé de l'amaigrissement qu'amène le squirrhe du pancréas, et qui a fait dire à M. Abercrombie qu'il y a tout lieu de croire que les maladies du pancréas exercent l'influence la plus importante sur les fonctions de la digestion et de l'assimilation, et qu'elles représentent l'une des causes de l'anémie; d'un autre côté, Pimberton, faisant remarquer que le corps (dans les cas de squirrhe du pancréas) est souvent réduit au dernier degré du marasme, et que les tégumens de l'abdomen semblent reposer sur l'épine dorsale, est amené à conclure que cet état peut suffire, lorsqu'il existe, pour permettre de distinguer les maladies du foie ou de la rate de celles du pancréas; car lorsque le squirrhe occupe le foie ou la rate, l'abdomen conserve presque constamment, jusque dans les derniers instans, un développement notable. Le même moyen permettra aussi de distinguer les affections mésentériques qui n'empêchent pas le ventre de conserver un certain volume. Les maladies des reins produisent également peu d'amaigrissement.

Après avoir mentionné la plupart des symptômes habituellement attribués aux maladies du pancréas, il nous reste encore à dire quelques mots de l'un d'entre eux qui a été souvent signalé par les écrivains du continent, mais dont ne paraît avoir encore tenu compte aucun des auteurs anglais; nous voulons parler du ptyalisme. D'après M. Mondière, le médecin qui soupçonne une maladie du pancréas doit, avant tout, faire attention à l'état des glandes salivaires et à leur sécrétion. Fourcroy avait déjà fait la remarque que, dans les obstructions du pancréas, les glandes sécrètaient plus de salive que dans l'état normal. Quelquefois leur sécrétion, au lieu d'être augmentée, offre au contraire une diminution. Ces différens effets sont attribués par M. Maria Gelcben à la sympathie, l'absence ou la présence du ptyalisme dépendant de la nature de la maladie du pancréas. « Il existe, dit-il, une grande sympathie entre les glandes salivaires et le pancréas, en raison, sans aucun doute, de la similitude de leur structure et de leurs fonctions, et la connaissance de cette sympathie peut nous expliquer pourquoi certaines lésions du pancréas déterminent un ptyalisme considérable, et pourquoi cette sécrétion est diminuée dans les cas d'engorgement ou d'obstruction de la même glande. » C'est encore à cette sympathie que l'on attribue certaines métastases de l'inflammation; c'est ainsi que M. Andral a trouvé le pancréas injecté chez un individu qui avait eu un engorgement considérable d'une parotide, et que Mondière a cité le cas d'une personne chez laquelle une parotite très volumineuse ayant disparu rapidement fut remplacée par une affection du pancréas, qui fit place elle-même à une affection du testicule. Un vésicatoire appliqué sur la parotide y rappela et y fixa l'inflammation, qui s'y termina par suppuration.

La congestion vasculaire du pancréas, comme celle du foie, peut être indiquée par sa tuméfaction, par la diminution ou l'augmentation de sa sécrétion. Ces deux conditions se sont offertes dans le cas rapporté par le docteur Percival; la tumeur formée par le pancréas dans l'épigastre ayant disparu par l'effet d'une diarrhée spontanée. (TRANS. KING AND QUEEN'S COLLEGE OF PHYSICIANS IN IRELAND, vol. II, p. 129.)

Le docteur Copeland appuie du poids de son autorité l'opinion de ceux qui attribuent à l'augmentation de la sécrétion du pancréas une certaine espèce de diarrhée (*diarrœa pituitosa* de Sauvages) qui se lie à un état morbide des glandes salivaires. Dans ces cas, dit-il, qu'on observe pendant le travail de la dentition, ou à la suite d'un traitement mercuriel, ou après la suppression d'un ptyalisme, les selles consistent en un liquide filant, glaireux, transparent, qui paraît être le résultat d'un accroissement de la sécrétion du pancréas. C'est à celle de ces diarrhées qui est le résultat de l'action du mercure que Diétrich donne le nom de *ptyalismus pancreaticus mercurialis*, parce que les effets du métal, au lieu de se faire sentir sur les glandes salivaires de la bouche, se portent sur la glande salivaire de l'abdomen. C'est encore de la même forme morbide que dit M. Pereira, dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE, qu'elle est caractérisée par un sentiment de plénitude dans l'hypochondre gauche, par une douleur brûlante avec sensibilité dans la région du pancréas, par des évacuations spumeuses, blanchâtres et souvent verdâtres, du moins au commencement, et par le mélange d'une certaine quantité de bile; symptômes qui peuvent être rapportés à une affection du pancréas analogue à celle des glandes salivaires.

On lit dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, que, quand l'inflammation du pancréas est sympathique des glandes salivaires, on observe ordinairement une espèce de balancement entre la sécrétion du pancréas et celle de ces dernières; que, par exemple, lorsque la salivation est très abondante, les symptômes locaux de l'inflammation du pancréas diminuent et qu'il survient de la constipation; et que quand, au contraire, la salivation et l'irritation des glandes salivaires diminuent, on voit survenir une diarrhée abondante et les symptômes d'une affection du pancréas. L'observation suivante, rapportée par Schmackpfeffer, vient à l'appui de cette assertion.

OBS. IV. — Une fille, âgée de 29 ans, contracte la syphilis en devenant enceinte. Après sa couche, elle est soumise au traitement par le sublimé, qui, au bout de quelque temps, fait disparaître tous les symptômes, mais détermine une salivation de quatre pintes par jour. Cette sécrétion ayant diminué, il s'établit une diarrhée qui augmentait en raison de la diminution de la première. Les accidens fébriles se développèrent, la soif devint vive, l'appétit disparut, il vint des nausées et le ventre se ballonna. La malade se plaignait surtout d'un sentiment d'anxiété dans la région épigastrique, avec chaleur et une douleur profonde, obtuse, partant de l'épigastre et s'étendant vers l'hypochondre droit. Ces accidens augmentaient lorsque l'estomac était plein. Au bout de cinq jours, l'état de la malade empira et se compliqua de vomissemens bilieux; elle accusait continuellement, au dessous de l'ombilic, une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos ou sur le côté gauche, et augmentait dans les fortes inspirations. La diarrhée prit une telle intensité qu'on comptait en vingt-quatre heures jusqu'à trente selles liquides qui étaient jaunes ou aqueuses, et ressemblaient à de la salive. Alors on vit les parotides s'engorger avec rougeur et douleur, et aussitôt les selles s'arrêtèrent. La malade succomba après avoir présenté tous les symptômes d'une affection de la tête et de la poitrine.

A l'autopsie, on trouva le pancréas rouge et tuméfié, surtout à son extrémité droite. Cet organe offrit en outre une consistance anormale et fournit du sang sur plusieurs points lorsqu'on pratiqua des incisions à sa surface. Son canal excrétant était très dilaté. Les parotides étaient enflammées, et le poumon gauche offrait quelques adhérences avec des traces d'épanchement.

Le fait suivant, rapporté par le professeur Harless, vient encore à l'appui de l'influence réciproque du pancréas sur les glandes salivaires et de ces dernières sur le premier.

OBS V. — Un étudiant se soumet à un traitement mercuriel pour combattre quelques symptômes qu'il attribuait à une ancienne affection syphilitique. Pendant quatre mois, il prit chaque jour 6 décigrammes de calomelas et finit par faire quelques frictions avec l'onguent mercuriel pour faire disparaître des *pediculi pubis*; mais à peine avait-il pratiqué la troisième friction qu'il fut pris d'une salivation violente, pendant la durée de laquelle les selles, qui auparavant avaient lieu naturellement, furent complément supprimées. Le professeur Harless, appelé auprès de lui, ne trouve d'autres symptômes que ceux de la salivation, avec une tension notable de la région épigastrique. La salivation fut combattue avec avantage par le quinquina et l'opium, mais en même temps qu'elle diminuait la tension de l'épigastre allait en augmentant : le malade se plaignait d'une sensation désagréable de chaleur dans cette partie, et en examinant attentivement, on y distinguait une légère tuméfaction; la constipation persista, et on n'arrivait qu'à force de lavemens à obtenir la sortie de quelques matières fécales très dures. Cependant la salivation, qui avait diminué notablement, ayant reparu avec une grande violence, en même temps que les glandes salivaires présentaient subitement une tuméfaction considérable avec dureté et douleur, les symptômes épigastriques éprouvèrent immédiatement une notable amélioration. La salivation diminua de nouveau sans que le pancréas parût souffrir davantage, et enfin, le dixième jour, la salivation et la douleur épigastrique reparaissaient simultanément et persistaient jusqu'au quatorzième jour, où le malade fut pris d'une sueur très abondante, qui continua pendant trois jours et fit disparaître tous les accidens.

L'observation du docteur Crampton, dont il a déjà été question, confirme aussi cette hypothèse d'une influence réciproque existant entre le pancréas et les glandes salivaires; car l'inflammation du premier paraît avoir été causée par l'imprudence du malade, qui, étant sous l'influence de la salivation, s'exposa au froid en sortant d'un bain chaud.

Nous avons déjà vu que la diarrhée alternant avec la salivation est le résultat d'un trouble fonctionnel du pancréas. Dans les cas de squirrhe de cet organe, c'est au contraire la constipation qui a constamment lieu avec complication de salivation, qui se développe presque constamment à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

A l'appui de cette espèce de balancement de la sécrétion des glandes salivaires et du pancréas, on doit citer encore ce qui arrive chez les femmes enceintes, chez lesquelles la salivation est fréquemment compliquée de constipation (*rees on desorders of the stomach*). La salivation qu'on observe assez fréquemment dans les cas de suppression des lochies et chez les femmes hystériques est attribuée, il est vrai, par le docteur Dewees à la sympathie qui existe entre les glandes salivaires et l'utérus; mais Mondière n'hésite pas à ranger la grossesse parmi les causes prédisposantes de l'inflammation du pancréas. Si l'on admet, ce qu'il serait impossible de nier, que l'afflux des liquides et l'activité secrétoire peuvent être transmises des glandes salivaires au pancréas, on ne peut se dispenser d'accorder aussi que l'inflammation des mêmes glandes puisse également éprouver la même transmission. Chambon de Montaux ne doute pas que telle ne soit la source des liquides glaireux ou aqueux que vomissent les femmes enceintes, « En examinant, dit-il, la nature des liquides que vomissent quelques femmes pendant la grossesse, on reconnaît qu'ils sont surtout composés d'un liquide clair et analogue à la salive, et il paraît que dans ces cas une grande partie de ce liquide est fournie par le pancréas, et que, comme la bile, elle remonte dans l'estomac, qu'elle irrite, et qui la repousse par le vomissement. » Il doute si peu de la réalité de cette explication qu'il l'applique même à la salivation qui se manifeste pendant la grossesse, s'appuyant encore sur ce que les anatomistes et les physiologistes sont d'accord pour attribuer la même organisation et les mêmes fonctions aux glandes salivaires et au pancréas. La diarrhée, non fébrile, qu'on observe chez les femmes enceintes, et dans laquelle les selles ne sont formées que d'une grande quantité de sérosité, peut, suivant le même auteur, être attribuée également à un accroissement de la sécrétion du pancréas.

Le fait rapporté par Mondière, et dont nous avons déjà parlé, semble indiquer qu'il existe une sympathie analogue entre les testicules et le pancréas, hypothèse que confirme la sympathie non douteuse et fréquemment constatée entre les glandes salivaires de la bouche et les testicules et l'opinion de Portal, qui assure qu'il y a des maladies du testicule qui se portent sur la région lombaire et donnent lieu à la suppuration du pancréas et des tissus voisins. Les *oreillons (cynanche parotidea)* offrent une preuve non douteuse de sympathie entre les testicules et la parotide par le grand nombre de cas où la métastase inflammatoire se fait d'un organe à l'autre, métastase que l'expérience a prouvé être d'un pronostic favorable, puisqu'il est souvent arrivé, dans les cas où elle n'avait pas lieu, ou bien dans ceux où l'on cherchait à l'empêcher, que l'inflammation se portait sur un autre organe, et le plus souvent sur le cerveau et ses membranes, et déterminait des accidens presque toujours mortels. La suppression du ptyalisme de la grossesse a été également suivie d'accidens funestes dans à la même cause. Bandelocque a connu une jeune dame qui eut, pendant sa première grossesse une salivation très abondante. Bouvart et lui furent longtemps sollicités par la famille de chercher à l'arrêter; mais ils s'y refusèrent constamment. A la seconde grossesse la salivation reparut; mais, Bouvart étant mort, on appela un autre médecin et un nouvel accoucheur, qui arrêtèrent la salivation; dès le lendemain, la malade était frappée d'une attaque d'apoplexie.

Il est probable qu'à l'aide d'un examen attentif il serait possible de reconnaître dans les cas d'inflammation mortelle du pancréas, rapportés par Schmackpfeffer et Lawrence, un semblable transport métastatique sur le cerveau et ses membranes et d'y trouver une nouvelle preuve de l'identité des relations pathologiques entre le pancréas et les autres glandes salivaires. Dans le cas rapporté par Schmackpfeffer, la suppression d'une diarrhée extrêmement abondante, qui provenait probablement du pancréas, coïncida avec le retour de la tuméfaction des parotides et les accidens qui amenèrent la mort. Dans celui qu'a publié M. Lawrence (quoique malheureusement l'état des intestins n'ait pas été indiqué à la fin) le sujet fut relâché pendant toute la durée de la maladie, se plaignit beaucoup de soif et d'une douleur quelquefois très vive, et rapportée exclusivement au point correspondant au pancréas. La malade était épuisée et sa peau complètement décolorée. Son indisposition avait commencé vers le cinquième ou le sixième mois de sa première grossesse et présenta les symptômes que nous venons de signaler comme appartenant à une maladie du pancréas. Elle mourut cinq semaines après ses couches, sans

avoir présenté aucun phénomène morbide du côté de la tête, à moins donc que l'on ne considère comme dépendant du cerveau l'irritabilité de l'estomac qu'elle éprouva pendant les cinq ou six derniers jours qui précédèrent sa mort, et durant lesquels elle ne put conserver sur l'estomac que du petit lait. A l'ouverture on trouva les organes internes extrêmement pâles et presque exsangues, à l'exception de la rate et du pancréas. Cette glande était, dans toute son étendue, d'un rouge foncé et mat, ferme à l'extérieur, tandis qu'à l'intérieur ses lobules étaient durs et friables. Le tissu cellulaire environnant le pancréas et le duodénum, les épiploons, le mésentère, le mésocolon et les appendices épiploïques de l'arc du colon étaient couverts par un épanchement séreux. La surface de la partie de la dure-mère qui recouvrait les hémisphères cérébraux était tapissée dans le voisinage de la faux d'une couche très mince, très molle, presque cartilagineuse et d'une teinte rouge ; il était facile de la détacher avec le manche du bistouri, et on trouvait au-dessous son apparence normale. La pie-mère offrait une légère infiltration séreuse. Les vaisseaux sanguins du cerveau étaient médiocrement pleins.

De toute cette discussion, il résulte qu'on ne peut nier les rapports étroits et la sympathie intime qui existent entre les glandes salivaires de la bouche et celle de l'abdomen. Le fait suivant, qui m'a été communiqué par M. R. Macdonnel, prouverait, s'il pouvait rester encore quelques doutes sur ce point, que le diagnostic des affections du pancréas n'est pas toujours problématique, et ferait voir dans quelle erreur est tombé récemment l'écrivain qui disait (DICT. DES DICT., art. *Pancréas*) : « Dans l'état actuel de la science, on peut quelquefois soupçonner une affection du pancréas, mais on ne la reconnaît jamais. » Il est évident qu'il n'avait pas eu connaissance des deux cas reconnus et publiés par MM. les docteurs Perceval et Crampton.

OBS. VI. — Thomas Meighan, ouvrier, âgé de 24 ans, est admis, le 30 septembre 1841, à l'hôpital Meath, service du docteur Graves. Il rapporte avoir été sujet depuis quatre ans à de violentes douleurs d'estomac, qui, dans le commencement, ne venaient que tous les quinze jours, mais qui ensuite se firent sentir après chaque repas et quelquefois au milieu de la nuit. Il était pâle et très maigre, la peau avait une couleur terreuse, les traits étaient tirés et tout son extérieur annonçait un homme atteint d'une lésion organique. Cette douleur occupait l'épigastre, se faisait surtout sentir après les repas, et était calmée par le vomissement. On ne distinguait ni saillie, ni tumeur à l'abdomen, qui était partout insensible à la pression. La langue était nette et humide ; le pouls, à 72, était doux et régulier et la respiration naturelle ; la constipation était constante. Le 2 octobre, il y eut un paroxisme extrêmement grave de douleur, qui fut suivi d'un vomissement, par lequel le malade rejeta un bassin plein de liquide foncé, couvert d'une écume épaisse de la même couleur. Déjà le malade avait eu une attaque semblable avant son admission à l'hôpital. Meighan passa alors dans le service du docteur Stokes, et le 6 octobre il eut une seconde attaque de violente douleur, suivie aussi de vomissement d'un liquide ressemblant au breuvage que l'on prépare pour les chevaux avec un mélange de son et d'eau, et encore sans odeur.

Le 20 octobre, on remarque que l'abdomen est plus distendu et plus saillant qu'auparavant, et on distingue facilement la fluctuation lorsque le malade est debout. Il n'est survenu aucun changement dans les autres symptômes. La constipation exigeait l'emploi constant d'un mélange d'huile de ricin et d'huile de croton. Le 20, le malade eut une autre attaque, dans laquelle il vomit un liquide brun, et n'en eut plus qu'une avant sa mort. L'ascite augmenta, les jambes s'infiltrèrent, les douleurs devinrent plus vives et plus fréquentes, l'amaigrissement marchait rapidement et la constipation continuait toujours à être de plus en plus forte ; l'abdomen cependant restait indolent à la pression et le malade ne se plaiguit jamais ni de céphalalgie ni de soif. Huit jours avant de mourir, il fut pris d'une forte diarrhée, qui résista à tout traitement, fit disparaître l'ascite et l'œdème des jambes et ramena le ventre à un état de mollesse et de flaccidité prononcées, qui ne permirent cependant d'y constater la présence d'aucune tumeur.

A l'autopsie, on trouve les viscères thoraciques à l'état normal ; les intestins et l'estomac sont excessivement dilatés et distendus ; la tunique musculeuse de l'estomac est hypertrophiée et son extrémité pylorique a contracté des adhérences si solides avec le foie qu'on ne peut enlever ces deux organes séparément. Le pylore n'offre pas de rétrécissement ; la partie de l'extrémité gauche, qui reposait sur le foie, offre une dépression bien marquée, ayant 2 pouces de long sur un de large, avec des bords épais, durs et relevés. Une incision pratiquée sur ce point met à nu un tissu cartilagineux extrêmement dense, qui se confond avec le tissu du pancréas. Le foie n'offrait aucune lésion, de même que le duodénum et le jéjunum ; mais le reste du canal intestinal était couvert de petites taches de lymphe, fortement adhérentes, et qu'on dirait avoir été lancées à sa surface ; la muqueuse, qui se trouvait entre elles était fortement injectée. Le tissu sous-muqueux était épaissi et offrait presque l'aspect du cartilage. La tunique musculeuse n'offrait aucune trace d'hypertrophie.

M. Macdonnel ajoute que la netteté et l'humidité de la langue et de toute la bouche étaient extrêmement prononcées dans ce cas et appelèrent l'attention de trois médecins allemands qui, à cette époque, suivaient la clinique du docteur Graves, et contribuèrent probablement à leur faire affirmer que cet homme était atteint d'une affection du pancréas. Comme c'était la première fois que l'attention de M. Macdonnel était appelée sur ce sujet, il fut disposé d'abord à douter de l'exactitude du diagnostic porté en cette occasion, et, bien que l'autopsie ait montré que les lésions n'étaient pas bornées au pancréas, cependant cette glande était assez gravement altérée pour confirmer l'exactitude de leur diagnostic, qui avait surtout porté sur l'extrême humidité et la pâleur de la langue, qu'on eût dit avoir été macérée.

On voit fréquemment, dans les cas d'ulcère de l'estomac, des vomissemens d'un liquide coloré, comme celui que rendit le sujet de l'observation précédente, et qui évidemment avait été fourni par l'estomac, puisque l'état de dégénérescence avancée du pancréas ne permet pas de croire qu'il eût pu le sécréter ; mais la présence du pyrosis avec éjection d'un liquide limpide alternant avec la diarrhée dans les affections chroniques du pancréas semble devoir jeter quelque lumière sur plusieurs cas où on n'aurait pas songé à attribuer la production de ce fluide au pancréas. Nous appellerons même, à l'appui de cette assertion, l'opinion de M. Andral, qui, après avoir énuméré les symptômes ordinaires du pyrosis, tels que la constipation, la salivation, l'inclinaison du corps en avant, dans le but de diminuer la douleur, l'émission d'un liquide qui offre souvent l'apparence de la salive et est toujours doué de propriétés amères et stimulantes, en conclut que tous ces symptômes sont ceux de l'inflammation et des différentes altérations chroniques du pancréas. Suivant le docteur Kerr (CYCLOPÆDIA OF PRACTICAL MEDIC. Art. *Pyrosis*), nous n'avons aucune preuve évidente que ce liquide soit réellement sécrété par l'estomac, et que l'on s'est appuyé, pour le regarder comme le produit du pancréas, sur la ressemblance qu'il offre avec le produit réel de cette glande. La seule raison qui l'empêche d'admettre cette origine du liquide dont il est question, c'est la difficulté que doit éprouver le fluide pancréatique à passer dans l'estomac, ce qui ne doit pas être plus difficile que le passage de la bile dans le même organe et qui s'opère probablement par un mouvement rétrograde du duodénum. MM. Magendie, Leuret et Lassaigne ont constaté, dans leurs expériences, l'alkalinité du liquide pancréatique, et MM. Tiedemann et Gmelin ont reconnu que la première partie du liquide qui s'écoulait était acide, tandis que les autres parties étaient alcalines ; mais Muller le regarde comme acide lorsqu'il est frais. Ces différens résultats permettent de croire que le fluide du pyrosis, qu'il soit insipide ou acide, peut être considéré comme un produit de sécrétion altéré qui peut, même à l'état normal, produire des réactions différentes, suivant les circonstances, de même que la salive, qui devient alcaline dans le moment des repas, bien qu'elle soit acide dans les autres instans. Mais, dans certaines circonstances, la salive éprouve une augmentation de son acidité ; c'est ainsi que Prout a observé un cas où l'acide semblait se former, non seulement dans l'estomac, mais encore dans les glandes salivaires elles-mêmes, la respiration du malade présentait une odeur de vinaigre très prononcée. D'un autre côté, M. Guersant dit qu'il en est ainsi chez tous les individus dont les dents sont détruites par les acides, et est beaucoup plus disposé à attribuer la destruction des dents à l'action constante de la salive qu'à celle des matières vomies, qui ne peuvent avoir qu'un effet très passager ; il rappelle, à l'appui de cette opinion, qu'il a obtenu du soulagement dans des cas d'acidité en faisant tenir dans la bouche des substances absorbantes, tandis qu'introduites dans l'estomac, elles n'avaient produit aucun amendement. Il en est probablement de même du liquide pancréatique dont l'acidité peut être augmentée, ce qui arrive probablement lorsque la sécrétion en est plus abondante ; car on a remarqué que les sécrétions, lorsqu'elles sont altérées en quantité, le sont également en qualité. C'est ainsi que la sécrétion des larmes, habituellement si peu sapide, devient si irritante et si âcre dans l'ophthalmie scrofuleuse, dans l'inflammation de la glande lacrymale, qu'elle excorie le bord des paupières et les joues.

On ne se laissera pas non plus arrêter pour attribuer au pancréas la production du liquide du pyrosis, par la grande quantité qui en est rejetée dans quelques cas, si on pense aux masses énormes de salive que produisent quelquefois les glandes salivaires en quelques instans, et si l'on se rappelle que le pancréas seul est trois fois plus volumineux que toutes les glandes salivaires réunies. Dewees a vu les glandes salivaires sécréter de une à trois pintes de salive par jour. Dans un cas rapporté par M. Gorham (LONDON MÉDICAL GAZETTE, 30 juin 1838), le malade cracha jusqu'à quatre pintes et pas moins de deux pintes pendant le même temps. Dans un cas de squirrhe du pancréas mentionné par Rahn (DIAGNOSIS SCIRRHORUM PANCREATIS. Goetting., 1796), la salivation ne monta pas à moins de dix pintes par jour. Nous finirons par une observation d'Abernethy, qui avait l'habitude, lorsqu'il parlait du pancréas, de dire que cette glande était beaucoup moins sujette aux maladies que les autres organes, à cause de la facilité avec laquelle s'opère sa sécrétion, expliquant ainsi pourquoi la plupart des anatomistes n'ont pas observé d'exemples de son inflammation.

Quelque degré de confiance que l'on accorde aux considérations que

je viens de présenter sur l'origine d'un certain nombre de cas de pyrosis, on reconnaîtra au moins qu'il était convenable d'appeler l'attention sur ce sujet. Il ne peut rester, il me semble, aucun doute sur les rapports et la sympathie entre les glandes salivaires de la bouche et celle de l'abdomen, que je me suis efforcé de mettre en évidence; et si les résultats que j'ai obtenus de ces recherches sont appliqués au diagnostic des maladies du pancréas, on arrivera, dans quelques cas, à une rigoureuse exactitude qu'on ne pouvait obtenir jusqu'ici au milieu des symptômes si obscurs et si ambigus qui se présentaient à l'observateur (1).

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

MÉMOIRE SUR LA TRACHÉOTOMIE CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; MÉTHODE NOUVELLE ET INSTRUMENS NOUVEAUX D'OPÉRATION; par Jules Garin, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les numéros 37 et 38.)

TROISIÈME PARTIE. — DE LA VALEUR DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP.

1° PAR RAPPORT AU TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

On l'a dit, la trachéotomie n'est qu'un moyen de traitement; le succès dépend presque tout entier de la médication consécutive. Mais M. le professeur Trousseau, dont je cite ici les paroles, a dit aussi que l'omission du traitement consécutif est quelquefois une nécessité plutôt qu'une affaire de choix.

Je ne me ferai point juge entre ces deux principes : l'exemple de M. Gerdy, sauvant quatre enfans sur six sans traitement consécutif, quinze autres enfans guéris à Paris de la même manière, et M. Trousseau lui-même, qui a tant préconisé la cautérisation de la trachée, opérant vingt petits sujets de suite, sans la mettre en pratique, à cette seule fin de juger les deux méthodes, montrent bien que la question reste indécise, et qu'il est permis après eux d'interroger de nouveau l'expérience.

Quoi qu'il en soit de l'importance du traitement consécutif que je ne veux pas discuter ici, je me permettrai seulement quelques remarques sur la cautérisation considérée comme méthode thérapeutique, sans descendre aux détails de son application, qui m'entraîneraient trop loin; et sur lesquels d'ailleurs M. Trousseau semble n'avoir rien laissé à dire à ceux qui le suivent, tant il y a mis de soins minutieux, d'ordre et de netteté dans les travaux éminemment pratiques qu'il a publiés sur ce sujet.

Le caractère essentiel de la cautérisation appliquée au traitement local du croup, soit avant soit après l'opération de la trachéotomie, est d'être une méthode substitutive, mais non une méthode spécifique, comme on l'a annoncé.

Que l'on excite un ulcère variqueux en promenant sur sa surface la pierre infernale, ou qu'on touche un chancre syphilitique rebelle avec une solution concentrée de nitrate acide de mercure; que l'on attaque un cancer du sein par le chlorure de zinc, ou qu'on agisse avec d'autres substances énergiques sur un point malade et limité, on n'a jamais d'autre but que de modifier puissamment une surface morbide qui ne tend point à guérir, et de lui en substituer une autre franchement inflammatoire, dont la cicatrisation ne se fasse pas longtemps attendre. La nature particulière du caustique, dans le choix qu'on en fait, ne vient qu'en second ordre; c'est son mode d'action locale qui est le premier consulté; car, pour l'action propre ou spéciale des caustiques, on a plutôt noté jusqu'à ce jour la différence de leurs inconvéniens que celle de leurs avantages. Les caustiques, à mon avis, sont avant tout des moyens de destruction et non des agens réparateurs; ils enlèvent un mal; mais la plaie qu'ils laissent à guérir, la nature seule me paraît en faire tous les frais; et ce qui le prouve, c'est que si la lésion qu'ils atteignent n'est qu'une manifestation, un reflet d'une diathèse générale, le mal un moment effacé ne tarde pas à reparaître; puis, chassé de proche en proche par le remède actif, mais insuffisant, il se réfugie toujours dans quelque nouveau poste, jusqu'à ce qu'un modificateur général ait aidé la nature à s'en débarrasser en le tarissant dans sa source.

La cautérisation ne me paraît donc point une méthode spécifique; les divers caustiques connus ont été mis en usage et ont produit des résultats également vantés, également avantageux, suivant les auteurs. L'acide chlorhydrique, la solution de sulfate acide d'alumine et de potasse et celle de nitrate d'argent ont leurs partisans dévoués, et leur emploi ne date pas d'aujourd'hui.

Arétée avait préconisé l'alun dans les angines, et en particulier dans le croup, dont il nous a laissé une si saisissante peinture. Depuis lui, l'alun en poudre ou en gargarisme est devenu presque un remède populaire dans tous les maux de gorge.

Bien des siècles après *Arétée*, Van Swieten, dans la même maladie, proclamait l'esprit de sel (acide chlorhydrique), le meilleur et l'unique remède à opposer à cette redoutable affection : *Nunquam fefellit me huic consilio unice confidentem* : « Il n'a jamais trompé, dit-il, la confiance que j'avais mise en lui seul. »

Mais ces deux moyens, excellens pour toutes les angines bornées à l'arrière-gorge, étaient difficilement supportés par le larynx lorsqu'on tentait de les appliquer sur lui, et ils restaient le plus souvent inefficaces, quand ils n'étaient pas sans danger, dans le croup véritable envahissant les voies aériennes; son siége même dérobait le mal à l'influence salutaire du remède.

M. Bretonneau joignit à l'honneur d'inaugurer la trachéotomie dans le croup, celui de porter premier les caustiques sur les surfaces malades; le premier il pratiqua la cautérisation de la trachée, et fut le législateur d'une méthode déjà ancienne, mais dont l'application avait changé de but entre ses mains. Il expérimenta successivement les deux moyens connus avant lui, l'alun et l'acide chlorhydrique; puis l'acide sulfurique, le nitrate acide de mercure, le chlorure de chaux et la solution de nitrate d'argent, qu'il adopta, et arriva à cette conclusion, qu'au dernier degré du mal le traitement topique, qui inspirait tant de confiance aux anciens, est encore aujourd'hui la méthode la plus sûre, et qu'à son dernier terme les plus puissantes ressources qui aient été trouvées de nos jours se réduisent aux médications qui exercent sur l'organe affecté une action spéciale et énergique.

Les succès de M. Bretonneau avaient mis hors de doute l'efficacité du nitrate d'argent. M. Trousseau, marchant sur les traces de son maître, reproduisit ses expériences, et donna comme lui la préférence au sel d'argent; mais il étendit son usage, et donna les règles de son application.

Ainsi il pratique la cautérisation de deux manières : par attouchement et par instillation. Dans la première méthode, il promène sur la muqueuse bronchique une éponge imbibée d'une solution de 9 décigr. de sel pour 4 grammes d'eau distillée; dans la seconde, il instille goutte par goutte une solution semblable, mais quatre fois et demie plus faible (2 décigr. pour 4 grammes d'eau distillée), afin d'aller exciter et modifier les surfaces respiratoires là où l'écouvillon n'avait pu atteindre. Ces deux procédés d'application du caustique sont reçus dans la pratique, et c'est à juste titre, parce qu'ils reposent sur des faits nombreux d'observation. Cependant ils ne sont ni l'un ni l'autre à l'abri de tout reproche.

Il est certain d'abord que les avantages de la cautérisation ainsi employée sont incontestables, surtout si on a soin, comme le recommande M. le professeur Trousseau, de *ramoner* exactement la trachée, afin que le caustique, agissant sur la surface malade mais dépouillée de fausses membranes, la trouve plus accessible à son action substitutive; il irrite, il enflamme vivement les points qu'il touche, et remplace une inflammation spéciale par une inflammation franche, et la fausse membrane cesse bientôt de se montrer. L'attouchement étouffe le germe sur place, l'instillation va le chercher et l'atteindre plus bas, mais elle le détruit de la même manière.

On le voit, la trachéotomie, aidée de la cautérisation, n'a plus seulement pour but d'ouvrir à l'air un passage et d'enlever les obstacles qui l'obstruaient; mais elle coupe pour ainsi dire le mal dans sa racine, en empêchant la reproduction des fausses membranes; et de même qu'une aiguille trempée dans une solution de nitrate d'argent fait avorter à son origine un bouton de petite vérole, de même cette solution, portée sur une autre production morbide analogue peut-être, l'empêche de se développer davantage et la détruit.

Mais dans le croup, la cautérisation ne présente-t-elle pas un inconvénient des plus graves?

M. Trousseau, que j'ose ici mettre en cause, ne semble-t-il pas d'avance se condamner lui-même, quand il dit, en parlant de l'emploi du nitrate d'argent liquide : « J'ai beaucoup conseillé l'instillation, et je l'ai peut-être trop pratiquée. » C'est qu'en effet ce moyen exige une grande prudence, une grande parcimonie dans son usage. M. Bretonneau, en expérimentant le caustique sur des animaux dont il avait ouvert la trachée, a reconnu que quelques gouttes seulement, arrivées dans les bronches, détermi-

(1) Extrait du journal anglais The Dublin journal of medical sciences. Mai 1844.

naient rapidement une pneumonie mortelle. Et dans une observation de trachéotomie, recueillie par M. le docteur Chrestien (1), on voit M. Gerdy attribuer à l'action de ce sel une pneumonie qui succéda à l'opération, et qui emporta le malade. C'est donc avec la plus grande circonspection qu'on doit pratiquer les instillations de ce genre, même avec les solutions les plus étendues, les plus affaiblies; elles irritent toujours vivement les bronches, et ont d'autant plus d'inconvénient qu'elles arrivent, dans des divisions plus petites, dans les radicules des bronches. La bronchite capillaire est toujours à craindre chez les enfans dans le croup, et l'on sait que de la bronchite à la pneumonie il n'y a qu'un pas; distance minime et inappréciable, puisque ces deux maladies offrent presqu'un égal danger.

Je n'en dirai pas autant, à beaucoup près, des instillations d'eau tiède, d'eau de guimauve, par exemple, conseillées par M. Trousseau dans le traitement consécutif du croup opéré. Je les crois même fort utiles, et voici pourquoi :

On a dit que l'air, en passant par les fosses nasales et par la bouche, subit une sorte de digestion, et qu'il arrive au poumon dans d'autres conditions physiques, et peut-être chimiques, que celui qu'y pénétrerait par l'ouverture de la trachée. En effet, dans le premier cas, l'air se charge de calorique et de vapeur en traversant des cavités chaudes et humides; dans le second, il pénètre vif et sec, et sans autre préparation hydrométrique. Qu'en résultera-t-il dans le croup? Il est facile de le prévoir. La trachée, déjà vivement irritée, en proie même à une violente inflammation, ne trouve point, dans un air qui lui arrive sans transition du dehors, un soulagement à l'ardeur dont elle est le siége; elle se dessèche, et avec elle les fausses membranes et les mucosités, comme on en a la preuve par les concrétions de mucus qui se forment à l'orifice inférieur des canules, et qui souvent les obstruent; comme cela arrive aussi pour les fosses nasales par un temps trop sec; comme, enfin, nous aurons l'occasion d'en citer une preuve encore plus évidente et tirée de l'observation que nous avons rapportée.

Ces remarques, que la théorie et la logique ne récusent pas, se trouvent justifiées par l'opinion et l'expérience des plus grands chirurgiens. Césalpin, vers les dernières années du seizième siècle, et René Moreau, en 1646, recommandent de modifier l'air de l'appartement où respire le malade opéré, de manière à le rendre chaud et humide, en faisant évaporer de l'eau par l'action du feu. « L'air, ajoute Louis, que le malade respirera par la canule, recevra les mêmes modifications qu'en passant par la bouche et par les narines, si on rend l'atmosphère légèrement humide par une vapeur d'eau tiède; » et il se moque de Lavaugnyon, qui conseillait, au contraire, un bon feu dans la chambre, ou un réchaud plein de braise sur le lit du malade, les rideaux fermés; un pareil avis, dit-il, porte avec lui sa réfutation. C'est dans le but indiqué par Moreau et par Louis que M. le professeur Gerdy, dans un cas déjà cité de trachéotomie, fit mettre une petite éponge sur la canule, pour que l'eau tiède dont elle était imbibée pût communiquer à la trachée une humidité salutaire.

De ce procédé à l'instillation d'eau douce de M. Trousseau, la distance n'est pas grande. Cette instillation légère aura donc les avantages que nous venons de signaler; elle humectera la trachée, les bronches, facilitera le décollement et l'expulsion des fausses membranes. Elle aurait même cet avantage à un plus haut degré, si, au lieu d'employer des caustiques qui, comme le nitrate d'argent, condensent celles-ci, on employait des liquides qui les dissolvent, tout en communiquant à l'inflammation spéciale de la trachée l'excitation réparatrice qui lui manque. En étudiant les conditions chimiques des fausses membranes du croup, on voit, comme Schwilgné l'avait prouvé, comme M. Bretonneau l'a démontré de nouveau, qu'elles sont insolubles dans l'eau froide et dans l'eau chaude, que les acides sulfurique, chlorhydrique et tous les acides minéraux les affermissent, les crispent et les durcissent; et que, d'un autre côté, ces productions plastiques, soumises à l'action de l'acide nitrique concentré, de l'ammoniaque liquide et des solutions alcalines se dissolvent et se convertissent, dit M. Bretonneau, en un mucus diffluent et transparent, exactement dans le même temps, dans le même vase et à la même température. Je me demande après cela si, au lieu d'employer les premiers caustiques, comme on fait, et de rendre l'expulsion des pseudo-membranes plus difficile par leur coagulation, on ne ferait pas mieux de se servir, au moins préalablement, des alcalis, comme une solution de potasse, ou de l'acide acétique, qui, en les dissolvant, rendrait cette expulsion plus facile. C'est un simple doute que j'exprime, et sur lequel je n'ai pas de fait qui puisse m'éclairer.

(1) Arch. gén. de méd., t. v, p. 571; 1834.

2° PAR RAPPORT AUX ACCIDENS QUI LA COMPLIQUENT.

Pour compléter ce que je viens de dire dans les pages précédentes sur la médecine opératoire du croup et de son influence sur le succès de la trachéotomie, je dois parler de deux accidens qui accompagnent ou suivent l'opération et qui réclament un prompt secours.

Ces deux accidens sont la syncope et l'asphyxie; ils présentent un danger immédiat.

La syncope peut survenir au moment de l'opération, quand les premières incisions, ouvrant largement quelque veine, dégorgent rapidement le cerveau, et font cesser d'une manière trop brusque la congestion dont il est le siége; mais c'est ordinairement après l'opération qu'arrive la suspension subite de l'action du cœur, alors que le petit malade, épuisé par une perte de sang ou par ses propres efforts, succombe à la faiblesse de ses réactions vitales. On la combat par de l'eau au visage, le vinaigre, la titillation du larynx avec une barbe de plume, etc.

L'asphyxie survient pendant l'opération même, et résulte de la suspension momentanée de la respiration. Elle donne lieu à la mort apparente et exige qu'on hâte l'opération, qu'on se presse d'introduire la canule dans la trachée, et qu'on cherche à rappeler la respiration par des mouvemens méthodiques imprimés au thorax.

Ces deux accidens, je les ai vus survenir avec une grande persistance dans une opération pratiquée pour un cas de croup arrivé à sa dernière période et dont j'ai rapporté l'observation dans ma thèse (5 février 1844); la mort fut apparente pendant trois ou quatre minutes, et la syncope dura plus d'une heure. Toutes les indications citées plus haut furent mises à exécution, mais en vain; un seul moyen fut couronné de succès, et ce moyen dont je veux parler est l'impulsion directe d'air dans la poitrine.

Cette insufflation dans le cas que je viens de rappeler fut effectuée au moyen d'une grosse sonde en gomme élastique introduite dans la canule. Elle ranima l'enfant que l'on croyait mort et fut constamment de la plus grande utilité dans tous les accès de dyspnée qui compromettent si rapidement la vie des malades après l'opération, et dans le cas particulier dont il s'agit, l'enfant, sans cesse en proie à une suffocation imminente, ne dut qu'à ce moyen puissant de survivre quelques heures à l'opération. Il réclamait lui-même ce secours lorsque la fatigue forçait de l'interrompre, et il témoignait sa satisfaction de le voir recommencer; car il trouvait dans les soins méthodiques qu'on mettait à lui donner une véritable respiration supplémentaire. Un fait digne de remarque, c'est qu'il ne put supporter qu'un instant l'action d'un soufflet substitué à la sonde à insufflation et qu'il fallut bientôt, malgré la fatigue, revenir à l'insufflation directe par la bouche.

Cette différence de résultat rapprochée d'autres faits acquis à la science me sembla fort importante et me conduisit par la réflexion aux questions suivantes que je reproduis ici avec la solution qui me parut la plus juste.

Pourquoi l'enfant supportait-il plus facilement l'air insufflé par la bouche de celui qui lui portait secours que l'air qui était poussé dans la poitrine par le tuyau d'un soufflet?

Ne serait-ce pas parce que cet air fraîchement respiré lui était soufflé dans la trachée un peu réchauffé, et encore assez oxygéné pour l'usage de ses poumons, c'est-à-dire dans les conditions physiques où cet air arrive naturellement dans la poitrine après avoir traversé la bouche et les fosses nasales?

Et si l'air du soufflet a bientôt fatigué l'enfant après lui avoir été momentanément agréable, ne serait-ce pas parce que cet air, d'abord froid, rafraîchissait ses organes irrités, tout en alimentant abondamment sa respiration, et qu'ensuite, échauffé par l'aller et le retour fréquent du poumon au soufflet et du soufflet au poumon, il a fini par n'être plus assez vivifié par l'air extérieur, dans le corps du soufflet, et a pénétré altéré dans la poitrine de l'enfant?

En supposant, au contraire, que l'air du soufflet, suffisamment renouvelé par la soupape de cet instrument, eût toujours pénétré froid et vif dans les bronches, ne peut-on pas se demander si sa température même n'était point pour l'enfant une cause de douleur et un motif de refus?

S'il en est ainsi de l'action nuisible d'un air froid transmis directement aux bronches et aux poumons, ne pourrait-on pas s'expliquer par là la fréquence de l'inflammation pulmonaire et de la phlogose bronchique dans les autopsies de croup, et l'absence de ces traces inflammatoires chez notre petit sujet, qui a, pendant presque tout le temps de son asphyxie, respiré un air chaud?

La solution de ces questions paraîtra-t-elle digne d'examen? Je le désire et je l'espère, parce que peut-être cette solution contient-elle celle de plusieurs problèmes intéressans de physiologie et de pathologie. En attendant, sans supposer ces questions autrement résolues, il est permis

de déduire du fait qui les a soulevées une conséquence importante pour la pratique et qui est comme le corollaire naturel de l'observation que je viens de faire.

La trachéotomie et l'insufflation directe d'air dans les poumons sont-elles applicables à l'asphyxie par submersion ?

On sait que Detharding, médecin de Rostock, proposa en 1714 de rappeler les noyés à la vie par ce procédé d'opération. Il prétendait qu'il n'y avait pas d'eau dans les bronches, et que la cause de la mort était dans un spasme de l'épiglotte qu'il tenait collée sur l'ouverture supérieure du larynx, et s'opposait ainsi à la pénétration de l'air, et même de la sonde laryngée, qu'on ne pouvait d'ailleurs que très difficilement introduire dans un moment aussi pressant.

Cette proposition souleva en France une violente opposition : Louis d'abord, puis Desault et Bichat, et avec eux presque toute l'école française de chirurgie protesta contre cette innovation dangereuse. Les études et les expériences sur l'asphyxie se succédèrent; on prouva que les bronches pouvaient contenir de l'eau, que la glotte n'était point fermée, que les poumons n'étaient pas affaissés, comme on l'avait cru, que l'estomac contenait peu ou point d'eau; enfin que la cause de la mort n'était point où l'on l'avait supposé, mais dans une viciation rapide de l'air renfermé dans les organes de la respiration, et qui, au lieu de vingt à vingt et une parties d'oxygène, n'en contenait plus que quatre ou cinq.

Cependant ces raisons ne satisfirent pas tout le monde : Pouteau, l'une des gloires de l'Hôtel-Dieu de Lyon et de la chirurgie française, ne fut point convaincu; il persista à conseiller la trachéotomie dans la submersion, et il voulait que, l'ouverture faite à la trachée, on aspirât, au moyen d'un tube, l'eau qui avait pénétré dans les bronches et qu'on insufflât ensuite de l'air dans les poumons. Heisser partageait la même idée. B. Bell et Samuel Cooper défendirent la même cause en Angleterre; et de nos jours, bien que l'opinion ne soit pas prononcée de nouveau sur ce point, M. Velpeau ne rejette pas l'opération d'une manière absolue, et croit qu'on doit y avoir recours dans un cas plutôt que d'essayer en vain la sonde laryngée à la manière de Desault parce qu'elle est un moyen insuffisant et le plus souvent d'une application impossible.

Peut-être serait-il temps de revenir sur cette question et de juger par des faits empruntés soit aux épreuves tentées sur les noyés, soit aux vivisections pratiquées sur des animaux soumis aux expériences de la submersion.

CONCLUSION.

Ici finit la tâche que je m'étais imposée; quelque longue qu'elle ait dû paraître, je laisse en dehors d'elle plus d'une question importante qui se rattache à la trachéotomie; mais j'ai dû me circonscrire dans un cercle d'idées déterminé, et qui cependant s'est encore étendu malgré moi en le parcourant.

L'étendue que j'ai donnée à la description des procédés opératoires montre l'importance que j'attache à l'opération dans le croup; mais je ne regarde point pour cela la trachéotomie comme le spécifique, comme la panacée de tous les accidens du croup; elle n'est le plus souvent, au contraire, qu'un moyen dilatoire; le traitement local des surfaces malades, topique irritant ou caustique, quand on est à temps de l'employer, est toujours indispensable, et sans lui l'opération, dans beaucoup de cas, me semble presque inutile. Dans les cas graves, mais où l'enfant est fort, la trachéotomie n'est à mes yeux qu'un expédient tout au plus propre à prolonger la vie de quelques heures, si on n'emploie le temps ainsi gagné à modifier non seulement les tissus malades par le nitrate d'argent, par exemple, mais à modifier aussi l'affection morbide elle-même par des moyens généraux.

Malheureusement, ce haut problème de thérapeutique n'est pas plus avancé pour le croup que pour les maladies éruptives auxquelles il ressemble; les modificateurs généraux sont jusqu'ici restés impuissans. L'expérience n'a que trop prouvé que les altérans, les vomitifs, les purgatifs, les saignées, les révulsifs et les antispasmodiques, qui s'adressent en apparence à tous les élémens de la maladie, étaient impropres à arrêter dans sa marche l'angine diphthéritique, et que ce sont d'autres moyens qu'il faut découvrir.

Jusque-là, on sera forcé de se contenter de la trachéotomie et du traitement topique, qui comptent à eux seuls de consolans succès. Mais, pour les obtenir, il ne faut point attendre que la pâleur de la face, la lividité des lèvres, la saillie des yeux, la dilatation des narines, la dyspnée, la fréquence du pouls, qui annoncent un engouement pulmonaire avancé et une asphyxie déjà mortelle, aient rendu la trachéotomie illusoire, et son entreprise compromettante pour l'opération et pour l'opérateur. Il faut opérer, comme le conseille M. le professeur Trousseau; et avec lui tous ceux qui ont jugé par les résultats pratiques, il faut opérer le plus tôt possible, dès que le croup est constaté, et avant que l'asphyxie ait modifié l'état du sang et causé une congestion du cerveau. Il faut opérer, car ce n'est pas tant l'opération qui fait mourir, que les progrès du mal; et, l'opération faite, il faut encore, à défaut de modificateur général connu, modifier la muqueuse malade par les caustiques, qui détachent les fausses membranes et préviennent leur reproduction. Mais, encore une fois, il faut opérer de bonne heure, car, dit M. Trousseau, « on peut dire pour le croup ce que les chirurgiens expérimentés disent pour la hernie étranglée : il est rare qu'on perde des malades en opérant vite, il est rare qu'on en sauve en attendant le dernier moment. »

En pratiquant la trachéotomie lorsque les enfans vont périr, dit encore l'auteur que je viens de citer, on risque : 1° de trouver les fausses membranes aussi étendues que possible; 2° de ne pouvoir remédier à la congestion, à l'engouement, à l'inflammation et à l'emphysème pulmonaires, accidens souvent fréquens dans le dernier degré de l'asphyxie; 3° on rend enfin l'opération beaucoup plus difficile à cause du gonflement énorme des vaisseaux du cou, gonflement d'autant plus grand que la respiration est plus embarrassée.

En pratiquant l'opération de très bonne heure, au contraire, on augmente singulièrement les chances de succès : 1° l'asphyxie n'a point modifié l'état du sang et causé d'engouement morbide et de congestion cérébrale; 2° les fausses membranes se sont étendues moins profondément, et les modifications qu'on opposera à leur extension dans les bronches seront probablement plus efficaces.

Du reste, l'expérience a déjà prononcé sur ce point, et les succès de M. Trousseau, en opérant le plus tôt possible, sont pour les praticiens d'encourageans exemples. « Quand j'opérais à la dernière extrémité, dit-il, et que je perdais presque tous mes malades, je disais : *il faut opérer le plus tard possible*; aujourd'hui que l'expérience m'a enseigné à réussir en opérant de bonne heure, je dis : *il faut opérer le plus tôt possible*. Résultat immense, s'écrie-t-il plus loin, résultat encourageant; car si, alors que j'étais inexpérimenté, je n'ai sauvé qu'un malade sur dix, et si aujourd'hui j'en sauve un sur deux, il est bien probable que ma thérapeutique deviendra encore plus heureuse à l'avenir. »

Il n'entre pas dans mon plan d'exposer d'autres règles de la trachéotomie que celles que je viens de faire connaître. La partie instrumentale seule m'a paru susceptible de grandes améliorations, j'ai entrepris de les réaliser. Trouvant, d'une part, que le procédé ordinaire rend l'opération longue, l'hémorragie fréquente, et l'asphyxie quelquefois subite, j'ai prouvé qu'à l'aide d'un seul instrument, le trachéotome dilatateur, on pouvait en un seul temps, et sans courir les mêmes dangers, atteindre la trachée, l'ouvrir et y placer les corps dilatans propres à entretenir la respiration; voyant, d'une autre part, dans les canules employées à ce dernier effet, non seulement une cause assez commune de mort accidentelle ou d'altération ordinaire de la trachée et du larynx, mais encore, dans les cas les plus heureux, un obstacle à la libre entrée de l'air et à la facile modification des muqueuses malades par les topiques, je leur ai substitué, par le collier dilatateur, un moyen mécanique qui a tous leurs avantages, sans avoir aucun de leurs inconvéniens.

Si j'ai tant insisté sur les procédés chirurgicaux d'opération en usage, et sur ceux par lesquels je me propose de les remplacer, c'est que j'éprouvais le désir de voir simplifier une opération qui, le plus souvent, ne souffre pas de retard, et que les moins habiles en chirurgie sont appelés à entreprendre. Rendre la trachéotomie facile, la populariser pour ainsi dire parmi les praticiens, en la mettant à la portée de tous, était certes une ambition louable et un sujet de recherches plein d'intérêt. Puissé-je, en poursuivant une pensée pratique importante, n'être pas resté trop au dessous de ma tâche; et si j'ai échoué, puisse au moins cet essai mettre quelque autre dans une meilleure voie; « car si l'on s'expose à perdre ses peines, dit M. le professeur Lordat, ce doit être en s'occupant d'un objet utile, afin que la bonne volonté serve d'exemple, et que les efforts infructueux paraissent encore dignes d'estime. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Essai sur le pneumo-thorax*; par M. Hughes. 2° *Des effets de l'huile de foie de morue dans les scrofules et dans d'autres maladies*; par M. Chalk. 3° *Du rapport qui existe chez l'homme entre la situation des poils et les tissus sous-jacens*; par M. Haworth. 4° *Tribut à l'anatomie et à la physiologie*; par M. Knox.

5° *Quelques remarques sur le climat de Madère et des Açores*; par M. Thompson. 6° *Aiguille ayant pénétré dans le sein droit et consécutivement dans le cœur, où elle a causé la mort*; par M. Léaming. 7° *Ischurie rénale*; par M. Th. Thompson. 8° *Cas de paralysie*; par M. Hovell. 9° *Cas d'écoulement d'urine par l'ombilic*; par M. Starr. (L'enfant, âgée de 13 semaines, perdait depuis sa naissance l'urine par l'ombilic en même temps que par l'urètre, quoique ce dernier canal fût bien conformé. La suture appliquée à l'ouverture anormale de l'ombilic ne produisit qu'une guérison temporaire de quinze jours de durée.) 10° *Opium donné dans une hernie étranglée*; par M. Walker. (Le malade, ayant une hernie inguinale qu'il n'avait pu réduire, prit six grains d'opium dans l'espace de trois-quarts d'heure. Il tomba alors dans l'état demi-comateux des mangeurs d'opium. Pendant ce temps, sa hernie rentra d'elle-même.) 11° *Statistique des cas de fièvre traités à l'hôpital Saint-Thomas*; par M. Burton. 12° *Cas d'ergotisme*; par M. J. Thompson. 13° *Observations d'extirpation de kystes de l'ovaire*; par MM. Greenbow, Bransby Cooper, Crompton et Walne. 14° *Quelques observations sur l'anatomie du canal inguinal*; par M. Knox. (Remarques portant principalement sur les variétés de disposition des deux muscles petit oblique et transverse dans leur partie qui répond au canal inguinal.) 15° *Résumé de divers cas*; par M. Th. Mayo. 16° *Notes médicales*; par M. J. Thompson. 17° *Remarques sur le staphylôme de la cornée*; par MM. Middlemore et Pickford. (Articles de réclamation sur la priorité de certaines idées.) 18° *Cas de mameion surnuméraire*; par M. Davies. (Une femme, mère de cinq enfans, avait au-dessus de la mamelle gauche un second mamelon bien conformé, ayant le tiers du volume ordinaire, entouré d'une aréole et donnant issue à du lait.) 19° *Sur les différentes formes de maladie granuleuse des reins*; par M. Heaton. 20° *Relevé statistique du dispensaire anglais en Syrie*; par M. Yates. 21° *Tribut à la pathologie*; par M. Percy. 22° *Essai sur le traitement médical des rétrécissements organiques de l'urètre*; par M. France. (Sans prescrire les moyens mécaniques, l'auteur veut qu'on leur associe divers médicamens pris à l'intérieur et combinés dans le quadruple but 1° de calmer l'irritabilité générale et par suite celle de l'urètre; 2° d'évacuer les viscères pelviens pour diminuer la pression et la congestion de l'urètre qui en résulte; 3° de diminuer la quantité de matières salines à sécréter par les reins; 4° d'augmenter la proportion de liquide dans les urines.) 23° *Sur une maladie particulière des sourcils*; par M. J. Robinson. (Dans un récit qui ne manque pas d'intérêt, l'auteur nous apprend qu'une dame, souffrant depuis dix ans d'une démangeaison qui lui avait fait tomber tous les poils des sourcils, trouva enfin la cause de son mal dans de petits insectes dont il ne peut assigner ni le nom ni l'espèce précise.) 24° *Remarques relatives à la physiologie de l'ovaire dans l'espèce humaine*; par M. Ritchie. (Suite.) 25° *Cas de grossesse extra-utérine*; par MM. Charleton et Williams. (Grossesse abdominale. Le kyste fœtal, situé au devant du vagin, communiquait avec ce conduit par une large ouverture. Une jambe du fœtus avait passé dans la cavité vaginale et se présentait au doigt de l'accoucheur, ce qui l'empêcha d'abord de reconnaître l'état anormal de la gestation.) 26° *Remarques additionnelles sur la suppression d'urine*; par M. Hall. 27° *De la phthisie*; par M. Griffith. 28° *Cas de tumeur singulière de l'abdomen*; par M. Brown. 29° *Des maladies résultant d'un défaut d'expansion des poumons dans le jeune âge*; par M. Barlow. 30° *Cas d'empoisonnement par le bichromate de potasse*; par M. Wilson. 31° *Note sur un cas d'urine laiteuse*; par M. Ogier-Ward. 32° *Cas d'érysipèle phlegmoneux traité par l'acétate de plomb et l'opium*; par M. W. Smith. (L'auteur a prescrit une lotion avec acétate de plomb, 4 gr., et poudre d'opium 5 décig., dissous dans 400 gr. d'eau. Il employa aussi un cataplasme fait avec de la mie de pain, et contenant un demi-drachme d'acétate de plomb et 5 décig. d'opium.) 33° *Des effets de l'opium sur les enfans*; par M. John B. Reck. 34° *Observation d'empoisonnement par la poudre de Dover*; par M. Th. Griffiths. 35° *Causes de la mortalité considerable qui règne à Liverpool*; par M. Duncan. 36° *Traitement de la goutte par l'hydropathie.* 37° *Cas de maladie fongueuse de l'utérus*; par M. Sherwin. 38° *De l'efficacité de l'acide prussique dans l'opacité de la cornée*; par M. Patersone. (Cas de guérison par l'emploi de la vapeur d'acide prussique, selon le procédé de M. Turnbull. Le traitement dut être continué pendant sept semaines.) 39° *Observation de calcul dans l'urètre*; par M. Harding. (Cas très simple. Une incision débarrasse promptement, trop promptement peut-être, le malade d'un calcul qui, engagé spontanément dans l'urètre, s'était arrêté derrière le gland.) 40° *De l'inflammation*; par M. W. Earle. 41° *Sur les eaux de Bath*; par M. Granville. 42° *Des dépôts qui se forment dans l'urine*; par M. J. W. Griffith. 43° *Traitement du choléra*; par M. W. Rankin. 44° *Extirpation suivie de succès d'une tumeur considérable de l'ovaire*; par M. Bird. 45° *Sur les sels doubles de fer*; par M. Hemingway. 46° *Des mauvais effets occasionés par l'inspiration d'un air vicié dans les appartemens fermés.* 47° *Notes sur la menstruation*; par M. Warwick. 48° *Essai sur la structure du cervelet*; par M. Handfield Jones. 49° *Sur l'adhérence du péricarde*; par M. Norman Chevers.

DU RAPPORT QUI EXISTE CHEZ L'HOMME ENTRE LA SITUATION DES POILS ET LES TISSUS SOUS-JACENS; par M. Haworth.

Plus d'un anatomiste s'est déjà préoccupé de déterminer la raison pour laquelle le système pileux prédomine dans telle ou telle partie du corps. Selon M. Haworth, on voit, en général, les poils plus abondans partout où existent à peu de profondeur au-dessous du tégument un os, un tendon, un fascia ou un cartilage. Et de fait, certaines dispositions, bizarres en apparence, sembleraient se rapporter à cette loi et en confirmer la réalité. Ainsi, sans parler des mâchoires et du sternum, sur lesquels règnent des touffes aussi constantes que bien fournies et exactement limitées, il est remarquable que sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis, là où la structure fibreuse est si prononcée, une ligne de poils se retrouve chez tous les individus. Il en est de même de la saillie acromiale, dont une épaulette de poils plus ou moins nombreux indique toujours le siége.

Quant au motif de cette disposition, M. Haworth le trouve dans le besoin de défendre contre le froid des parties qui, vu leur peu de profondeur, vu surtout leur circulation sanguine insuffisante, avaient plus que d'autres à craindre que leur température ne se mît en équilibre avec l'air ambiant. L'auteur aurait pu ajouter avec tout autant de justesse que les poils contribuent aussi à augmenter la résistance contre les agens vulnérans dans les points où elle est moins bien établie, ou plus importante à obtenir. Quelques rares exceptions fortifient la règle. Le genou est presque glabre, malgré la situation sous-cutanée des parties osseuses qui le constituent. Aussi sir Brodie explique-t-il par là la fréquence relative des maladies qui attaquent cette articulation.

Toute naturelle et simple que paraisse cette explication, une objection non moins aisée à prévoir s'élève contre elle. Pourquoi les femmes, dont la structure, dont les besoins sont les mêmes, n'ont-elles pas une protection semblable? Pourquoi les poils chez elles ne sont-ils pas aussi abondans et n'occupent-ils pas les mêmes lieux?... C'est, répond l'auteur, que la femme est créée spécialement pour des occupations sédentaires; sa faiblesse l'éloigne des rudes travaux; ses devoirs de mère la confinent sous le toit domestique. Aussi n'avait-elle pas, autant que l'homme, à se défendre contre l'influence des variations atmosphériques.

AIGUILLE AYANT PÉNÉTRÉ DANS LE SEIN DROIT ET CONSÉCUTIVEMENT DANS LE CŒUR, OU ELLE A CAUSÉ LA MORT; par M. Leaming.

Cette observation, empruntée au PHILADELPHIA MEDICAL EXAMINER, montre dans une lésion accidentelle, méconnue, et bien aisée assurément à méconnaître, la cause réelle de désordres généraux, qui avaient semblé inexplicables pendant la vie.

OBS. — Une couturière de 18 ans, dit l'auteur, vint, le 4 août 1842, me consulter pour se faire extraire une aiguille qu'elle supposait avoir pénétré dans son sein droit. L'accident lui était arrivé deux jours auparavant, en se penchant vivement contre une table, où l'aiguille était piquée sur une pièce de vêtement. La malade n'était pourtant pas sûre que le corps étranger fût resté sous la peau. Et comme, en examinant attentivement la région et en pressant dans tous les sens, je ne déterminai aucune douleur, je pensai qu'il n'y avait rien à faire.

La 8 septembre, la malade, qui n'avait eu jusque là ni toux, ni dyspnée, offrit, sans s'être exposée à un refroidissement, les signes d'une pleurésie du côté droit. Les antiphlogistiques la guérirent assez rapidement.

Le 13 février 1843, pneumonie légère à droite et bronchite double. Après la guérison, elle resta affectée d'une toux fatigante.

Le 10 mars, spasmes du diaphragme.

Le 26, vomissemens obstinés, qui persistent quatre jours sans aucun autre symptôme, le pouls restant à 80.

Le 5 avril, douleurs à la région précordiale.

La malade, vue à cette époque par un autre médecin, offrit les symptômes d'une péricardite, avec pouls faible et irrégulier. L'affaiblissement se déclara et fit de rapides progrès; œdème des pieds, pouls imperceptible. Mort le 27 avril 1843.

AUTOPSIE. Les deux poumons sont hépatisés à leur base; le droit adhère à la plèvre costale. Le péricarde contient plus d'une pinte *(more than a quart)* de sang fluide; adhérences nombreuses entre les deux surfaces séreuses de cette poche. Le cœur, flasque et petit, ne contient que peu de caillots. En ouvrant le ventricule gauche, on vit la pointe de l'aiguille faisant une saillie d'un quart de pouce dans l'intérieur de cette cavité; elle avait traversé la paroi du ventricule droit, puis la cloison médiane. Sa tête occupait l'épaisseur de la paroi du ventricule droit. L'ouverture qu'elle avait faite semblait complètement fermée par la lymphe coagulable; mais il est fort possible cependant qu'un étroit pertuis ait échappé à l'examen cadavérique.

L'auteur s'étudie à déterminer si le sang contenu dans le péricarde

provenait de l'intérieur du cœur, ou s'il était le résultat d'une exhalation sanguine suite de péricardite. La principale raison qu'il donne à l'appui de la première version (et elle nous paraît bien suffisante pour faire adopter celle-ci), c'est que ce sang était de bonne apparence, semblable à celui qu'on vient de tirer de la veine, et ne contenait pas un excès de sérosité, comme cela eût dû être s'il avait été fourni par le péricarde enflammé.

ISCHURIE RÉNALE DURANT 120 HEURES SANS ACCIDENS CÉRÉBRAUX; par le docteur THOMPSON.

Nous trouvons sous ce titre l'observation d'un cas assez obscur et qu'on pourrait sans craindre de commettre une erreur grave rapprocher de la scarlatine, dans lequel, entre autres accidens, il y eut pendant 120 heures suspension complète de la sécrétion urinaire, sans aucun des symptômes cérébraux qu'on rencontre dans les cas analogues si nous en croyons les pathologistes anglais; ces derniers ont en effet publié beaucoup de travaux sur cette question, tandis que nous ne connaissons aucun ouvrage important sur cet objet dans la littérature médicale française, et que le dernier auteur qui a écrit sur les maladies des reins n'a mentionné ces recherches que d'une manière confuse et à la fois incomplète.

OBSERVATIONS D'EXTIRPATION DE KYSTES DE L'OVAIRE; par MM. GREENHOW, BRANSBY COOPER, CROMPTON et WALNE.

Les chirurgiens anglais continuent à diriger sérieusement leurs recherches sur la possibilité de guérir radicalement, par une opération, les tumeurs enkystées de l'ovaire. Quoique nous croyions nos voisins engagés ici dans une fausse voie et qu'aucun de nos confrères n'ait été jusqu'ici tenté de répéter leurs essais, nous ne devons pas moins enregistrer avec soin tout ce qui concerne l'histoire de cette méthode de traitement. Un perfectionnement inattendu pourrait fort bien un jour changer la question et faire entrer dans le nombre des opérations réglées le procédé que ses dangers ont jusqu'à présent fait généralement proscrire parmi nous.

M. Greenhow et M. Bransby Cooper rapportent l'observation de deux femmes chez lesquelles une tumeur enkystée de l'ovaire fut excisée de la manière suivante. Large incision aux parois abdominales depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis; dissection des adhérences de la face externe du kyste; ligature double passée à travers le pédicule, puis serrant par chacun de ses fils une des moitiés de ce pédicule; enfin section de la racine du kyste au dessous de la ligature. Les deux malades moururent le septième jour avec des signes de péritonite aiguë, dont l'autopsie montra aussi des marques très caractéristiques.

M. Bransby Cooper exprime l'opinion que, dans cette opération, l'inflammation mortelle du péritoine est due moins à l'étendue de l'incision extérieure qu'à la ligature placée sur le pédicule et laissée dans la plaie. Plusieurs circonstances nous paraissent en effet confirmer cette présomption. D'abord, chez les deux malades dont l'histoire précède, les vomissemens ne commencèrent à se manifester que vers la fin de l'opération, au moment où on serra les ligatures. On sait, d'autre part (et l'histoire de l'étranglement herniaire en est une bonne preuve) combien une striction exercée sur le péritoine détermine vite et sûrement la péritonite. Enfin, à l'autopsie de la seconde malade, on trouva justement qu'une portion de l'épiploon avait, par mégarde, été comprise dans la ligature. Nous allons voir, du reste, tout à l'heure, l'observation d'une malade chez laquelle une incision tout aussi étendue de la paroi abdominale ne produisit aucune inflammation du péritoine, vraisemblablement parce qu'il n'y eut pas de ligature appliquée.

M. Crompton, adversaire de l'opération, se borne à citer un passage de W. Hunter (OBS. ET RECHERC. MÉD.) où cet auteur repousse cette pratique, dont il démontre le peu d'efficacité et les dangers.

La communication de M. Walne se recommande par un excellent esprit pratique. L'auteur a déjà fait quatre fois l'excision de l'ovaire enkysté, et une seule malade a succombé. Le travail qu'il publie aujourd'hui a spécialement pour but de faire connaître une modification dont l'expérience lui a montré les avantages, et qu'il suit constamment à présent dans ses opérations. C'est une incision exploratrice faite pour reconnaître si l'étendue et la solidité des adhérences du kyste permettent ou ne permettent pas d'en tenter l'extirpation; en d'autres termes, il fait l'incision de l'abdomen, comme les autres chirurgiens; puis il explore la nature et le nombre des adhérences; et, si elles lui semblent devoir nécessiter des manœuvres trop longues, des sections trop multipliées, il en reste là. L'observation suivante est un exemple de cette prudente conduite, qu'il recommande à tous les praticiens.

OBS. — Une femme de 54 ans consulta M. Walne le 31 juillet 1843, pour une hydropisie enkystée de l'ovaire, dont le liquide avait déjà été évacué plusieurs fois par la ponction. Avant de faire l'excision, que la malade désirait vivement, on chercha à reconnaître s'il existait des adhérences; mais, bien qu'on pût parfaitement déplacer la tumeur de haut en bas, il ne fut pas possible de déterminer d'une manière exacte si elle était mobile transversalement. On resta donc dans le doute sur la présence de ces adhérences, que le docteur Blundell, consulté préalablement, avait cru reconnaître.

Le 11 octobre, vingt jours après une dernière ponction, M. Walne pratiqua aux tégumens, sur la ligne blanche, une incision d'un pouce et demi de longueur, qu'il fit successivement pénétrer jusqu'au péritoine. En introduisant le doigt à travers cette ouverture, on put constater que des adhérences unissaient le sac aux tissus voisins; mais comme elles paraissaient peu étendues et filamenteuses, et qu'elles siégeaient dans le point correspondant au lieu où les ponctions avaient été faites, on ne crut pas devoir renoncer à l'opération sans un plus ample informé. En conséquence, on prolongea encore l'incision à l'abdomen de 3 pouces et demi, en tout 5 pouces. On coupa ensuite les adhérences qui purent être aperçues sous chacun des bords de la plaie, espérant qu'il n'y en avait pas d'autres, ou que du moins la division de celles-ci rendrait l'exploration ultérieure plus facile et plus fructueuse. Mais en faisant pénétrer profondément le doigt dans l'abdomen, on trouva au contraire que les brides devenaient de plus en plus larges et solides. M. Bransby Cooper, M. Blundell et M. Walne furent d'avis qu'il fallait s'en tenir là. On ferma la plaie avec six points de suture. Les suites furent extrêmement simples et heureuses.

Le 27, on renouvelle la ponction.

Le 2 novembre, la plaie était cicatrisée. La malade fut renvoyée chez elle, où elle est actuellement, demandant toujours à courir les chances d'une opération pour être guérie de sa maladie.

— Les détails de ce fait donnent une idée des obstacles auxquels doit s'attendre tout chirurgien qui entreprendrait une opération semblable. Ici, trois des plus habiles praticiens de Londres, soutenus par la ferme résolution de la patiente, ont été forcés de laisser inachevée une opération dont le premier temps déjà exécuté leur imposait, en quelque sorte, l'obligation de poursuivre, pour peu qu'ils en eussent entrevu la possibilité. Si nous rendons volontiers hommage à leur prudence, ce ne peut être que pour blâmer avec plus de force le parti qu'ils avaient cru devoir prendre d'opérer. Savoir s'arrêter à temps est bien, mais savoir s'abstenir entièrement eût été mieux, et nous ne doutons pas que cette observation, convenablement interprétée, ne soit regardée comme plus probante contre l'opération elle-même que pour l'*incision préalable* par laquelle M. Walne prétend la rendre moins grave.

DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA MALADIE GRANULEUSE DES REINS; par le docteur HEATON.

Sept observations d'hydropisie avec albuminurie, dont cinq se sont terminées par la mort, sont rapportées dans cette communication avec tant de détails qu'il nous est impossible de les reproduire, même de la manière la plus abrégée, bien que chacune d'elles soit remarquable sous quelque point de vue, ainsi que nous allons l'indiquer pour plusieurs. Ainsi, la première de ces observations est l'un des cas les plus simples que l'on ait cités de la maladie granuleuse des reins sous la forme aiguë; car il s'écoula à peine cinq semaines depuis l'époque où le malade observa les premiers indices de l'hydropisie jusqu'à sa mort. La cause de la maladie paraît avoir été chez ce sujet l'impression du froid, puis se succédèrent rapidement une subinflammation des poumons et de la plèvre d'un côté, et dont la marche insidieuse est attribuée par l'auteur à l'état d'impureté du sang imprégné de l'urée que les reins dans leur état morbide avaient cessé de sécréter. Cette première observation a encore été remarquable sous divers autres points de vue : d'abord par l'opiniâtreté de la diarrhée qui, provoquée au commencement de la maladie, ne put plus être arrêtée jusqu'à la mort; ensuite par l'absence de tout phénomène local du côté des reins et de cet état cérébral si remarquable dans les derniers instans chez la plupart des sujets qui succombent à cette affection où l'on voit le malade passer successivement de la céphalalgie à la stupeur, puis au coma, puis à la mort.

Les deux autres observations ont offert chacune quelques circonstances également remarquables, mais qu'il serait inutile d'indiquer dans l'absence des autres détails; nous nous bornerons à dire que ces sept observations ont été recueillies dans un même service d'hôpital et dans l'espace de trois mois, ce qui porte l'auteur à se demander si ces cas n'ont pas été le résultat d'une influence épidémique et même si cette maladie a jamais offert une marche épidémique, ce qui, au reste, ne paraît pas probable.

Cette communication ne contient rien de nouveau sur le traitement; que peut-on attendre en effet d'une série de sept cas, dont cinq se sont terminés par la mort et dont les deux autres n'ont pas éprouvé la moindre amélioration?

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE HUMAIN; par le docteur RICHIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CORPUS LUTEUM; par M. KNOX.

Depuis la discussion qui s'est élevée chez nous entre M. Gendrin et

M. Négrier et dont nous avons reproduit les principaux élémens, les journaux anglais sont remplis de communications sur le même sujet, mais qu'il est très difficile de reproduire dans nos revues parce que le plus souvent elles consistent en de simples descriptions de faits isolés et qui ne sont unis par aucune vue théorique. Telles sont les deux communications que nous avons trouvées sur ce sujet dans le journal que nous avons en main.

Le premier contient un certain nombre de cas où, à l'autopsie, on examina avec attention l'état de l'ovaire, et qui sont disposés en deux séries: 1° les cas où l'imprégnation n'avait point encore eu lieu; 2° ceux où la fécondation avait été opérée, mais où l'ovaire fut examiné à diverses époques de la gestation et après la délivrance. Voici l'ordre dans lequel les matériaux qui comprennent ces deux parties ont été disposés:

1° Etat des ovaires chez dix femmes qui n'avaient pas été menstruées depuis la naissance jusqu'à l'âge de 16 ans, bien que deux de ces femmes fussent filles publiques; chez aucune d'elles on ne trouva de cicatrice à la surface de l'ovaire qui, chez toutes, était lisse et n'offrait que quelques saillies légères dues à la proéminence de vésicules contenues dans l'intérieur de l'ovaire et dont le volume n'était pas toujours en rapport avec l'âge du sujet.

2° Etat des ovaires chez dix femmes qui avaient été menstruées régulièrement et n'avaient point eu de grossesse. Dans ces cas, l'ovaire a offert le plus souvent une ou plusieurs cicatrices qui étaient rarement bien profondes et rarement bien caractérisées et dont le nombre n'offrait également aucun rapport avec celui des menstruations qui avaient eu lieu.

3° Etat des ovaires chez trois femmes chez lesquelles la menstruation ayant été établie n'avait jamais été régulière et chez lesquelles il n'y avait eu également aucune grossesse. Chez une seule de ces trois femmes, on trouva une cicatrice très douteuse, les ovaires étant, du reste, fermes, lisses et contenant des vésicules aux différentes époques de leur développement.

4° Etat des ovaires chez huit femmes, chez lesquelles la menstruation, après avoir été régulière pendant un temps plus ou moins long, avait cependant cessé quelque temps avant la mort, et chez lesquelles il n'y avait point eu de grossesse. Chez celles de ces femmes qui étaient déjà un peu avancées en âge il y avait de nombreuses cicatrices qui paraissaient fort anciennes, puis quelques débris de corps jaunes et de nombreux vésicules de Graaf plus ou moins avancés dans leur développement.

5° Etat de l'ovaire chez cinq femmes qui avaient dépassé l'âge de la menstruation et n'avaient point eu d'enfans. Chez deux de ces femmes qui étaient âgées de 50 à 60 ans il n'y avait aucune trace de cicatrices, mais seulement des débris de vésicules sans reste de kystes ni de corps jaunes ou blancs. Chez deux autres les ovaires étaient profondément coupés de cicatrices, entremêlées de quelques débris de corps jaunes et blancs, et déjà en partie atrophiés.

6° Etat des ovaires dans treize cas où la femme est morte enceinte avant l'époque du développement complet du produit de la conception. Dans tous ces cas, dont plusieurs ont été recueillis sur des préparations du musée de Glascow, on a constaté la présence de lésions diverses (cicatrices récentes, épanchement de sang, kyste vide ou rempli de matière jaune), lesquelles lésions paraissaient d'autant plus récentes que l'époque de la conception était plus éloignée.

7° Etat des ovaires chez dix femmes qui sont mortes pendant les deux premiers mois qui ont suivi leurs couches. La plupart de ces femmes présentaient, sur un point quelconque de l'un des deux ovaires, des traces de cicatrices plus ou moins anciennes, dont une encore plus évidente que les autres et ordinairement en rapport avec des corps blancs, des débris de corps jaunes, des restes de sang coagulé, des portions de kystes et enfin des vésicules ordinairement très petites et plus ou moins rapprochées de la surface de l'ovaire.

8° Etat des ovaires chez huit femmes mortes trois et quatre mois après l'accouchement à terme. Dans ces cas, les cicatrices étaient encore moins prononcées, les corps blancs et les débris de corps jaunes moins appréciables, et on trouvait encore de nombreuses vésicules pleines de sérosité ou distendues par un corps plus ou moins solide, blanc, d'un volume variable depuis celui d'un grain de moutarde jusqu'à celui d'un pois de senteur.

La communication du docteur Knox est encore moins que cette dernière susceptible d'être analysée; d'ailleurs comme, malgré sa grande étendue, elle n'a rapport qu'à la question historique, elle ne peut nous arrêter longtemps. Nous nous bornerons donc à dire que, d'après l'auteur, J. Hunter aurait eu connaissance d'une partie des faits relatifs à l'étude des corps jaunes vrais et des corps jaunes faux qui depuis lui ont été signalés par les anatomistes. Il en trouve la preuve dans l'examen des préparations laissées par Hunter et dans les leçons de sir Everard Home.

CAS DE TUMEUR SINGULIÈRE DE L'ABDOMEN; par M. BROWN.

Nous empruntions, il y a peu de temps, à un journal belge (GAZ. MÉD., 1844, p. 157) l'histoire d'une jeune fille qui rendit par les voies lacrymales plusieurs petites pelotes formées de brins de fil qu'elle était dans l'habitude d'avaler après les avoir coupés avec les dents. Voici une observation analogue et tout aussi singulière, quoiqu'ici les corps étrangers aient suivi une voie plus naturelle.

OBS. — M. Brown fut consulté au mois de mai pour une jeune personne de 14 ans, non encore réglée, qui, depuis deux ans, souffrait de douleurs intenses, revenant à intervalles irréguliers, et qu'elle rapportait surtout à l'hypochondre gauche. En examinant le ventre, il découvrit une tumeur occupant l'épigastre et l'hypochondre gauche, sans fluctuation ni douleur au toucher. Seulement la pression donnait aux doigts une sensation de crépitation. Le médecin, supposant une hypertrophie de la rate ou peut-être une accumulation de matières fécales, ordonna un purgatif composé de calomel et de jalap, en même temps que des lavemens avec la térébenthine et l'huile. La malade, sous l'effet de cette médication, rendit par l'anus une substance de 8 pouces de long sur 1 pouce et demi de large, formée de morceaux de fil et de laine unis ensemble: ce paquet ou peloton avait évidemment perdu de sa forme primitive par l'effort qui l'avait chassé de sa place. En questionnant la jeune personne, on apprit que, depuis plus de trois ans, elle avait l'habitude d'avaler des morceaux de fil et de laine de diverses longueurs. Depuis cette évacuation, elle cessa de souffrir; ses selles, qui étaient de couleur terreuse, redevinrent naturelles, et sa santé générale se raffermit.

Au bout de dix jours, la tumeur n'avait pas sensiblement diminué; mais la malade se trouvant bien, ne voulut plus s'assujétir à aucun traitement.

Quelques mois après, la tumeur persistait encore, mais elle était mobile et paraissait avoir un peu descendu.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE BI-CHROMATE DE POTASSE; par le docteur WILSON.

Les cas d'empoisonnement par le bi-chromate de potasse sont assez peu communs pour que nous croyions devoir analyser l'observation suivante, et reproduire une partie des réflexions dont l'auteur l'a fait suivre.

OBS. — W. Rothery, âgé de 64 ans, éprouvait depuis plusieurs années une disposition à la mélancolie, et déjà une fois avait cherché à se suicider en se pendant. Le 13 décembre 1843, il se rend de Hendperfield à Leids, portant une somme d'argent à son gendre, qui demeure dans cette ville; mais cet argent ayant été ou perdu ou volé le long de la route, il arrive chez son gendre dans un grand état d'abattement, et, après avoir pris une pinte de petite bière dont son gendre but aussi plusieurs verres, il se retira pour se coucher à onze heures du soir. Son petit-fils, qui couchait dans la même chambre que lui, a rapporté qu'il l'avait entendu ronfler très fort, et plusieurs personnes de la maison l'entendirent aussi dans la matinée ronflant encore avec force; mais sachant que c'était son habitude et pensant qu'il était probablement fatigué de sa marche de la veille, ils se donnèrent garde de le déranger. Cela avait lieu entre neuf et dix heures du matin. A onze heures, son gendre ayant voulu enfin l'éveiller, le trouva mort. M. Wilson, appelé immédiatement, reconnaît qu'il est couché sur le côté gauche, dans une position qui n'a rien de gêné et la main gauche placée sous la figure. La face était pâle; les traits étaient calmes et composés; la bouche et les yeux sont ouverts; il n'était rien sorti par aucune des ouvertures du corps; on ne trouvait aucune trace de vomissemens ni de diarrhée; il n'y avait sur les mains, le corps, les draps du lit aucune tache; le corps avait encore une chaleur médiocre.

AUTOPSIE PRATIQUÉE DANS LA SOIRÉE DU MÊME JOUR. Le sujet est très grand, fortement musclé et bien fait. La peau est nette et n'offre aucune marque, ni tache, ni éruption, ni plaie. Les membres, raides, n'ont pas encore perdu toute leur chaleur. Le cerveau et ses membranes sont trouvés sains et n'offrent ni congestion, ni œdème. Les organes thoraciques sont tout à fait à l'état normal et ne présentent aucune lésion ancienne ni récente. Le péricarde contient environ 15 grammes de sérosité, et chacune des plèvres de 40 à 45 grammes. Les viscères abdominaux sont généralement chargés de graisse, mais sans aucune altération. Le foie, dont le tissu paraît sain, contient plusieurs hydatides, les plus grosses du volume d'un œuf de poule. Vésicule du foie ratatinée et presque vide. Les reins sont tout à fait à l'état normal, à l'exception qu'un d'eux présente une hydatide (kyste ?) à sa surface. La vessie contient environ 30 grammes d'urine.

L'estomac, qu'on avait lié aux deux extrémités, contient environ une pinte d'un liquide trouble, semblable à de l'encre, que l'on met de côté. La muqueuse gastrique est rouge et très injectée, surtout au point d'union de l'extrémité cardiaque avec l'œsophage. Cette rougeur, que l'on attribua immédiatement à l'intempérance du sujet, qui ne vivait presque exclusivement qu'avec des liqueurs fortes, ne s'étendait ni à l'œsophage ni au duodénum. Tout le reste du canal n'offre pas la moindre altération.

Pensant que la poudre noire trouvée dans l'estomac était la même que celle contenue dans le sac trouvé parmi les vêtemens, on les analysa, et on reconnut non seulement qu'elles étaient identiques, mais encore qu'elles étaient composées d'une quantité considérable de bi-chromate de potasse, de bi-tartrate de potasse et de sable fin.

Il semble résulter de l'histoire de cet empoisonnement que les sels de

l'acide chromique n'agissent pas sur l'économie à la manière de simples irritans, mais qu'ils doivent avoir une action sur le système nerveux; car il est impossible d'attribuer la mort survenue dans ce cas à la rougeur de la muqueuse gastrique, et en aussi peu de temps. Comme, au contraire, il n'y eut ni vomissemens, ni déjections alvines, et que la solution vénéneuse paraît être restée sans action sur l'estomac et avoir produit son effet sans déterminer aucune réaction dans l'économie, il paraît rationnel der econnaître plutôt une action sédative qu'une excitation violente qui, comme on le sait, détermine toujours des vomissemens et des selles liquides.

CAS REMARQUABLE D'URINE LAITEUSE; par le docteur OGIER-WARD.

Il ne paraît pas que le caractère laiteux de l'urine dans ce cas fût fort tranché; aussi n'en dirons-nous que quelques mots. Le sujet était un enfant âgé de sept ans, qui éprouva successivement le mal de gorge, puis l'éruption scarlatineuse et la desquammation de la peau qui en est la suite; mais avant que cette dernière fût achevée il se refroidit subitement et fut aussitôt repris de la fièvre avec gonflement de la face, développement et douleur de l'abdomen, ascite, augmentation du volume du foie, retour du mal de gorge, toux et dyspnée considérable. Aussitôt l'urine devint verdâtre, épaisse et albumineuse; puis, examinée au microscope, elle offrit des globules pourvus d'un *nucleus*, des particules amorphes de dimensions très variables, et surtout des molécules très nombreuses, offrant évidemment la même composition, bien que de formes et de dimensions différentes. Les plus parfaits de ces corps ressemblaient à un seul *cheval de frise* ou à des chausses-trappes à six pointes dont le noyau central était transparent, et les pointes transparentes et sous forme de glaives. On eût dit des aiguilles de verre enfoncées dans une boule de gomme élastique. Aucun de ces corps n'avait plus de six pointes, plusieurs n'en avaient qu'une seule. L'acide nitrique ne produisit aucun effet sur ces corps, mais la solution de potasse les fit disparaître immédiatement. Au bout de quelques jours, ces corps à formes si particulières avaient disparu de l'urine; puis le malade ayant rendu du sang par le nez, les selles et la vessie, son urine devint sanguinolente et fournit un sédiment d'acide urique et de particules amorphes, mais sans globules graisseux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE.

RAPPORTS, EN PESANTEUR, DES ORGANES NERVEUX DE L'HOMME ET DES MAMMIFÈRES.

M. BOURGERY lit un travail ayant pour titre : MÉMOIRE SUR LES MASSES COMPARATIVES QUE PRÉSENTENT, DANS L'HOMME ET LES ANIMAUX MAMMIFÈRES, LES DIFFÉRENS ORGANES QUI COMPOSENT LE SYSTÈME NERVEUX.

M. Bourgery a entrepris ce travail dans le but de fixer un des élémens de cette grande question, savoir quels sont les rapports du système nerveux avec les manifestations qui en dépendent.

Partant de ce principe que le système nerveux, agent de toutes les fonctions, les représente toutes matériellement, il s'est proposé de déterminer les rapports du système nerveux avec lui-même par la comparaison des divers appareils dont il se compose.

L'objet particulier de ce mémoire est de déterminer les rapports, en pesanteur absolue, des organes nerveux de l'homme et de quelques animaux mammifères et de déduire les conséquences qui ressortent naturellement des faits. Procédant ainsi, M. Bourgery a trouvé que la moyenne de l'encéphale, c'est-à-dire de toute la masse nerveuse centrale, étant 1,321 grammes, les hémisphères cérébraux y figurent pour 1,095 gr., le cervelet pour 141, le prolongement céphalique de l'axe cérébro-spinal pour 85, dont les couches optiques et les corps striés représentent 57, et le bulbe rachidien avec la protubérance, 28, la moelle épinière 46.

Il résulte de là que, dans l'homme, les hémisphères cérébraux, les organes propres des manifestations psychologiques renfermant une masse nerveuse qui est, par rapport aux autres appareils,

Quatre fois celle de tout le reste de la masse encéphalo-rachidienne;

Neuf fois celle du cervelet, organe présumé de la coordination des mouvemens;

Près de *treize fois* celle de la tige céphalique de la moelle épinière réunissant les organes des sens, moins l'olfactif, ceux de transmission de la sensibilité générale et ceux de la respiration;

Vingt-quatre fois celle de la moelle épinière, cordon de conductibilité et d'incitation de la sensibilité et des mouvemens de tout le corps, les viscères compris.

En résumé, la prédominance des hémisphères cérébraux, si considérable chez l'homme, subit une juste réduction quand on passe de l'homme aux animaux qui s'en rapprochent le plus, et elle diminue graduellement dans ceux-ci, du chien au cheval, puis au chat, au veau, au mouton, c'est-à-dire à peu près dans le rapport de l'intelligence elle-même.

Voici les conclusions que l'auteur déduit de ses recherches :

1° De même que dans l'homme, comme il ressort de tous les travaux de la science moderne, l'étendue et la variabilité de l'intelligence sont généralement en proportion de la quantité anatomique de la substance cérébrale, et que cette détermination devient rigoureuse lorsque, à la quantité, se joint la condition physiologique de la qualité; de même aussi chez les animaux la précision et la lucidité des instincts paraissent en rapport avec la quantité de la matière cérébrale dans chacun d'eux, sauf également la question de qualité entre les individus d'une même espèce.

2° La somme des instincts chez les animaux comparés entre eux est d'autant plus grande que le poids proportionnel des hémisphères cérébraux, et peut-être aussi du cervelet, est plus considérable par rapport à celui des centres nerveux de l'axe cérébro-spinal.

3° La vie n'étant que l'harmonie dans l'accord et l'antagonisme, c'est-à-dire une lutte perpétuelle des organismes contre le milieu physique, le système nerveux, l'agent matériel de la vie, exerce trois sortes de fonctions : les premières spontanées ou propres à l'être vivant et qui ne peuvent ressortir uniquement de l'action des lois générales de la nature; les secondes physiques, les troisièmes chimiques, qui se nuancent d'un groupe à l'autre par des fonctions mixtes intermédiaires. Les fonctions spontanées indiquent la destination de l'être vivant, les autres établissent pour l'entretien du corps matériel ses rapports avec les lois de la chimie et de la physique générales.

Ces conditions posées,

En dehors de toute question de la qualité relative de la substance :

1° Une masse nerveuse cérébrale, qui est quatre fois celle de tout le reste des organes encéphalo-rachidiens, est exigée par les manifestations psychologiques de l'homme.

2° Les instincts de l'animal ne requièrent que cinq ou six fois moins de la substance nerveuse qui leur est propre. Au-dessous, la quantité de substance nécessaire aux organes, pour leurs fonctions diminue graduellement dans cet ordre:

3° Les sens et les nerfs de la sensibilité générale, organes de physique vivante.

4° La fonction physique du mouvement.

5° La fonction physico-chimique de la respiration.

Puis parmi les fonctions chimiques :

6° La digestion.

7° Les élaborations organiques.

8° L'assimilation.

Tels sont les résultats qui ressortent de la détermination en poids de la substance nerveuse. Mais pour si curieux et si féconds qu'ils puissent être, pour conclure à la qualité analomique, il faudra pouvoir ajouter la qualité physiologique, condition plus essentielle à laquelle semblent se rattacher l'aptitude spéciale, l'activité, l'harmonie fonctionnelle, et quelque chose encore de plus pénétrant, de plus exquis, et par cela même d'indéfinissable qui imprime un si grand caractère aux manifestations psychologiques de l'homme. C'est que, de même que pour tous les tissus, qui diffèrent entre eux dans les animaux, il y a aussi une substance nerveuse propre à chacun d'eux et avant tout à l'homme. Gardons-nous donc d'assimiler entre eux des organes dont les manifestations physiologiques, loin d'être généralement analogues, sont partout si profondément différentes. Et comme aucune comparaison ne peut être admise à cet égard de l'animal à l'homme, tout en constatant l'énorme différence matérielle qu'elle accuse, avouons que la quantité qui ne montre que le côté physique d'une question qui ne l'est plus ne suffit pas à mesurer l'immense intervalle qui sépare l'instinct organique irresponsable de l'animal, du sens moral et de l'intelligence responsable de l'homme.

SUR LES ANCIENS MAURES DU NORD DE L'AFRIQUE.

M. GUYON envoie une note relative à l'histoire de la race maure. On sait que depuis longtemps les Maures ont disparu du nord de l'Afrique; la population actuelle, composée de Berbères et d'Arabes croisés avec des races européennes, ne rappelle rien de leurs caractères physiques. On s'est, en conséquence, demandé si la race maure aurait tout à fait disparu, ou s'il serait encore possible d'en retrouver des traces. D'après les recherches auxquelles s'est livré M. Guyon sur celle question, il croit pouvoir la résoudre dans ce dernier sens. « Il existe, dit-il, sur les bords du Sénégal, rive droite, et dans tout le Sahara, une population nombreuse qui porte le nom de l'ancienne race dont nous nous occupons; à ce nom qui, déjà, éveille des soupçons sur son origine, viennent se joindre des caractères physiques qui rappellent, en tous points, ceux qui nous ont été transmis par les historiens sur les anciens Maures du nord de l'Afrique. D'après ces témoignages, M. Guyon serait disposé à retrouver, dans les Maures des bords du Sénégal et du Sahara, les anciens Maures du nord de l'Afrique, qui auraient été refoulés dans les premières contrées par les nombreuses émigrations qui, dès les temps les plus reculés, se sont faites du Nord et de l'Orient sur l'ancienne Mauritanie. »

D'autre part, les habitans de l'Espagne méridionale et des îles occidentales de la Méditerranée, mais surtout ceux de l'île de Malte, conservent des traces assez profondes de leurs alliances avec les anciens Mauritains. Ceux de Malte surtout offrent, à un plus haut degré que les autres, les principaux caractères des Maures du Sahara. Celte ressemblance ressort du parallèle que M. Guyon établit entre *Sunné*, le Maure du Sahara, dont parle M. Cochelet, et les habitans de Malte. La communication de M. Guyon est accompagnée de deux portraits qui mettent en regard ces caractères communs: l'un est une copie du portrait de Sunné de l'ouvrage de M. Cochelet, l'autre est le portrait d'un jeune Maltais établi à Alger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

DU SYSTÈME QUARANTENAIRE CONTRE LA PESTE.

M. AUBERT-ROCHE adresse une lettre sur la peste, dans laquelle il rectifie plusieurs erreurs qu'il dit avoir été commises par M. Pariset dans le rapport que cet honorable académicien a fait récemment sur deux mémoires relatifs à la peste. Il considère comme entièrement controuvé le cas de peste qui se serait développé au lazaret de Marseille en 1819, après 20 jours de traversée, et sur le compte duquel la religion du rapporteur aurait été entièrement surprise. Il relève également une erreur de chiffre que le rapporteur aurait commise sur la durée des quarantaines en Angleterre. Quant à l'ordonnance récente qui abrège la durée de la quarantaine dans le port de Marseille pour les provenances d'Alexandrie, M. Aubert, tout en se félicitant de l'amélioration qui résulte de cette ordonnance, la croit néanmoins insuffisante pour nos intérêts nationaux.

NOMINATION DE LA COMMISSION DU PRIX D'ARGENTEUIL.

L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission de neuf membres pour l'examen des travaux envoyés au concours pour le prix d'Argenteuil.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'on va procéder à cette élection par voie de scrutin.

M. CORNAC demande si l'Académie a reçu des travaux écrits en langue allemande, auquel cas il serait nécessaire d'introduire dans la commission un membre qui sût l'allemand.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL répond négativement. Il est, vrai, ajoute-t-il, qu'un médecin allemand a écrit pour demander si un travail écrit dans cette langue serait admis au concours. Il lui a été répondu qu'il pourrait concourir; mais le terme prescrit est arrivé sans que nous ayons rien reçu.

M. CORNAC pense qu'il serait bon, pour l'avenir, que l'Académie prît la détermination de n'admettre, pour quelque concours que ce soit, que des mémoires écrits en français ou en latin. On conçoit qu'en agissant autrement il pourrait se présenter telle circonstance où l'Académie se trouverait à la merci du seul de ses membres qui serait à même d'apprécier un travail écrit dans une langue étrangère. peu connue parmi nous. Il croit que l'Académie comprendra l'importance de son observation.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination de la commission. Après le dépouillement du scrutin, M. le secrétaire perpétuel en fait connaître le résultat; la commission est ainsi constituée:

MM. Jobert,	MM. Bérard,	MM. Ségalas,
Amussat,	Lagneau,	Civiale,
Villeneuve,	Bégin,	Jourdan,

REMÈDES SECRETS.

M. CHEVALLIER termine la série de rapports sur les remèdes secrets, qu'il avait commencée dans la précédente séance. Même conclusion pour tous: il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions de la loi sur les remèdes secrets. (Adopté.)

ÉTIOLOGIE DE LA PESTE.

M. HAMONT est appelé à la tribune pour une lecture. Il lit la première partie d'un travail sur la peste; elle pour objet principal l'étiologie. Voici en résumé les idées de l'auteur sur cette grave question.

Dans le plan de travail que s'est tracé l'Académie royale de médecine, plusieurs questions capitales surgissent à la fois; toutes me paraissent devoir être soumises à son examen.

Pour éclairer les points encore obscurs relatifs à la peste, l'intervention de la médecine est indispensable; son flambeau dissipera les ténèbres épaisses dont nous sommes environnés, et le législateur ne formulera ses décrets que lorsqu'un grand jour aura succédé à une nuit devenue malheureusement trop longue.

L'opinion publique, les besoins actuels de la société, les relations nouvelles qui s'établissent entre les peuples assignent à l'Académie le rôle que spontanément elle a accepté: de veiller comme une sentinelle avancée à la santé générale.

Des contrées jadis éloignées se rapprochent, des combinaisons nouvelles se forment, sans que personne encore ait pu annoncer quelles en seraient les conséquences.

Mais écoutez ce que disent les peuples: Pourquoi ces lazarets, ces quarantaines? Pourquoi cette peste elle-même quand l'intelligence humaine marche à la conquête de l'univers, quand l'application de la vapeur au mouvement annule l'espace?

Les peuples s'impatientent d'un obstacle qui paralyse leurs efforts, ils en demandent la suppression; c'est à vous, Messieurs, qu'appartient la mission de rechercher s'il n'est pas un moyen, non seulement de se préserver du mal, mais de détruire à jamais ce fléau devant lequel s'est arrêtée l'industrie humaine.

Qu'est-ce que la peste? d'où vient-elle? qu'est-ce qui la fait naître? L'Europe doit-elle conserver ses lazarets, ou peut-elle les supprimer sans craindre pour la santé des peuples?

Avant de procéder à l'examen des questions capitales qui nous intéressent plus spécialement, nous, hommes de l'Europe, recherchons quelles sont les conditions physiques des habitans qui vivent dans la patrie de la peste, sur les bords du Nil, en Egypte.

Cette recherche est indispensable; elle nous conduira à la connaissance des causes qui produisent la peste, et si nous parvenons à la saisir à son berceau, peut-être nous sera-t-il possible alors d'anéantir un jour un fléau dont l'espèce humaine a eu tant à souffrir.

Aujourd'hui, personne ne le conteste, la peste est endémique en Egypte, mais dans les provinces basses, dans le Delta; jamais elle n'a pris naissance dans le Saïd ou Haute-Egypte.

Eh bien! dans ce Delta dont on vous a parlé, sur cette terre si fertile, si riche, existe-t-il des influences maladives? l'air y est-il impur? l'homme s'y trouve-t-il mal à l'aise? Oui. Mais ces influences maladives, mais cet air impur, mais ce malaise sont l'ouvrage de l'homme seul; car partout en Egypte la nature est belle, admirable; la Providence en avait fait un séjour qui semblait exclure ces maladies hideuses qui s'attachent à l'homme, l'étreignent et le tuent.

Ici M. Hamont fait un tableau effrayant de la situation du peuple égyptien; nous rapportons de son intéressant travail les passages les plus saillans.

Il semble, dit notre auteur, que l'habitant du Delta ait voulu préparer luimême les causes de sa mort. Sa demeure, sa nourriture, son entourage, tout concourt au développement des maladies qui l'accablent. Sa maison, ou plutôt sa chaumière, il l'a construite avec de la boue sur les bords d'une mare, où pourrissent des charognes, les restes de quelques-uns de ses animaux domestiques.

Dans la hutte du fellah (agriculteur), les hommes, les femmes, les enfans couchent pêle-mêle sur la terre, ordinairement humide, et dont ils ne sont séparés que par une natte de joncs usée, pourrie, vermoulue.

Tout autour des habitations, vous marchez sur des tas d'excrémens d'hommes, d'animaux, sur des tas d'ordures, de décombres, où des chiens affamés se disputent les chairs putréfiées d'un bœuf, d'une vache ou d'un chameau.

L'air, qui a passé sur ces substances animales, qui a pris, pour les emporter avec lui, les émanations des cadavres, des effluves où grouillent des millions d'insectes, est air compose pourtant la première nourriture du fellah!

Puis, tandis que pénètrent en lui tes poisons dont il nourrit son corps nu des pieds à la tête, il sème dans la boue, travaille dans les rivières et dort auprès de son champ, d'où s'élèvent des miasmes qui le feront trembler bientôt, et lui ôteront, pour trois ou quatre mois, l'énergie qu'il pouvait conserver encore.

Les femmes du fellah, les enfans en bas-âge, s'ils n'assistent point le chef de la famille dans ses travaux champêtres, rassemblent, tout auprès de l'habitation commune, les excrémens des bestiaux, ceux des hommes, et ces excrémens, ils les délaient avec une eau bourbeuse, fétide, ils les pétrissent avec les pieds, avec les mains, pour en faire de larges rondelles peu épaisses qui leur servent de bois de chauffage.

Quand le travail ne presse point le fellah, il sort de son bouge, prend sa pipe, la remplit d'un tabac très âcre, et va s'accroupir juste au milieu des matières putrides, sur un fumier, auprès d'une mare où la veille il a jeté des cadavres d'animaux, dont la décomposition annonce au voyageur éloigné la présence d'un village égyptien.

Les boucheries, les mosquées même, dit M. Hamont, sont des foyers d'infection; mais ce qui nous a surtout frappé dans son mémoire, ce sont les détails qu'il donne sur l'état des cimetières. La description qu'en a faite M. Hamont, ce qu'il dit des usages adoptés en Egypte, fait frémir.

M. Hamont passe ensuite à l'examen de cette question: Quelle est la nourriture du fellah? Nous rapportons textuellement: Le blé que cultive le fellah, jamais il n'y touche, il lui est défendu d'en user. La viande! son maître, celui qui l'exploite, lui en donne, mais seulement de celle qui provient d'animaux malades, de bœufs, de buffles, de chameaux atteints de charbon, de dysenterie, de ces animaux dans le marasme, phthisiques, couverts d'ulcères, n'en pouvant plus. Et à quelle condition l'aura-t-il? Forcément, en la payant; car son maître trouve bon de s'indemniser ainsi de la perte de son bétail. Son pain est fait avec du maïs; il se cuit mal, sous la cendre.

Du vieux fromage puant, délayé, semblable à de la chaux, du fromage où gisent des milliers de vers, des galettes faites avec des noyaux de dattes réduits en poudre, des feuilles de mauve, des oignons crus, des feuilles de radis, de fenugrec, des concombres, des melons d'eau sans saveur, des courges, des dattes vertes ou pourries, voilà l'alimentation ordinaire du fellah!

M. Hamont annonce, en terminant, qu'il donnera bientôt la seconde partie de ce travail.

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

ALTÉRATIONS DU SANG.

M. DUPUY lit un travail sur le charbon et sur les altérations du sang dans les animaux. Il nous est impossible de reproduire la moindre partie de ce travail, dont nous avons à peine entendu quelques mots.

TAILLE SUS-PUBIENNE.

M. SÉGALAS communique un nouveau fait de taille sus-pubienne. Il place sous les yeux de l'Académie une pierre extraite par le haut appareil, et remarquable par son poids, qui est de 107 grammes, par sa forme générale, qui ressemble assez à celle d'un pain de savon disposé pour les mains, et surtout par tes dents, les saillies coniques qu'elle offre sur différens points de sa surface, encore qu'elle paraisse, d'après sa couleur, être composée d'acide urique. M. Ségalas appelle l'attention de l'Académie sur ces espèces de pierres, à cause de deux circonstances que voici: d'abord le malade n'a jamais uriné le sang; et ensuite, après avoir commencé à souffrir à 9 ans et à éprouver plusieurs symptômes de pierre jusqu'à l'âge de quinze ans, il a cessé de souffrir à cette époque, et n'a plus guère souffert qu'il y a deux ans, à l'âge de trente-sept ans; de telle sorte

que, pendant cet intervalle de vingt-deux années, il a pu mener une vie active, et même voyager, tantôt à cheval, tantôt en voiture.

Une fois les douleurs renouvelées, elles sont devenues de plus en plus vives, avec ce caractère de se faire sentir au périnée, et jamais au gland. Lorsque le malade a réclamé des soins, il était en proie à des douleurs intolérables; il était, en outre, atteint d'un catarrhe vésical et sujet à des accès de fièvre intermittente qui dataient d'une année.

M. Ségalas a tenté la lithotritie jusqu'à trois reprises, mais avec peu de succès, et il a pris le parti de recourir à la taille; elle a été pratiquée sans le moindre accident. La plaie a marché avec rapidité vers la guérison.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DU CLIMAT ET DES MALADIES DU BRÉSIL, OU STATISTIQUE MÉDICALE DE CET EMPIRE; par J.-F.-X. SIGAUD, D. M., médecin de Sa Majesté Don Pedro II, etc. — 600 pages in-8°. Paris, 1844. Chez Fortin, Masson et Cᵉ, libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

Le Brésil est l'une des contrées du globe qui se prêtent le plus aux études climatologiques; par la vaste étendue de son sol circonscrit entre deux grands fleuves d'une part, l'Océan et les Cordilières de l'autre, par sa situation intertropicale, par la richesse de tous les produits des divers règnes naturels, par sa position qui en fait, sous le point de vue du climat, pour le continent des deux Amériques, ce que l'Italie est pour l'Europe; il a plus qu'aucune autre partie du Nouveau-Monde appelé l'attention des savans de l'Europe qui l'ont visité à diverses époques et l'ont fait connaître sous la plupart des points de vue. Malgré le grand nombre de voyageurs qui l'ont traversé dans tous les sens et qui s'y sont livrés à l'analyse des nombreuses richesses qu'il contient, il restait encore une grande question à éclaircir; il restait à déterminer si un pays aussi favorisé de tous les dons de la nature était favorable à la vie de l'homme appelé à jouir de tous ces avantages, ou s'il était aussi inhospitalier pour l'homme que d'autres contrées placées dans des conditions à peu près analogues; il restait à savoir quelle influence ce sol si fertile, possédant le plus beau système d'irrigation naturelle, jouissant d'un climat dont la chaleur constitue l'élément essentiel, exerce sur la santé et les maladies de l'homme et sur le développement de ses différentes races. Cette vaste lacune ne pouvait être comblée qu'au moyen de longues recherches personnelles et d'une judicieuse critique de toutes les observations déjà recueillies sur les divers élémens de cette question capitale. M. le docteur Sigaud, qui avait préludé par dix-neuf années consécutives de pratique médicale, a cru que le temps était arrivé où elle pouvait être examinée sous ces divers points de vue; mais sans se dissimuler les nombreuses difficultés de cette entreprise qui n'avait point encore été tentée même pour des contrées bien plus anciennement habitées et où conséquemment les faits devaient être plus nombreux et leurs rapports plus assurés. Il ne s'agissait pas en effet dans le plan qu'il avait conçu de faire seulement ce que Annesley avait réalisé pour les maladies de l'Inde, car c'était une statistique médicale complète du Brésil qu'il avait en vue et qui devait comprendre à la fois sa climatologie, sa géographie médicale, les maladies propres à la pathologie intertropicale et renfermer dans une même classe tous les documens instructifs sur la législation sanitaire, l'enseignement et la matière médicale de cet empire. « J'aurais reculé, dit-il lui-même, devant une telle entreprise si l'idée d'être utile au pays qui m'a reçu avec une si généreuse hospitalité n'avait soutenu mon zèle et mon courage. »

Malgré les avantages de sa position particulière, l'auteur a eu de nombreuses difficultés à surmonter; ce n'étaient certes pas les matériaux, tant manuscrits qu'imprimés, qui lui manquaient; mais ce n'est qu'après les avoir soumis à une critique sévère qu'il les a classés en quatre sections qui forment autant de parties distinctes dans son travail et qui comprennent: la première, le climat; la deuxième, la géographie médicale; la troisième, la pathologie intertropicale, et la quatrième, la statistique médicale du Brésil. Suivons-le dans ces quatre parties autant du moins que la nature des questions qui s'y rattachent nous permettra de les reproduire par une analyse rapide.

L'étude de la température et de la chaleur solaire, celle de l'humidité et des pluies, de l'électricité, des vents, des météores atmosphériques, de la constitution du sol ou de sa géologie et de ses productions, complètent la première partie, où nous trouverons nombre de faits intéressans sur les diverses températures des différentes parties de ce grand empire, sur l'excès d'humidité causée par les pluies, et qui est l'agent principal des fièvres intermittentes si communes dans la plupart des provinces du Brésil, sur la rareté des traces de ces bouleversemens du sol et de ces tremblemens de terre que l'on attribue à tort ou à raison à l'influence de l'électricité, sur l'action qu'auraient les vents sur la pathologie, favorisant l'apparition de certaines maladies et neutralisant au contraire le développement d'un grand nombre d'autres, sur quelques rapprochemens encore bien vagues et peu fondés entre certaines constitutions géologiques et diverses formes morbides et sur diverses productions du sol; mais ces faits qui intéresseraient plus encore le naturaliste que le médecin exigeraient des développemens incompatibles avec l'étendue de cette notice, et il nous suffit de les avoir indiqués d'une manière sommaire.

Il y en a pourtant quelques uns qu'il est possible de détacher de cet ensemble et que nous sauront gré d'avoir mentionnés les hommes qui, parmi nous, s'occupent de météorologie et de chlimotologie et auxquels il serait difficile de se procurer l'ouvrage de M. Sigaud. Ainsi, en comparant les relevés plus ou moins exacts de la température d'après les voyageurs connus, dans l'espace de cinquante à soixante ans, on note une très faible différence survenue dans celle de Rio de Janeiro. Cette différence, d'après l'auteur, provient de la rareté des orages, laquelle coïncide avec la destruction des forêts et se remarque sur tous les points du Brésil où les travaux de l'agriculture sont en activité croissante. Ce serait donc au changement des conditions de l'humidité et du sol qu'on devrait rapporter les modifications atmosphériques de cette moitié du siècle.

Les productions du sol ont déjà éprouvé bien des mutations dans les mains de ceux qui le possèdent, et d'où il est résulté de grandes variations dans la température et l'état hygrométrique de l'atmosphère. « Autrefois, dit M. Sigaud, la province de Rio de Janeiro était couverte de forêts vierges. A cet état primitif a succédé un dépouillement général, dû à la culture de la canne et du café, et, avant ces deux productions, la culture générale de l'indigo, qui a disparu totalement depuis trente ans environ, avait déjà apporté de grandes modifications. La culture du thé, qui se propage chaque jour, doit à son tour causer une notable modification dans la nature et les dispositions des terrains. La plantation des mûriers, dans les provinces de Rio de Janeiro et de Minas, a déjà offert d'utiles avantages aux cultivateurs; en s'étendant davantage, elle aura une influence salutaire pour les terrains. L'introduction du giroflier, un peu délaissée, aurait eu également de bons résultats si l'agriculture avait tourné ses vues en faveur de cette production, si profitable à Cayenne. — C'est ainsi qu'a subi une mutation complète dans son ensemble, par les travaux de minération, la province de Minas-Geraes, en partie bouleversée par des recherches infructueuses pour acquérir quelques lingots d'or, lorsqu'elle renferme tant d'autres richesses minérales, celles du fer et du cobalt, de plus facile extraction. »

La seconde section, consacrée à la géographie médicale du Brésil, renferme plusieurs chapitres dont le titre seul suffit pour indiquer l'intérêt; ainsi nous citerons seulement ceux où il est question de l'alimentation et de l'acclimatement, des maladies des Indiens et des noirs, de celles des ouvriers des mines d'or et de diamant, des maladies endémiques et épidémiques de la contrée. C'est sous le titre de la troisième section, pathologie inter-tropicale, que sont traitées des questions bien importantes, celles des fièvres continues et intermittentes, puis toutes les phlegmasies, les névroses et les maladies générales. A moins de parcourir successivement tout le cadre de la nosologie, il nous serait impossible de suivre l'auteur dans l'exposition de sa manière de voir sur les points les plus importans. Il en est cependant quelques-uns sur lesquels nous allons chercher à la faire connaître.

Les fièvres intermittentes sont communes dans plusieurs des provinces du Brésil, et surtout dans la capitale, où elles ont offert une modification que nous devons signaler, parce que la même modification a dû être observée sur d'autres points quand les mêmes circonstances se sont reproduites. « Rio de Janeiro renferme toutes les conditions pour être l'un des plus humides pays inter-tropicaux. Fondée sur une plaine presqu'au niveau de la mer, avec une très faible pente pour l'écoulement des eaux, qui tombent en si grande abondance, elle est baignée au nord et au levant par la mer, qui l'entoure dans un rayon semi-circulaire. Malgré les importantes améliorations qu'a reçues cette capitale, il y reste encore une suffisante réunion d'agens délétères pour alimenter l'élément morbide qui domine aujourd'hui, dit M. Sigaud, de même qu'il y a cinquante ans, dans toutes les maladies de la capitale, mais qui a perdu son allure de franchise et de bénignité. Je me rappelle, il y a dix-neuf ans, avoir observé à Rio de Janeiro beaucoup de pyrexies dont la périodicité était distinctement tranchée, et qui conservaient un caractère de bénignité. Les accès revenaient à des époques fixes le jour ou la nuit; la pyrexie était franche; on pouvait réputer que la fièvre qu'on avait à traiter alors ressemblait parfaitement aux fièvres intermittentes d'Italie, dont Torti, Fodéré et d'autres pathologistes ont peint la physionomie en traits caractéristiques. Aujourd'hui, la physionomie des fièvres algides et larvées prédomine, tandis qu'il y a vingt-cinq ans Millo-Franco notait que les fièvres

insidieuses qui se manifestaient depuis novembre jusqu'en mars ressemblaient davantage aux fièvres adynamiques de l'Europe...... De nos jours, les mêmes symptômes ont été également observés sur divers malades; mais on est en droit d'avancer, d'après de nombreuses observations, que le caractère pernicieux a été signalé plus fréquemment qu'autrefois, que le type intermittent a été remplacé en général par le type rémittent et continu, et que la forme des fièvres a été très souvent, dans le cours des dernières épidémies, algide ou larvée. »

L'auteur cite ici l'expérience d'un confrère, le docteur Saulnier, qui pratiquant dans la ville de Cuiaba, où se trouvaient réunies les conditions les plus favorables au développement des fièvres pernicieuses, et ayant à traiter des Indiens qui offraient les symptômes d'une inflammation du tube digestif et du cerveau conjointement avec les accès fébriles, suivit le traitement antiphlogistique avec rigueur; mais, frappé de l'inefficacité de cette médication et révoquant en doute la doctrine physiologique dans le traitement des pyrexies pernicieuses, s'avisa, et avec raison, d'employer les toniques. « L'expérience m'a également éclairé, dit M. Sigand, pour modifier à temps mon opinion et pour changer à propos ma thérapeutique, en présence d'une multitude de fièvres pernicieuses que je croyais symptomatiques, de lésions inflammatoires du foie, du cerveau ou du poumon; elle m'a donné la conviction que, dans les pays où l'élément intermittent domine, tout est soumis à son action; et vouloir persister, dans ces pays, dans l'emploi des antiphlogistiques, surtout lorsqu'il règne une épidémie de fièvres intermittentes pernicieuses, c'est faire courir les plus grands risques à ses malades, c'est les vouer, pour la plupart, à une mort certaine. J'ai fait cet aveu il y a douze ans, après avoir observé la terrible épidémie de Macacu; avant, je partageais les opinions exclusives de Broussais, qui a bien voulu me citer comme un zélateur de sa doctrine dans l'Amérique du sud.... Les faits ont parlé plus haut que la doctrine; ils m'ont enveloppé par les argumens les plus pressans, les plus incisifs, les plus pénétrans de conviction, ceux de la guérison ou de la mort. »

Ce que M. Sigaud proclame ici avec une énergie qui indique toute la force de ses convictions, l'a déjà été à plusieurs reprises par les médecins de l'armée française en Morée, par ceux de l'armée d'Algérie, par plusieurs médecins anglais pratiquant dans les régions inter-tropicales. C'est qu'il est impossible aujourd'hui de méconnaître l'identité qui existe entre les affections franchement intermittentes des pays tempérés et un grand nombre d'affections aiguës et continues des climats chauds. Quant à la cause de cette différence entre des maladies identiques, mais observées sous des influences aussi différentes, voici celle que M. Sigaud croit applicable au moins aux maladies observées au Brésil; elle existerait dans le mode et la durée de l'incubation. En Europe, les miasmes agissant sur des sujets en général robustes, l'incubation est longue, et il en résulte des fièvres franchement intermittentes; au Brésil, où les individus, par l'effet des chaleurs permanentes, s'affaiblissent et conservent une moins grande somme de forces physiques, l'incubation est plus courte et donne lieu à une fièvre rémittente ou continue toujours grave. Il y a en outre une saturation de miasmes sur chacun des individus, qui se règle d'après le lieu d'habitation et l'habitude hygiénique.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif aux fièvres intermittentes sans signaler encore un fait important: c'est que les praticiens de Bahia ont constaté l'efficacité de l'arsenic dans le traitement de ces fièvres. Le docteur Persiani, qui a exercé pendant plusieurs années dans cette ville, l'a employé avec succès, soit dans les pyrexies périodiques, soit dans les affections nerveuses de la poitrine. Cet agent thérapeutique avait été employé au Brésil par plusieurs praticiens recommandables, il y a un demi-siècle. Le docteur Azeredo-Pinto dit dans son ouvrage : « J'ai été obligé de recourir à d'autres remèdes que le quina, celui-ci venant à manquer, et j'ai trouvé un puissant antidote des fièvres intermittentes dans l'arsenic blanc: il n'a jamais failli en tant que j'ai eu le soin de l'administrer lors de la rémission. Je l'ai donné dans tous les âges, sexes et conditions individuelles, sans éprouver de conséquences fâcheuses de son emploi. Deux grains ont suffi chez un sujet robuste, et à la seconde dose la fièvre a cédé, et quand la fièvre a persisté la troisième dose a triomphé du mal.»

Ceux qui croient que la phthisie est l'apanage des climats froids et tempérés seront étonnés de l'assertion de M. Sigaud, que cette affection grave fait autant de ravages au Brésil qu'en Europe, assertion qui repose sur des documens authentiques. Il résulterait en effet des faits réunis par l'auteur que, dans les villes maritimes, cette maladie enlève au Brésil un cinquième de la population; que sur la classe aisée cette proportion serait moindre, et qu'elle serait du sixième ou du septième pour les gens de couleur. La mortalité des phthisiques à Rio de Janeiro, égale à celle de New-York, est moindre pourtant que celle de Londres, où elle est de 22 phthisiques sur 100 malades.

On observe au Brésil, aussi bien mais pas plus souvent qu'ailleurs, quelques cas de guérison de cette affection grave, et l'auteur entre sur ces cas dans une foule de détails pratiques pleins d'intérêt, mais inaccessibles à l'analyse; il paraît cependant que ceux qu'on envoie de Rio de Janeiro à la colonie suisse de Morro-Quesmado respirer l'air pur des montagnes y éprouvent un amendement notable, que l'hémoptysie surtout disparaît, que la fièvre devient moins vive et que cette amélioration se soutient pendant un certain intervalle de temps. Quant à l'effet bienfaisant des émanations marécageuses sur les phthisiques, l'auteur n'y ajoute aucune foi. « Les poitrinaires, dit-il, qu'on envoie habiter les endroits marécageux, à la Lagoa de Freitos, dans le fond de la baie à Iguassa, n'éprouvent pas un effet salutaire de leur déplacement. J'ai voulu, ces dernières années, éprouver sur quelques-uns d'entre eux l'influence des miasmes paludéens; j'ai envoyé quatre malades plus ou moins avancés à Tguahy; le résultat a été tout à fait nul. Il est douteux pour moi que l'influence des marais soit salutaire aux phthisiques; je crois encore moins aux bénéfices que la médecine doit en retirer pour prévenir la tuberculisation. S'il est un organe qui s'affecte communément dans les accès de fièvres intermittentes pernicieuses, c'est le poumon; l'intoxication l'altère souvent à un degré profond avec la même fréquence, la même rapidité qu'elle affecte le foie et la rate. »

Nous voudrions pouvoir suivre M. Sigaud dans le reste de la section consacrée à la pathologie inter-tropicale, et analyser ce qu'il établit sur les maladies endémiques du Brésil, telles que le pian, l'hématurie, l'éléphantiasis; nous aurions désiré aussi rapporter quelques-unes des nombreuses observations recueillies et commentées avec une judicieuse critique; mais nous sommes obligés de renvoyer le lecteur désireux d'étudier les maladies inter-tropicales à l'ouvrage lui-même; il y trouvera une instruction solide, ayant subi l'épreuve d'une large pratique loin des écoles où elle avait été puisée, des doctrines, tout juste autant qu'il en faut pour unir des faits évidemment liés dans les fins de la nature, et une juste appréciation des travaux les plus modernes et des acquisitions les plus récentes.

Nous aurions aussi à citer une foule de faits intéressans rapportés dans la quatrième section, celle de la *Statistique médicale*, sur la population du pays, sur les races qui la composent, sur leur longévité et leur différente mortalité, puis sur la législation sanitaire, sur les établissemens scientifiques, et ceux surtout qui sont relatifs aux sciences médicales, sur les académies, les facultés, les écoles, les cours et les professeurs, les établissemens charitables; mais nous serions forcés de répéter en partie des documens déjà produits dans une lettre d'un médecin de l'Amérique du nord qui avait passé trois ans au Brésil (1), et dans une autre de M. Demeyrel, l'un des médecins les plus distingués du Brésil (2), et destinées à compléter, à rectifier les renseignemens contenus dans la lettre du médecin de l'Amérique du nord. Nous nous bornerons donc à dire que, outre tout ce que nous avons déjà indiqué, l'ouvrage de M. Sigaud contient encore des détails intéressans sur les eaux minérales, sur la matière médicale si riche et si féconde en médicamens énergiques du Brésil, quelques mots sur la statistique chirurgicale, et enfin une biographie des médecins, chirurgiens et naturalistes du Brésil, suivie d'une liste de tous les ouvrages de médecine, de chirurgie et d'histoire naturelle publiés au Brésil jusqu'en 1843.

Il était impossible de réunir plus de documens sur un seul pays que ne l'a fait dans ce travail M. Sigaud, qui ainsi a bien mérité à la fois des Brésiliens, auxquels il a révélé une foule de richesses et de vérités qu'ils ignoraient, et des médecins de l'Europe, en leur faisant connaître quelques-uns des mystères de la pathologie tropicale, et en ajoutant un bon ouvrage de plus à ceux que nous possédons déjà sur les maladies des climats chauds, et parmi lesquels nous ne pouvons point oublier ceux de MM. Thévenot et Levacher, et quelques autres rédigés sous la tente par plusieurs des membres de notre médecine militaire d'Algérie. — Sans doute, tous ces ouvrages n'ont fait encore qu'ouvrir la voie pour ainsi dire, et sillonner quelques routes; mais c'est là pour nous le cachet des ouvrages vraiment scientifiques. L'homme dont l'esprit n'a pas de portée ou qui n'est conduit que par un intérêt mesquin ne voit rien au delà de ses propres idées; pour le vrai savant, chaque nouvelle découverte, chaque progrès réel ne fait qu'agrandir pour lui et pour les autres l'horizon déjà si vaste de la science.

(1) Gaz. Méd., ann. 1843, n° 12.
(2) Ibid., n° 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 39. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 5 OCTOBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES MASSES COMPARATIVES QUE PRÉSENTENT, DANS L'HOMME ET QUELQUES ANIMAUX MAMMIFÈRES, LES DIFFÉRENS ORGANES QUI COMPOSENT LE SYSTÈME NERVEUX; lu à l'Académie des sciences, le lundi 23 septembre 1844; par J.-M. Bourgery.

Jusqu'à présent on a très mal pris, à ce qu'il me semble, la question de la masse relative du système nerveux dans l'ensemble de l'organisation, tous les auteurs s'étant contentés de rechercher le rapport, en poids, de l'encéphale avec le corps en son entier. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir ce que pèse l'encéphale par rapport au plus ou moins de liquides, de graisse, de poils, etc., ou même en égard aux nombreux organes de l'appareil locomoteur, os, cartilages, tissus fibreux, sans en excepter les muscles, qui ne reçoivent que des nerfs assez petits et pourtant représentent la plus grande partie du poids de l'animal.

Partant de ce principe, que j'ai posé ailleurs, que le système nerveux, agent de toutes les fonctions, les représente toutes matériellement, l'objet essentiel de ce travail est de déterminer les rapports du système nerveux avec lui même, par la comparaison des divers appareils dont il se compose.

A prendre la question dans toute son immense étendue, aucun problème n'est plus complexe que celui de la mensuration des organes nerveux. A la pesanteur absolue de la substance nerveuse, il faudrait ajouter sa pesanteur spécifique, son volume, et donner pour chaque organe l'étendue relative, en surface et en épaisseur, des deux substances blanche et grise: toutes questions sur lesquelles j'aurai à revenir plus tard. Mais ces rapports, déjà très difficiles à déterminer et qui donneraient lieu à tant de recherches, étant obtenus, on ne serait encore fixé que sur la question physique de la *quantité* de la matière nerveuse; resterait, en physiologie, à en apprécier la *qualité*, c'est-à-dire les *aptitudes*, l'*harmonie fonctionnelle* et l'*activité*, conditions de manifestation bien plus importantes, mais d'une observation encore bien autrement complexe. Pour commencer, abordant cette question si ardue par son côté le plus accessible, armé simplement de la balance, j'espère montrer que la quantité en poids absolu fournit déjà des résultats assez satisfaisans pour encourager de nouvelles recherches dans toutes les autres directions de la science.

Le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie se compose de deux parties.

1° Déterminer les rapports, en pesanteur absolue, des organes nerveux de l'homme et de quelques animaux mammifères et en déduire les conséquences qui ressortent naturellement des faits.

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

LES MARAIS PONTINS ET LA CAMPAGNE DE ROME.

Toute la frontière maritime de l'Italie qui regarde l'occident est formée par les Maremmes. En touchant à la terre italienne du côté de la mer tyrrhénienne, on aborde dans la patrie de la fièvre intermittente; d'espace en espace cependant cette bordure de marais pestilentiels est animée de lieux charmans, dans lesquels on voudrait rester, et où l'air est pur et le paysage admirable. Mais, si l'on continue sa route, l'oasis est bientôt disparu; car, au bout de quelques milles, on retrouve la plaine dont le bord va se confondre avec le niveau de la mer, et qui est couverte çà et là d'eaux stagnantes et de hautes herbes. Ainsi depuis Policastro jusqu'à Lucques sur un espace de cent lieues de côtes, il y a la maremme de Pestum qui va finir aux portes de Salerne. Là, l'oasis commence et se continue jusqu'à Naples. Mais la maremme reparaît bientôt; car elle a envahi cette terre admirable sur laquelle s'élevaient autrefois Cumes et la fraîche Baïa. De Baïa jusqu'à Gaëte, l'oasis se montre encore; et sur ce golfe admirable se déploie un luxe de végétation qui est peut être au-dessus des vallée sombreuses d'Amalfi et de Sorrente. Mais Terracine est aux portes de Gaëte; c'est là qu'en mettant le pied dans les états du pape on se trouve sur les frontières de cette longue plaine empestée connue sous le nom de Marais Pontins.

J'arrivai tard à Terracine; et j'étais impatient de connaître ces marais fameux qui sont maintenant presque un désert. Je m'aventurai hors des murs de la ville, et je vis à la clarté d'une nuit presque lumineuse comme les nuits de l'Italie, un long ruban de route élevé au-dessus du niveau des terres et qui se perdait à l'extrémité de l'horizon. A droite et à gauche s'étendait une plaine couverte d'arbres et de hautes herbes, et finissant d'un côté au pied des Apennins, et de l'autre se confondant avec les bords de la mer. En regardant avec soin les montagnes les plus proches, je vis pendre au-dessus d'une croupe élevée les débris d'un aqueduc. Ce reste des travaux des Romains sur cette terre presque abandonnée me rappela qu'autrefois les Marais Pontins n'étaient pas ce qu'ils sont devenus aujourd'hui. Traversés par cette magnifique voie appienne qui, partant de Rome, s'étendait, en passant sur les collines de l'ancienne Albe, jusqu'à la mer de Baïa, ils étaient couverts de jardins magnifiques et de brillantes maisons de campagne. L'empereur Auguste, Atticus et Pomponius y avaient bâti de splendides habitations. L'air y était pur, aussi pur que sur la montagne de Tivoli, où Horace, Mécène et Tibulle avaient de si douces retraites. A quelle cause rapporter cette révolution dans les conditions d'une atmosphère sur laquelle pourtant brille toujours le même ciel? Cette ruine d'aqueduc que j'avais remarquée m'expliquait tout. Maintenant les eaux sont libres; elles peuvent s'épancher, délayer les terres et se creuser des lacs. Autrefois il y avait partout des aqueducs monumentaux et des canaux souterrains, et les puissans propriétaires à qui cette plaine appartenait tout entière employaient leurs richesses et leurs esclaves à établir ces magnifiques travaux. Maintenant cette vaste surface est sans accident; elle conserve son niveau jusqu'aux bords de la mer. Mais

2° Etablir, dans l'espèce humaine, les rapports de volume et de pesanteur absolue et relative des mêmes organes, entre l'homme adulte, la femme, l'enfant et le vieillard.

C'est la première partie qui fait l'objet de ce mémoire, ayant besoin pour l'autre d'un grand nombre de faits que je m'occupe actuellement de recueillir.

Parmi les observations qui ont été faites pour déterminer le poids de l'encéphale humain en son entier, je ne prendrai, comme étant les plns conclnantes, que celles des anatomistes qui ont expérimenté sur nn grand nombre de sujets : M. Parchappe snr 29 hommes adultes, M. Longet sur 22, M. Lélnt aussi sur des masses. Ces observateurs ont trouvé, pour le poids moyen de l'encéphale : M. Parchappe 1 k. 323 ; M. Lélut 1,320; M. Longet 1,318, dont pour le cerveau 1,155, 1,170 et 1,050 et pour le cervelet 0,179 et 176. Je ne relève, pour les deux premiers, une petite erreur en trop de 11 et de 20 grammes, que parce qu'elle me paraît porter sur le cervelet, que je n'ai jamais tronvé excédant 145 grammes. Au reste, je fais remarquer que ces anatomistes n'ont pas retranché du cervean le prolongement céphalique de l'axe cérébro-spinal. M. Longet s'est montré plns précis, car son poids de 1,050 g. ne représente qne les hémisphères cérébraux, moins tontefois le corps calleux, ce qui explique la différence entre son chiffre et celui de 1,095 g. que je vais donner plus loin. Quoi qu'il en soit la moyenne de 1,320 g. de ces trois anatomiques concordant parfaitement avec celle de 1,321 g. que j'ai obtenue provisoirement sur 12 encéphales d'homme, je les réunis d'autant plos volontiers pour les appréciations de ce travail qne c'est comme s'il avait été fait d'après environ 80 sujets.

Pour la division de la masse encéphalo-rachidienne, je l'ai séparée en autant de parties qn'il s'en présente anatomiquement auxquelles la physiologie soit à peu près arrivée à distinguer des fonctions différentes : 1° la moelle épinière ; 2° le bulbe rachidien, la protubérance avec ses pédoncules cérébelleux et cérébraux, les tubercules qoadrijumeaux, les couches optiqnes et corps striés, considérés ensemble comme le prolongement céphalique de l'axe cérébro-spinal on séparés en trois partions; puis 3° le cervelet et 4° les hémisphères cérébraux. La séparation de la couche optique avec le corps strié est un élément qui manqne de précision, car ces ganglions se confondent avec les hémisphères cérébraux. Toutefois ne ponvant les abstraire puisque, sans être bien fixé sur leurs fonctions, on croit savoir au moins que ce ne sont par des organes proprement spsychologiques chez l'homme ou instinctifs chez l'animal, j'ai dû les détacher dans leur saillie ventriculaire en rasant à plat la surface cérébrale. Cette observation faite j'entre en matière.

Sur 12 hommes adultes, la moyenne de l'encéphale en son entier étant de 1,321 g., les hémisphères cérébraux y figurent en moyenne aussi pour 1,095 g.; le cervelet pour 141 g.; le prolonhement céphalique de l'axe cérébro-spinal pour 85 g., dont les couches optiqnes et les corps striés représentent 57 g., et le bulbe rachidien avec la protubérance et ses quatre demi-pédoncules, 28 g. La moelle épinière qui n'a été pesée que sur quatre sujets a donné en moyenne 26 g.

En tirant de ces faits ce qu'ils offrent de signification positive :

Dans l'homme, les hémisphères cérébraux, les organes propres des manifestations psychologiqnes, renferment une masse nerveuse qui est, par rapport aux autres appareils:

Quatre fois celle de tout le reste de la masse encéphalo-rachidienne (0,272 g.) ;

Près de *cinq fois* celle de tont le reste de l'encéphale (0 k. 226) ;

Neuf fois celle dn cervelet, organe présumé de la coordination des mouvemens;

Près de *treize fois* celle de la tige céphalique de la moelle épinière, réunissant les organes des sens, moins l'olfactif, ceux de transmission de la sensibilité générale et des volitions et ceux aussi de la portion chimique de la respiration.

Dix-neuf fois celle des conches optiques et des corps striés, pen connus dans leurs fonctions physiologiqnes, que l'on rapporte à la vision et aux monvemens, mais en tont cas distincts de la masse proprement psychologique, et anatomiqnement an moins, nœnd de concentration des sensations et des volitions.

Trente-neuf fois celle dn bulbe rachidien et de l'isthme de l'encéphale, représentant les organes de l'ouïe et du goût, la sensibilité et le mouvement de toute la face et d'une partie dn cou, et de plus la respiration et les diverses fonctions dn pneumo-gastriqne.

Quarante-deux fois celle de la moelle épinière, cordon de condnctibilité et d'incitation de la portion physique de la respiration, et aussi de la sensibilité et des mouvemens de tout le corps, les viscères même compris.

Je crois ponvoir ajonter aussi que la proportion de la substance nerveuse des hémisphères cérébraux est pent-être encore plus considérable relativement aux nerfs eux-mêmes, c'est-à-dire aux deux appareils nerveux périphérique et ganglionaire. On sait, en effet, que la matière nerveuse proprement dite de ces organes n'est qu'une fraction assez faible de leur masse totale, presqu'entièrement formée par les gaînes isolantes névrilématiqnes, renfermées à l'infini les unes dans les autres.

Après avoir montré les rapports des diverses parties de la masse encéphalo-rachidienne dans l'homme considéré isolément, voyons ce qu'ils vont nous donner relativement dans l'homme et dans quelqnes mammifères comparés entre eux.

Quant aux nombres qui fixent les poids relatifs des organes nerveux, il est évident que je les donne tels que je les ai obtenus sans rien préjuger sur les légères différences qu'ils peuvent offrir d'un animal à un antre de la même espèce, comme il s'en présente également dans l'homme.

POIDS ABSOLUS, EXPRIMÉS EN GRAMMES, DE L'ENCÉPHALE ET DE SES DIFFÉRENTES PARTIES, COMPARÉS DANS L'HOMME ET QUELQUES MAMMIFÈRES.

	Bulbe rachidien et isthme de l'encéphale.	Couches optiques et corps striés.	Cervelet.	Hémisphères cérébraux.	Encéphele en son entier.
Homme adulte	0,028	0,057	0,141	1,095	1, 321
Poids moyens de deux chevaux	0,051	0,064	0,072	0,404	0,591
Chien de moyenne taille	0,008	0,009	0,010	0,072	0,099
Petit chien de deux ans.	0,0045	0,005	0,007	0,037	0,0535
Chat d'un an	0,003	0,0035	0,0045	0,021	0,0325
Veau pesant 76 kilogr.	0,028	0,034	0,052	0,211	0,325
Mouton	0,010	0,010	0,012	0,057	0,089

lorsque les illustres Romains du temps de l'empire y passaient les jours d'été, elle n'était pas seulement converte de superbes monumens et d'une végétation brillante et variée; on y voyait encore tous ces mouvemens de terrain, ces collines factices et ces vallées creusées de main d'homme dont nos jardins à l'anglaise ont reproduit la tradition.

Le lendemain de ce rapide coup d'œil sur la plaine de la Maremme, j'étais sur la longue chaussée qui va de Terracine jusqu'aux confins de l'*Agro romano*. Cette chaussée élevée au-dessus du niveau de la plaine est converte dans toute sa longueur d'une double rangée d'arbres, et est tracée sur l'ancienne voie Appienne. Cette ligne droite qui a 10 à 12 lieues de longueur a été construite sur l'ancienne voie abandonnée et dont la trace était presque perdue, par l'ordre du pape Pie VI, de philantropique mémoire. Il n'avait pas seulement à cœur le salut de ses sujets, il voulait aussi leur santé ; et pendant tout son pontificat, il travailla sans relâche à chasser de la maremme pontine et de la maremme romaine tous les élémens de mort que la saison chaude y développait. Pour cela, il commença à couper les Marais Pontins par une chaussée élevée qui fût à l'abri des inondations, et présentât un sol toujours sec et résistant au pied du voyageur. Puis, il ordonna des travaux d'assainissement et d'exploitation qui changèrent un peu la physionomie du paysage, mais ne régénérèrent pas l'air. Les hôpitaux de Rome recevaient toujours le même nombre de malades; et la mortalité conservait un chiffre inexorable, malgré les dépenses énormes que coûta l'exécution d'une aussi belle résolution. La route reste cependant; les voyageurs y ont gagné cela. Et les successeurs de Pie VI l'entretiennent de manière à faire oublier ce qu'avait d'imposant et de magnifique l'ancienne voie Appienne. Un canal qui côtoie la route dans toute sa longueur est la seule œuvre romaine que le temps et les hommes aient respectée. C'est là qu'Horace s'embarqua pour aller à Brindes. Et l'on voit de temps en temps naviguer sur ce canal de vieilles embarcations dont le pont couvert d'une large natte abrite les figures malades et jaunies d'une femme et d'un enfant.

A travers les espaces que les arbres du chemin laissaient entre eux se montraient du côté de la mer de longs rideaux de peupliers, des massifs de verdure derrière lesquels se cachaient de pauvres chaumieres dont il serait difficile de trouver en France les analogues, même au milieu des montagnes de l'Auvergne ou du Limousin. Très loin vers la côte, je voyais miroiter de temps en temps les petits lacs qui bordent la Maremme sur toute la longueur du littoral; et enfin toute la plaine jusqu'à la rive du canal était couverte de hautes herbes qui masquaient sans doute cette vase marécageuse où se composent les germes de la maladie. *Latet anguis in herba.* Du côté de la chaîne des montagnes qui borne à l'orient cette vaste plaine, la terre était plus nue ; on y voyait quelque chose de cette teinte grise et désolée qu'on remarque seulement dans la campagne de Rome. Mais le paysage s'animait du côté des Apennins. Des villages, jetés pittoresquement sur les croupes les plus élevées, témoignaient que cette terre n'était pas interdite à des centres assez considérables de populations. Sur cette longue ligne de la voie que nous parcourions, nous désespérions de rencontrer une habitation, une chaumière, lorsqu'enfin le voiturin s'arrêta à la porte d'une auberge d'assez triste apparence, mais qui pour le pays était un palais. Je laissai là mes compagnons de voyage, et je m'avançai dans le désert.

Je fus assez heureux pour rencontrer dans ma courte exploration plusieurs

D'après ce tableau, les hémisphères cérébraux sont, au reste, de l'encéphale (tige céphalique de la moelle et du cervelet).

Dans l'homme	comme	1	est à	0,206
le chien de moyenne taille	::	1	:	0,375
le petit chien	::	1	:	0,446
le cheval	::	1	:	0,463
le chat	::	1	:	0,523
le veau	::	1	:	0,540
le mouton	::	1	:	0,561

Comme on le voit, la prédominance des hémisphères cérébraux ou, par ceux-ci, de l'encéphale entier sur les centres nerveux des sens, de la sensibilité générale et des mouvemens, énorme dans l'homme, tombe brusquement à une moyenne très inférieure dans les animaux, et parmi ceux-ci, diminue graduellement du chien au cheval, puis au chat, au veau et au mouton, suivant un rapport physique et anatomique qui représente assez bien les différences physiologiques que nous sommes à même d'observer entre ces animaux. Ainsi les hémisphères qui forment quatre fois en poids le reste de l'encéphale, dans l'homme, en sont plus du double dans le chien et dans le cheval ; moins du double dans le chat, le veau et le mouton. La différence, qui est de 2 à 1 de l'homme au chien, n'est plus que de $\frac{1}{5}$ à $\frac{1}{16}$ en plus du chien et du cheval sur le veau et le mouton.

En outre, il est remarquable que le cervelet ne décroisse pas autant que les autres organes et se maintienne dans une proportion plus uniforme relativement aux hémisphères cérébraux, comme s'il existait entre eux quelque analogie de fonctions.

Un deuxième rapport est celui des hémisphères cérébraux de l'homme comparés avec ceux des animaux.

Leur poids, qui est de 1095 grammes dans l'homme, étant pris pour unité, ces hémisphères sont à ceux des animaux :

Pour le cheval	comme	1	est à	0,378
le veau	::	1	:	0,193
le chien de moyenne taille	::	1	:	0,075
le mouton	::	1	:	0,050
le petit chien de deux ans	::	1	:	0,034
le chat d'un an	::	1	:	0,019

Il est évident que le poids total de l'animal est pour beaucoup dans la différence de ces rapports, vu la quantité de substance cérébrale étrangère aux fonctions instinctives, et proportionnelle aux masses et aux surfaces des diverses parties du corps, qui est nécessitée pour l'incitation musculaire, la sensibilité générale et les fonctions organiques. C'est comme cela que le chien semble moins bien partagé que le veau. Mais si ses hémisphères cérébraux, $\frac{1}{14}$ de ceux de l'homme, ne sont absolument que les $\frac{2}{5}$ de ceux du veau, il reprend son avantage quand on considère qu'il ne pèse que le $\frac{1}{5}$ (15 kilog. 5) de ce dernier, dont le poids total de 76 kilogr. est celui de l'homme pour des hémisphères cérébraux cinq fois moins pesans. Au contraire, le chien l'emporte beaucoup sur le mouton, quoiqu'avec un poids total près de moitié moindre. Au reste, un exemple comparatif montre la valeur de ces différences. Un petit chien griffon de deux ans et un chat d'un an, sensiblement de même poids, ont offert :

	Cervelet.	Hémisphères cérébraux.	Encéphale entier.
Le chien	7 gr.	37	53
Le chat	4,5	20	32

C'est-à-dire que les masses nerveuses du chat n'étaient que les $\frac{3}{5}$ de celles du chien. Cette différence, je l'avoue, me paraît plus considérable qu'on ne devrait s'y attendre ; mais peut-être aurait-elle diminué après quelques mois d'une proportion assez notable si, comme on peut le supposer, les organes du jeune chat n'avaient pas encore atteint tout leur développement.

Pour un troisième rapport, si l'on fait un même groupe des hémisphères cérébraux et du cervelet, qui semblent inséparables, et qu'on les compare dans l'homme et les animaux avec la tige céphalique de la moelle épinière, on obtient :

	Poids des hémisphères et du cervelet réunis.	Poids de la tige céphalique.	Rapport de la tige céphal. aux hémisph. et au cervelet réunis.
Homme	1236 gr.	85	0,069
Chien de moyenne taille	82	17	0,207
Le petit chien	44	9,5	0,216
Cheval	676	115	0,242
Chat	25,5	6	0,235
Veau	263	62	0,236
Mouton	69	20	0,290

Ici encore les rapports entre les systèmes nerveux sont très significatifs. Celui de l'homme avec le chien, l'animal le plus favorisé, est comme 3 est à 1. Le chat et le veau semblent s'offrir de pair. Quant au cheval, s'il semble relegué un peu plus bas, cela tient à la proportion beaucoup plus considérable de substance nerveuse, tant de l'hémisphère que de la tige centrale, nécessaire pour la masse musculaire et l'activité des mouvemens de ce noble animal.

Au reste, aux hémisphères et au cervelet on pourrait, si la séparation en était plus facile, réunir la couche superficielle de la protubérance qui les unit entre eux et avec la moelle ; car il est remarquable à quel point son volume chez l'homme l'emporte sur celui qu'elle offre dans les animaux, où elle figure comme un cordon d'étranglement entre le bulbe rachidien et les quatre pédoncules. Cette prédominance relative de la protubérance dans l'homme ne semblerait-elle pas indiquer qu'elle participe de la supériorité des nobles organes qu'elle réunit.

Un quatrième rapport dans l'homme et les animaux a pour objet le poids du cervelet comparé avec celui des hémisphères cérébraux pris pour unité.

Il est dans l'homme	comme	1	est à	0,129
le chien de moyenne taille	::	1	:	0,140
le petit chien	::	1	:	0,189
le cheval	::	1	:	0,178
le chat	::	1	:	0,214
le veau	::	1	:	0,246
le mouton	::	1	:	0,210

On voit que dans l'homme, et après lui le chien et le cheval, le poids du cervelet, par rapport au cerveau, se soutient beaucoup plus fort que

troupeaux de buffles dirigés par des pâtres à cheval et à fière apparence, qui ne ressemblaient à aucun des types humains que j'avais rencontrés depuis mon séjour en Italie. Je crois les voir encore le chapeau pointu sur le sommet de la tête, une pique à la main et le manteau roulé majestueusement autour du corps. Je voulus dire quelques paroles à un de ces pâtres dont le regard hardi et la noble contenance m'avaient le plus frappé ; mais son troupeau s'était éparpillé dans la Maremme, et il me quitta brusquement pour faire rebrousser chemin aux buffles égarés. Je regardai longtemps la brillante *fantasia* qu'il décrivit dans la plaine, la pique haute, et le manteau flottant, et je regagnai notre auberge. Là je pus continuer mon observation. L'auberge était gérée seulement par deux habitans. L'un préparait les alimens et l'autre les servait. Ces deux hommes avaient la taille haute et cambrée, et une manière de se poser sur leurs jambes fortes et nerveuses, qui leur donnait une physionomie pleine d'énergie et de résolution. Celui qui nous apporta le poisson à écailles bleues que son frère ou cousin venait de nous préparer, nous servait le chapeau fièrement posé sur la tête, et le manteau retroussé sur le torse et drapé sur le bras droit. C'était vraiment le *vir togatus* de l'ancienne Rome. Si sa tête eût été plus large sur les parties latérales, et son teint moins hâlé par l'action du climat et les traces de la maladie, il m'eût représenté avec une fidélité presque complète des souvenirs qui, comme on le voit, n'ont pas entièrement disparu.

On peut donc dire, avec quelque apparence de raison, que l'ancienne race des maîtres du monde existe encore. S'il m'eût été permis d'aller passer quelques journées dans ces villages que j'apercevais dans le lointain, et où nichent les familles de ces brigands qui détroussent les voyageurs, entre Fondi et Terracine, j'aurais trouvé sans doute les analogues de l'hôtelier des Marais Pontins et des pâtres des troupeaux de buffles. Au milieu de ces régions inexplorées, les types se sont transmis en ligne droite. Il n'y a pas eu de ces mélanges de races qui altèrent la forme primitive, de manière à la faire disparaître complètement. Aussi les reconnaît-on de prime-abord, et remonte-t-on spontanément à leur première origine. C'est bien le regard hardi et la physionomie grave du Romain de pure race. Le dessein général de leur corps rappelle les lignes accentuées que l'art nous a transmises ; il n'y a pas jusqu'à l'habitude du manteau qui ne rappelle la noble élégance de cette toge dont l'agencement faisait si bien ressortir la majesté du patricien romain. Ici une réflexion se présente à l'esprit. Les causes morales agissent sur les races avec plus de puissance que les causes physiques. Le mauvais air, la maladie, respecteront les caractères généraux d'une population, tandis que des mœurs et des idées nouvelles, enfin une civilisation différente produiront d'étonnantes métamorphoses. On doit, il est vrai, compter, parmi les modificateurs les plus puissans, les mélanges des races. Mais la race juive a subi bien des mélanges, son sang a contracté bien des altérations depuis qu'elle a été dispersée dans le monde ; et pourtant on reconnaît encore dans ces physionomies un caractère, une empreinte qui ne s'efface pas. S'ils changeaient de pensée, de religion, de but, il est probable que le signe qui s'est transmis de génération en génération depuis près de deux mille ans finirait par devenir moins visible, et peut-être même par disparaître.

J'avais passé toute une journée dans les maremmes, et je les quittai vers le soir pour gravir la côte qui devait me conduire tout près des montagnes de la Sabine et dans Albe-la-Longue. De l'extrémité septentrionale des Marais Pon-

dans les autres animaux. Parmi ces derniers, par une singularité qui n'existe que pour le cervelet, le mouton semble l'emporter sur le chat et le veau; mais il est évident que cela ne tient pas à la masse plus considéable du cervelet, mais au contraire à l'infériorité relative du cerveau.

Un cinquième rapport montre, dans l'homme et les animaux, le poids de la tige céphalique de la moelle épinière (bulbe rachidien, protubérance, pédoncules cérébraux, couches optiques et corps striés) comparé avec celui des hémisphères cérébraux :

Dans l'homme	comme	1	est à	0,078
le chien de moyenne taille	::	1	:	0,236
le petit chien de deux ans	::	1	:	0,256
le cheval	::	1	:	0,284
le chat d'un an	::	1	:	0,309
le veau	::	1	:	0,293
le mouton	::	1	:	0,351

D'après ce tablean, l'homme est le seul qui offre une supériorité si grande du poids du cerveau sur celui de la tige céphalique représentant les organes des sens, de la sensibilité générale et du mouvement. La proportion decroît ensuite assez régulièrement du chien au mouton, sanf le veau; mais peut-être cette apparence de supériorité relative de ce dernier sur le chat ne dépend-elle que de ce que la tige céphalique n'avait pas pris encore tout son développement proportionnel, en égard à celui du cerveau.

Pour terminer, il ne me reste plus qu'à représenter les divers systèmes nerveux réduits parallèlement à une unité commune.

TABLEAU DE LA FRACTION COMPARATIVE QUE REPRÉSENTE CHAQUE ORGANE NERVEUX DANS L'HOMME ET LES ANIMAUX, LE POIDS DE L'ENCÉPHALE ENTIER DE CHACUN D'EUX ÉTANT EXPRIMÉ PAR 1000.

	HOMME.	CHIEN MOYEN.	PETIT CHIEN.	CHEVAL.	CHAT.	VEAU.	MOUTON.
Moelle épinière	19.68						
Bulbe rachidien et isthme de l'encéphale	21.20	80.81	84.11	86.29	93.75	86.15	112.36
Couches optiques et corps striés	43.15	90.91	93.46	108.29	109.37	104.62	112.36
Cervelet	106.73	101.01	130.84	121.83	140.63	160.00	134.83
Hémisphères cérébraux	828.92	727.27	691.59	683.59	656.25	649.23	640.45
	1000.00	1000.00	1000 00	1000.00	1000.00	1000.00	1000.00
Dont { hémisphères cérébraux et cervelet	935.65	828.28	822.43	805.42	796.88	809.23	775.28
Dont { tige céphalique	64.35	171.72	177.57	194.58	203.12	190.77	224.72
	1000.00	1000.00	1000.00	1000.00	1000.00	1000 00	1000.00

Il n'y a, pour ainsi dire, aucune observation à faire sur ce dernier tableau, qui montre de lui-même les rapports de pesanteur dans lesquels sont entre eux les différens organes d'un même encéphale, et la proportion relative qu'ils affectent les uns à l'égard des autres dans la comparaison des divers organismes. Les chiffres qui n'accusent, de l'homme à l'animal, que de un à deux dixièmes pour la supériorité de poids des hémisphères sur les centres nerveux de la sensibilité et des mouvemens, montrent par cela même la loi générale qui préside à l'organisation des animaux mammifères. Mais, au contraire, ces nombres sont impropres à exprimer la différence réelle, énorme, de l'homme à l'animal, et beaucoup plus faible d'un animal à un autre, qui ne peut ressortir que de la comparaison des poids absolus, comme nous l'avons vu plus haut.

Tous ces faits étant établis, le résultat le plus général de ce travail, et qui me paraît d'un grand intérêt, c'est que les organes nerveux, agens des fonctions, et dont les organes proprement dits ne sont que les expansions matérielles ou les appareils élaborateurs, exigent, pour leurs manifestations, une masse de substance nerveuse d'autant plus considérable que les fonctions elles-mêmes sont plus spontanées, plus indépendantes des lois de la physique et de la chimie générales, et que, loin de pouvoir s'aider de ces lois, elles doivent tout créer en dehors et malgré la résistance du milieu physique.

En sens contraire, la masse nerveuse est de moins en moins considérable à mesure que l'organe, exerçant des actions graduellement physiques, puis chimiques, peut se faire aider par l'action des lois générales de la nature, et que, du reste, il les applique sur de la matière déjà plus élaborée par l'organisme à son usage.

A ce point de vue, les deux grands appareils nerveux vont nous présenter huit sortes de fonctions exercées par des masses nerveuses graduellement décroissantes. Pour plus de clarté, nous ne ferons porter cet examen que sur le système nerveux de l'homme, dans lequel celui de l'animal se

tins jusqu'à la moderne Albano, la route est courte; et loin de présenter la triste monotonie des campagnes que je venais de quitter, elle est animée par de jolis villages, une culture assez bien entendue et la vue d'une population saine et gaie qui n'a pas à souffrir des émanations miasmatiques de la plaine : le mauvais air s'arrête au bas du coteau. La voie Appienne qui traversait Albano se continue du côté de Rome et laisse voir de temps en temps quelques vestiges de son ancien pavé. En sortant de la ville, elle est bordée de vignes, d'arbres verdoyans et de haies vives; mais cette agreste décoration disparaît bientôt, et on voit apparaître tout à coup dans sa tristesse et dans sa solennité la plaine grisâtre et nue qui entoure Rome.

L'*Agro romano* forme un arc immense, dont l'extrémité méridionale est formée par les campagnes d'Albano, l'extrémité septentrionale par les montagnes du Cimino, et la concavité par la chaîne de la Sabine, le mont Soracte et les collines qui s'appuient à leur base et sur lesquelles s'élèvent quelques petites villes, dont la plus fraîche et la plus curieuse à visiter est l'agréable Tibur. C'est entre ses limites qu'est compris le grand désert. Rome ne touche réellement à la campagne cultivée que par le chevet du Vatican. On y voit des jardins et des vignes, et quelques collines dont les molles inclinaisons semblent plutôt appartenir à la main de l'homme qu'au travail de la nature. Mais, en arrivant par Albano, et à mesure qu'on descend dans la plaine, la solitude s'agrandit à chaque instant. Quand la végétation régulière disparaît; on voit apparaître les troupeaux de buffles, cette seule population du désert; et à la place des arbres, ces ornemens ordinaires des routes, même jusqu'à celle des Marais Pontins, on n'aperçoit que des débris de tombeaux et des fragmens de vieux édifices. Cette ancienne terre a surtout un aspect qui impressionne vivement l'esprit en éveillant les souvenirs de son histoire. Elle n'a rien de la couleur brune de la terre vaseuse ou végétale. Elle est d'un gris blanchâtre; et pourtant les roches sont partout de nature volcanique; et on n'aperçoit nulle part des échantillons de ces calcaires blancs dont la décomposition donne aux terrains où ils sont placés des tons de cette nuance. On croit reconnaître que cette plaine a été foulée et remuée par de nombreuses générations, et qu'il n'y a peut-être que de la poussière humaine sur sa vaste étendue. A mesure qu'on avance, on voit se dessiner de loin les arcades nombreuses des aqueducs qui allaient porter le tribut des eaux des montagnes à la ville éternelle. Trois seulement existent encore, les autres sont détruits.

Le désert de la campagne romaine n'a pas cependant toujours été privé de végétation. C'était une terre heureuse et riche du temps de la république; et quand le luxe eut envahi la capitale du monde, ses alentours présentaient le spectacle d'un magnifique jardin. Là d'immenses viviers engraissaient la murène et la lamproie des tables patriciennes; et des armées d'esclaves étaient occupées à ces cultures de luxe qu'exigeait l'entretien des fleurs et des arbres de l'Orient. A cette époque l'air était sain. Les eaux circulaient dans des canaux souterrains ou traversaient la plaine sur les aqueducs; et les terres étaient constamment remuées pour les besoins de la culture. Mais lorsque l'envahissement du luxe changea les habitudes, les riches sénateurs n'habitèrent plus les environs de Rome. Ils transportèrent aux bords du golfe de Gaëte, ou sur le littoral de la mer de Naples, leurs pénates d'été; et alors la Campagne romaine fut abandonnée aux soins de quelques esclaves. C'est à cette époque que la fièvre commença à y fixer son empire. Cicéron, Strabon, Tite-Live parlent de ces maladies

trouve compris, quant à ses fonctions organiques, et dominé dans ses manifestations cérébrales, de toute la hauteur qui sépare l'humble instinct sans conscience de soi-même, de l'intelligence raisonnée qui se connaît.

En preuve des propositions énoncées ci-dessus :

La masse nerveuse totale attribuée à l'organisme pour ses fonctions est absorbée presqu'en entier par l'appareil de relation cérébro-spinal qui constitue proprement l'animal, prend l'initiative de tous les actes pour approprier la matière à l'organisme, et requiert, pour ses fonctions physiques, un nombre considérable d'organes dont la masse ne forme pas moins que les deux tiers du poids de tout le corps. Evidemment, c'est parce qu'il agit de toute manière sur le milieu physique et sur l'organisme, que le système cérébro-spinal offre une masse si considérable, le volume des organes nerveux étant proportionné aux deux conditions qu'ils doivent remplir ; avant tout, la spontanéité de leurs fonctions, puis la nature et le degré de l'action qu'ils exercent sur les corps extérieurs, par les sens pour acquérir une notion exquise de leurs phénomènes, et par les mouvemens pour vaincre partout les résistances de la loi physique.

Dans l'appareil nerveux cérébro-spinal se distinguent quatre sortes de fonctions.

1° La masse nerveuse est énorme pour les manifestations psychologiques de l'homme et instinctives de l'animal, par leur nature spontanée, les plus éloignées des lois de la physique et de la chimie générales. Nous voyons plus haut que cette masse est, chez l'homme ordinaire, au moins le triple; et, chez l'homme supérieur, comme je le démontrerai plus tard, elle est environ le quintuple de celle de tout le reste du système nerveux cérébro-spinal et ganglionaire. Les instincts de l'animal ne paraissent exiger en poids, et sauf la question différentielle de qualité, que du cinquième au sixième environ de la masse de substance nerveuse nécessaire aux manifestations psychologiques de l'homme.

2° Après l'appareil psychique de l'homme et instinctif de l'animal, ou le cerveau proprement dit, se présente, par la masse proportionnelle de substance nerveuse, le cervelet, organe de coordination des mouvemens qui en exprime l'harmonie métaphysique, mais peut-être aussi siége de quelque fonction inconnue plus rapprochée de celles du cerveau.

3° A un degré plus bas viennent les organes qui exercent pour les centres nerveux, et, en quelque sorte, imprègnent de la vie des actions physiques : d'abord les nerfs des sens spéciaux, les plus volumineux de tous en eux-mêmes et par leurs bulbes d'origine, eu égard à leurs organes; puis les nerfs de la sensibilité générale, beaucoup plus forts que ceux du mouvement, dans une même paire; les uns et les autres destinés à nous traduire en impressions propres à l'organisme, les phénomènes du monde extérieur et quelques-uns de ceux du corps lui-même.

4° Enfin, au dernier terme, la fonction purement physique du mouvement, qui a pour objet de dominer la loi de la pesanteur, est commandée par les nerfs les plus petits du système cérébro-spinal.

5° A l'appareil de relation, psychique dans l'homme, instinctif dans l'animal, et en même temps physique dans tous les deux, succède, pour le volume des nerfs, l'appareil intermédiaire ou physico-chimique de la respiration, qui transforme immédiatement un gaz, c'est-à-dire de la matière brute en matière vivante. Cette importante fonction, comme je l'ai démontré dans un autre mémoire, mesure à chaque instant dans tous les animaux, quoique d'une manière inégale, suivant le sexe et l'âge, la somme de forces dont dispose l'organisme. Aussi la masse de substance nerveuse où elle puise son action est-elle encore très considérable : 1° pour l'harmonie physique avec la pression de l'atmosphère ambiante, une grande partie de la moelle épinière, les deux nerfs phréniques et treize paires des nerfs musculaires du tronc ; les onze intercostales, à partir de la seconde, et les deux premières paires lombaires, qui concourent perpétuellement à la respiration pendant le sommeil comme dans la veille; 2° pour l'acte chimique respiratoire, les deux grands nerfs pneumogastriques et leurs anastomoses cervicales avec le grand sympathique.

Après l'appareil physico-chimique respiratoire viennent les fonctions purement chimiques du système nerveux ganglionaire, où nous allons voir aussi la somme de la substance nerveuse diminuer avec l'intensité des actions organiques.

6° En premier lieu, l'appareil digestif, qui commence le système ganglionaire, témoigne par la nature différente, le nombre et le volume beaucoup moins considérable de ses nerfs, qu'il ne travaille plus que sur de la matière déjà préalablement organisée, ou qui a vécu dans d'autres organismes.

L'abondance des nerfs y diminue graduellement de l'orifice d'entrée vers l'orifice de sortie, à mesure que la matière organisée, d'abord étrangère à l'individu, s'y trouve plus élaborée pour ses fonctions.

En avant de l'appareil digestif, les organes qui lui apprêtent l'aliment ont encore besoin du concours du système nerveux cérébro-spinal, mais dans une proportion très inférieure à l'appareil respiratoire, puisqu'elle se borne, pour la mastication, à quelques rameaux du facial, à la branche matrice du trijumeau et à l'hypoglosse, dans la langue et ses muscles auxiliaires; et, pour la déglutition, au spinal et à quelques rameaux des paires cervicales.

L'*estomac*, qui exerce, pour une première élaboration, une double fonction chimique et encore un peu physique, a besoin, 1° comme le poumon, de nerfs très abondans fournis par le tronc mixte, cérébro spinal et ganglionaire du pneumo-gastrique, renforcé par les anastomoses dorsales du grand sympathique; 2° de petits plexus partiels accompagnant les artères, et fournis par les ganglions solaires.

Au-dessus, les nerfs du tube digestif, proprement ganglionaires pour des fonctions purement de chimie vivante, ne proviennent plus que du plexus solaire.

A l'*intestin grêle* appartient le plexus mésentérique supérieur, le plus fort de tous ceux qui proviennent des ganglions solaires, mais dont les nerfs sont beaucoup moins considérables que ceux du pneumo-gastrique à l'estomac.

Enfin, le *gros intestin* est commandé par le plexus mésentérique inférieur, beaucoup plus faible que l'autre pour une fonction moins active. A son orifice cutané, où intervient une fonction physique d'expulsion, il reçoit des nerfs de mouvement.

7° Après l'appareil digestif, les glandes et les membranes, qui n'opèrent que sur le sang, ou le liquide vivant propre à l'individu, et déjà confectionné à son usage par l'ensemble de l'organisme, ont des nerfs ganglionaires encore plus petits.

8° Enfin, les nerfs ganglionaires de nutrition dans tous les tissus, qui ne font plus, en quelque sorte, que mettre en place les élémens déjà tout

---

que les médecins de l'époque avaient déjà constatées. Les invasions des Barbares, en semant de ruines les alentours de la ville, eurent bientôt achevé l'œuvre; et aux dernières années de la période impériale, la maremme romaine était presque ce qu'on la voit aujourd'hui.

Cependant les eaux épanchées ne sont pas en si grande masse dans la plaine qui entoure Rome que dans les Marais Pontins. D'où viennent donc ces fièvres de mauvais caractère et plus souvent mortelles que celles qui se développent de l'autre côté du territoire d'Albano? Y a-t-il une cause plus puissante encore que celle qui produit la maladie dans les Marais Pontins? C'est probable. Les médecins même qui, à l'imitation de Torti, se sont occupés avec le plus de soin de la question, ont négligé ce point de vue, malgré l'intérêt qu'il présente. Il y a pourtant des élémens qui, dans certaines limites, rendent compte de l'intensité plus considérable des miasmes de la Campagne romaine. Comme disposition de terrain, l'*Agro romano* forme un arc de cercle dont la concavité regarde la mer. La barrière montagneuse est moins forte sans doute du côté du nord. Mais là sont situées les maremmes de la Toscane, de sorte que le vent qui souffle dans cette direction apporte de malsaines émanations au foyer, au lieu de le purifier Il n'y a donc de ventilation que du côté de la mer. Mais le long du rivage sont de grands étangs entre lesquels le Tibre se fait jour jusqu'à Ostie ; et le vent d'ouest ne doit pas être plus sain que le vent du nord : il porte comme lui un tribut pestilentiel au grand foyer. Le Tibre, qui traverse toute la campagne, est un moyen de purification. Les flots, en entraînant une masse d'air, entretiennent une ventilation permanente. Mais il ne faut pas oublier qu'ils sont très réduits en été, et que, lorsqu'ils grossissent, ce n'est que par de subites inondations. Il ne faut pas oublier aussi que le fleuve romain est toujours blond *flavus*, c'est-à-dire vaseux, et qu'il abandonne trop souvent aux rives plates qui le bordent les matières terreuses dont il est saturé. D'autres élémens concourent encore à la formation des miasmes. La culture n'existe pas dans la plaine; à peine si on rencontre de distance en distance quelques rares bouquets de pins et de cyprès. Puis, comme je l'ai déjà dit, les aqueducs sont brisés, et les eaux des montagnes qui ne se déversent pas dans le Tibre détrempent les terres et y créent des foyers d'infection; enfin, il y a dans le voisinage de l'ancienne voie Tiburtienne, et presqu'au pied de Tivoli, une solfatare et un lac sulfureux dont les eaux traversent la voie et vont s'épancher où les conduisent les lois de la gravitation et les caprices du hasard. En voilà assez, je crois, pour justifier la triste suprématie de la Campagne de Rome sur les autres maremmes de l'Italie.

Comment corriger cette constitution particulière de la campagne qui entoure Rome? Pie VI a essayé d'y faire pénétrer les améliorations qu'il avait commencées dans les Marais Pontins; et il n'a pas été plus heureux. Il a ordonné des travaux, il a encouragé l'agriculture ; mais le Romain croit aussi peu à la purification des lieux qu'il est obligé de fuir qu'au rétablissement de l'ancien gouvernement impérial. Si les traits physiques du grand peuple sont conservés quelque part, et si on voit encore dans les pays des montagnes des physionomies qui rappellent la puissance et l'orgueil des anciens Romains, le sentiment de la grandeur et la passion des grandes choses ont disparu. Le Romain moderne a oublié le passé, s'endort sur le présent et ne pense jamais à l'avenir.

ED. C.

préparés par l'organisme, sont tellement déliés, que leurs troncs principaux, sur les artères, sont à peine visibles.

CONCLUSIONS.

De l'ensemble de ce travail, il me semble que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° De même que, dans l'homme, comme il ressort de tous les travaux de la science moderne, l'étendue et la variété de l'intelligence sont généralement en proportion de la quantité anatomique de la substance cérébrale, sauf les conditions physiologiques de la texture ; de même aussi, chez les animaux, la précision et la lucidité des instincts paraissent en rapport avec la quantité de la matière cérébrale dans chacun d'eux, sauf également la question de qualité entre les individus d'une même espèce.

2° La somme des instincts, chez les animaux comparés entre eux, est d'autant plus grande que le poids proportionnel des hémisphères cérébraux, et peut-être aussi du cervelet, est plus considérable par rapport à celui des centres nerveux de l'axe cérébro-spinal. Ce sera l'objet d'un autre mémoire de montrer que la supériorité relative du cerveau et du cervelet est encore bien plus grande pour la somme des facultés psychologiques chez l'homme.

3° La vie n'étant que l'harmonie dans l'accord et l'antagonisme, c'est-à-dire une lutte perpétuelle des organismes contre le milieu physique, le système nerveux, l'agent matériel de la vie, exerce trois sortes de fonctions : les premières spontanées ou propres à l'être vivant et qui ne peuvent ressortir uniquement de l'action des lois générales de la nature ; les secondes physiques, les troisièmes chimiques, qui se nuancent d'un groupe à l'autre par des fonctions mixtes intermédiaires.

Les fonctions spontanées indiquent la destination de l'être vivant ; les autres établissent, pour l'entretien du corps matériel, ses rapports avec les lois de la chimie et de la physique générales.

Ces conditions posées :

En dehors de toute question de la qualité relative de substance ;

1° Une masse nerveuse cérébrale, qui est quatre fois celle de tout le reste des organes encéphalo-rachidiens, est exigée pour les manifestations psychologiques de l'homme ;

2° Les instincts de l'animal, sortes d'intermédiaires, à ce qu'il semble, plus rapprochés de l'action physique des sens que de l'intelligence de l'homme, ne requièrent que cinq ou six fois moins de la substance nerveuse qui leur est propre.

Au-dessous, la quantité de substance nécessaire aux organes, pour leurs fonctions, diminue graduellement dans cet ordre.

3° Les sens et les nerfs de la sensibilité générale, organes de physique vivante ;

4° La fonction physique du mouvement ;

5° La fonction physico-chimique de la respiration.

Puis, parmi les fonctions chimiques :

6° La digestion ;

7° Les élaborations organiques ;

8° L'assimilation.

Tels sont les résultats qui ressortent de la détermination en poids de la substance nerveuse. Mais pour si curieux et féconds qu'ils puissent être, pour conclure, à la *quantité anatomique*, il faudrait pouvoir ajouter la *qualité physiologique*, c'est-à-dire un certain arrangement moléculaire plus délicat et plus précis, et peut-être une proportion différente et mieux équilibrée, des élémens de la matière nerveuse, constituant une condition de manifestation plus essentielle à laquelle semble se rattacher l'aptitude spéciale, l'activité, l'harmonie fonctionnelle et quelque chose encore de plus pénétrant, de plus exquis, et par cela même d'indéfinissable, qui imprime un si grand caractère aux manifestations psychologiques de l'homme. C'est que, de même que pour tous les tissus, qui diffèrent dans les animaux, il y a aussi une substance nerveuse propre à chacun d'eux et, avant tous, à l'homme. Gardons-nous donc d'assimiler entre eux des organes dont les manifestations physiologiques, loin d'être généralement analogues, sont partout si profondément différentes. Et comme aucune comparaison ne peut être admise, à cet égard, de l'animal à l'homme, tout en constatant l'énorme différence matérielle qu'elle accuse, avouons que la quantité, qui ne montre que le côté physique d'une question qui ne l'est plus, ne suffit pas à mesurer l'immense intervalle qui sépare l'instinct organique irresponsable de l'animal, du sens moral et de l'intelligence responsable de l'homme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les numéros d'avril et mai 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De la fonction spéciale de la peau* ; par M. Willis. 2° *Sur la physiologie de l'ovaire dans l'espèce humaine* ; par M. Ritchie. (Suite.) 3° *Cas de renversement de l'utérus, suivi de réflexions* ; par M. Barker. (Ce renversement survint sans aucune cause extérieure capable de l'expliquer après un premier accouchement, où l'expulsion du fœtus et la délivrance s'étaient régulièrement et facilement opérés. Une hémorragie considérable l'accompagna. On commença par exercer avec la main une pression prolongée sur l'utérus déplacé, qui formait une tumeur dans le vagin ; après cela, la réduction fut effectuée heureusement.) 4° *Observations de médecine* ; par M. Th. Mayo. (Suite.) 5° *Du choléra dans l'Inde* ; par M. Clark. 6° *Effets de l'opium chez les enfans* ; par M. Taylor. 7° *De la diminution des maladies par l'effet des progrès de la civilisation* ; par M. H. Marx. 8° *Sur l'adhérence du péricarde* ; par M. Barlow. 9° *Naissance d'un fœtus très volumineux* ; par M. John White. 10° *Cas de section de la paroi abdominale, faite avec succès pour l'extraction d'un ovaire malade* ; par M. Atlee. (Incision de neuf pouces de longueur ; section du pédicule de la tumeur entre deux ligatures. La malade fut rétablie dans l'espace d'un mois sans avoir éprouvé depuis l'opération aucun accident grave.) 11° *Sur les fonctions des vaisseaux lymphatiques* ; par M. Robert Willis. 12° *Sur l'ordre dans lequel a lieu la formation et l'union des épiphyses* ; par M. Wilkinson King. (L'auteur pose en principe que la substance osseuse se dépose d'autant plus tôt dans les parties que celles-ci ont à supporter une pression ou une tension plus forte, et il trouve dans l'ordre d'apparition des divers points osseux du squelette la confirmation de cette loi.) 13° *Extraction d'un calcul sans incision de la prostate, par la lithectasie* ; par M. Wright. (La dilatation de l'urètre fut faite durant onze jours ; après quoi, la pierre, trop volumineuse pour être extraite entière, fut brisée en fragmens, qui sortirent facilement. La guérison s'acheva en peu de temps.) 14° *Résumé de l'état présent des connaissances sur la nature de l'inflammation* ; par M. Wh. Jones. 15° *Plaie de la fémorale profonde ; ligature de ce vaisseau et de la fémorale commune* ; par M. Ch. Hall. (La plaie, faite par un couteau, portait à la fois sur la fémorale et sur la fémorale profonde, à sa naissance. On fit trois ligatures extemporanément : l'une sur la fémorale commune, au-dessus de l'origine de la profonde, une autre sur la profonde, au-dessous de la plaie, et la troisième sur la fémorale commune, également au-dessous de la plaie. Le malade mourut douze heures après la blessure, épuisé par l'énorme quantité de sang qu'il avait perdu avant qu'on eût pu lui porter secours.) 16° *Effets de l'opium sur la menstruation* ; par M. Greenhow. 17° *Inflammation et abcès gangréneux des poumons, suite d'un état d'asphyxie partielle, produite par une forte dose d'opium* ; par M. Heaton. 18° *Statistique de cas d'accouchement* ; par M. Ramsbotham. 19° *Cas de diabète sucré* ; par M. John Percy. 20° *Statistique des cas suivis de mort à l'hôpital St-Georges, durant l'année 1843* ; par M. H. Lee. 21° *Sur les moyens de reconnaître la présence de l'arsenic et sur les antidotes de ce poison* ; par M. Shearman. 22° *De la coexistence fréquente des convulsions puerpérales avec l'albuminurie* ; par M. Lever. 23° *Sur la théorie de la menstruation* ; par M. Power. 24° *Cas de rétrécissement de l'urètre* ; par M. Coulson. (L'incision, suivie immédiatement de l'emploi des bougies à demeure, est le mode de traitement que préfère l'auteur.) 25° *Nouvelle application du prisme réflecteur* ; par M. Warden. 26° *Cas d'empoisonnement par l'œnanthe crocata* ; par M. Bossey. 27° *Sur la désarticulation du coude-pied* ; par M. W. Lyon.

TRAITEMENT MORAL DE L'ALIÉNATION MENTALE INTRODUIT A L'HÔPITAL DE BETHLEM.

Le plus ancien asile ouvert aux aliénés en Angleterre, Bethlem, si longtemps soustrait à toute publicité, vient enfin de fournir sa part dans les documens qui sont publiés de toutes parts sur l'aliénation mentale ; non seulement un rapport complet sur cet hôpital vient d'être publié pour l'année 1842, ce qui n'avait pas encore eu lieu pendant les trois siècles qui se sont écoulés depuis sa fondation, mais les portes des salles viennent même d'être ouvertes aux élèves qui voudront y étudier d'une

manière toute pratique les diverses formes de l'aliénation mentale. Ce rapport fournit de longs mais intéressans détails sur les changemens qui ont été apportés dans cette antique institution au traitement des aliénés. On n'a rien négligé sous le point de vue de l'habitation, des travaux, de l'amusement et même des distractions de ces infortunés. Ainsi c'est à Bethlem qu'on a commencé en Angleterre à délivrer les aliénés des chaînes, de la surveillance et de tous les moyens de contrainte personnelle auxquels ils étaient soumis auparavant; aussi eut-on bientôt constaté les heureux effets de ce changement, non seulement sur l'ordre et l'économie de l'établissement et sur la vie matérielle des aliénés, mais encore sur leur cure. Ainsi le chiffre hebdomadaire des malades soumis aux moyens de contrainte qui, avant, était encore de 13 4/5 n'était plus en 1841 que de 9 et en 1843 de 2; en même temps le nombre des guérisons allait en augmentant chaque année, et en 1843 est arrivé à 56 pour 100, le plus élevé qui ait encore été obtenu, celui des morts ne s'élevant pas au-delà de 6 p. 100, tandis que au milieu du siècle dernier on comptait 33 guérisons et 26 morts pour 100.

Tout le service de l'intérieur est fait par les aliénés eux-mêmes qui non seulement exécutent tout ce qui concerne le jardinage, la propreté des cours, etc., mais trouvent encore dans des ateliers qu'on leur a ouverts des travaux réguliers et constans. Les moyens de distraction et de délassement ont reçu aussi de grands accroissemens. Du côté des hommes, on a ouvert une salle de lecture confiée au soin d'un bibliothécaire pris parmi les malades; des jeux d'échecs, de cartes et autres moyens de récréation sont à leur disposition et les femmes ont un piano avec lequel elles s'amusent ou amusent leurs compagnes.

Les bains qui n'étaient obtenus que rarement leur sont maintenant donnés une fois au moins par semaine, et deux fois chaque semaine ils reçoivent du linge blanc. On leur a accordé aussi chaque jour le thé, le café et le sucre, concession qui paraîtra peu importante aux personnes qui ne connaissent pas l'influence de l'habitude, mais au contraire une grande portée faite à ceux qui avaient contracté cette habitude avant leur entrée. Les frais de cette concession ne s'élèvent pas à moins de 400 liv. sterl. par an (10,000 fr.).

Telles sont avec quelques autres encore les modifications qui constituent ce que l'on appelle le traitement moral des aliénés en Angleterre, et qui aujourd'hui sur les instances du célèbre Conolly et de la *Société de médecine des aliénés* est mis en pratique dans presque tous les asiles de l'Angleterre. Ce traitement moral n'est pas tout à fait le même que celui auquel les médecins français donnent le même nom: tandis qu'en Angleterre le cachet de ce traitement et son but à la fois est l'absence de toute contrainte pour l'aliéné (*no restraint*), en France les partisans du traitement moral sont disposés à employer, dans un certain nombre de cas, la contrainte, non plus comme elle l'était autrefois par mesure de sûreté, mais comme un moyen de guérison, comme un puissant levier pour agir sur le moral de l'aliéné. Si cette dernière considération est fondée comme nous le croyons, la médecine des aliénés telle que l'entendent chez nous les partisans du traitement moral serait donc plus avancée en France que de l'autre côté de la Manche. Il y a pourtant ici un point de vue qui nous semble devoir excuser ou plutôt expliquer cette différence; c'est qu'au moment où les chaînes qui liaient les aliénés en Angleterre viennent de tomber il serait imprudent peut-être et peu rationnel de leur en présenter d'autres avant d'avoir fait oublier les anciennes et complètement expérimenté l'absence absolue de contrainte qu'ont systématisée et propagée le docteur Conolly et ses nombreux adhérens avec un élan et une passion véritable que des oppositions assez fortes n'ont fait qu'augmenter.

NAISSANCE D'UN ENFANT TRÈS VOLUMINEUX; par M. WHITE.

Une femme de Preston, âgée de 39 ans, accoucha le 1er avril 1844 de son treizième enfant. C'était une fille, qui pesait 15 livres. La circonférence de sa tête mesurait 15 pouces 3/8. La longueur de son corps était de 24 pouces 1/4. Le placenta ne pesait qu'une livre et quart. Le cordon était remarquablement mince.

Les enfans précédens de cette femme avaient déjà tous offert un développement considérable, quoiqu'elle ne fût pas elle-même beaucoup au-dessus de la taille moyenne.

L'auteur ajoute qu'il n'est pas rare, dans cette contrée, de voir des nouveau-nés du poids de 12, 13 et 14 liv. La moyenne semble y être de 10 à 11 liv. Il est digne de remarque que les adultes n'y atteignent cependant pas en général une stature au-dessus de la moyenne, et que le plus grand nombre reste même au-dessous de cette dimension. Il est très probable, continue M. White, que ceci tient à ce qu'on envoie les enfans très jeunes dans les manufactures. Et ce qu'il y a de surprenant, c'est que, quoique ce travail prématuré affaiblisse leur santé et leur vigueur, ils n'en conservent pas moins le pouvoir de transmettre à leur tour à leurs enfans cette force qu'ils avaient reçue originairement et qui, convenablement ménagée et cultivée, en ferait sans contredit une des plus belles races du royaume.

OBSERVATION D'UN CAS D'INFLAMMATION ET D'ABCÈS GANGRÉNEUX DES POUMONS A LA SUITE D'UNE ASPHYXIE PARTIELLE PRODUITE PAR UNE DOSE DÉLÉTÈRE D'OPIUM; par le docteur HEATON.

Le fait suivant qu'il sera facile de rapprocher d'autres faits semblables recueillis dans des circonstances analogues et déjà publiés, nous paraît propre à jeter quelque jour sur la question si importante de la cause et du mode de production de la gangrène pulmonaire.

OBS. —Mac-Carthy, âgée de 28 ans, grande, forte et d'une complexion sanguine, est admise à l'hôpital du collége de l'université, salle du docteur Williams le 1er mai 1843. Quatre mois auparavant, à l'occasion d'un embarras pécuniaire, elle avala presqu'un plein verre de laudanum dans le but de se détruire; mais comme elle fut prise immédiatement d'abondans vomissemens, elle ne ressentit presque aucun des effets du poison. Au bout d'un mois, les mêmes circonstances l'amenèrent à prendre environ 64 grammes de laudanum qu'elle ne vomit pas cette fois, et c'est sous l'influence des effets de cette forte dose qu'elle est amenée à l'hôpital le lendemain matin. Avec le secours de la pompe gastrique employée immédiatement et des autres moyens usuels, on la fit sortir de l'état de stupeur dans lequel elle était tombée. Au bout de quelques jours, elle offrit des symptômes de pneumonie du côté droit, et, au bout de huit jours, sortit, sur sa demande, de l'hôpital, les accidens inflammatoires n'ayant pas encore complètement disparu, et retourna chez elle dans une habitation froide et obscure. A cette époque, elle avait encore une toux fréquente et incommode, et se plaignait beaucoup d'une douleur dans le côté droit de la poitrine; les crachats avaient une couleur d'un vert sale et une odeur extrêmement fétide, ainsi que l'air expiré. Ces accidens continuant et la malade sentant ses forces décliner rapidement, rentra à l'hôpital le 1er mai, disant que depuis sa sortie elle avait remarqué l'extrême fétidité de ses crachats dans lesquels elle avait observé à plusieurs reprises des débris d'une matière solide, d'un vert très foncé, extrêmement fétide, et que, d'après la description, on ne put rapporter qu'à des portions de poumons gangrénées. Voici les symptômes qu'elle offrit alors: douleur et sensibilité à la pression dans le côté droit de la poitrine, dyspnée et expectoration abondante d'un liquide verdâtre, visqueux, putrilagineux et d'une notable fétidité. La prostration était extrême, l'amaigrissement rapide, la soif vive, la peau moite, le pouls à 80, faible, l'urine normale; à la percussion sur le côté droit, on obtenait un bruit sourd, et à l'auscultation une résonnance notable de la voix; le bruit respiratoire s'entend en avant sous l'aisselle et devient fort et tubuleux, presque caverneux; en arrière on distingue quelques crépitations. Du côté gauche, le bruit respiratoire est très distinct, presque puéril; en arrière, la percussion rend un son sourd, la résonnance de la voix est augmentée, sans diminution du bruit respiratoire. (A prendre par cuillerée une potion composée de teinture camphrée, d'acide nitrique, d'acide hydrochlorique et de décoction de senega; chaque matin, décoction de séné, vésicatoire sur le côté droit.)

Le 4 mai, amélioration; la douleur est diminuée, mais le sommeil reste impossible. (A l'heure du sommeil, prendre un demi-grain d'hydrochlorate de morphine.)

Le 6, la faiblesse de la malade augmente, le pouls est plus faible et plus fréquent; l'insomnie continue; la matité de la partie inférieure du poumon droit augmente, ainsi que la crépitation. (Ajoutez à la potion deux demi-grains de bisulfate de quinine; appliquez dix sangsues sur le côté droit.)

10. La faiblesse de la malade continuant d'augmenter, on lui prescrit du bouillon *(beef-thea)* et trois onces de vin, qu'on est obligé de doubler le lendemain.

Le 15, une bouffissure notable se montre à la surface de la poitrine et au-dessus du mamelon. Sur ce point la respiration est bruyante et tubuleuse. Une douleur vive se fait sentir à chaque inspiration sous l'aisselle droite. (On porte à 20 centigrammes la dose de sulfate de quinine, et on ajoute à la potion une petite quantité de créosote pour corriger l'extrême fétidité de l'air expiré et des crachats.)

Le 20, très vive sensibilité à la région mammaire droite, où la résonnance est beaucoup plus claire et ressemble à celle de l'emphysème ou du pneumothorax. L'affaiblissement et la maigreur font des progrès lents, mais graduels; le pouls devient plus petit et plus fréquent. Des transpirations abondantes ajoutent à l'épuisement de la malade, que fatiguent aussi beaucoup la toux fréquente et l'expectoration abondante d'un liquide ordinairement aqueux, et qui entraîne des masses floconneuses d'une couleur très foncée.

Le 26, à tous les accidens se joignent des vomissements d'une quantité considérable d'un liquide mêlé de beaucoup de bile jaune.

Le 2 juin commence la diarrhée qui réduit le malade au dernier degré de la prostration; elle meurt le 4.

AUTOPSIE après 24 heures.

THORAX. — On cherche en vain, et sans prendre toutes les précautions nécessaires, à reconnaître s'il y a de l'air épanché dans la plèvre droite. Le poumon gauche est pourtant adhérent par de fausses membranes récentes; son lobe supérieur est farci de tubercules gris, qui semblent ne former qu'une seule masse, et présente sur un point une petite cavité d'origine tuberculeuse, évidemment en voie de guérison, ne contenant qu'un peu de matière crétacée pâle et entourée de toutes parts de tissu induré et de tubercules miliaires. Les parties postérieures et inférieures sont d'une couleur foncée, indurée et approchant sur quelques points de l'hépatisation. Tout le tissu était ramolli et offrait dans l'inté-

rieur une petite cavité plus grande qu'une amande, à parois irrégulières, à couleur foncée, formée au milieu du tissu pulmonaire, à l'état de ramollissement et avec gangrène, et contenant une petite quantité d'un liquide purulent d'une odeur désagréable. Du côté droit, les plèvres étaient aussi adhérentes par des fausses membranes récentes, excepté en arrière, où elles étaient fort anciennes, et occasionèrent, au moment où on voulut détacher le poumon des côtes, une large déchirure dans le tissu du poumon, et par laquelle il sortit de 130 à 150 grammes d'un liquide purulent et veineux, d'une odeur insupportable. Cette grande excavation contenait en outre une masse d'une matière gangréneuse, noire, qui avait évidemment fait partie du tissu pulmonaire; elle occupait une grande partie des lobes supérieur et moyen, et ses parois présentaient la même disposition filamenteuse et gangréneuse que la masse qu'elle renfermait. Autour étaient d'autres petites cavités qui communiquaient avec elle. Le lobe inférieur du poumon avait une couleur rouge, comme celui du côté opposé. Au point où le poumon était si fortement adhérent aux parois de la poitrine, les muscles internes étaient pâles et ramollis, et la séreuse avait entièrement disparu. Le cœur et les viscères abdominaux n'offraient rien de très anormal.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les considérations qu'il présente à l'occasion de cette intéressante, mais longue observation. Bornons-nous à dire qu'il attribue avec bien de la raison la gangrène pulmonaire à la stase du sang dans le parenchyme pulmonaire, causée elle-même par l'asphyxie, laquelle elle-même a été le résultat des effets stupéfians d'une dose délétère d'opium, dont l'influence a été assez puissante pour suspendre, au moins momentanément, les mouvemens respiratoires. Mais il croit avoir besoin, en outre, pour expliquer la transformation gangréneuse du tissu pulmonaire, de faire intervenir l'inflammation au milieu de cette suite de causes et d'effets. Cette intervention de l'inflammation nous semble peu probable, et si elle a eu lieu, ce qui ne ressort pas évidemment du récit que nous venons d'analyser avec toute l'attention possible, ce n'a pu être qu'après la mortification du tissu cellulaire, qui, devenu partie étrangère, a dû réagir sur les parties voisines, restées saines, ou non complètement désorganisées. Si pourtant l'état de stupeur dont ces dernières ont été frappées également, bien qu'à un faible degré, a pu permettre une réaction inflammatoire et fébrile, pour nous, il nous semble qu'il n'y a eu dans ces cas qu'extravasation du sang pulmonaire, qui, par l'accès de l'air du dehors et le défaut de réaction de l'organisme, a réellement fait place à la gangrène pulmonaire.

NOUVELLE APPLICATION DU PRISME RÉFECTEUR; par M. WARDEN.

Le procédé que M. Warden recommande d'après l'expérience très heureuse qu'il en a déjà faite a pour but de mieux éclairer certaines parties de l'organisme que leur situation profonde rend peu accessibles à l'exploration pratiquée par les moyens ordinaires. Une description succincte de cet instrument suffira pour faire juger du résultat qu'il donne et pour mettre les praticiens à même de l'exécuter à peu de frais.

Supposez, par exemple, qu'on veuille examiner la membrane du tympan. On place d'abord dans le conduit auditif un cône creux, en forme de spéculum. Son extrémité externe porte plusieurs pas de vis creusés sur sa face extérieure. La seconde pièce est une plaque métallique, un peu épaisse, percée vers l'un de ses bouts d'un trou dont le diamètre (d'un demi-pouce) correspond à celui de l'extrémité du spéculum; comme celle-ci, le trou de la plaque porte une vis creusée, de sorte qu'on adapte ainsi solidement le spéculum dans le trou de la plaque. Maintenant, du milieu de cette dernière, s'élève une branche courbe, articulée avec la plaque, de manière à se mouvoir sur elle. Cette branche sert de support à un prisme de cristal qui est placé au niveau de l'ouverture dont nous avons parlé. Le prisme lui-même est mobile et peut tourner sur son axe; mais on peut également lorsqu'on le désire le fixer à l'aide d'une vis dans une position donnée.

Tout étant ainsi préparé, le chirurgien se place à côté du malade, et tourne l'une des faces du prisme vers le point d'où vient la lumière, faisant varier sa direction jusqu'à ce que le faisceau lumineux tombe en plein dans le conduit auditif et éclaire convenablement la surface que l'on veut examiner. Avec un peu d'habitude, cet ajustement est la chose du monde la plus facile.

La théorie du mécanisme par lequel la lumière se reflète du fond du cône à l'œil de l'observateur n'a pas besoin d'explications pour être bien comprise. Il est non seulement de remarquer que la lumière qui est ici employée n'est pas de nature à éblouir, mais qu'elle est, au contraire, naturelle et telle que celle avec laquelle les yeux sont habituellement familiarisés. Aussi ce mode d'éclairer les objets ne nécessite-t-il pas un aussi long exercice et n'est-il point susceptible de donner lieu aux mêmes illusions que les lentilles, les miroirs convergens et autres moyens analogues dont on se sert ordinairement pour concentrer les rayons lumineux.

Remarquons encore que, avec le prisme, la lumière n'est point interceptée par l'ombre de l'observateur, comme cela arrive toutes les fois que celui-ci est éclairé par un corps lumineux placé derrière lui. Aussi sera-t-il ainsi beaucoup plus facile d'accomplir toutes les manœuvres qu'exige l'exploration et même de pratiquer les opérations chirurgicales, sans être exposé à perdre de vue l'objet sur lequel on opère et sans avoir besoin de changer la position du système d'éclairage, à mesure que l'on change soi-même d'attitude.

Enfin, une dernière observation fort importante, c'est que, en plaçant un prisme à l'angle d'un tube courbe, dont l'orifice extérieur serait lui-même éclairé par un second prisme, selon le procédé que nous venons de décrire, on aurait le moyen d'examiner les conduits les plus sinueux et des cavités qui, avec nos appareils actuellement usités, sont inaccessibles à la vue. Ainsi on pourrait voir l'orifice de la trompe d'Eustachi, la glotte, etc., on aurait la faculté d'examiner les corps étrangers arrêtés dans la gorge.

Toute surface placée à moins de 12 pouces de profondeur pouvant ainsi être explorée, malgré l'étroitesse et la courbure du canal qui la fait communiquer avec l'extérieur, on comprend aisément tout l'avantage que donnerait cette méthode pour le diagnostic et le traitement des maladies du rectum, des rétrécissemens de l'urètre et en général de toutes les affections des voies urinaires.

SUR LA DÉSARTICULATION DU COUDE-PIED; par M. LYON.

M. Lyon a pratiqué avec succès sur un jeune homme atteint d'une carie étendue du tarse cette opération que M. Syme a récemment essayé de remettre en honneur. Il a fait la section des parties molles, selon le conseil du chirurgien d'Edimbourg, en taillant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur. Le seul accident qui soit venu entraver la cure a été la mortification du bord antérieur du lambeau. Ceci, du reste, semblerait être un résultat du procédé même; car cette gangrène a aussi été observée dans l'un des deux cas rapportés par M. Syme.

M. Lyon, cherchant les moyens de la prévenir, établit d'abord qu'elle tient surtout au peu de vitalité de cette partie. Il faut donc lui fournir des moyens de nutrition supplémentaires, et pour cela provoquer autant qu'on le pourra la prompte adhésion de ce lambeau postérieur avec l'antérieur, afin que le sang passe de celui-ci dans l'autre que menace la gangrène. Il faudra, en second lieu, s'abstenir, dans le pansement, d'exercer la moindre pression sur le lambeau postérieur. La suture serait donc le meilleur moyen d'union, puisqu'elle assurerait l'adhésion primitive sans nécessiter la moindre compression, inconvénient inhérent au contraire aux bandelettes agglutinatives, ainsi qu'à toute espèce de bandage unissant.

— Ces vues semblent au premier coup d'œil fort rationnelles. Il y a cependant une objection à leur adresser: si le lambeau postérieur n'a qu'une vitalité languissante, il est douteux qu'il puisse contracter avec l'antérieur cette adhésion sur laquelle on compte pour le nourrir. Le but, en un mot, est bon, l'indication paraît bien établie; mais il est plus que probable que le motif même qui impose celle-ci empêchera toujours qu'elle puisse être remplie.

OBSERVATIONS D'EMPOISONNEMENT PAR L'OENANTHE CROCATA; par le docteur BOSSEY.

OBS. — Vingt-un condamnés étaient employés le 4 février 1843 aux travaux sur le bord du canal de l'arsenal de Woolwich; à onze heures, huit ou dix d'entre eux s'étaient approchés, pour nettoyer leurs outils, d'un étang voisin où il y avait une assez grande quantité d'*œnanthe crocata*. L'un d'eux, prenant cette plante pour du céleri, en arrache un pied, le lave, le goûte et en offre à ses compagnons, qui aussitôt en arrachent une plus grande quantité qu'ils mangent et distribuent à tous les autres ouvriers. Vingt minutes après onze heures, au moment où ils allaient se mettre en rang pour aller dîner, et lorsque plusieurs mangeaient encore ces racines dont leurs poches étaient pleines, l'un d'eux fut pris subitement de convulsions qui ne durèrent que peu de temps, mais lui laissèrent une extrême pâleur, un aspect hagard, et ne tardèrent pas à le reprendre. Pendant qu'on s'occupait de lui, un second individu tombait dans le même état, puis un troisième et même un quatrième. Arrivé à environ midi moins un quart pour leur donner des secours, je vois neuf hommes, tous jeunes et forts, se débattant dans de violentes convulsions et sans connaissance. Trois, dans l'état le plus déplorable, étaient sous un hangar, trois venaient de tomber dans la cour, et trois autres se débattaient dans les convulsions sur le pont du navire.

Des trois premiers, Wilkinson était évidemment mourant, la face congestionnée et livide; l'écume sanguinolente qui sortait de sa bouche et de ses narines, sa respiration stertoreuse et convulsive, la prostration et l'insensibilité complètes ne laissaient aucun espoir. Tout ce qu'on put faire fut de lui soulever la tête et les épaules; au bout de cinq minutes il était mort.

Knight, le second qui avait eu de violentes et nombreuses convulsions, était presque dans le même état apoplectique, sans connaissance, sans parole, les pupilles dilatées, la face tuméfiée et livide, respirant avec peine et ses membres agités de fréquentes convulsions. Ne pouvant lui rien faire avaler, on écarte avec

force la mâchoire inférieure, malgré la résistance des muscles voisins, et on établit dans son estomac, au moyen de la pompe gastrique, un double courant d'eau tiède qui entraîne quelques feuilles; mais la violence des spasmes ne permettait que difficilement la manœuvre de l'instrument. Il meurt au bout d'un quart d'heure.

Le troisième, Wilson, avait aidé à porter les deux premiers, et quand il fut arrivé près de la cour, on le vit pâlir et être pris de convulsions tellement violentes que plusieurs hommes très robustes avaient peine à le retenir. Après l'accès, il resta tranquille, recouvra un peu connaissance et put avaler une solution émétique de sulfate de cuivre. Il n'y eut pas de vomissemens, les convulsions recommencèrent; la pompe gastrique ne retira que des liquides de l'estomac, puis, à une seconde application, quelques débris de racines et de feuilles; mais les accès de convulsions reviennent et se succèdent avec rapidité. Mort pendant l'un de ces accès, à midi et demi.

Des vomitifs de sel et de moutarde administrés à ceux qui étaient tombés dans la cour amènent des vomissemens abondans et surtout une grande quantité de débris de racines imparfaitement mâchées, et dont la sortie est suivie d'un soulagement notable. Chez eux, les convulsions cessent, le sentiment et la raison reparaissent; mais il reste des étourdissemens, la pâleur de la face, la dilatation de la pupille, le froid des extrémités, des frissons, une extrême faiblesse et le pouls lent et très faible. De nouveaux vomissemens provoquent la sortie de nombreux débris de racines. Des frictions chaudes sont pratiquées sur les extrémités, tandis qu'à l'intérieur on administrait de l'ammoniaque et le rhum avec un gruau clair, jusqu'à ce que la réaction fût établie complètement.

Les sels de cuivre et de zinc à dose émétique furent enfin administrés aux trois malades qui étaient sur le pont du navire, et de fortes saignées leur furent faites du bras et de la jugulaire. On n'obtint quelques débris de la racine qu'ils avaient mangée que par la pompe gastrique. En même temps, on calmait un peu leurs spasmes par l'emploi d'affusions froides sur la tête. Chez trois, les accès perdirent peu à peu de leur intensité et furent remplacés par un état de délire maniaque, avec agitation des membres, et, au bout de quelques jours, on transporta les malades à l'hôpital. Chez un autre, tous les moyens restèrent sans action, et la mort arriva un quart d'heure avant une heure. Comme dernière ressource, on crut devoir ouvrir la trachée et entretenir la respiration artificiellement, mais la vie était entièrement éteinte.

La plupart de ceux qui avaient mangé de ces funestes racines, voyant ces accidens graves se développer chez leurs compagnons, prirent avec succès de l'eau salée pour vomir, et n'éprouvèrent aucun des symptômes de l'empoisonnement. D'autres ne ressentirent que quelques étourdissemens et des menaces de syncope, et à six heures du soir on en trouva sept qui avaient besoin d'être saignés et qui furent envoyés à l'hôpital. Là on leur administra des purgatifs et des stimulans, et deux encore y succombèrent, malgré les soins, l'un le neuvième et l'autre le onzième jour de la maladie. Les autres sortirent rétablis au bout de quinze jours et d'un mois. Tous les deux étaient sortis le cinquième jour comme rétablis; mais, ayant été pris de nouveau de syncope, ils rentrèrent à l'hôpital, y furent soumis de nouveau à l'action des purgatifs, qui leur firent rendre encore par les selles des débris de la racine vénéneuse après les sixième et septième jours.

Ainsi, sur six morts produites par cette funeste plante, quatre eurent lieu dans l'heure qui suivit l'ingestion, et deux au bout de plusieurs jours, et toujours par l'effet des accidens primitifs, savoir : la disposition à la syncope et à la prostration. Ce qui ajoute encore à l'intérêt de cette observation, c'est que les symptômes n'ont pu être combattus avec efficacité par les moyens stimulans, qui n'amenaient qu'une réaction difficile et accompagnée d'une irritabilité toute spéciale. Il est probable cependant que cette continuation des mêmes accidens pendant toute la durée de la maladie a moins tenu à l'énergie de la première impression reçue par l'économie qu'à la continuation de l'influence de la substance malfaisante à mesure qu'elle s'avançait dans le canal digestif.

L'autopsie de ces sujets morts à des époques aussi différentes n'a pas offert moins d'intérêt. Chez ceux qui ont succombé quelques instans après l'ingestion de la substance délétère, le sang était partout fluide, extravasé sur une foule de points et surtout dans les poumons, où il y avait de larges plaques apoplectiques, accumulé surtout dans le système veineux, ce qui occasionnait une injection extrêmement prononcée de tous les tissus du cerveau et de toutes les membranes. Chez quelques-uns, il y avait une grande quantité de sérosité infiltrée dans les membranes du cerveau, elles-mêmes fortement injectées. Chez un seul, les deux hémisphères cérébraux étaient recouverts d'une couche de sang épanché au dessous de la pie-mère. L'estomac et les intestins, injectés aussi et distendus par des gaz, contenaient des débris nombreux de la racine ingérée. Ils étaient tapissés par une couche muqueuse qui recouvrait des follicules très nombreux et très saillans. En interposant ces tissus entre le soleil et l'œil, on reconnaissait que leur injection foncée ne dépendait que de la plénitude des vaisseaux veineux sur le trajet desquels on distinguait de très petites, mais très nombreuses extravasations de sang. La trachée et les bronches étaient contractées et aussi fortement injectées de sang noir, que dissimulait une couche mince de mucosités rougeâtres qu'on retrouvait remplissant les petites ramifications bronchiques.

Chez les deux qui succombèrent après une lutte de quelques jours, on trouva des adhérences récentes avec épanchement dans les plèvres, dans le péritoine, un développement plus considérable des papilles de la langue et des follicules de l'estomac, de l'œsophage et des intestins; les poumons offraient des points d'hépatisation et de nombreux points d'extravasation qui remontaient probablement aux premières convulsions.

Nous voudrions bien pouvoir signaler quelques-uns des points de vue importans qu'offre l'historique si remarquable de cet empoisonnement, et que nous avons à regret beaucoup abrégé; mais les phénomènes y sont tellement tranchés que leur véritable caractère ne peut échapper à l'homme qui voit dans l'économie animale autre chose qu'un simple creuset ou qu'une occasion de se distinguer et de faire parler de soi.

II. THE LANCET.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Anatomie microscopique de la rate chez l'homme et chez les mammifères;* par M. Evans. 2° *Trachéotomie dans un cas d'asphyxie; soulagement d'abord, puis mort par un anévrisme qui s'était ouvert dans la trachée;* par M. Indd. (La tumeur anévrismale siégeait sur la portion ascendante de l'aorte.) 3° *Erysipèle idiopathique;* par M. Chippendale. 4° *Sur le traitement des fractures du radius;* par M. O'Shea. (L'auteur insiste sur la nécessité de placer l'avant-bras en supination pendant qu'on applique l'appareil. En le tenant dans la pronation, le radius croise le cubitus, et les attelles maintenant ensuite cette attitude, l'espace interosseux est ainsi détruit, au grand détriment des mouvemens du membre.) 5° *Des rapports qui existent entre l'aliénation mentale et l'état du sang;* par M. Sheppard. 6° *Note sur les animalcules trouvés dans l'estomac du* lepas anatifera; par M. Hamlin Lee. 7° *Des blessures de l'œil;* par M. Coote. (Rien qui mérite une analyse détaillée.) 8° *De l'emploi des lotions alcooliques dans la phthisie pulmonaire;* par M. Marshall Hall. 9° *Physiologie et pathologie de la salive;* par M. Wright. 10° *Cas de colique hépatique terminée par la mort;* par M. Walker Wood. 11° *De l'allaitement et des tranchées utérines;* par M. Tyler Smith. 12° *Cas de monstruosité;* par M. Robert Dunn. (Absence des membres abdominaux, de l'anus et des parties génitales.) 13° *Sur le* vitiligo infantilis; par M. Horne. 14° *De la cure de l'hydropisie ovarique sans incision de l'abdomen;* par M. B. Brown. (Le traitement consiste en frictions mercurielles sur le ventre, le mercure donné à l'intérieur jusqu'à salivation et aidé par l'emploi simultané des diurétiques et des toniques. Une bande de flanelle est maintenue très serrée sur l'abdomen. Il faut aussi évacuer de temps en temps le liquide par la ponction. L'auteur cite 4 cas de guérison; mais ils ont trait à des femmes de 15, 17, 19 et 20 ans, ce qui les fera sans doute paraître un peu moins probans.) 15° *Sur l'épanchement pleurétique chronique;* par M. Rich Chambers. 16° *Cas de laryngite aiguë;* par M. Thompson. 17° *Hémorragie mortelle par les vaisseaux de l'œuf;* par M. Meadows. (Une femme étant morte en peu d'heures, on trouva à l'autopsie un vaste épanchement sanguin dans le bassin. Le sang provenait d'un kyste fœtal développé dans la trompe de Fallope droite. Le fœtus avait près de sept semaines. Quoique l'œuf ne fût point descendu dans la matrice, la surface de ce viscère était couverte d'une membrane caduque très bien formée, de 2 lignes d'épaisseur.) 18° *De la cause prochaine de l'aliénation mentale;* par Whitemann. 19° *Considérations sur la dilatation artificielle du col utérin;* par M. John Breen. (L'auteur est partisan de cette pratique, quand le travail menace de traîner en longueur.) 20° *Cas d'excroissance fongueuse du col de l'utérus;* par M. Bedingfield. 21° *Cas de paraplégie;* par M. Gorham. 22° *Grossesse méconnue et traitée pour une hydropisie de l'ovaire;* par M. Mageniss. (La grossesse était déjà parvenue au septième mois, et le médecin, qui croyait à une hydropisie ovarique, proposait la ponction.) 23° *Cas d'hydrophobie;* par M. Walton. 24° *Des motifs sur lesquels repose l'usage de scarifier les gencives durant le travail de la dentition;* par M. Marshall Hall. 25° *Convulsions puerpérales à huit mois de grossesse, traitées heureusement par la provocation de l'accouchement prématuré;* par M. Bree. (Il s'agit moins de l'accouchement lentement provoqué, tel que nous le connaissons en France sous le nom d'*accouchement prématuré artificiel*, que d'une dilatation forcée du col qui, dans ce cas, a été faite avec le doigt de manière à déterminer l'expulsion du fœtus en cinq heures. L'enfant était mort; la femme guérit.) 26° *De l'allaitement, des tranchées et du traitement des femmes après l'accouchement;* par M. Paterson. 27° *Vice de situation de l'aorte et des branches qu'elle fournit dans le thorax;* par M. Brent. 28° *De la durée du travail de l'accouchement et de la longueur du cordon ombilical;* par M. G.-Y. Hunter. (D'après un relevé de 123 cas, l'auteur conclut que la dimension plus ou moins longue du cordon n'a aucune influence sur la durée du travail.) 29° *Observations pratiques sur les efforts curatifs de la belladone dans certaines affections du système nerveux;* par M. Hutchinson. 30° *Des révulsifs et du temps nécessaire pour que leur action s'exerce sur la peau;* par M. Atkinson. 31° *Luxation du carpe en arrière;* par M. Fitzpatrick. (Trop peu de détails sont donnés pour que ce fait, observé sur le vivant, puisse avoir la moindre valeur dans la question de la possibilité des luxations du poignet.) 32° *Sur l'usage et*

l'abus de la gélatine dans le régime des invalides; par M. Walker. 33° *De la théorie et de la pratique de la médecine chez les modernes;* par M. Mackin. 34° *Sur les progrès des connaissances médicales;* par M. Edward Binn. 35° *Evolution spontanée dans une présentation du bras;* par M. John Edwards. (Sous l'influence de contractions utérines vigoureuses que l'accoucheur aida un peu *par une douce pression*, l'extrémité pelvienne prit la place du bras et de la tête qui paraissaient auparavant être enclavées. L'enfant vint mort; mais il était à terme.) 36° *Sur les propriétés curatives de la naphthe dans la phthisie;* par M. Powell. 37° *De la nature du rhumatisme aigu et des moyens de prévenir l'affection du cœur qui accompagne cette maladie;* par M. Furnivall. 38° *Observation d'hydropisie de l'ovaire;* par M. Wilkins. (Une malade atteinte d'hydropisie ovarique est, de temps en temps, saisie de douleurs dans l'abdomen avec fièvre; la sécrétion urinaire s'active en même temps considérablement et la tumeur diminue. Bientôt après, elle revient à son premier volume jusqu'à un nouveau retour des mêmes symptômes. La malade est actuellement dans le même état.) 39° *Observations sur les accouchemens;* par M. Tyler Smith. 40° *Empoisonnement par l'huile essentielle d'amandes amères;* par M. W. Smith. 41° *De l'usage de l'atropine comme remplaçant la belladone;* par M. White Cooper. 42° *Hémorragie après la délivrance;* par M. Hicks. (Dans ce cas, l'introduction de la main et l'extraction des caillots ont suffi pour faire cesser l'hémorragie.) 43° *De la mortalité selon les différens âges, dans certaines maladies;* par M. Watt. 44° *Sur la pesanteur spécifique de l'urine en santé et en maladie, et spécialement dans le diabète et dans la dégénérescence granuleuse des reins;* par M. E. Day. 45° *Du traitement du rhumatisme aigu par le nitrate de potasse et par le sulfate de quinine à haute dose;* par M. Henri Bennett. 46° *De la recherche des poisons en général, et d'un nouveau et excellent moyen pour découvrir et déterminer la quantité d'arsenic;* par M. Fresenius. 47° *Observations sur la phthisie pulmonaire;* par M. Boyd. 48° *De la suppression des fonctions de la peau comme cause d'albuminurie;* par M. G. Ross. 49° *Cas de mamelon supplémentaire;* par M. Chowne. 50° *Cas de tumeur de l'ovaire mettant obstacle à la parturition;* par M. Headland. 51° *Remarques relatives à la pratique des accouchemens;* par M. Hall-Davis. 52° *Faits pratiques et observations sur les maladies des femmes et sur quelques sujets tenant à l'art des accouchemens;* par M. Henning. 53° *Sur l'excision des dents;* par Smethurst. (Accidens graves survenus chez un jeune homme à la suite de la section de la couronne d'une incisive sur la racine de laquelle on avait ensuite placé une dent artificielle à pivot. Un abcès gingival avait déterminé tant de tuméfaction que la bouche ne pouvait s'ouvrir.) 54° *De l'hydrophobie et de son traitement;* par M. T. M. C. 55° *Des tubercules pulmonaires chez les enfans;* par M. Cassels. 56° *Des substances vénéneuses; des dangers de leur usage inconsidéré et de leurs antidotes;* par M. Lefèvre. 57° *Sur le traitement du* lepra vulgaris; par M. Johns Ch. Hall.

De l'érysipèle idiopathique; par M. Chippendale.

Le traitement que propose l'auteur a quelque chose d'original, caractère qu'il est rare de rencontrer dans l'histoire d'une maladie aussi étudiée sous toutes ses faces que l'a été celle-ci. Il commence par administrer le premier jour un purgatif énergique avec le calomel ou l'aloès. A partir de ce moment, il fait prendre, toutes les quatre ou cinq heures, au malade, une once d'un mélange fait avec 1 ou 2 onces d'infusion de séné, et 6 ou 7 onces de décoction de quinquina. Pour toute application locale, il couvre les parties malades de linges imbibés d'eau blanche.

Avec ce traitement, dit M. Chippendale, une affection qui, sous l'influence d'autres moyens, dure de huit à douze jours, se termine en général dans l'espace de quatre ou cinq.

Sur l'emploi des lotions alcooliques dans le traitement de la phthisie pulmonaire; par le docteur Marshall Hall.

Si cette publication ne portait pas le nom d'un homme connu dans la science, et dont nous n'avons aucun motif de suspecter la véracité, nous l'aurions à peine remarquée; mais quand il est question d'un soulagement apporté dans une maladie aussi fréquente et aussi réfractaire à toute médication que la phthisie, et quand l'assertion est formulée par un homme qui a déjà beaucoup contribué au progrès de la science, nous ne pouvons nous dispenser de la faire connaître, quelqu'inexplicable qu'elle nous paraisse par nos petites théories, et quelque peu de confiance qu'elle nous inspire réellement.

Tant de personnes affectées de phthisie commençante, dit M. Marshall Hall, indiquée par la matité à la percussion, par une pectoriloquie non douteuse au dessous de la clavicule, par l'hémoptysie, les frissons, les accès fébriles, la transpiration matinale ont été soulagées et rendues à toutes les apparences de la santé par le moyen dont je vais parler, que je ne puis m'empêcher de lui attribuer une grande efficacité.

Ce moyen consiste dans l'emploi d'un mélange composé d'une partie d'alcool sur trois parties d'eau que l'on applique la première fois tiède et ensuite à la température extérieure, en petite quantité chaque fois, et de cinq minutes en cinq minutes, avec toutes les précautions nécessaires pour que le mélange soit toujours de la même force (si on l'appliquait moins fréquemment et en plus grande quantité, l'alcool s'évaporerait, l'eau seule resterait et produirait un effet désagréable au lieu de la sensation de chaleur que détermine l'alcool). L'application en est facile : on prend un morceau de linge doux de la largeur d'une feuille de papier à lettres, que l'on ploie plusieurs fois sur lui-même de manière à ce qu'il présente six largeurs, puis on l'étend sur la partie antérieure et supérieure du thorax, immédiatement au dessous des clavicules; on l'attache aux bretelles ou à toute autre partie du vêtement, mais de manière à ce qu'il porte à nu sur la peau, et à ce que la chemise et les autres pièces du vêtement puissent être écartées et rapprochées facilement. On plonge alors dans la dissolution alcoolique une éponge du volume d'une noisette et dont on exprime le contenu à la surface de la compresse; puis les vêtemens sont fermés.

Cette opération ne demande pas plus de cinq secondes et doit être répétée toutes les cinq minutes, et ne doit être interrompue que pendant le sommeil. Le malade doit être habillé légèrement, et il est bon même que la compresse ne soit pas recouverte, afin de faciliter la libre et rapide évaporation.

L'auteur se défend de louer ce moyen outre mesure; mais il n'hésite pas à affirmer qu'il lui a été plus utile pour arrêter la production et le ramollissement des tubercules des poumons, qu'aucun de ceux qu'il a pu employer, et le nombre des malades qu'il dit avoir échappé, sous son influence, aux progrès de la phthisie, et dont beaucoup ont depuis vécu en bonne santé, ne lui permet pas de douter qu'il n'exerce réellement une action bienfaisante dans le traitement de la phthisie. Il cite même, mais d'une manière trop abrégée pour que nous les reproduisions ici, quelques-uns des faits les plus remarquables de ce genre qu'il a observés, et dont les sujets, après avoir offert pendant un temps plus ou moins long tous les signes physiques et pathologiques de la phthisie pulmonaire, ont recouvré toutes les apparences de la santé.

De l'allaitement et des tranchées utérines; par M. Tyler Smith.

C'est pour répondre à un désir exprimé par M. Marshall Hall que ce travail a été composé. Ce physiologiste avait demandé à l'auteur de rechercher quelles applications on pourrait faire de l'étude de l'action nerveuse excito-motrice à l'histoire de l'accouchement. Quoique le présent mémoire ne réponde pas précisément à cette question, il contient, sur la sympathie qui existe entre l'utérus et les mamelles, des remarques qu'il ne sera pas sans intérêt de trouver ici réunies.

La sécrétion du lait est certainement sous l'influence d'une certaine excitation de l'utérus. Le simple attouchement des parties génitales, la vue même de leur nourrisson, déterminent chez les mères une sensation particulière dans les seins. — Le docteur Good rapporte que les Tartares ont l'habitude de titiller le vagin de leurs jumens quand ils veulent en obtenir une quantité plus considérable de lait. De là vient aussi que la sensation dont nous parlions tout à l'heure se manifeste souvent dans les seins à l'époque des règles, même chez les femmes qui ne nourrissent pas.

De même que toutes les sympathies, celle-ci produit l'effet contraire lorsqu'elle est portée au delà d'un certain degré. Ainsi, il est de notion vulgaire qu'une affection utérine un peu violente troublé ou même supprime entièrement la sécrétion laiteuse.

M. Smith attribue aussi les tranchées qui suivent l'accouchement à la sympathie qui unit l'utérus aux glandes mammaires. On sait que la sécrétion laiteuse s'établit moins rapidement après le premier accouchement qu'aux couches suivantes. Eh bien ! il est remarquable que les tranchées sont plus pénibles et plus prolongées dans les enfantemens subséquens qu'après le premier. Si l'enfant est mis au sein, ou si la sensation dont il était question plus haut vient à se développer sous l'influence d'une cause quelconque, une tranchée apparaît au même instant.

L'auteur a vu une femme déjà mère de quatre enfans qui accoucha d'un enfant mort. Malgré un travail très pénible, les tranchées ne furent rien en comparaison de ce qu'elles avaient été dans les couches précédentes. Aussi, dans ce cas, la sécrétion du lait fut presque nulle.

Chez des femmes tourmentées par des tranchées opiniâtres, M. Smith a obtenu un amendement presqu'immédiat en appliquant sur les seins un liniment anodin. On peut aussi abréger la durée et la violence de cette espèce de douleurs en n'approchant pas l'enfant du sein aussi promptement après la délivrance qu'on a ordinairement l'habitude de le faire.

On voit, par les deux remarques qui précèdent, que ces considérations n'ont pas une importance purement spéculative, et qu'une bonne théorie physiologique est le meilleur guide que le praticien puisse consulter, s'il tient à découvrir des remèdes efficaces ou à justifier ceux que l'empirisme lui fournit.

M. Paterson, soumettant dans le même journal les idées de M. Smith à un examen judicieux, a montré que, quoique vraies en elles-mêmes, il faut se garder d'étendre leur valeur au delà d'une certaine limite. L'excitation des seins peut beaucoup sans doute sur la force et la durée des tranchées utérines; mais leur première et principale cause est le besoin que l'utérus a de se vider des caillots qu'il contient pour revenir à son état primitif. Il y aurait donc quelque danger à employer d'une manière trop absolue le moyen que M. Smith conseille pour prévenir les tranchées; car elles sont un phénomène nécessaire. Sans elles, le col utérin resterait béant après l'accouchement, état qui, selon M. Paterson, est le point de départ d'une foule de maladies.

DES RÉVULSIFS ET DU TEMPS NÉCESSAIRE POUR QUE LEUR ACTION S'EXERCE SUR LA PEAU; par M. ATKINSON.

Rien n'est plus variable, plus capricieux et arbitraire que les conseils donnés par les médecins sur le temps pendant lequel un sinapisme ou un vésicatoire doit rester appliqué pour produire son effet. Faute de pouvoir déterminer avec exactitude quel doit être ce temps selon les différens cas, on voit souvent les malades et les assistans s'alarmer lorsqu'un vésicatoire n'a pas pris au bout du temps qu'ils avaient jugé suffisant. M. Atkinson a entrepris de faire cette appréciation. Or, s'il est juste de tenir compte de la finesse ou de l'épaisseur de la peau chez les divers sujets et dans les différentes régions, il faut aussi prendre en grande considération l'état général de la circulation. De nombreuses observations ont montré à l'auteur combien cet élément a de poids dans la solution de la question. Il a tiré de ses recherches les règles suivantes, qu'on ne lira pas sans fruit, de quelque minime importance que puisse d'abord paraître l'objet auquel elles s'adressent.

Si le pouls est de 100 à 170, dur et fréquent, le vésicatoire prendra en un temps qui varie de dix minutes à une demi-heure. Le pouls étant de 80 à 100, petit et dur, il faudra de un quart d'heure à deux heures. Si la peau est moite, le temps devra être plus long. Lorsque le pouls est au dessous de 70, mou et pesant, vingt à quarante heures seront nécessaires.

L'âge n'a qu'une influence secondaire. Chez certains enfans au dessous de 10 ans, M. Atkinson a laissé le vésicatoire appliqué pendant vingt-quatre heures sans en obtenir d'effet, tandis que sur d'autres une heure ou même moins suffisait.

CAS DE TUMEUR DE L'OVAIRE, METTANT OBSTACLE A LA PARTURITION; par M. HEADLAND.

OBS. — Je fus appelé, il y a trois ans, dit M. Headland, auprès d'une femme âgée de 24 ans, chez laquelle je reconnus sans difficulté une tumeur de l'ovaire gauche. Depuis lors elle se maria et devint enceinte. Je la vis de nouveau le 11 mai, époque où commencèrent les douleurs de l'enfantement. Le doigt porté dans le vagin découvrit une tumeur qui remplissait presque tout ce conduit; elle était molle, élastique, semblant contenir un liquide, et occupait surtout la concavité du sacrum. En outre, à 3 pouces de l'orifice vaginal se présentait une autre tumeur de consistance comme osseuse ou cartilagineuse. L'espace libre laissé par ces deux tumeurs n'était guère que d'un pouce et demi. Ayant cependant pu faire pénétrer mon doigt jusqu'au col, je constatai qu'il commençait à se dilater. En même temps, les douleurs devinrent plus vives. J'hésitais entre la crâniotomie et la perforation de la tumeur, seul moyen de terminer l'accouchement sans dangers pour la mère, lorsque, à ma grande surprise, je sentis qu'un liquide, trop clair pour être le *meconium*, s'écoulait par le vagin. La tumeur s'affaissa en même temps, et le passage devenant libre, la tête descendit peu à peu. Je finis par aider à sa sortie avec le forceps.

En introduisant le doigt pour tirer sur le cordon, je reconnus à la partie supérieure et postérieure du vagin, près du col de l'utérus, une ouverture par laquelle deux doigts pouvaient passer. Le placenta était adhérent; il dut être détaché avec la main. Le travail avait duré 24 heures. Des vomissemens survinrent, le pouls s'affaiblit, et la malade mourut un jour environ après sa délivrance.

En ouvrant l'abdomen, on trouva l'ovaire gauche très développé, du volume d'une noix de coco, et dépassant en haut l'utérus, qui occupait sa situation normale. Il contenait un liquide demi transparent. L'ouverture signalée sur la paroi postérieure du vagin conduisait dans l'ovaire droit. Celui-ci, plus volumineux que le gauche, était situé derrière l'utérus. Descendant très bas entre la matrice et le rectum, c'est lui qui constituait la tumeur qu'on avait sentie pendant la vie dans la concavité du sacrum; c'est lui de la cavité duquel était sorti le liquide qui s'écoulait par le vagin. Quant à la tumeur, de consistance cartilagineuse, on reconnut qu'elle était formée par une dégénérescence squirrheuse des parois de ce kyste ovarique.

On ne trouva de traces d'aucune autre maladie.

— Les cas où les ovaires sont affectés à un tel degré sont extrêmement rares. Mais une autre circonstance donne encore de l'intérêt à cette observation. Lorsqu'on est forcé d'ouvrir un kyste de l'ovaire pour terminer l'accouchement, il est généralement admis qu'on doit pratiquer la ponction dans la direction du kyste. Dans son TRAITÉ DES ACCOUCHEMENS, M. Velpeau exprime formellement ce précepte. On voit pourtant qu'ici il aurait plutôt trompé qu'éclairé le praticien. En consultant, en effet, les antécédens, c'était sans doute vers le côté gauche que le chirurgien aurait été conduit à diriger l'instrument. Or, l'autopsie a montré que le kyste qu'on aurait ainsi ouvert n'était ni celui qui contenait plus de liquide, ni surtout celui qui, par sa position, apportait les plus grands obstacles à la parturition. La nature a donc mieux servi le malade que l'art ne l'eût vraisemblablement fait.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE.

DÉVELOPPEMENT DES OS.

M. FLOURENS expose sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques destinées à la démonstration des propositions sur lesquelles repose sa théorie de la formation des os, propositions énoncées dans ses RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS ET DES DENTS, publiées en 1842, et qui se résument ainsi:

1° *L'os se forme dans le périoste*; 2° *l'os croît en grosseur par la superposition de couches externes*; 3° *le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os.*

M. Flourens revient dans ce travail sur ces trois propositions, auxquelles il donne de nouveaux développemens.

Les expériences sur lesquelles il s'appuie aujourd'hui pour démontrer la première de ces propositions: *l'os se forme dans le périoste*, ont été faites sur des chiens. On a retranché sur plusieurs chiens une portion de côte, en n'enlevant que l'os proprement dit et en laissant le périoste. Au bout de quelques jours, il s'est formé dans le périoste laissé entre les deux bouts de côte un petit noyau osseux. Peu à peu ce noyau osseux s'est développé, et il a fini par rejoindre l'un à l'autre les deux bouts de côte.

On voit par les préparations destinées à montrer les diverses phases de ce travail, que l'os nouveau se forme dans le périoste; qu'au moment où il s'y forme, il y est complétement isolé, séparé de l'os ancien, et que ce n'est que par son développement successif qu'il atteint enfin les deux bouts de l'os ancien, et les réunit, les rejoint l'un à l'autre.

La deuxième proposition, énoncée ainsi: *l'os croît en grosseur par la superposition des couches externes*, est appuyée sur les expériences suivantes faites sur des lapins et sur des chiens.

On a commencé par mettre à nu, sur chacun de ces animaux, l'un des tibias; le périoste a été ensuite incisé, et l'on a fait passer enfin un anneau de fil de platine entre le périoste et l'os. L'os a continué de croître, et à mesure qu'il a crû, il a recouvert de ses nouvelles couches l'anneau de platine.

Le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os. Les pièces destinées à démontrer cette troisième proposition montrent que les couches internes de l'os ont été successivement résorbées; c'est cette résorption successive qui produit à elle seule l'agrandissement du canal médullaire.

La note de M. Flourens se termine par la relation d'expériences qu'il a faites sur la résorption de portions d'os étrangères.

Dans ses précédens travaux, M. Flourens a publié un grand nombre d'expériences sur la résorption des portions d'os mortes appartenant à l'animal même sur lequel l'expérience était faite; ses expériences actuelles ont pour objet des portions d'os étrangères à l'animal qui fait le sujet de l'expérience. Il a commencé par faire un trou à l'un des deux tibias d'un chien; puis il a introduit dans le canal médullaire de ce tibia une petite côte de lapin; puis on a laissé vivre l'animal. La membrane médullaire s'est beaucoup gonflée; l'os a beaucoup grossi; enfin on a sacrifié l'animal, et l'on a extrait de son tibia la petite côte qu'on y avait introduite. On peut voir, d'après les pièces mises sous les yeux de l'Académie, que toutes les portions d'os qui ont été soumises à cette expérience présentent des traces d'érosion, d'usure et de résorption d'autant plus manifestes que leur séjour dans l'animal a été plus prolongé. Dans l'une de ces pièces

ces, on voit les filamens de la membrane médullaire qui se portent sur la portion d'os étranger et s'y enfoncent pour la résorber.

EMPOISONNEMENT PAR LE CUIVRE.

MM. Danger et Flandin envoient une note additionnelle au mémoire sur l'empoisonnement par le cuivre, lu à l'Académie dans le mois de juillet dernier. C'est un compte-rendu d'une expérience entreprise dans le but de démontrer que l'existence d'un composé cuivreux dans l'économie, ainsi que tout autre agent toxique, est incompatible avec l'état normal. Ils ont, à cet effet, procédé à l'expérience suivante :

Un chien de moyenne taille, déjà précédemment empoisonné par absorption cutanée avec le sulfate de cuivre, mais guéri de cet empoisonnement, a pris et digéré avec des alimens 60 gr. ou près de 2 onces de ce sel préalablement dissous dans l'eau, donné à la dose de 18 à 20 centigr. (3 à 4 gr.) par 24 heures et en une fois. Du commencement à la fin de l'expérience, l'animal n'a rendu le cuivre que par les selles ; il n'en a pas été saisi des traces manifestes dans les urines.

Après quatre jours d'interruption! dans l'administration du poison, afin de laisser évacuer celui que contenaient les intestins, on a tué le chien et pratiqué peu après l'autopsie. On a trouvé la muqueuse intestinale rouge ou fortement injectée dans presque toute son étendue ; par places même, cette membrane a paru ramollie et comme réduite en une pulpe molle : en aucun point on n'a signalé de solution de continuité ou d'ulcération dans son tissu. L'œsophage n'a pas présenté les mêmes traces d'hypérémie, et tous les organes d'ailleurs ont paru parfaitement sains.

L'analyse chimique, faite d'après la méthode que les auteurs ont indiquée dans leur précédent mémoire, a donné les résultats suivans :

Dans le foie, des traces faibles, mais manifestes, de cuivre ;

Dans le cœur, rien ; rien dans les poumons, le cerveau, les reins et les urines, la chair musculaire et les os.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Clarion, l'un de ses membres.

MÉTHODE NOUVELLE POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

M. A. Bérard fait une série de rapports sur divers sujets de chirurgie.

Le premier a pour objet un instrument et un ensemble de moyens constituant une méthode nouvelle pour l'opération de la cataracte par extraction, imaginés et présentés par M. Bodinier. L'instrument dont il s'agit appartient à la classe des couteaux-aiguilles dont il existe déjà plusieurs modèles ; il se compose d'un manche à l'extrémité duquel est fixée une aiguille, et d'un couteau qui se meut sur la face inférieure de l'aiguille. Celle-ci est d'une forme particulière ; elle est ronde sur son dos et plus plate sur la face antérieure. Sa pointe est surmontée par un petit couteau triangulaire dont le talon tombe à angle droit sur le bord plat de l'aiguille.

La manière d'opérer de l'auteur constitue moins une méthode nouvelle, dit le rapporteur, qu'une combinaison de procédés différens. Elle offre, au point de vue théorique des avantages et des inconvéniens qui se balancent. Quant aux résultats, ils ont été heureux jusqu'à présent ; mais ils ne sont pas assez nombreux pour asseoir des conclusions absolues.

En résumé, M. Bérard ne croit pas devoir formuler un jugement définitif sur la méthode proposée par M. Bodinier ; mais il pense, toutefois, que les résultats qu'il en a obtenus sont assez satisfaisans pour encourager à faire de nouveaux perfectionnemens. Il propose en conséquence, pour conclusions, d'adresser des remercîmens à l'auteur de la communication. (Adopté.)

INSTRUMENT POUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

Le deuxième rapport est sur un travail de M. Callias (d'Andrinople), dont nous avons rendu compte lors de sa communication, et ayant pour titre : Mémoire sur l'iridictomie circulaire, avec un nouvel iridictome.

Le rapporteur signale quelques inconvéniens à l'instrument proposé par M. Callias, et il pense que ces inconvéniens empêcheront les chirurgiens de l'adopter, et qu'ils préféreront encore pratiquer la corectomie par la méthode généralement usitée. Quoi qu'il en soit, la construction de l'iridictome de M. Callias dénote un esprit ingénieux, et l'on doit lui savoir gré des efforts qu'il a faits pour rendre plus simple et plus sûre une opération aussi délicate que l'est celle de la pupille artificielle.

Conclusions : Remercîmens à l'auteur, déposer honorablement son mémoire dans les archives. (Adopté.)

EXPULSION SPONTANÉE DE L'OS HYOÏDE.

Le troisième rapport est relatif à une observation très curieuse d'expulsion spontanée de l'os hyoïde, communiquée par M. Rozat (de Bordeaux).

Une demoiselle de 41 ans, d'une constitution rachitique, jouissait habituellement d'une bonne santé et était parfaitement réglée, lorsqu'à l'âge de 36 ans il se développa des engorgemens glandulaires autour de la mâchoire inférieure. En même temps il se déclara un peu de toux et de la gêne dans la respiration. Malgré un traitement rationnel et parfaitement suivi, ces accidens allaient en augmentant. Il s'y joignit après quelques années des crachats tantôt filans, tantôt louches et épais, tantôt striés de sang ; il survint de temps en temps des accès de suffocation. Il y eut des sueurs colliquatives, et la malade tomba dans le marasme. Plus tard elle devint aphone ; elle éprouvait une douleur laryngée permanente, avec picotemens continuels. Elle rendait souvent des crachats purulens qui n'étaient point précédés de toux : c'était une simple expuition qui succédait à une sensation de déchirure vers le gosier. L'état de cette demoiselle paraissait désespéré, lorsqu'un jour, éprouvant plus violemment que jamais des picotemens insupportables et la sensation d'une déchirure dans le pharynx, des accès de suffocation et de la toux, elle rendit, au milieu d'une agitation convulsive générale, accompagnée d'envie de vomir, un os assez volumineux. Cette expuition eut lieu cinq ans après l'apparition des premiers accidens.

Un bien-être inexprimable succéda à cette scène ; tous les accidens ont peu à peu disparu. L'os expulsé, examiné avec soin, est évidemment l'hyoïde. L'auteur a joint à sa description un dessin qui ne laisse pas de doute sur la nature de l'os qui a été expulsé.

La forme du cou a été modifiée, la partie supérieure de cette région est aplatie et semble élargie. A la place qu'occupait l'os hyoïde, on sent au dessous de la mâchoire inférieure et un peu sur les côtés, une légère tuméfaction souple et comme élastique. Les ganglions lymphatiques ont repris leur volume normal. Il reste un certain embarras et de la gêne lors des mouvemens de déglutition ; quant à l'aphonie, elle a cessé, et la voix a repris son timbre normal.

Conclusions : renvoi au comité de publication et remercîmens à l'auteur.

M. Blandin fait remarquer qu'on a employé dans le rapport l'expression de carie qui ne lui semble pas devoir convenir au cas dont il s'agit, qui est, suivant toute apparence, un cas de nécrose. Bien que cette expression ne soit pas du rapporteur, mais de l'auteur du mémoire, le rapporteur semble, en la maintenant, sanctionner l'opinion de ce dernier. Il désirerait que cette expression, qui lui paraît impropre, fût changée ou du moins rectifiée par une note.

M. Duméril parle dans le même sens.

M. Bérard déclare rester dans le doute à cet égard, n'ayant point vu la pièce. Il pense que l'expression peut être maintenue sans que l'opinion de l'Académie soit en cela nullement engagée.

Après ce petit incident, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

M. Castel monte à la tribune et lit le travail qui suit :

Messieurs, je viens vous offrir quelques réflexions sur les fonctions d'un système qui est l'un des deux principaux agens de la vie. Plus d'une fois j'ai reproché aux écrivains de notre époque de le considérer isolément et de ne point tenir assez de compte des influences auxquelles il est soumis. J'ai osé dire qu'il n'est point de phénomène physiologique dont on ne puisse rendre raison, quand on comprend l'organisme. A cette occasion, je rappelais, dans une de nos précédentes séances, mon explication des contrastes observés dans la paralysie : j'en parlais avec des entrailles de père, lorsqu'un de nos collègues, M. Rochoux, a réclamé pour un savant professeur de l'Ecole de Montpellier la priorité de cette interprétation. Je suis allé à la recherche des titres de M. Lallemand ; dans son ouvrage fort instructif sur l'encéphale, il dit : « Toutes les fois que la paralysie n'a porté que sur le système musculaire, c'est qu'elle était faible ; ce qui se réduit à dire que la sensibilité persiste plus longtemps que la myotilité. Mais le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau ; la perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté..... Il est facile de concevoir que la partie du cerveau malade soit assez altérée pour ne pouvoir plus avoir une influence active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs. »

Galien avait dit : « Le sentiment est une impression ; le mouvement est un acte. *Quapropter ut quis moveatur opus est robore; sed ut sentiat vel minima facultas sufficit.* »

Voici maintenant M. Castel : « Lorsque la myotilité seule est anéantie, il reste assez de puissance nerveuse pour suffire aux impressions, tandis qu'il n'en reste pas assez pour suffire aux mouvemens. Pour qu'un muscle conserve la myotilité, il est nécessaire que la plus grande partie des filets nerveux qu'il reçoit soient en possession de la force qui leur est dévolue. Il suffit que cette force arrive à un seul des filets qui se distribuent à la peau pour que celle-ci ne soit pas inaccessible aux impressions. Lorsqu'une congestion cérébrale se résout lentement, le retour de la sensibilité devance le retour de la myotilité. »

Messieurs, la sensibilité et un stimulus sont les premiers élémens de toute impression. Pour le mouvement, il en faut un troisième, la contractilité : s'il exige plus de puissance nerveuse qu'une sensation, ce n'est point à cause du rôle de la volonté ; car la volonté fait ici l'office d'un stimulus. Elle agit sur les muscles comme la lumière agit sur l'œil, comme le son agit sur l'oreille. Elle se comporte comme les autres stimulans. A quoi tient donc ce besoin d'une plus grande somme d'innervation dans l'exercice de la motilité ? A ce qu'il est nécessaire que la contractilité intervienne. Et c'est là une des différences qui séparent mes explications de celles qui avaient été publiées auparavant. Cependant, et je m'empresse de le reconnaître, les écrits de Galien et ceux du professeur de Montpellier offrent une ébauche de celle que j'ai donnée sur le mode de paralysie le plus ordinaire, celui dans lequel la sensibilité persiste. Quant aux autres modes, la dissemblance est grande ; elle est grande aussi sur le premier, quant aux preuves et aux déductions.

M. Lallemand a établi, sur l'anatomie, son opposition à la doctrine de Charles Bell (1); j'ai établi ma réfutation sur des rapprochemens anatomiques et sur des rapprochemens physiologiques, notamment sur celui-ci : « Par quel chemin la volonté arriverait-elle aux nerfs moteurs, s'ils étaient privés de sensibilité? » Quel sera le refuge des sectateurs de Bell contre une objection fondée sur des lois immuables de l'organisme? Ils essaieront de prouver que la volonté ne doit point suivre une voie directe, qu'elle doit arriver par ricochet aux nerfs qui font mouvoir les muscles. Ils assimileront la volonté à un projectile. Comment les impressions morales mettraient-elles la myotilité en action, si elle était soumise à l'influence de nerfs exclusivement moteurs? La peur et l'ivresse enchaînent les mouvemens des membres; n'est-il pas évident que, dans la première, la sensibilité est accaparée par une impression, et que, dans la deuxième, elle est opprimée? Quand un son bruyant nous réveille d'un profond sommeil, nous nous levons en sursaut; est-ce la motilité qui entre seule on la première en exercice?

La motilité n'est point une propriété; c'est une faculté, comme toutes celles qui appartiennent à la vie de relation. Or, les facultés sont sous la dépendance d'une propriété commune. Elles ne doivent point être mises en opposition, en antagonisme avec une propriété. Des critiques ont appelé avec raison le théorème de Ch. Bell une mystification physiologique. Si ta division qu'il propose est admise, les nerfs cesseront d'être un système. En effet, le mot système, appliqué à l'organisation, suppose uniformité dans les rapports, subordination à un principe. Cette généralisation est incommode pour les novateurs. C'est un frein dont ils cherchent à s'affranchir. L'expression de sensibilité les offusque. Ils la proscrivent, comme si elle n'était pas la première condition des sensations, affectant ainsi de la prédilection pour l'automatisme.

Puisque j'ai cité Galien, je veux avertir qu'on ne trouve dans ses œuvres aucune observation, aucun commentaire, aucune induction qui aient pu *avec justice* être invoqués à l'appui de la distinction des nerfs en deux ordres, dont chacun serait en possession d'une propriété exclusive. « Soient donnés deux nerfs (c'est Galien qui parle), l'un qui l'emporte en consistance, l'autre qui l'emporte en mollesse sur tous les autres. Supposez-en un troisième qui tienne le milieu entre ces deux extrêmes; vous regarderez les nerfs durs comme plus aptes aux mouvemens qu'aux sensations, et les nerfs mous comme plus aptes aux sensations qu'aux mouvemens. Ceux qui tiennent le milieu sont moins propres au mouvement que ceux qui sont très durs; ils sont plus propres au mouvement que ceux qui sont très mous. » Ici se présente une considération d'une haute portée, toujours omise ou toujours méconnue, savoir, que certains nerfs n'ont pas le pouvoir de transmettre au loin une stimulation, parce qu'ils n'ont point assez de consistance. Aussi les nerfs sensoriaux sont très près du cerveau, sont presque continus avec le cerveau. C'est à la transmission de la stimulation que se rapporte ce passage de Galien : « Les sensations exigent un prolongement du cerveau qui ait plus de mollesse. Le mouvement exige un prolongement du cerveau qui ait plus de dureté. »

Il suit de là qu'un nerf mou, qui dans le lieu même de son origine ne jouit point de la force motrice, peut l'acquérir dans son trajet, s'il acquiert assez de dureté pour être le conducteur d'une stimulation; mais il est évident que la propriété, qui est l'apanage de tout un système, reste en dehors de ces modifications.

« Les nerfs de la septième paire naissent là où le cerveau finit et où la moelle commence. Leur consistance est plus remarquable que celle des six premières paires; mais comme la nature ne pouvait produire des nerfs durs à une petite distance du cerveau, et que, d'un autre côté, les nerfs qui se distribuent à la face, à la langue, au larynx, étaient destinés à faire mouvoir des muscles, elle a suppléé à leur consistance par leur nombre. » Que de réflexions naissent de la lecture de ce passage de Galien!

Il a déduit de la répartition des nerfs l'explication des diverses paralysies. Dans la paralysie du mouvement, ce sont les nerfs des muscles qui sont lésés; dans la paralysie du sentiment, ce sont les nerfs de la peau. Lorsque la lésion embrasse l'ensemble de ces nerfs, le mouvement et le sentiment sont anéantis à la fois. Ces déductions sont purement topographiques. Il dit ensuite que la paralysie d'un seul côté du corps, quand elle dépend d'une lésion de la moelle épinière, doit être attribuée à l'altération de la partie de la moelle qui répond à ce côté. Qui trouvera dans cette explication des données qui justifient l'hypothèse d'une démarcation tranchée entre la propriété du faisceau postérieur et la propriété du faisceau antéro-latéral? Voulez-vous quelque chose de plus significatif? « Un muscle dépouillé de la peau, dit Galien, ne reste jamais capable de mouvement s'il a perdu toute sensibilité. »

Les médecins qui soumettront ces considérations à une analyse exacte reconnaîtront qu'elles ne renferment aucune classification qui soit établie sur deux propriétés essentielles, sur une double nature de la substance médullaire des nerfs. Galien n'en a établi que sur la diversité de leur consistance, sur leur distribution, sur leurs usages. Voilà les seuls rapports sous lesquels on puisse dire qu'il est des nerfs qui sont plus aptes aux sensations; qu'il en est qui sont plus aptes au mouvement; cette appréciation ne tient par aucun lien à la distinction moderne des nerfs en nerfs sensitifs et nerfs moteurs, distinction qui suppose dans les uns une propriété exclusive, et dans les autres une faculté indépendante de cette propriété, distinction qui repousse toute connexion entre la myotilité et la sensibilité; qui dépouille une partie des nerfs d'une propriété qui est le patrimoine de tous, distinction qui suppose que les agens moraux peuvent faire mouvoir un muscle inaccessible aux sensations. Les conceptions de Galien sur les nerfs étonnent par leur justesse autant que par leur originalité; elles sont un monument immortel de son génie créateur. Pour en faire un piédestal, il a fallu leur faire subir un travestissement : convenons pourtant que l'artifice, qui place une absurdité sous le patronage de nos premiers et illustres maîtres, offre un bon côté: il prouve du moins que l'antiquité n'a pas perdu tout son prestige.

Le cours d'une stimulation, la direction qu'elle suit, ont lieu de la périphérie aux centres médullaires, et des centres médullaires à la périphérie, selon qu'elle est due à un agent physique ou qu'elle est due à un agent moral. Quand on pèse ses produits, on doit avoir égard, non seulement à la nature du stimulant, mais aussi au lieu de son application. Ils ne sont pas identiques dans le trajet du nerf, dans son origine, dans ses extrémités. Si la susceptibilité eût été égale dans toutes les parties du nerf, il en serait résulté une sorte de diffusion, qui aurait empêché l'impression de parvenir aux centres, pleine et telle qu'elle avait été reçue par les extrémités nerveuses. La transmission en est d'autant plus prompte : 1° que les nerfs qui l'ont reçue ont des communications plus directes avec le cerveau; 2° qu'ils possèdent une plus grande somme de sensibilité; 3° qu'ils ont plus de consistance. Tous les nerfs de la vie animale deviennent plus denses, plus résistans; il en est même qui s'arrondissent, à mesure qu'ils s'éloignent de leur origine. Il n'est pas plus difficile de concevoir qu'un nerf soit un bon ou un mauvais conducteur d'une stimulation que de concevoir qu'un corps est bon ou mauvais conducteur du calorique et de l'électricité. Partout la consistance de la substance médullaire est relative au trajet qu'une stimulation doit parcourir. A quelle fin eût servi dans le cerveau une densité pareille à celle des nerfs? Il est le réceptacle des impressions, il n'en est point le conducteur; mais la moelle épinière est le conducteur du stimulant le plus actif de tous (je dis le plus actif et non le plus énergique), la volonté; elle devait donc avoir plus de consistance que le cerveau. Les extrémités d'un nerf en ont beaucoup moins que le reste du nerf; elles se dépouillent de l'enveloppe que le nerf avait gardée jusque-là. La sensation est le début de leur rôle.

Comme la substance médullaire des nerfs est homogène dans sa nature, chaque nerf doit sentir, mais chaque nerf ne communique point toutes les stimulations qu'il a reçues. Si le cerveau a sa part dans toutes les impressions, c'est en tant qu'il est le point de départ, la source de la sensibilité, et ce n'est pas qu'il soit le but que toutes atteignent; car il est beaucoup d'impressions qui ne deviennent point des perceptions. Les impressions de plaisir et de douleur sont toujours perçues par suite d'un surcroît d'excitation, qui n'existe point dans les impressions ordinaires. L'attention et la volonté sont les deux stimulans qui interviennent le plus souvent pour changer une impression en perception. De même que la volonté peut être l'auxiliaire des autres excitans, de même ceux-ci peuvent être les auxiliaires de la volonté; ils peuvent même la subjuguer (exemple : les convulsions). Oserai-je dire que les organes qui jouissent d'une grande sensibilité sont les moins soumis à la volonté, les plus indisciplinables, parce qu'ils sont plus accessibles à toute sorte d'excitation? L'iris se contracte sous le contact d'une trop vive lumière: ce n'est point dans l'occlusion qui en est la suite qu'il faut chercher le témoignage de son indépendance; ce n'est point dans une sensibilité spéciale qu'il faut en chercher la cause, comme on le disait naguère dans cette enceinte; c'est dans des proportions de sensibilité qui rendent l'iris fort susceptible. L'empire de la volonté n'est exclusif que sur la vie morale. Il n'est point absolu sur la vie intellectuelle; car l'attention, la réflexion, la mémoire même sont souvent provoquées par la volonté.

En résumé, recevoir une stimulation et la transmettre sont deux choses fort différentes. L'économie animale serait dans un état continu de perturbation, si les nerfs ganglionnaires avaient autant de capacité pour transmettre qu'ils en ont pour recevoir. Ils sont mauvais conducteurs, à cause de leur mollesse qui se rapproche de celle des nerfs sensoriaux. Leur susceptibilité pour les impressions, leur influence sur la motilité est renfermée dans certaines limites. C'est de la tonicité plutôt que de la contractilité. Dans les organes capables de contractions énergiques, ils sont aidés par les nerfs cérébraux. S'il n'était par trop déraisonnable de prendre la racine d'un nerf pour tout un nerf, on pourrait établir sur une analogie de texture une analogie de fonctions entre la racine postérieure des nerfs rachidiens et les nerfs ganglionnaires, expliquer par le peu de consistance de cette racine son peu d'aptitude à servir de conducteur à une irritation; elle est des deux racines la seule qui ait un ganglion. Mais à quoi bon rendre raison d'une impuissance de laquelle celle des nerfs ne peut être déduite que par un non sens qui dépasse l'exagération la plus outrée? Au reste, si de ce que l'irritation de la racine postérieure d'un nerf rachidien ne produit aucun mouvement, si de ce que l'irritation de la racine antérieure ne produit aucune sensation on devait inférer qu'il existe des nerfs exclusivement sensitifs et des nerfs exclusivement moteurs, de ce que la branche postérieure et la branche antérieure de ces mêmes nerfs exercent cette double influence, on devrait inférer que tous les nerfs ont le pouvoir de faire sentir que tous ont le pouvoir de faire mouvoir. Il serait même plus logique de déduire les attributs d'un nerf des attributs de ses deux branches que de les déduire des attributs d'une seule de ses deux racines.

Messieurs, si, dans la discussion à laquelle je me suis livré, la haute opinion que j'ai de votre savoir ne m'a pas empêché de descendre à des notions élémentaires, c'est que, généralement, elles sont la plus forte barrière qui puisse être opposée aux violences faites à une science.

M. Virey aurait désiré que M. Castel ne se fût pas borné aux faits qui concernent l'homme et les animaux supérieurs, mais qu'il eût généralisé ses propositions à tous les êtres organisés. S'il eût envisagé la question ainsi, il aurait été

(1) Depuis longtemps on avait observé des cas dans lesquels un membre avait perdu le mouvement, quoique la peau eût conservé la sensibilité : la plupart des auteurs qui ont parlé de ce phénomène ont supposé que les nerfs qui se rendent à la peau et ceux qui vont aux muscles étaient d'une nature différente et pouvaient être affectés isolément; mais cette explication ne peut être admise par ceux qui possèdent les plus simples notions d'anatomie. (Lallemand, tome 1, p. 273.)

conduit à admettre, comme le disaient les anciens, une tonicité générale qui se modifie suivant les influences auxquelles elle est soumise, et à distinguer deux principes : le sensitif, exclusivement propre aux nerfs, et l'irritabilité commune à tous les tissus, à ceux-là mêmes qui n'ont pas de fibres apparentes. C'est ce qu'on a désigné depuis Haller sous le nom de sensibilité organique. Il faut enfin reconnaître avec Stahl qu'il existe une tonicité générale et une tonicité spéciale; c'est à cette dernière propriété qu'on doit rapporter ce que j'appelle l'inflammation végétale ou cette sorte de tonicité que manifestent certains végétaux lorsqu'ils sont piqués par un insecte.

M. Londe : M. Castel, en reproduisant l'opinion de Galien, fait dépendre la sensibilité et la myotilité d'une proportion différente de l'action nerveuse. Cette explication est très ingénieuse, sans doute, mais elle me paraît offrir plus d'une difficulté, entre autres celle-ci : c'est que les nerfs de la sensibilité sont plus gros que ceux de la myotilité. J'ajouterai que M. Castel n'a pas répondu à l'objection que lui a adressée M. Rochoux dans une des précédentes séances, tirée du fait de Lacondamine. On sait en outre qu'il est des cas où la myotilité est conservée, bien que la sensibilité soit entièrement abolie dans les muscles eux-mêmes. L'expression de mystification appliquée à la doctrine de Charles Bell paraîtra un peu leste.

M. Blandin : Nous ne pouvons laisser passer sans protestation les propositions de M. Castel. Cette lecture est une sorte d'anachronisme. Je crois qu'il serait inutile de rentrer, à ce sujet, dans une discussion qui a été longuement approfondie il y a quelques années, et qui a porté la conviction dans presque tous les esprits. C'est avec regret aussi que j'ai entendu M. Virey traiter la doctrine de Ch. Bell d'hypothèse. Cette doctrine est pour nous, aujourd'hui, une chose démontrée, je dirai presque un aphorisme.

M. Castel : C'est parce que la vérité de cette doctrine est loin d'être démontrée et que je la crois complétement erronée, que je m'oppose avec force à sa propagation. On parle toujours de racines nerveuses; mais qu'est-ce que la racine d'un nerf? Où commence-t-elle, où finit-elle? N'est-il pas singulier qu'on veuille conclure de ce qui se passe dans les racines nerveuses, à ce qui a lieu dans le nerf lui-même. Si le nerf moteur n'était pas en même temps nerf sensitif, comment la volonté pourrait-elle agir sur lui? Je défie qu'on réponde à cette objection. On parle de vérité établie, d'expériences démonstratives; mais n'a-t-on pas tenu le même langage pour tous les systèmes? Et qu'on me cite un système en médecine qui ait survécu.

M. Londe a rappelé le fait précédemment cité par M. Rochoux; mais personne n'a contesté que la myotilité pût être conservée, alors que la sensibilité était anéantie, *et vice versa*. Ce fait a frappé parce qu'il est effectivement singulier; mais il ne peut être invoqué contre ma manière de voir; d'ailleurs, j'en ai donné l'explication ailleurs.

M. Virey aurait voulu que j'étendisse mes propositions à tout le règne organique, au lieu de les restreindre à l'homme; mais je n'avais pas à faire un cours; il ne s'agissait nullement d'étudier ce qui se passe chez l'homme, je n'avais pas de raison pour aller au-delà.

M. Dupuy : J'ai été consulté pour un cheval qui avait tout un côté de la face paralysée. On avait cru à l'existence d'une affection cérébrale. Je dis que ce n'était point là la cause de l'accident observé, et je fis remarquer qu'il existait des petites tumeurs sur le siége du nerf facial, qui comprimaient ce nerf et donnaient lieu à la paralysie des muscles auxquels il se distribue. Je fis extirper ces tumeurs, la paralysie cessa; j'ai eu l'occasion de revoir depuis ce cheval, la guérison s'était parfaitement maintenue. J'ai été témoin d'un autre cas semblable, à l'occasion duquel j'ai pu me convaincre que le nerf facial n'était point sensible; on pouvait le piquer, le déchirer à volonté sans produire de la douleur; si l'on piquait au contraire un des filets du trifacial, l'animal accusait des douleurs extrêmement vives. Mais les expériences de ce genre sont très délicates et demandent à être faites avec un grand soin. Si l'on n'y prend garde et qu'on pique un des filets du trifacial, tandis qu'on ne croit toucher que le nerf facial, il y a de la douleur et par suite une confusion dans les résultats.

M. Blandin : Il existe dans la science un grand nombre de faits semblables à ceux que vient de rappeler M. Dupuy. De tous les faits d'anatomie pathologique, il n'en est pas un seul qui soit contraire à la doctrine de Charles Bell; les expériences concluent toutes dans le même sens; l'observation fournit un grand nombre de faits pathologiques qui lui sont également favorables; en un mot, la doctrine dont il s'agit ne me paraît pas sérieusement attaquable : elle est adoptée par l'Académie tout entière; elle n'a en ce moment d'autre adversaire que M. Castel. Je crois que, nonobstant son opposition, elle continuera à être accréditée dans la science.

M. Velpeau : Je crois que l'Académie perdrait son temps à vouloir lutter contre les convictions de M. Castel. Il récuse les faits. Cependant, je ferai remarquer que lorsque M. Castel trouve des faits qui paraissent favorables à sa doctrine, il sait très bien les invoquer; mais il n'est pas toujours heureux dans le choix qu'il en fait. Par exemple, il a dit que les nerfs ganglionaires n'étaient pas bons conducteurs de la sensibilité, et il a attribué cela à ce que ces nerfs sont mous. C'est une erreur; car la pulpe des nerfs ganglionaires est plus consistante que celle des nerfs rachidiens.

M. Castel : Les personnes qui ont cherché les premières à accréditer la doctrine de Ch. Bell ont voulu s'appuyer sur des autorités et elles ont fait parade de noms; elles ont invoqué Galien; j'ai dû les réfuter par Galien lui-même. M. Velpeau me reproche d'avoir voulu rapprocher les nerfs ganglionaires des nerfs sensoriaux : ce n'est point moi qui ai fait ce rapprochement, c'est Bichat, et après lui presque tous les anatomistes.

M. Castel termine par une petite allocution dans laquelle il s'excuse de la véhémence qu'il a pu apporter dans cette discussion. Cette véhémence, dit-il, ne convient pas à mon âge, ni à mon caractère, mais elle m'est inspirée par une conviction profonde. Je suis vieux, et il me serait agréable, je l'avoue, avant de mourir, de vous faire tous médecins. (Hilarité générale.)

PESTE.

M. Rochoux lit une petite note sur la peste en réponse au travail que M. Hamont a lu dans la précédente séance. M. Rochoux, reconnaissant l'exactitude de la peinture si énergique que M. Hamont a faite des conditions d'insalubrité de l'Egypte, tourne ces mêmes faits en argument contre l'idée que la peste aurait pour origine la contagion. A mes yeux, dit-il, les faits signalés par M. Hamont sont tout ce qu'il y a de plus propre à faire connaître l'absurdité de nos mesures sanitaires. Comme première conclusion à tirer de sa lecture, je dirai dès à présent : Il faut supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, voire même la purge.

TRAITEMENT DES SCROFULES PAR LES EAUX DE FORGES.

M. Cherest lit un extrait d'un mémoire sur les scrofules et sur l'heureuse influence que paraissent exercer les eaux de Forges sur cette maladie.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

L'EXPÉRIENCE, LA CHIRURGIE PURE ET LA TACHYTOMIE; par Mathias Mayor, avec une planche. — Paris, 1843. In-8° de IV-160 pages. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Les trois opuscules que M. Mayor a réunis sous ce même titre ne se recommandent pas tous par un degré égal d'originalité. *Tout conteur se répète*, dit un adage vulgaire : s'il en est ainsi, les inventeurs peuvent, sous plus d'un rapport, être assimilés aux faiseurs de contes; car nous ne connaissons personne qui sache mieux qu'eux exploiter le privilége, si cher à leurs pareils, de la liberté de la presse. Si la pureté du mobile justifiait suffisamment l'action, certes aucun auteur mieux que M. Mayor ne mériterait pour sa féconde *productivité* la bienveillante indulgence des lecteurs; le bien seul de la science et de l'humanité, nous le reconnaissons sans peine, dirige et pousse toujours son infatigable plume. Mais la philantropie souvent égare; et il ne suffit pas d'aimer un art pour le cultiver avec succès, à plus forte raison pour en réformer heureusement le dogme. Cette révolution dont le chirurgien de Lausanne poursuit depuis plusieurs années la réalisation avec tant de persévérance, est l'exemple d'une de ces honorables erreurs; et vraiment l'événement seul eût pu déjà le lui prouver; car si nous assistons encore au spectacle de persécutions organisées contre des savans, au moins ne voit-on plus aujourd'hui les masses unanimes pour repousser des vérités utiles. Pour avoir donc dépensé en pure perte autant d'esprit et de papier qu'on gémit de le voir faire à M. Mayor depuis trois ou quatre ans, certes il a fallu que sa cause fût bien mauvaise; et l'inanité de tant d'efforts n'aurait-elle pas dû dès longtemps lui ouvrir les yeux sur la vanité de son utopie favorite?

M. Mayor n'est pas d'une ambition vulgaire; il aime à porter haut ses coups. L'ennemi qu'il attaque aujourd'hui, dont il signale et dont il veut punir les indignes usurpations dans les domaines de la médecine, cet ennemi n'est autre que l'*expérience*. Déjà, en 1841, il lui avait jeté le gant en signant ce fameux cartel, que nous eûmes alors le plaisir de transcrire pour l'édification de nos lecteurs : « L'expérience n'est pas nécessaire pour établir la valeur et la portée d'un procédé chirurgical quelconque. » Mais après quelques passes non sans gloire de part et d'autre, l'épée était rentrée dans le fourreau, et l'on pouvait, au silence des champions, croire le combat terminé. Après deux ans de préparatifs et d'escarmouches, M. Mayor rentre dans la lice, plantant cette fois fièrement son drapeau en face du drapeau de son adversaire, lui offrant le loyal combat et les armes courtoises d'une discussion approfondie. On vante, s'écrie-t-il, les avantages, la souveraine puissance de l'expérience!... Mais quoi! faut-il un long usage du feu pour savoir qu'il brûle? d'un couteau, pour être certain qu'il coupe? Admettez si vous voulez, poursuit-il, que ce qui a besoin d'un très long usage pour être connu appartient à l'expérience; mais convenez alors que sa sphère d'activité se trouvera singulièrement restreinte, puisqu'elle ne s'étendra qu'à des sujets tellement obscurs qu'ils ne pourraient être constatés que par des moyens en dehors de la raison, de l'intelligence, de la science, du génie ou des sensations. D'ailleurs, avec cette concession même, l'expérience pourrait-elle jamais nous éclairer d'une manière certaine sur l'avenir? Et puis, réfléchissez-y, chacun a son expérience; nous avons celle des brownistes, des broussai-

siens, des purgons, des homéopathes, etc. Vous voyez qu'il en est de cela comme des sensations et des goûts de chacun, sur lesquels on est sagement convenu qu'il ne faut pas disputer. Où en seraient, hélas! l'agriculture, le commerce, l'économie politique, si, à l'instar de la médecine, on ne les eût envisagés, on n'eût cherché à les faire progresser que par la voie équivoque et interminable de l'expérience, sans les rattacher à des bases scientifiques!

Voilà à peu de chose près en substance l'argumentation de notre auteur. Nous regrettons seulement de n'en avoir pu reproduire ici l'ineffable mérite de style. Après cela, si cette forme de dialectique ne vous semble pas entraînante, M. Mayor a bien un autre arsenal; c'est même celui où il prend ses armes favorites, auquel il doit ses plus beaux succès. Vous invoquez l'expérience! Mais savez-vous bien ce que c'est? C'est la *maîtresse des fous!* (du moins un *vocabulaire anglais* le dit, et il faudrait être bien mal appris pour ne pas trouver en matière de philosophie l'autorité d'un grammairien suffisante). Mais nous ne sommes pas au bout. L'expérience est la *la lorette des maniaques, vieille débauchée au service des petites maisons, la perfide et audacieuse divinité des temporiseurs éternels* (tout ceci, remarquons-le bien, est du style de M. Mayor, le dictionnaire anglais ne va point à cette hauteur); c'est une *bégueule, la fille de joie de John Bull en délire, la douce amie des fous de Bedlam*, etc.

Il faut le dire cependant, en proscrivant l'*expérience*, on ne fait point ici la guerre aux *expériences*. Ce que M. Mayor cherche à faire condamner, nous serions fort embarrassés de le définir. De peur donc de lui prêter quelque contresens, nous le laisserons expliquer lui-même quel est l'objet contre lequel il lance ses anathèmes. Avec M. Mayor, il est plus sûr de rester un écho que de vouloir être interprète. « A Dieu ne »plaise, écrit-il, que je veuille comprendre sous le nom d'expérience les »essais, les épreuves, les recherches, les *expériences* qu'on est obligé »d'instituer dans le but d'éclairer certains faits. Il s'agit ici, au contraire, »de cette doctrine vague, ambiguë, indéchiffrable et obscure, sous la»quelle on ramène et confond sans cesse des doctrines qui méritent d'être »envisagées avec un esprit plus logique, et qui peuvent en effet être ran»gées dans un cadre qui ne répugne pas à la sience. »

La *chirurgie pure* est une sœur de la *chirurgie simplifiée* déjà avantageusement connue dans le monde médical; nous dirions même une sœur jumelle, tant la ressemblance est frappante. Des deux côtés, même physionomie, mêmes allures, par conséquent même horoscope. On pourrait donc se dispenser de tracer ici un nouveau portrait qui, s'il est fidèle, ne doit plus avoir cette fois l'attrait de l'originalité. Pour *purifier* comme pour *simplifier*, c'est toujours le même procédé qu'emploie M. Mayor. Mais, bien différent de ceux dont parle l'Evangile, ce n'est point par ses fruits qu'il serait prudent de vouloir juger ce système. Rien de plus séduisant en effet que ses produits, rien de plus merveilleux, quand on n'a pas le soin, au préalable, de s'enquérir de la manière dont ils ont été obtenus. Lisez plutôt: « La chirurgie peut être corrigée, perfectionnée et avancée, avec la plus grande confiance et précision, quant à ses moyens et procédés curatifs, dans le silence du cabinet et à l'aide seulement de principes vrais et reconnus comme tels. » (P. 60.) « Une seule observation chirurgicale, si elle est faite et déduite suivant les principes immuables de la science, suffit au besoin pour fonder toute une théorie..... Il est assez inutile par conséquent de recueillir et publier plus d'une observation sur le même sujet chirurgical. » (P. 37 et 38.) « Pour le chirurgien, les faits pathologiques ont une telle valeur et signification que l'un d'entre eux, *quel qu'il soit*, étant donné, l'indication et le moyen curatif surgissent à l'instant même et de la manière la plus explicite. » (P. 47.) « Le chirurgien ne tient aucun compte des moyens pharmaceutiques et les abandonne sans aucune réserve à la médecine. » (P. 48.)

Avions-nous tort d'avancer tout à l'heure que cette réforme était la vraie terre promise des chirurgiens? Qu'ils en hâtent donc de tous leurs vœux la promulgation! Quels droits M. Mayor n'aura-t-il pas à leur reconnaissance! C'est lui déjà qui, en 1841, proclamait à la jubilation de certains opérateurs que *l'événement ne prouvait rien pour ou contre la valeur du procédé employé* (v. Gaz. Méd., 1841, p. 851). On sait quelle publicité nous crûmes alors utile de donner à cette consolante maxime. Aujourd'hui M. Mayor veut achever son œuvre: après avoir mis si bien à l'aise les praticiens, il ne pouvait oublier les pauvres faiseurs de théories. On jugera maintenant s'il a bien mérité d'eux; nous ne doutons pas, quant à nous, de leur sincère gratitude lorsqu'ils apprendront par les lignes précédentes qu'ils peuvent, sans sortir de leur cabinet, sans rédiger plus d'*une* observation, corriger et perfectionner tous les dogmes, toutes les questions chirurgicales, *quelles qu'elles soient*. Par exemple, il faut absolument *une* observation; on ne peut rien rabattre sur cet article. Mais ne vous effrayez pas trop, il n'en faut qu'*une*!

Est-on curieux maintenant de savoir comment un homme tel que M. Mayor, un médecin expérimenté, un écrivain souvent judicieux, a pu sans être choqué lui-même arriver à de telles conclusions? Le mot de l'énigme est dans sa manière de poser la question. Pour *simplifier* à ce point, il n'est sorte d'abstractions auxquelles il n'ait eu recours. D'abord, ce qu'il veut bien nommer chirurgie ne comprend que la médecine opératoire. Le chirurgien n'est donc en réalité qu'un opérateur. En second lieu, cette méthode si simple de résoudre les problèmes chirurgicaux, M. Mayor avoue que la chirurgie, telle qu'il l'entend, ne s'applique qu'aux *maladies* et non aux *malades*. Insiste-t-on enfin et lui fait-on remarquer qu'un chirurgien, comme il le comprend, serait, même en se bornant à la pratique des opérations, l'espèce la plus nuisible et la plus dangereuse qui se puisse voir sur terre; il vous répondra qu'il n'a voulu parler que de la science; mais qu'en pratique, rien n'empêche qu'on n'exige aussi du chirurgien des connaissances approfondies en médecine proprement dite. — Avec ces explications, la doctrine de M. Mayor perd beaucoup de son originalité; mais, en revanche, elle perd un peu de ses dangers. Nous sommes trop sincèrement attachés à l'auteur pour avoir voulu laisser ignorer toutes les circonstances atténuantes qui peuvent rendre à son écrit ce double service.

Lorsqu'en 1841, M. Mayor vint affirmer qu'à l'aide de ces nouveaux principes chirurgicaux, rien n'était plus facile que de déterminer pour chaque opération *le procédé modèle* remplissant toutes les indications de la pratique, satisfaisant à toutes les exigences de l'art, plus d'un critique lui répondit: Nous croyons à vos paroles, mais nous y croirions bien davantage encore si, au lieu de nous donner votre secret pour la fabrication de ces procédés modèles, il vous plaisait de nous en livrer quelqu'un *tout* réalisé et prêt à fonctionner. C'est sans doute pour satisfaire à ces demandes que la *tachytomie chirurgicale* est aujourd'hui mise au jour. Un double intérêt s'attache donc à cette œuvre, d'abord comme idée piquante et dont le titre seul promet, puis comme *produit spécimen* d'une méthode dont l'excellence a été tant prônée.

Disons tout d'abord que, à son origine, ce nouveau procédé fut singulièrement méconnu. Soit à cause du sens étymologique du nom, soit peut-être en la voyant sous le patronage d'un homme qui n'a pas la réputation de faire les choses à demi, la *tachytomie* à tous les yeux passa pour une seconde édition du fameux instrument de Botal, pour quelque œuvre posthume de ce bon docteur Guillotin, d'expéditive mémoire. Mais on présumait trop de l'inventeur, trop peu du chirurgien. M. Mayor, tout en voulant le *cito*, n'a pas à ce point mis le *tuto* en oubli.

M. Mayor pose d'abord cette règle fort sage qu'en évitant ou du moins en abrégeant de beaucoup la douleur dans les opérations, on affranchirait celles-ci d'une de leurs complications les plus graves. Or, appliquez ce principe aux amputations, qu'en résultera-t-il? Que, pour être le mieux faites sous ce rapport, elles doivent s'exécuter dans le plus bref délai possible. Partant de là, il fallait se mettre en quête d'un appareil instrumental capable d'abattre un membre en un clin d'œil. C'est ce que notre auteur n'a point eu de peine à faire; et, couperet-monstre, cisailles gigantesques ou guillotine en miniature, quel que soit celui de ces instrumens vers lequel son choix, encore indécis aujourd'hui, doive s'arrêter par la suite, on peut dire que ce n'est point là qu'étaient les plus grandes difficultés ni que l'attendent les objections les plus sévères.

Le point important et délicat était de couper aussi sûrement que vite. M. Mayor n'a point manqué d'adresse pour cette seconde partie de sa tâche. Néanmoins, comme il s'agissait ici de tourner plutôt que de trancher la difficulté, sa tachytomie, en général, a été moins heureuse. D'abord, il fallait réserver un lambeau. Or l'auteur, toujours préoccupé de la rapidité du manuel, tient beaucoup à couper avec ses cisailles, non seulement l'os, mais l'os et les muscles du même coup. Pour s'assurer cet avantage, il lui a donc fallu se contenter d'un lambeau simplement cutané; première condition très défavorable, car un lambeau qu'on veut former seulement de peau est incontestablement plus long à tailler, plus douloureux à disséquer. Voilà donc, grâce à ce premier temps, l'opération compliquée de lenteurs et de souffrances dans une proportion peut-être égale à celle que l'instantanée section des chairs et de l'os prétend économiser. Resterait encore à discuter si un lambeau cutané prête à l'extrémité osseuse un appui aussi solide qu'un matelas charnu et vasculaire, s'il a autant de chances d'échapper à la gangrène; ces questions M. Mayor devait les résoudre par l'affirmative, mais lui-même ne prendra pas pour un jugement sans appel ce choix que lui dictait impérieusement le salut de son œuvre.

Mais enfin, bien ou mal taillé, le lambeau est. Maintenant le tachytome saura-t-il diviser les os nettement et sans esquilles? Voilà la grande condition, le *to be or no to be* du nouveau procédé. Car, évidemment si l'os

doit se rompre en éclats, nul ne serait assez simple pour préférer à la section égale que donne la scie une surface hérissée d'aspérités aiguës, de fragmens voués à un interminable travail d'élimination. Or, ces *malheureuses* esquilles (c'est ainsi que lui-même les appelle) ont singulièrement tourmenté notre pauvre confrère. Ne pouvant les nier, il a d'abord affirmé que les cas où elles ont lieu sont l'exception; qu'ainsi il n'y en a jamais lorsqu'on fait agir le tachytome sur les os des pieds et des mains, sur les extrémités spongieuses des os long sur le squelette des jeunes sujets. Malheureusement, ces trois catégories, loin de constituer la majorité des cas d'amputation, n'en font justement que l'exception. M. Mayor l'a trop bien senti; il a donc pris son courage à deux mains, et déclaré que, après tout, ces esquilles, dont on se préoccupe tant, sont « souvent insignifiantes, complètement détachées, assez faciles à séparer et à extraire, et ne sont jamais implantées dans les tissus mous. » (P. 98.) Malgré cette assertion cependant éprouvez-vous quelque répugnance à arracher et enlever après coup ces fragmens osseux? Rassurez-vous; vous n'avez qu'à parler; à votre voix, la scène change et immédiatement, au lieu de ces esquilles, *si faciles à extraire*, vous en trouvez « qu'on peut laisser en place, en toute sécurité, pour les voir se rallier solidement et d'une manière inaperçue à l'os principal. » (P. 152.) Hésitez-vous à les laisser on à les enlever? Vous êtes, avouez-le, assez difficile à contenter; mais M. Mayor n'est pas un homme qui se décourage pour si peu. Il vous est facile, dit-il, d'égaliser et de niveler avec les pinces et la râpe la surface osseuse. Cette manœuvre, à tout prendre, est même préférable; car on y trouve « l'avantage d'avoir ainsi la manchette intérieure ou musculaire, que certains opérateurs ont proposée et utilisée pour recouvrir l'os. » (P. 98.) Enfin, conservez vous encore quelques doutes sur l'innocuité de ces *raccords* après coup; il y a un parti beaucoup plus simple (et en confidence, c'est celui que nous vous conseillerions); vous n'avez qu'à attendre! « J'ai la conviction, dit M. Mayor que *toutes* les amputations pourront se faire tôt ou tard par un procédé tachytomique quelconque et que la mécanique parviendra à prévenir ou à résoudre les principales difficultés qui peuvent surgir par le fait des esquilles ou par des sections trop irrégulières de l'os. » (P. 108.) Tout incertain qu'est cet espoir, l'auteur l'a formulé avec tant d'assurance que nous nous sentions entraînés à nous y rallier: mais, ici encore, il n'est pas de rêve que ne suive un brusque réveil. Après cette consolante prédiction, nous trouvons dans les notes, et écrits par conséquent après réflexion plus ample, ces mots: « Quant aux os volumineux et très disposés à voler en éclats, j'ai essayé *toutes les formes d'instrumens*, celle même de la puissante guillotine, afin d'avoir une section toujours nette; ç'a été en vain. » (P. 149). Attendons néanmoins puisqu'il le faut; mais, à vrai dire, si M. Mayor déclare avoir essayé en vain *toutes* les formes d'instrumens, il nous semble difficile de prévoir ceux sur lesquels pourront porter les recherches ultérieures.

« On est allé, dit avec étonnement M. Mayor, jusqu'à soutenir que ma prétendue accélération opératoire n'était qu'une chimère, et que, pour les amputations du bras et de la cuisse, par exemple, où l'on peut trancher d'un seul et rapide trait toutes les parties molles, l'avantage restait évidemment aux procédés anciens.» Après ce qui vient d'être dit, cette citation, ce nous semble, suffit pour juger la question; et M. Mayor n'aura guère à se féliciter d'avoir ainsi donné l'idée d'un parallèle entre l'amputation usuelle et son procédé soi-disant perfectionné. Tailler sur la peau un lambeau assez vaste pour recouvrir ensuite la plaie, la disséquer, appliquer en troisième lien le tachytome, qui, à la vérité, coupe tout d'un seul trait, égaliser enfin la surface traumatique, ce qui ne se peut faire qu'en coupant quelques esquilles et en en séparant d'autres plus ou moins laborieusement, voilà les divers temps *obligés* de la tachytomie, créée en vue d'abréger la durée de l'opération et d'en diminuer les souffrances. Comparez maintenant ces dissections, ces tiraillemens, aux manœuvres si promptes, si régulières de l'amputation circulaire, et dites de quel côté se trouve la perte de temps, l'excès, dangereux, de la douleur, le peu de sûreté du résultat!

Mais, dira M. Mayor, il n'y a pas des esquilles dans tous les cas! Nous l'avouons sans peine; et rappelant ses propres catégories, nous conviendrons volontiers que la tachytomie est parfaitement applicable pour les ablations des doigts, pour la section des extrémités articulaires, pour les amputations faites chez les enfans. Mais, à son tour, il voudra bien nous concéder que (à part la valeur intrinsèque du mot) il était assez superflu de créer un nom nouveau pour désigner une chose que, à peu de différence près, tous nos chirurgiens pratiquent journellement et depuis longtemps avec l'instrument dit *cisailles de Liston*.

Tout auteur, en prenant congé de ses lecteurs, songe à la critique. Aussi les voit-on, selon leur caractère, les uns chercher à la désarmer par les flatteries, les autres (et ce ne sont pas les moins poltrons) la braver ouvertement, déclarant se soucier fort peu de ses jugemens. M. Mayor s'y prend plus loyalement; il trace à ses aristarques le chemin à suivre pour l'attaquer, les règles suivant lesquelles il entend qu'on discute ses œuvres, les avertissant très charitablement, au surplus, que s'ils sortent de ce programme (qui sans doute est celui de la *critique-modèle*), leurs efforts resteront stériles et impuissans. Laissons-le développer ses conseils: « Pourquoi ne pas laisser aux novateurs en chirurgie la responsabilité de leurs propositions et de leurs actes? Croit-on peut-être que s'ils sont détestables, ils ne manqueront pas de réduire et d'envahir à l'instant même et à tout jamais le monde des opérateurs, et d'y répandre aussitôt l'anarchie et la terreur? Vous assimilez donc, vous critiques, les chirurgiens à ces masses mobiles et impressionnables que les gouvernemens, dans leur sagesse, croient devoir préserver des dangers de certaines doctrines? Et vous croyez devoir jouer modestement le rôle des monarques vis-à-vis de vos nombreux et ineptes confrères! Merci! Contentez-vous plutôt de citer d'abord loyalement et consciencieusement ce qui a été proposé et écrit; puis émettez, consciensement et loyalement aussi, vos objections, vos doutes, vos reproches même, si vous les croyez fondés; après toutefois que vous aurez suffisamment éclairé la matière, *répété* avec soin les épreuves déjà faites et retourné les faits tels qu'ils ont été présentés. » (P. 121.)

Il est certaines expressions qu'il faut vraiment voir de ses propres yeux pour les pouvoir croire échappées de certaines plumes. *Répéter les épreuves!...* C'est l'ennemi mortel de l'expérience qui vient ici nous prêcher le culte de cette *bégueule!* Vous vous moquez, Monsieur Mayor, ou vous avez voulu vous apprêter à rire à nos dépens! Mais le piége était un peu grossier: nous ne sommes pas à ce point oublieux de vos enseignemens. Le procédé modèle (est-ce à nous de vous le redire?) se démontre et s'apprécie *à priori*, sans le secours des faits; et jamais nous n'avons mieux senti le prix de vos principes que dans cette circonstance où ils nous dispensent de répéter ce que le premier coup-d'œil suffit en effet parfaitement pour juger. — Tranquillisez-vous aussi, charitable confrère, sur l'utilité de nos attributions. Sans doute, si la critique est parfois nécessaire, indispensable, pour prévenir des illusions trop naturelles, il est aussi certaines innovations vis-à-vis desquelles elle pourrait, à la rigueur et sans trop de scrupules, demeurer impassible et silencieuse; car le bon sens public en aurait bientôt fait justice. Mais elle comprend autrement ses devoirs. Sentinelle avancée de la science, souvent sa consigne l'oblige à faire feu sur l'obscur ennemi que son peu d'importance aurait dans le combat sauvé de ses coups. Elle ne s'abstient point pour cela; et n'eût-elle ainsi arraché aux systématiques novateurs qu'une victoire ou qu'une dupe, elle n'aurait pas perdu sa journée.

VARIÉTÉS.

— Preuve de l'insénescence du sens intime de l'homme, et de l'application de cette vérité à la détermination du dynamisme humain, à la comparaison de ce dynamisme avec celui des animaux et à l'appréciation des résultats de certaines vivisections; leçons tirées du cours de physiologie fait dans l'année 1843-44 par le professeur Lordat. — In-8°.

A Paris, chez J.-B. Baillère, Germer-Baillère, Fortin, Masson et compagnie, Just. Rouvier.

Et à Montpellier, chez Louis Castel, Grande-Rue, 32.

— Nouvelles recherches sur le traitement des maladies appelées typhus, fièvre typhoïde, petite vérole, rougeole, scarlatine, suette miliaire, etc., etc., et sur l'identité de leurs causes, de leurs symptômes et de leur traitement, et spécialement sur l'efficacité de l'écorce de quinquina dans les périodes d'incubation et fébrile de ces maladies; par J.-E. Cornay, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes. — Un volume in-18 grand format. Prix: 1 fr. 75 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. 4.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 41. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 12 OCTOBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

ÉTUDES SUR LE CHYLE; par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 26, 27, 31, 33, et 37.)

X. — DU CHYLE DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

Diverses considérations autorisent à croire que l'étude attentive des altérations du chyle dissipera beaucoup d'obscurités relatives à la pathogénie des affections humorales.

La surface digestive où les vaisseaux lactés prennent leur origine occupe un rang principal parmi les *atria morborum*. Il est donc rationnel d'admettre que le chyle peut éprouver la première influence morbide qui se manifestera plus tard dans toute l'économie. Cette opinion est justifiée par l'existence des altérations du sang dont la substance renouvelée par celle du chyle participe à la fois de ses aptitudes physiologiques et pathologiques. L'appréciation des effets du régime alimentaire qui tient évidemment la constitution du sang dans une sorte de dépendance semble même impliquer la nécessité d'une modification préalable du chyle. Bien que les différences matérielles de ce dernier liquide soient difficiles à préciser, bien que les recherches modernes aient démontré qu'il existe plus d'analogies qu'on ne le croyait entre le chyle qui provient d'alimens végétaux et celui qui est fourni par des alimens tirés du règne animal, il n'en est pas moins avéré que ce fluide possède des qualités d'autant plus normales que l'alimentation elle-même s'est composée de matériaux plus variés et plus sains. Un mauvais choix de substances nutritives et surtout l'emploi exclusif d'un même aliment produisent des effets contraires; ainsi les expériences récemment tentées sur l'administration isolée de la gomme, du sucre, de la gélatine, etc., ont démontré leur insuffisance pour réparer les pertes de l'organisme. Nous savons enfin qu'on peut faire prédominer presque à volonté certains élémens dans le chyle, tels que la matière grasse, la fibrine, en faisant usage d'alimens dont la nature corresponde à celle de ces principes, et qu'ainsi on modifie artificiellement les caractères du chyle. La nature, toujours plus puissante que l'art, peut varier plus profondément ces modifications et les porter à un degré qui constitue une véritable altération du chyle. Voilà du moins où conduit l'examen théorique de ce sujet; mais pour que la science puisse se constituer, il faut plus que des déductions, il faut des observations directes.

La vérification expérimentale de l'état du chyle dans les maladies est un sujet de recherches réservé à notre époque. Cette voie à peine ouverte n'a pu fournir encore des matériaux suffisans pour tracer une histoire pathologique régulière du chyle; mais les notions que l'on possède permettent d'espérer des résultats plus nombreux et plus utiles. Avant

---

Feuilleton.

PHYSIOLOGIE DES SYSTÈMES PÉNITENTIAIRES (1).

En dehors des différens systèmes pénitentiaires qui se partagent l'opinion des moralistes, des philantropes et des criminalistes, à l'endroit de l'emprisonnement cellulaire, il y a une question d'hygiène et de physiologie importante à résoudre, et dont les discussions sur la loi n'ont fait que montrer les élémens et les difficultés. Cette question, mise au concours par la Société de médecine de Marseille, a été l'occasion de plusieurs mémoires remarquables. Parmi ces mémoires, on doit distinguer celui de M. Gerbaud, qui a obtenu la première mention honorable. La Gazette Médicale consacrera prochainement un article détaillé à l'examen de ce travail. En attendant, nous croyons faire plaisir à nos lecteurs en leur mettant sous les yeux un extrait du mémoire de M. Gerbaud; ils y reconnaîtront avec nous, sans doute, des observations pleines de justesse et des vues qui ne manquent ni d'originalité, ni de profondeur.

....

« Nous ne pouvons ignorer que le système ganglionique est le régulateur des fonctions sensitives extérieures, il leur envoie ou retire la vie à volonté; il les anime, les ébranle, leur transmet tout ce qu'il éprouve, et comme la digestion et la nature des alimens influent singulièrement sur les actes de la sensibilité extérieure, le prisonnier placé dans les conditions les plus défavorables à l'état normal de ce système est menacé de voir amortir sa sensibilité, surtout dans le confinement solitaire où rien n'agace ni ne secoue cette indolence du système nerveux abdominal.

» Si dans de telles circonstances la sensibilité des sens et des membres tombe dans le désordre ou le sommeil, quel sera le rôle de l'encéphale? Les choses utiles ou nécessaires dont nous sommes privés nous deviennent d'autant plus chères qu'elles nous étaient plus familières; à celui qui n'a que l'idée de sa misère, de son délaissement, de sa bassesse, de la turpitude de son état que tout lui révèle dans sa cellule, comment réveiller son espérance, comment réchauffer son cœur abattu sous le poids de la douleur ou desséché bientôt par le chagrin? Ressuscite-t-on habituellement la confiance chez des âmes valétudinaires, énervées, toujours en fluctuation? Cet état est très convenable pour les fous et les idiots qui ne s'inquiètent de rien.

» On a beau y joindre le travail, quand on s'y livre sans agrément, que si-

(1) Par M. le docteur Gerbaud; ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux.

tout autre examen, constatons le besoin de poursuivre ces résultats en montrant où en est la science sur ce point.

Les indications relatives aux altérations du chyle ou à l'influence qu'il reçoit ou qu'il exerce dans les maladies, sont disséminées dans les archives de la science, et beaucoup d'entre elles ne consistent qu'en des détails peu précis, souvent incomplets et sans aucune coordination. Les auteurs spéciaux qui ont composé des monographies sur le chyle n'ont pas même répondu à la garantie du titre de leurs ouvrages et ont quelquefois rempli de considérations vaines et peu instructives les écrits qu'ils nous ont légués. Ainsi, Schurig (1), à qui l'on doit un volumineux traité sur la *chylologie*, s'occupe d'une foule de questions plus ou moins afférentes aux lésions fonctionnelles du tube digestif sans présenter des détails circonstanciés sur les caractères du chyle et ses altérations. Rolfinck (2), dans les dissertations qu'il a publiées sur le même sujet, laisse un vide aussi complet sur les questions qui s'y rapportent. Vieussens (3) ne semble pas s'être douté que le chyle pût être étudié avec quelque précision, et il s'est occupé uniquement de réfuter des hypothèses pour leur en substituer de nouvelles. En somme, avant la culture suivie et méthodique de la physiologie expérimentale, on n'avait aucune connaissance bien exacte au sujet des caractères normaux du chyle et l'on ne pouvait que former des conjectures plus ou moins vraisemblables sur les lésions qu'il reçoit ou qu'il provoque.

Aussi ne saurait-on accepter qu'à titre de simple aperçu les documens et les classifications présentées par des auteurs dont le génie pouvait bien entrevoir la vérité, mais à qui l'imperfection des moyens d'exploration ne permettait pas de l'atteindre. Sylvius (4), qui voyait dans la plupart des maladies une altération chimique des élémens constitutifs de l'organisme, et principalement des humeurs, a écrit un chapitre intitulé : DE MORBIS CHYLI, EORUMQUE INDICATIONIBUS CURATORIIS. Il admet en premier lieu des altérations des qualités physiques du chyle, puis des altérations relatives à sa quantité, laquelle peut être augmentée ou diminuée, et qu'on ramène à l'état régulier en réglant la proportion des alimens ou en administrant des substances médicamenteuses, qui tantôt répriment, tantôt excitent la formation du chyle. Dans une troisième catégorie sont comprises les altérations auxquelles le chyle donne lieu lorsqu'il est dévié, comme lorsqu'il s'épanche dans le mésentère ou dans la cavité abdominale. Enfin, Sylvius admet encore des lésions produites par la stagnation du chyle dans ses réservoirs.

Cette classification manque de base expérimentale. Dans les développemens que Sylvius donne à ses idées, on reconnaît l'application d'un plan général arrêté à l'avance, d'un système d'*idées préconçues*; mais on cherche en vain des faits réellement démontrés par l'observation.

Le même genre d'imperfection se retrouve dans Gaubius (5), qui a écrit aussi un chapitre sur les altérations du chyle, sous le titre de CHYLI VITIA. Gaubius va plus loin que son prédécesseur et spécifie davantage les mauvaises qualités du chyle. C'est ainsi qu'il admet que cette humeur se présente suivant les cas, avec les caractères d'un liquide, acide, putrescent, huileux, rance, glutineux, etc., et que ces divers états, provenant de causes particulières, produisent des effets qui s'y rapportent. Il cherche ensuite à déterminer si les altérations du chyle ne peuvent pas contribuer à vicier le lait, si son mélange avec de la graisse n'est pas la cause de l'obésité. Les considérations qu'il émet sur ces divers points sont évidemment hypothétiques; néanmoins, elles servent à mettre en relief une pensée que Gaubius exprime en commençant et dont la justesse ne saurait être contestée aujourd'hui; c'est que le chyle, de quelque manière qu'il soit altéré, transmet au sang les vices dont il est lui-même affecté : « *Labem suam in omnes humores effundit.* »

Cette opinion, exprimée d'une manière plus ou moins saillante dans les écrits des auteurs formés à l'école de Sylvius ou de Boerhaave, rappelle un des points principaux de l'humorisme chimique imparfait des deux derniers siècles. Nous sommes déjà loin des méthodes infidèles à l'aide desquelles on instituait les théories humorales, en les basant sur des altérations chimiques impossibles à déterminer. Bordeu lui-même n'eut aucune peine à renverser les hypothèses dont on abusait encore de son temps et qui servaient à expliquer des phénomènes morbides dont la cause était bien étrangère à ce genre d'altérations. A plus forte raison pourrait-on aujourd'hui montrer le vide des théories qui attribuaient certaines maladies à un vice primitif du chyle. Ce serait, par exemple, aborder une trop facile réfutation que de s'attacher à démontrer l'inexactitude des considérations émises par Floyer (1) lorsqu'il veut prouver que l'asthme dépend d'un état contre nature du chyle. L'opinion d'après laquelle ce fluide ne pouvant se mélanger avec le sang stagne dans les poumons et produit des tubercules ne soutiendrait pas davantage un sérieux examen. Mais l'admission du rôle pathogénique du chyle dans plusieurs maladies à caractère général, et dans lesquelles les fonctions de nutrition sont troublées ne saurait être enveloppée dans la même proscription que les opinions précédemment énoncées. Or, tel est le principe de Gaubius, et son adoption paraît tellement logique, que les recherches ultérieures doivent être dirigées de manière à le vérifier et que l'on ne saurait arguer contre lui du petit nombre de résultats jusqu'ici légués à la science.

On peut s'expliquer d'ailleurs comment on n'a encore reconnu chez l'homme qu'un nombre très limité d'altérations. Cette pénurie de faits dépend de ce que la présence du chyle est transitoire; ce liquide ne se montre que comme produit de la digestion, et lorsque cette fonction n'est pas préalablement accomplie, ce n'est pas du chyle, mais de la lymphe qui remplit le réservoir de Pecquet et le canal thoracique. D'une autre part, les sujets qui succombent à une maladie ne sauraient généralement présenter du chyle; car presque toujours la mort a été précédée de l'abstinence des alimens, et dans le cas où ceux-ci ont été introduits dans les derniers momens de l'existence, la faiblesse de l'activité organique n'en a pas permis la chylification. Il faut ajouter à cela qu'on n'a pas suffisamment utilisé les circonstances exceptionnelles favorables à ce genre d'études, et que c'est un terrain où le défrichement commence à

(1) DE CHYLO HUMANO TRACTATUS HISTORICO-MEDICUS, etc. Lipsiæ, 1730; in-4°.

(2) DE CHYLO ET SANGUINE; — DE CHYLIFICATIONE LOESA. Iena, 1652, 1663; in-4°.

(3) TRAITÉ DES LIQUEURS DU CORPS HUMAIN, t. 2, 1715. In-4°.

(4) OPERA MEDICA; — DE METHODO MEDENDI, lib. 1, p. 77; in-4°; éd. Elzev. 1680.

(5) INSTITUTIONES PATHOLOGIÆ MEDICINALIS, p. 112; in-12. Leyde, 1775.

(1) TRAITÉ DE L'ASTHME, trad. de l'anglais; in-12, 1785, p. 30 et suiv.

---

gnifient la fatigue sans repos, la tristesse sans consolation? Toujours la viduité, un isolement affreux dans le dénûment et l'opprobre aux yeux de celui qui pense! Il y a vraiment de quoi déserter la vie.

» De là cette tristesse continue, ce découragement qui refroidit le foyer vital, cette idée noire qui rétrécit le cercle de l'entendement, qui concentre les forces organiques à l'intérieur, qui vous charge de ce poids qui resserre la poitrine et provoque le soupir: sons sourds du regret, de la peine, de la souffrance intellectuelle qui détend et ruine les ressorts de la vie. Cette situation porte l'homme à l'apathie, à la pusillanimité, à la paresse; son teint s'altère, ses fonctions ne présentent plus de régularité, sa locomotion est incertaine, sa langueur se montre dans tout son individu. Il dévore en silence, et sans être troublé, ses chagrins qui dessèchent ses affections; les facultés intellectuelles enfin abattues se disposent au sommeil, l'humeur atrabilaire augmente cette affection qui fait bientôt vieillir et qui dans le fait est l'analogue de la vieillesse. Le conviet se hait, se déplaît à lui-même; sa tristesse prend l'aspect d'une taciturnité farouche, de l'anxiété et du désespoir; le corps dépérit, et l'ame tombe dans l'insensibilité, dans un redoutable accablement. C'est ainsi que la poésie, dans son langage allégorique, transforme Niobé en rocher.

» Dans les cœurs tendres, les pleurs soulagent la tristesse de la prison. Ainsi, les femmes, les enfans, les gens débilités, et tous ceux dans lequels l'humidité surabonde, sont facilement émus. Les prisonniers cellulaires, après quelque temps d'isolement, craignent la visite des étrangers; leur visage pâlit à leur aspect, leur cœur palpite, leur voix se perd, tous leurs sens sont perclus. Cet effet de la crainte amène la honte, parce qu'elle prive d'intelligence ou de réflexion. L'ame, selon Homère, semble alors descendre dans les jambes. J'ai vu plusieurs fois des enfans et des jeunes gens dans la cellule solitaire présenter la série des phénomènes précités. Ils étaient haletans, avaient de la peine à articuler quelques réponses brièves à nos interrogations. Chez ceux qui sont condamnés au cachot noir avec réduction de nourriture, sans travail, ces signes d'affaiblissement sont bien autrement prononcés. On peut joindre ici l'effet constant de la masturbation à toutes les causes antérieures; ce vice alors règne dans ces repaires avec toute sa fureur, ce qui nous a fait considérer ce genre de punition comme le plus préjudiciable aux mœurs et à la santé du conviet.

» L'ennui qui naît de cette uniformité favorise grandement cette malheureuse passion. La longueur insupportable du temps est plus pénible à endurer que le mal pour beaucoup de personnes. La lassitude que les fibres éprouvent par le même genre de situation fait qu'on aspire à le changer, et, dans l'impossibilité de le faire, on succombe à l'ennui. Le sentiment de l'ennui, produit de l'état contre nature, est si pernicieux qu'on voit les animaux renfermés tomber, dépérir, se déchirer et se meurtrir. Ils ne résistent pas pour l'ordinaire, tant est furieux le besoin d'être mû ou de dépenser sa sensibilité. Le bâillement, les pandiculations, les spasmes, sont les moindres symptômes de ce mal qui annonce avec un goût universel la surcharge ou le mouvement désordonné, dit un physiologiste, de nos facultés sensitives. On peut juger de la force de cet état de l'ame par le trait suivant. Le philosophe Cardan se mordait les bras jusqu'au sang pour ramener à l'extérieur, par la douleur ou par quelque autre travail du corps, l'écoulement de la sensibilité; car, de même qu'une eau croupissante se putréfie, ainsi l'extrême indolence corrompt les facultés de l'ame.

peine. M. le docteur Klencke (1) est un des premiers qui ait compris l'utilité de l'exploration du chyle dans l'état pathologique. Il a reconnu, avec non moins de raison, que la pathologie comparée pourrait fournir sur ce point de vives lumières, et ses observations ouvrent une voie dans laquelle tout fait présumer que les investigateurs recueilleront d'utiles matériaux.

Résumons actuellement les données principales sur le chyle considéré dans l'état pathologique.

A. La formation de ce fluide est influencée dans plusieurs *maladies générales* où il existe une diminution des forces de l'organisme.

La chylification imparfaite donne naissance à un produit qui l'est à son tour, et qui, régénérant le sang d'une manière vicieuse, contribue au maintien de l'affection morbide.

Lind (2), dans son TRAITÉ DU SCORBUT, insiste longuement pour prouver que le chyle ne possède pas ses qualités naturelles, et qu'il contribue ainsi à déterminer l'altération du sang. D'après lui, le chyle des scorbutiques est visqueux et se putréfie promptement; les substances acides sont propres à le ramener à ses qualités normales. Cette dernière remarque s'harmonise avec les analyses récentes d'après lesquelles le sang des individus affectés de scorbut serait plus alcalin qu'à l'ordinaire, et entraînerait une disposition susceptible d'être combattue avantageusement par l'emploi des sucs acides. Fourcroy (3), qui s'est occupé de l'état du sang dans le scorbut, affirme que, dans cette maladie, le chyle est altéré; mais il se borne à indiquer ce résultat, sans présenter des développemens qui le justifient. L'analogie qui existe entre le chyle et le sang, et l'altération bien constatée de ce dernier liquide, semblent indiquer dans le premier une modification d'autant plus probable que dans le scorbut, les ganglions mésentériques sont généralement lésés, ronges, ramollis à leur centre, et qu'ils peuvent compléter l'altération des qualités du chyle déjà commencée sous l'influence de l'action digestive.

La *maladie scrofuleuse* se développe aussi dans des conditions et avec des caractères qui portent à admettre une détérioration de l'humeur chyleuse. La part que les alimens de mauvaise qualité prennent dans l'étiologie de cette maladie, la lésion que subissent fréquemment les glandes du mésentère, la prédominance de la partie albumineuse du sang et l'infériorité de la fibrine, enfin la langueur générale de l'action digestive, tout s'accorde pour autoriser cette supposition dont l'origine remonte déjà loin dans la science. L'ancienne distinction du *bon* et du *mauvais chyle* se rattache principalement aux caractères que ce fluide revêt chez les scrofuleux; Baillou l'a particulièrement indiqué et a même avancé que, chez eux, le chyle éprouvait une sorte de réduction aqueuse. Le docteur Klencke (4), qui s'est plus spécialement occupé de ce sujet de physiologie pathologique, dit avoir plusieurs fois constaté l'absence de corpuscules de chyle sans noyau ou corpuscules adipeux, de même que l'absence des globules lymphatiques sur des individus cachectiques dont il avait pu faire l'autopsie très peu de temps après leur mort. Il admet en conséquence un mauvais état, une dyscrasie véritable dans le liquide formateur; et, d'après lui, le chyle d'une organisation vicieuse devra donner lien à du sang détérioré, à de la lymphe mal élaborée, et, en somme, à la plupart des phénomènes constitutifs de l'état scrofuleux. Cette généalogie de phénomènes est au reste éclairée par la vérification d'une altération matérielle du chyle chez les animaux atteints de maladies cachectiques analogues aux scrofules.

Il résulte en effet des expériences variées auxquelles s'est livré le docteur Klencke, sur des chats et des chiens affectés d'une maladie particulière ayant de la ressemblance avec les scrofules, que le chyle n'offre ni ses caractères physiques, ni ses caractères microscopiques normaux. Cette maladie, plus fréquente chez les premiers animaux, est connue par cette raison sous le nom de *Katzenkrankheit* (maladie des chats) : sous son influence, ils deviennent galeux, maigrissent, leur ventre augmente de volume, ils sont gloutons, leurs yeux sont larmoyans, leurs paupières enflammées, le nez est morveux et la bouche est recouverte d'exanthèmes. Si on les fait périr pendant la digestion, le chyle obtenu des parois de l'intestin présente l'aspect d'un sérum liquide, et si on l'examine au microscope, on ne reconnaît qu'une petite quantité d'élémens en suspension; le chyle des vaisseaux lactés ne présente qu'un faible nombre de corpuscules adipeux, et les autres globules sont d'un aspect granulé, irrégulier et même angulaire. Les glandes mésentériques ont un aspect enflammé, et le chyle qu'on en exprime, dépourvu de granules adipeux, laisse voir des corpuscules à noyaux de forme variable, et mélangés avec des points rougeâtres que l'auteur considère comme formés de pigment. Le chyle du canal thoracique se distingue aussi par la pénurie des granules adipeux, et les parois du canal sont rendues irrégulières par des élevures hémisphériques auxquelles sont suspendus les globules à noyau. D'après ces observations, faites sur plusieurs animaux, le docteur Klencke admet que l'on peut reconnaître, au moyen du microscope, l'état de cachexie aussi bien dans le chyle que dans le sang et la lymphe.

Quelques recherches chimiques du docteur Simon viennent à l'appui des résultats précédens. Cet auteur fit des expériences sur un cheval d'une constitution appauvrie, atteint d'ozène, et sur deux autres chevaux sains. Le premier, nourri de pois bouillis, fournit un chyle peu trouble, d'une couleur rouge clair, n'ayant qu'une petite quantité de matière grasse et peu de substance fibrineuse. Les deux autres chevaux, nourris d'avoine, donnèrent, le premier, un chyle blanchâtre, le second un chyle moins laiteux, mais les deux liquides renfermant une proportion normale de matière grasse et de fibrine. Voici le résultat des analyses comparées entre elles.

	Cheval n° 1.	Cheval n° 2.	Cheval n° 3.
Eau	940,670	928,000	906,000
Principes solides	59,330	72,000	84,000
Graisse	1,186	10,010	3,480
Fibrine	0,440	0,805	9,900
Albumine avec des corpuscules de lymphe et de chyle	42,717	46,430	60,530
Globules de sang	0,474	traces	5,691
Substance extractive	8,300	5,320	5,268
Chlorure de soude, lactate de soude, traces de sels calcaires		7,300	6,700
Sulfate de chaux, phosphate de chaux, oxydule de fer		1,100	0,850

(1) MÉMOIRE SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE, etc., traduit de l'allemand par Berchem. (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, 1843.)
(2) Tom. 1, p. 360 et suiv. In-12, 1788.
(3) MÉMOIRE SUR LA NATURE DES ALTÉRATIONS QU'ÉPROUVENT QUELQUES HUMEURS ANIMALES PAR L'EFFET DES MALADIES ET L'ACTION DES REMÈDES. (MÉM. DE LA SOC. ROY. DE MÉD., 1782-83.)
(4) Loc. cit., p. 83.

Ces facultés ont besoin d'être remuées par la variété des événemens. La seule diversité des occupations ou des passions peut arracher à son joug pesant : malheur à quiconque ne désire plus rien! Cette lassitude du système sensible naît de l'interdiction de toutes les jouissances de la vie chez le prisonnier, chez l'ermite, le religieux dans les cloîtres, les malheureux, les sauvages. L'ame qui est privée de tout désire d'abord beaucoup; mais, plus tard, ce défaut d'impulsion morale du confinement solitaire rend aussi stupide que l'excès des passions peut rendre fou. Les agitations des passions sont comme les vents qui nous font mouvoir : elles servent d'ailes aux vertus comme aux vices; elles sont dans l'ordre de la nature pour développer nos facultés et toutes les ressources de la pensée.

» La solitude de la cellule ramène les anciennes émotions à une passion dominante qui, grossie de leurs débris, remplit désormais l'ame toute entière, lui inspire de plus vifs ressentimens ou de plus profondes réflexions. Les passions concentrées sont toujours graves, elles tuent; la tristesse est plus forte que la joie; la comédie fait une impression moins durable que la tragédie; ce sont toujours les deux plateaux d'une balance, dont l'un se relève d'autant plus que l'autre baisse davantage; aussi, plus la peine est empreinte de défauts, moins la réforme obtient de résultats.

....

» Aussi tous les mouvemens du condamné dans la cellule trahissent sa faiblesse physique : ses traits relâchés, ses yeux ternes, abattus, ses sensations obtuses; à peine retrouve-t-on en lui quelques restes de sa perfection passée. Livré à l'insouciance, sa mémoire s'est affaiblie et ne se souvient plus que des choses usuelles. Il manque de force, d'attention, ne peut comparer ou combiner ses idées. La mélancolie le dévore; les jeunes gens surtout y sont plus sujets que les hommes d'un âge mûr. Plein des impressions de l'enfance, l'adolescent demeure sous leur influence tant que de nouvelles habitudes plus fortes n'ont point émoussé les premières. Au moindre chagrin, au plus léger revers, il songe au bonheur domestique, à ses jeux d'autrefois, à ses amis, à tout ce qu'il possédait, et ce souvenir, qui devrait le consoler, ne tarde pas à devenir la source de ses maux. A ce souvenir, s'il y mêle la crainte de ne plus en jouir, son premier effet détermine une tristesse profonde; toute l'économie est affaissée sous cette influence pénible.

» Aussitôt le cerveau, dans la séparation cellulaire, concentre nécessairement ses forces sur un seul ordre d'idées, sur une seule pensée. L'épigastre devient le siége de sensations incommodes, de resserremens spasmodiques. Bientôt à la tristesse succède une mélancolie sombre. La respiration, difficile et entrecoupée, ne paraît plus qu'une suite de longs soupirs. Les digestions pénibles ne fournissent que des sucs mal élaborés. Le prisonnier, seul avec sa douleur, s'efforce vainement de l'apaiser. La solitude lui devient bien plus funeste lorsque sa pensée ou plutôt son délire y prend de nouvelles forces pendant que le corps perd les siennes. La lassitude des membres fait succéder au besoin de se promener seul un repos encore plus pernicieux, car il amène bientôt le dernier degré d'anéantissement. Une pâleur mortelle remplace le brillant coloris de la santé. Les yeux, mornes et toujours prêts à verser des pleurs, s'ouvrent avec peine au jour. Le cœur ne bat plus régulièrement; il palpite à la moindre émotion. La susceptibilité du système nerveux prend un accroissement morbide; les sécrétions sont troublées, et les organes les plus essentiels à la vie deviennent le siége de fu-

B. Les matériaux du chyle mélangés avec le sang éprouvent dans quelques *affections des organes respiratoires* ou autres, un retard dans leur assimilation définitive ; dans certains cas, ils sont même directement éliminés. La connaissance du premier fait remonte à Sanctorius (1), qui cherche à établir dans ses expériences statiques que lorsque l'action du poumon est affaiblie par des influences extérieures, la sanguification qui est la dernière et la plus importante opération exercée sur le chyle demeure imparfaite, que la nutrition est défectueuse chez les personnes dont les poumons sont malades et que les organes sont alors impuissans pour convertir le chyle en sang. Lower (2) admet aussi que dans ce cas le chyle circule pendant un certain temps dans le sang sans avoir perdu sa nature. Ces assertions émises peut-être sous l'influence d'idées théoriques ont été reproduites plus explicitement par Autheurieth (3), qui dit avoir constaté que dans les maladies où il existe depuis longtemps un embarras dans l'acte respiratoire, la graisse du chyle tourne difficilement au profit de l'organisme, et que dans la phtisie en particulier on voit longtemps après le repas le chyle non altéré nager à la surface du sang tiré de la veine. C'est surtout en ce qui concerne la partie grasse du chyle que se manifeste l'affaiblissement des actes organiques qui tendent à l'assimiler complètement au sang. La graisse qui, pendant l'acte circulatoire, ne contracte point de combinaison soluble, disparait par sa déposition dans les tissus ou par sa combustion dans le poumon. Mais comme la fonction respiratoire est troublée dans les maladies chroniques des organes pulmonaires, et que l'amaigrissement qui se manifeste indique que la graisse introduite dans l'économie n'y séjourne pas, on comprend que sa combustion ne se faisant qu'avec lenteur dans le poumon, elle reste longtemps visible dans le sang. C'est un point sur lequel l'observation mériterait d'être de nouveau fixée.

Il est, au reste, d'autres conditions de l'économie mal déterminées dans leur essence, et dans lesquelles on voit la matière grasse apportée par le chyle, s'échapper par les sécrétions sans être utilisée pour l'acte nutritif. Que les matières grasses du chyle servent, par l'intermédiaire de la circulation générale, à la sécrétion lactée, c'est un point que les expérimentateurs modernes, d'accord en cela avec les physiologistes du dernier siècle, paraissent admettre sans difficulté, tout en niant l'identité du chyle et du lait, ainsi que l'existence d'une voie spéciale de transport du chyle aux glandes mammaires. Mais il est des états morbides dans lesquels les reins se chargent de l'élimination de la matière grasse que les mamelles opèrent dans l'état physiologique. Les *urines chyleuses* indiquées par un grand nombre d'auteurs ont été de nouveau signalées de nos jours, et les recherches de M. Quevenne sur ce point ont établi non seulement l'existence de matières grasses à l'état de suspension dans la sécrétion urinaire, mais encore celle de globules analogues aux globules du sang ; en sorte que les principaux caractères microscopiques du chyle étaient apercevables dans l'urine. Haller (4) avait admis sans hésitation la possibilité du passage du chyle dans l'urine, et avait signalé l'altération de la nutrition comme la conséquence de ce fait. « *Etiam ægri diabetici magis contabescunt, si præterea chylus ipse per renes amittatur.* » L'illustre physiologiste avait lui-même éprouvé cette affection, comme on peut le voir dans une consultation que lui adressa de Haën (1). Riolan, Bartholin et Darwin ayant observé de leur côté le diabète chyleux, avaient admis un transport direct du chyle de son réservoir dans le système urinaire. Mais cette opinion depuis longtemps abandonnée n'a pas obtenu plus de crédit après les travaux de M. Lippi tendant à démontrer de nouveau l'existence de cette communication.

C. Le chyle reçoit une influence pathologique dans plusieurs *maladies du tube digestif et de ses annexes.* Sa formation semble suspendue par les diverses espèces de diarrhées poussées à un certain degré, et spécialement lorsque les alimens parcourent la cavité digestive sans éprouver d'altération notable, variété connue sous le nom de *lienterie.* Les anciens avaient encore admis une sorte de flux intestinal dans lequel on supposait que le chyle était directement rejeté sans avoir été absorbé. La dénomination de *flux cœliaque* était appliquée à cette maladie, qui paraît n'être qu'une forme de la diarrhée muqueuse ou séreuse, et qui coïncide peut-être avec une sécrétion exagérée du fluide pancréatique. On peut admettre, en général, que les maladies aiguës ou chroniques du tube digestif, ainsi que plusieurs autres lésions qui ont leur siége dans cet appareil, empêchent la formation du chyle ou lui font subir une modification ; mais l'expérience n'a rien précisé encore à cet égard. M. Bouchardat (2) a émis l'opinion que les sécrétions acides de la cavité gastrique pouvaient, dans certains cas, favoriser la transformation des substances amilacées en sucre et provoquer ainsi le *diabète sucré.* Mais il reste à démontrer si la matière saccharine qui se forme alors dans l'intestin est absorbée par les lymphatiques, et pénètre dans l'économie ou si elle est absorbée par les veines. Les expériences de Tiedemann et Gmelin sur la possibilité de la transformation de l'amidon en sucre, sous l'influence des forces digestives et de sa présence dans le chyle, tendraient à faire admettre une modification de ce dernier liquide. Les auteurs de l'article *Diabètes* du COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, tout en reconnaissant que, dans cette maladie, le chyle n'a pas été l'objet de recherches suffisantes, admettent néanmoins la formation primitive de la matière sucrée, son transport avec le chyle et son élimination par l'urine.

Dans les maladies du foie qui réagissent sur la sécrétion biliaire, la chylification est manifestement troublée, ce que l'on peut induire du désordre des fonctions digestives. Les flux bilieux abondans déterminent un mouvement péristaltique qui s'oppose à la formation du chyle, et dans les cas de rétention de la bile ou de la suppression de la sécrétion, la chylopoïèse en reçoit une influence. Ce n'est pas ici le cas de rappeler les perturbations fonctionnelles qui surviennent après la ligature, la compression ou l'oblitération du canal cholédoque. Nous avons eu l'occasion d'examiner, dans un autre travail, les résultats observés à la suite d'expériences physiologiques ou dans certaines conditions morbides qui s'opposaient au cours de la bile dans l'intestin. Nous nous bornerons à rappeler que la bile est essentielle pour mettre la matière grasse des alimens dans un état favorable à son absorption, et que dans l'ictère, avec

(1) DE MEDICINA STATICA APHORISMI.
(2) TRACTATUS DE CORDE. — ITEM DE MOTU ET COLORE SANGUINIS ET CHYLI IN EUM TRANSITU. 1669.
(3) Reil. ARCHIV. t. VII, p. 7...
(4) ELEM. PHYSIOL., t. VII, p. 393.

(1) EPISTOLÆ AD HALLERUM AB ERUDITIS VIRIS, t. VI, p. 148.
(2) Mémoire présenté à l'Académie des sciences. 1838.

nestes congestions. La fièvre enfin se manifeste et dégénère bientôt en hectique de douleur.

» Pourrait-il en être autrement lorsque dans l'état de liberté le simple passage d'une vie active à une vie molle et retirée opprime les forces, appesantit le corps et l'esprit, jette dans la morosité et la torpeur ? Ignorons-nous que les affections tristes usent l'homme bien plus que le travail du corps ? L'esprit, dans cette situation matérielle, ne peut moins faire que de concentrer son action sur un objet particulier, et cet objet ne peut être qu'abstrait ; c'est le regret du passé, le désespoir d'atteindre un avenir éloigné, à moins qu'il ne se console de la perte de sa liberté, de son tourment actuel et de sa perplexité sur l'avenir par le fanatisme religieux, l'abrutissement, l'imbécillité, la démence, la mélancolie, terme de la vie solitaire forcée. Car, ainsi que nous l'avons déjà prouvé, les causes de la solitude agissen toutes en affaiblissant la constitution de l'individu et en imprimant aux fluides un caractère funeste. Sous cette fâcheuse influence, comment les passions tristes ne s'empareraient-elles pas de ces hommes privés d'exercice, disposés à toutes les tendances pathologiques, dominés seulement par le sentiment pénible que leur inspirent le souvenir de leur faute, la dureté du châtiment, sentiment fortifié par tous les préjugés individuels ? Ne fût-ce que la simple préoccupation qu'ils ne sont plus propres à rien, qu'ils sont à charge à leurs parens, à leurs amis, méprisés de leurs concitoyens ; obsédés et bourrelés sans cesse par de telles pensées que vient accroître l'idée de la nécessité de l'isolement pour triompher d'un semblable naturel, les prisonniers peuvent-ils même avoir foi en l'avenir ?

» Les habitans des terrains bas, humides, étouffés, sont portés aux affections humbles ou tristes, ou craintives, pendant que les montagnards sont disposés aux affections courageuses ; le même effet se manifeste entre la séparation solitaire et le travail en commun, qui réunit des conditions d'hygiène plus salutaires. Il faut rompre les grands vices, dit Virey, en plusieurs défauts moindres, comme ces torrens impétueux qu'on sépare en petits ruisseaux pour en diriger plus facilement le cours ensuite ; et peut-être que quelques ames seraient moins parfaites sans quelque vice par où s'écoule la malignité du cœur, comme on établit des cautères à certaines complexions pour les assainir, au lieu d'arrêter l'impétuosité de leur masse.

» L'ame se met ensuite à l'unisson du corps et s'accommode toujours de ses dispositions. Lorsque plusieurs affections naissent dans le même individu, la plus puissante absorbe toutes les autres, comme on voit ces petites ondulations de l'eau se confondre dans un grand cercle par une forte secousse. Une puissante affection s'apaise en se divisant en mille émotions partielles qui se contrebalancent jusqu'à ce qu'elles parviennent à l'équilibre de l'indifférence. Dans l'emprisonnement en commun, lorsque les passions sont bien dirigées, on peut espérer de les utiliser ou de les réprimer suivant leur tendance. Dans la séparation solitaire, le convict est contraint de dissimuler ses plus secrets désirs, de masquer toutes ses passions, ce qui le réduit à l'indifférence de l'automatisme. On a pensé refroidir ces naturels pervers par l'ennui de la cellule, comme jadis on matait les religieux en les rabaissant à l'humilité la plus profonde par cette pratique nommée *minutio monachi*. La tristesse et l'épuisement abattent, à n'en pas douter, toute turgescence morale. La sujétion et le despotisme peuvent courber un front superbe par la force ; mais, à la moindre occasion, il se relève

rétention de la bile, la matière grasse au lieu de passer dans le chyle se retrouve souvent dans les matières fécales auxquelles elle donne une apparence oléagineuse. Quant à la matière jaune de la bile, elle n'est pas absorbée par les vaisseaux lactés; si le fluide du canal thoracique a été vu quelquefois avec la teinte jaune, cette coloration lui était communiquée par la lymphe du foie ou par celle des lymphatiques généraux de l'organisme qui, dans l'ictère très intense, est chargée de pigment jaune comme la plupart des fluides de l'économie. Dans un cas de diarrhée bilieuse très considérable survenue chez un chien à qui nous avions pratiqué la section des deux nerfs pneumo-gastriques, le serum du sang de la veine-porte était d'une couleur jaune rougeâtre très prononcée; tandis que le fluide des lymphatiques de l'intestin était transparent et décoloré.

Nous connaissons encore trop imparfaitement les phénomènes des maladies du pancréas pour déterminer avec exactitude les altérations qu'elles font subir à la formation et aux qualités du chyle. Lower et de Graaf ont à peine recueilli quelques détails à cet égard. Le premier (1) prétend que l'absence de sécrétion pancréatique rend le chyle épais et cause sa stagnation dans les vaisseaux lactés, ce qu'il dit avoir observé sur un chien dont le pancréas était induré. De Graaf (2) prétend de son côté que ses expériences lui ont appris que le suc pancréatique abondant et fluide facilite la pénétration et la progression d'une grande quantité de chyle dans les vaisseaux lactés.

D. Lorsque le passage du chyle est obstrué, soit par l'engorgement des ganglions mésentériques, soit par l'oblitération du canal thoracique, ou par la présence de tumeurs qui exercent une compression sur les voies qu'il parcourt, divers phénomènes morbides sont la conséquence de l'interruption de son cours.

Le *carreau*, qui est une forme si fréquente de l'affection scrofuleuse chez les jeunes sujets, a pour résultat ordinaire l'amaigrissement. Aussi les observateurs des derniers siècles, tels que Hoffman (3), Tulpius (4), Morgagni (5) l'avaient-ils considéré comme une maladie dangereuse, à cause de l'obstacle que les ganglions engorgés devaient apporter à la progression du chyle. Bien que les expériences de Sœmmering et celles que l'on doit au docteur Becker, de Berlin, aient démontré que certains ganglions tuméfiés pouvaient encore être traversés par de la matière à injection, on ne saurait entièrement abandonner l'idée que l'altération des ganglions du mésenière n'apporte souvent un obstacle au cours régulier du chyle, et par conséquent ne trouble l'acte nutritif jusques dans sa source. D'après Morgagni, l'amaigrissement par défaut de chyle peut encore dépendre de l'atrophie des ganglions mésentériques. Cet observateur emprunte à Fabricius l'exemple d'une femme qui succomba après une lente émaciation, et qui, à l'autopsie, ne présenta d'autre lésion que l'atrophie des glandes mésentériques.

L'oblitération du canal thoracique, lorsqu'il n'existe pas de voie supplémentaire pour le cours du chyle, la compression de ce canal, sont également suivies de l'amaigrissement. La mort peut survenir aussi, comme nous l'avons vu dans une autre partie de cet essai; elle est ordinairement précédée d'une tumeur formée par le chyle accumulé au-dessous de l'oblitération, et qui peut être suivie de rupture. Morton et Bassius, au rapport de Sœmmering (1) citent des faits de ce genre. Bassius (2) a même décrit une hydropisie thoracique chylense, et Bartholin a signalé une fistule de même nature.

Plusieurs observations de Lieutaud, Sandifort, Morgagni, établissent la réalité des *épanchemens chyleux*; mais d'autres faits du même ordre peuvent être révoqués en doute, tel est entre autres celui de Saviard, dans les détails duquel on reconnaîtrait plutôt le produit d'un foyer purulent étendu et compliqué qu'une déviation du chyle. Le défaut de documens suffisans qu'on ne peut éviter de reconnaître dans quelques autres faits du même genre rapportés par d'anciens auteurs, nous engage à reproduire avec quelques détails une observation plus moderne, à laquelle on a ajouté l'analyse du liquide épanché.

Le docteur Marshall Hugues (3) cite l'exemple d'un jeune homme qui, après deux mois d'une maladie consistant en des troubles variés des fonctions digestives, succomba avec les apparences d'une hydropisie ascite et présenta à l'autopsie les traces d'un épanchement chyleux dans le péritoine. Sept à huit pintes d'un liquide laiteux épais étaient contenues dans la cavité de cette membrane. Les glandes mésentériques dégénérées avaient un volume énorme et formaient une tumeur commune. Des vaisseaux lactés en grand nombre, tortueux, variqueux, et distendus, les uns par un liquide lactescent, les autres par une liqueur plus claire, se dessinaient dans toutes les parties du mésentère. Six onces du liquide furent analysées par M. Rées qui put y reconnaître plusieurs des caractères du chyle. L'agitation de ce liquide avec l'éther produisit la séparation de trois couches dont l'inférieure consistait en de la sérosité pure; la moyenne renfermait une matière animale qu'on retrouve aussi dans la salive et la supérieure une matière grasse analogue à celle du chyle. D'après le docteur Hugues, la tumeur mésentérique, en comprimant les branches vasculaires qui concourent à la formation du canal thoracique et de la veine-porte, avait empêché le transport des matériaux réparateurs. De là, l'amaigrissement; de là aussi l'amplitude et les sinuosités des vaisseaux lactés, et enfin la rupture de leurs parois ou la transsudation du liquide qui les distendait et qui s'est épanché dans le péritoine.

E. Le chyle peut être altéré par son mélange avec divers produits. Sœmmering et plusieurs anatomo-pathologistes modernes ont trouvé du pus dans les lymphatiques de l'intestin. M. Cruveilhier a observé de la matière tuberculeuse dans les mêmes organes. Sur un sujet qui fut apporté à l'École pratique de Montpellier pendant l'hiver de 1840, nous avons observé la même altération. Un grand nombre de vaisseaux lymphatiques du mésentère étaient distendus par de la matière tuberculeuse qui simulait à travers leurs parois une belle injection. Dans des cas de ce genre, le chyle absorbé par les vaisseaux restés sains est altéré par son mélange avec les produits qu'on observe dans les vaisseaux malades et qui sont transportés aussi vers le canal thoracique. Ces viciations par mélange sont peut-être les plus fréquentes. Ainsi la lymphe altérée de diverses manières en se joignant au chyle le fait participer aux conditions

(1) Loc. cit., cap. v, p. 215.
(2) De succo pancreatico, cap. viii, p. 332. — Opera omnia, 1678. In-12.
(3) Med. rat. syst., t. iv, cap. i. Halæ Bagd. 1729.
(4) Obs. cxxxii.
(5) De sedib. et causis morborum, epist. xlix.

(1) De vasorum absorbentium corporis humani structura.
(2) Observ. decas secunda, obs. vii.
(3) Guy's hospital reports. Oct. 1841.

avec insolence; la honte et l'ignominie ne l'humilient que pour un temps.

» Si la tristesse, le chagrin, le dégoût et toutes les douleurs de l'ame déterminent la lassitude morale, nos facultés s'épanouissent au contraire à la lumière dans la communauté, au lieu qu'elles se referment par l'isolement, par l'obscurité de la cellule, toujours sombre comme le brouillard, et le froid de l'hiver; là, elles accablent l'énergie vitale, parce qu'elles ne peuvent se débonder au dehors pour s'évaporer et s'exhaler. Cet état ressemble à la vieillesse, dont les affections émanent du défaut de sensibilité. C'est ainsi que la tristesse continue entretient ces maladies de langueur, ce dégoût des choses de la vie, triste apanage des derniers momens de l'existence.

» En outre, l'appréciation de l'influence opposée qu'exercent sur l'état général des forces le repos et l'inaction, l'exercice ou les mouvemens soutenus, est de nature à prouver combien la locomotion se trouve étroitement liée à l'entretien général de toutes les fonctions. L'immobilité produit l'infiltration en nuisant aux résorptions; elle coïncide avec la diminution de la calorification, comme le constate le froid ordinaire qu'éprouvent ceux qui sont condamnés à l'inaction ou qui mènent une vie trop sédentaire.

» L'absence des mouvemens produit encore l'atrophie ou le plus fâcheux état de la nutrition, comme on peut en faire la remarque dans le cas de fractures simples sur ceux qui demeurent longtemps privés de mouvement. Les organes locomoteurs perdent leur force motrice dans la cellule. Ces lésions de la locomotion ne sont le plus souvent qu'une suite particulière de l'affection générale dont elles deviennent un phénomène symptomatique.

» Car cette cessation des opérations de la mécanique animale ne peut avoir lieu sans que les fonctions intérieures, la digestion, la circulation, la respiration, les sécrétions et les exhalations, ne changent leur rhythme pour prendre une mesure d'action plus lente. Les mouvemens des muscles qui exécutent les divers actes de la locomotion sont liés d'une manière tellement étroite avec les mouvemens des organes internes qui servent à la vie nutritive ou assimilatrice, que les premiers ne peuvent jamais entrer en action sans provoquer les derniers.

» Il n'est pas douteux que les muscles, agens directs de tous nos mouvemens volontaires, ont une union nécessaire avec les principaux appareils organiques. L'homme calme et tranquille, à la réception d'une bonne nouvelle, se lève, va, vient, ne peut garder le repos. La marche ou la gymnastique ou le travail manuel communiquent une impulsion à tous les systèmes organiques. Les secousses occasionnées par le mouvement retentissent dans les organes et tendent à produire un resserrement dans les fibres qui les composent, d'où résulte pour eux plus de fermeté, plus de ton, plus d'énergie. Or, c'est de cet effet qu'émanent les avantages que produit journellement l'exercice. En réveillant l'appétit, il rend les digestions plus faciles, tient le ventre toujours libre, aide la circulation du sang, soutient l'action naturelle de tous les appareils sécréteurs et exhalans, maintient un heureux équilibre entre les fluides et les liquides. L'exercice, lors même qu'il ne saurait charmer l'esprit par les tableaux variés de la vue de la nature et qu'il ne saurait intéresser le cœur par les scènes multipliées qui s'offrent aux yeux, place toujours l'ame dans une situation heureuse et fait naître des idées de bonheur.

» Il faut à l'homme en général et au prisonnier en particulier des jeux ou des

pathologiques où elle se trouve elle-même. Le chyle se mélange encore à des produits morbides variables dans les lésions des ganglions mésentériques, dans les phlegmasies du canal thoracique.

F. *Les altérations spéciales du chyle* dont on ne peut déterminer les relations avec celles des organes qui servent à sa formation et à son transport, ni avec les affections générales de l'organisme, sont encore en très petit nombre. Nous mentionnerons seulement les suivantes.

M. Magendie a signalé le développement de vibrions dans le chyle. Cet état précéderait-il l'apparition des entozoaires microscopiques que des recherches plus récentes ont fait découvrir dans le sang? MM. Gruby et Delafond n'ont pas manqué d'examiner le chyle des chiens dont le sang leur avait présenté des filaires; mais ils n'ont point rencontré ces animalcules dans le chyle. De nouvelles observations pourront mieux éclaircir le rapport qui existe entre les deux liquides relativement à l'origine des entozoaires que le microscope a fait découvrir.

Le docteur Klencke attribue an chyle un mode particulier de viciation dans lequel les matières salines sont plus abondantes qu'à l'ordinaire, et se déposent spontanément en prenant un aspect cristallin. Il ajoute qu'il les a observées avec ce caractère dans l'intérieur des ganglions mésentériques.

Il faut sans doute assimiler à cet état un produit d'altération plus anciennement et plus fréquemment observé dans les voies du chyle, c'est la formation de concrétions plus ou moins volumineuses et libres en divers points du trajet que parcourt ce liquide. Plenck (1) dit avoir souvent rencontré des calculs lactés dans la citerne lombaire. Vauquelin (2) reproduit la même observation et emprunte des exemples de ce genre à Schors, qui a trouvé des concrétions chyleuses dans le réservoir lombaire: à Ledran, qui en a vu dans le canal thoracique; et à Goëlicke, qui en a reconnu dans les vaisseaux lactés. On peut aussi lire dans Haller plusieurs observations relatives à ces espèces de concrétions dont il est regrettable que l'analyse chimique n'ait pas été faite.

Nous signalerons enfin l'existence d'un phénomène pathologique rare auquel le chyle avait donné lien, et que nous avons pu examiner dans le musée d'anatomie pathologique de Strasbourg. On remarque parmi les pièces relatives aux lésions du système absorbant (3), un canal thoracique dont le réservoir très dilaté contient de la substance fibrineuse déposée par le chyle. Cette concrétion présente le volume d'une noisette, elle est assez consistante, d'une couleur blanche, d'un aspect comparable à celui d'un caillot sanguin organisé; elle adhère par une petite surface à la tunique interne du réservoir de Pecquet.

(1) Hygrologie, p. 99.
(2) Loc. cit. Ann. de chimie, t. 81.
(3) N° 1522 du catalogue de M. le professeur Ehrmann. Strasbourg, 1837.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU COEUR; par C. Forget, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

(Suite et fin. — Voir les numéros 14, 15, 23, 25, 28, 30 et 36.)

CHAPITRE IV.

DE LA FORMATION DES CAILLOTS SANGUINS DANS LES CAVITÉS DU COEUR PENDANT LA VIE.

C'est surtout à M. Bouillaud que nous devons encore d'avoir rappelé l'attention des praticiens sur la formation des caillots dans le cœur comme cause de mort, sujet également bien étudié par le docteur Legroux. Cependant, cet accident avait déjà été fréquemment élucubré par des auteurs très anciens, sous le nom de *polypes du cœur*; on peut lire, dans l'ouvrage de Morgagni (De sedib. et caus. morb.; epist. xxiv, n° 22 et seq.) la liste d'une vingtaine d'auteurs qui, depuis Galien, ont exploité cette matière d'une façon plus ou moins complète; mais la première dissertation spéciale paraît être la lettre De polypo cordis, de Sélast. Pissinius (de Lucques), en 1654. Néanmoins, la question n'a vraiment acquis de l'importance que depuis la dissertation de Malpighi: De polypo cordis, en 1666. Cette idée de *polypes* s'est transmise d'auteur en auteur jusque vers le milieu du siècle dernier, époque où l'illustre J.-L. Petit démontra que ces prétendus polypes n'étaient autre chose que des caillots sanguins. (Mém. de l'Acad. des sciences, 1732.) Voilà pour leur nature; quant à la symptomatologie, son importance était déjà pressentie par ce même Pissinus, qui dit à ce sujet: « Signa ista utilia futura, deficientibus aliis indiciis quibus affines morbi diagnosci solent. » (Loc. cit.) C'est-à-dire qu'il reconnut très bien que le diagnostic devait surtout être déduit par voie d'exclusion. Riolan a laconiquement résumé les signes diagnostiques de ces concrétions, dans la phrase suivante: « Qui premuntur spirandi difficultate, cum pulsus interceptione sine tussi, sine ullâ suspicione hydropis pulmonum aut vomicæ, suspectam habere debent repentinam suffocationem cordis à polypo. » (Anthropograph., lib. iii, cap. 12.)

La symptomatologie établie par MM. Bouillaud et Legroux se complète de toutes les notions sur les maladies du cœur, acquises depuis Riolan; néanmoins les signes fondamentaux se trouvent être encore cette dyspnée avec interception du pouls, sans toux et sans signes d'autre lésion pouvant expliquer ces phénomènes, arrivant tout à coup et faisant ainsi soupçonner la formation de caillots dans le cœur: sous ce rapport, l'illustre anatomiste du dix-septième siècle est, on le voit, presqu'au niveau des notions actuelles; car le tumulte du cœur et certains bruits de souffle qui peuvent se rencontrer dans ce cas, et que l'oreille peut percevoir, ajoutent peu de valeur au groupe des symptômes énoncés par Riolan.

L'arrêt partiel du sang dans les cavités du cœur, et par conséquent la possibilité de la formation des caillots pendant la vie, sont plus fréquens qu'on ne le suppose généralement. Cet arrêt doit se produire lorsque les

travaux qui stimulent les organes et qui produisent une excitation douce, sans trouble violent. Le travail comme la récréation favorise la circulation du sang plutôt qu'il ne l'accélère; il soutient la chaleur animale sans l'exalter; il aide la transpiration cutanée sans la forcer; il fait naître dans l'état actuel du corps des changemens favorables à la santé, qui tendent à la maintenir et à la consolider.

» Le travail dans la cellule, cependant, ne saurait suppléer l'exercice, parce que la disposition des lieux ne permet pas l'introduction des travaux qui demandent peu d'espace et de force. Les mouvemens corporels varient en raison de leur puissance active et opèrent des changemens à la longue dans la complexion organique des individus qui ne font point assez d'exercice.

» Les mouvemens du corps sont un moyen sûr de réveiller les propriétés vitales des organes gastriques, d'augmenter leur puissance et de perfectionner la digestion.

» Les exercices spontanés accélèrent aussi le mouvement du cœur et des artères, excitent la vitalité des vaisseaux capillaires, donnent un cours plus rapide au liquide qui les traverse, dégagent par conséquent plus de calorique et maintiennent la température animale à un degré convenable. Le factionnaire, en hiver, pour avoir de la chaleur et s'opposer aux atteintes du froid, évite le repos; il va, vient avec une vitesse en rapport avec le besoin de chaleur qu'il éprouve.

» L'exercice excite aussi manifestement l'action des vaisseaux absorbans, et les personnes que leur profession oblige à de grands mouvemens prennent rarement de l'embonpoint, leur tissu cellulaire est peu développé, les solides semblent alors dominer sur les fluides. On ne voit point chez le soldat, le laboureur et le chasseur prédominer le tempérament pituiteux et lymphatique.

» Les divers actes que suscite dans l'économie la locomotion animent l'action assimilatrice de toutes les parties vivantes. La nutrition acquiert à la fois plus d'activité dans le sang et dans le tissu des organes. L'exercice modéré, tel que le travail, est sans doute un moyen d'obtenir l'assimilation des principes nourriciers qui affluent dans le torrent circulatoire. Aussi, un exercice doux et une bonne nourriture procurent une complexion organique qui offre tous les attributs d'une profonde vigueur. Le travail surtout en plein air est avantageux; l'air vif qui se renouvelle sans cesse autour du corps semble posséder quelque chose de vivifiant, ainsi que l'impression bienfaisante du fluide lumineux.

» En plaidant contre la séparation solitaire par les argumens puissans de la physiologie, notre intention n'est pas assurément d'anéantir complètement ce mode de punition. Dans nos corollaires, notre opinion se dessinera. Jusqu'ici nous nous contenterons d'exposer les différentes phases qui doivent apparaître dans les nombreuses situations où la loi place le condamné. Nous avons cru les tableaux variés de l'état physique et moral du détenu dans les conditions diverses où sa faute l'entraîne, indispensables dans la nature de la question, question toute physique et expérimentale. »

— La réunion de MM. les professeurs particuliers, pour le choix des heures et des amphithéâtres, aura lieu le mercredi 23 du présent mois, à midi précis, à la Faculté de médecine.

contractions du cœur s'affaiblissent aux approches de l'agonie, et la formation des caillots doit souvent concourir à hâter la mort. Certaines affections inhérentes à l'appareil circulatoire doivent favoriser directement la formation des caillots; telles peuvent être les adhérences du péricarde qui portent obstacle au retrait complet des parois du cœur; les ossifications et rétrécissemens valvulaires qui retiennent le sang, détruisent le poli des surfaces de glissement; l'endocardite qui, de même que la phlébite, doit faciliter l'arrêt, la coagulation du sang, etc. Il est également rationnel d'admettre que la plasticité du sang qui s'observe dans les phlegmasies doit tendre au même résultat, de même de la syncope, etc.

A propos des caillots sanguins dans les phlegmasies, on a prétendu, dans ces derniers temps, que les caillots *ambrés* qu'on rencontre dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux, sur les cadavres, sont un signe de l'état inflammatoire. Or, nous pouvons assurer que, maintes fois, nous avons rencontré de ces caillots ambrés à la suite de maladies dont la nature inflammatoire est très contestable ou du moins contestée : dans des phthisies avancées, des hydropisies, et dans cette entérite folliculeuse contre laquelle existe aujourd'hui un soulèvement général qui se calmera, nous l'espérons, avec l'effervescence de la réaction contre les idées d'un illustre mort, qui, pourtant, ne fit que traduire les observations des anciens les plus révérés. (Voir l'historique de notre entérite folliculeuse.)

Quant à ce qui concerne plus spécialement notre sujet, on a donné pour preuve de ce que les caillots se sont formés pendant la vie, l'aspect blanchâtre, opaque, fibrineux de ces mêmes caillots, Eh bien ! nous pouvons affirmer encore que très souvent des caillots transparens, gélatineux au moment de l'autopsie, deviennent opaques et comme fibrineux du jour au lendemain, ce qui nous a frappé et même désappointé lorsque nous présentions le lendemain à nos élèves les produits des autopsies de la veille; de sorte que ce caractère n'aurait tout au plus de signification que dans les cas où les caillots se présenteraient opaques et fibrineux au moment même de l'autopsie, ce qui, pour nous, ne comporte encore que la valeur d'une présomption.

Dans l'incertitude où nous sommes à cet égard, les signes de la formation des caillots pendant la vie résulteraient surtout des symptômes particuliers observés sur le vivant, combinés, il le faut bien, avec la constatation, sur le cadavre, de caillots plus ou moins consistans, fibrineux, intriqués dans les colonnes charnues ou adhérens avec certains points altérés, rugueux, de la surface des cavités du cœur. Ces caillots ont surtout de la valeur lorsqu'ils se rencontrent dans le ventricule gauche, vu que celui-ci est ordinairement vide, tandis que les cavités droites contiennent presque toujours une certaine quantité de sang noir plus ou moins coagulé; c'est pourquoi le ventricule droit est celui où l'on rencontre le plus ordinairement les caillots qu'on suppose formés pendant la vie.

La formation des caillots dans le cœur n'a d'importance réelle en diagnostic et d'utilité possible en thérapeutique que lorsque, par elle-même, elle paraît déterminer la mort; car lorsqu'elle se lie à une affection chronique au degré d'épuisement, ou bien à une affection aiguë prochainement mortelle par elle-même, telle que l'est une pneumonie suppurée, par exemple, la coagulation du sang, pendant la vie n'est qu'un phénomène accessoire, un simple objet de curiosité. Nous pourrions produire bon nombre d'observations relatives à ces divers cas; mais pour ne pas abuser de la patience du lecteur, nous nous bornerons à quelques-unes comme exemples.

SIGNES DE MALADIE DU COEUR; AMÉLIORATION; MORT SUBITE; CAILLOTS FIBRINEUX DANS LE VENTRICULE DROIT.

Obs. XLIV. — Une femme de 65 ans, de forte constitution, journalière, se dit affectée depuis quinze jours de dyspnée, anorexie, faiblesse, puis gonflement des jambes, etc. Elle entre à la clinique le 13 mai 1843.

A l'examen : symptômes précédens, plus sensation pénible à la région précordiale, où il n'existe ni voussure ni matité notable; mais les battemens du cœur sont tumultueux, irréguliers, avec quelques bruits de souffle obscur; pouls peu développé, irrégulier; quelques râles muqueux dans le thorax; douleur à la pression dans le côté droit de l'abdomen, sans tumeur appréciable, selles régulières, (Chiend. nitré; potion avec teint. de digit.; lait pour aliment.)

Les jours suivans, la respiration est plus libre, le cœur moins tumultueux, plus régulier; pouls plus développé; les jambes sont désenflées. (Même traitement; soupes.)

Le 22 au matin, on nous rapporte que, vers cinq heures, elle a été prise tout à coup de dyspnée bientôt suivie de syncope et de mort; huit jours après son entrée.

Nécroscopie 28 heures après la mort.

Thorax. OEdème et emphysème léger des deux poumons; cœur de volume moyen; ventricule gauche un peu hypertrophié; quelques points d'ossification à la base des valvules aortiques et mitrale dont le jeu n'est pas sensiblement altéré. Le ventricule droit est aussi légèrement épaissi. Sa cavité est occupée par un caillot fibrineux, opaque, décoloré, dense, élastique, envoyant des prolongemens entre les colonnes charnues et dans les gros vaisseaux.

Rien de particulier dans les autres organes, y compris l'encéphale, qu'on examine avec soin.

Il est évident que les altérations du cœur et du poumon, quoique réelles, et ayant occasionné les troubles observés lors de l'entrée à l'hôpital, n'ont pas pu déterminer cette mort prompte, alors surtout que la malade paraissait être en voie de convalescence. Les circonstances de la mort, corroborées par les caractères anatomiques du caillot rencontré à l'autopsie, nous font penser que ce caillot même, sous l'influence de je ne sais quelle cause accidentelle, s'est formé pendant la vie et a causé cette mort inattendue et si rapide.

Dans plusieurs circonstances, nous avons pu diagnostiquer la formation de ces caillots et la mort prochaine, notamment dans un cas publié en 1836. (Mémoire sur quelques espèces d'asphyxies. Journ. hebdom., 1836, tom. iv.)

Dans certains cas, les lésions sont si complexes qu'il est difficile de faire la part des divers élémens. Bien que le cas suivant soit de ce genre, nous pensons néanmoins que la formation des caillots pendant la vie est ce qui a déterminé la mort.

HYDROPISIE; PÉRICARDITE LATENTE; SYMPTÔMES DE SUFFOCATION; MORT PROMPTE; CAILLOTS DANS LE VENTRICULE DROIT.

Obs. XLV. — Une femme de 52 ans, de constitution détériorée, couturière, se dit malade depuis cinq mois. Elle assure n'avoir jamais rien éprouvé du côté du cœur; cependant la maladie a débuté par l'œdème des jambes, puis l'ascite s'est formée.

Le 21 octobre 1837, elle est prise d'oppression vive et entre à la clinique le jour même. On constate : œdème notable des membres abdominaux, ascite avec météorisme et douleur abdominale à la pression, diarrhée, orthopnée sans toux, thorax sonore à gauche, matité, respiration obscure à droite et en arrière. Battemens du cœur tumultueux, obscurs, pouls petit et faible. Elle dit avoir mangé des choux qui lui causent cette oppression. (Sinapismes aux jambes, infus. de tilleul.)

Potion. Prenez : Eau distill. de tilleul....... 120 grammes.
Acétate d'ammoniaque....... 30 —
Sirop d'écorces d'orange .... 30 —

Le 22, l'oppression persiste, les battemens du cœur, toujours tumultueux, ont moins d'énergie que la veille; le pouls est insensible; refroidissement des extrémités (vésicatoire sur le sternum). Mort dans la journée, vingt-quatre heures après l'invasion de la suffocation.

Bien que, pendant la vie, nous ayons soupçonné la formation des caillots comme cause directe de la mort, l'autopsie est venue jeter quelques doutes dans notre esprit.

Nécroscopie, 36 heures après la mort.

Thorax. Quelques adhérences pleurétiques. Poumon gauche sain, poumon droit refoulé par un épanchement séreux, limpide, assez considérable.

Le péricarde contient soixante grammes de sérosité lactescente. Il est parsemé de fausses membranes assez consistantes, adhérentes à la séreuse qui est pointillée de rouge (péricardite).

Le cœur n'est pas très volumineux; ses parois ne sont pas hypertrophiées; il n'existe aucune altération aux valvules. Le ventricule droit contient un caillot assez volumineux, décoloré, fibrineux, consistant, élastique, fortement intriqué dans les colonnes charnues.

Abdomen. Adhérences anciennes entre quelques anses intestinales; sérosité limpide abondante dans le péritoine.

Eh bien ! est-ce la péricardite chronique, est-ce l'épanchement pleural qui ont produit la dyspnée, le tumulte du cœur, l'extinction du pouls qui ont enlevé la malade en vingt-quatre heures? L'un ou l'autre de ces élémens et même leur réunion ne nous paraissent pas expliquer suffisamment cette anxiété, cette suffocation si prompte que nous croyons donc pouvoir encore attribuer à la formation de ce caillot dont les caractères anatomiques, d'ailleurs, sont ceux assignés à la formation pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, ce formidable accident est de telle nature qu'il s'aggrave par lui-même : un noyau fibrineux une fois formé dans le cœur, la mort paraît inévitable, et parce que ce noyau tend incessamment à s'accroître au lieu de se résoudre, et que, restât-il stationnaire, il n'existe aucune issue pour ce corps étranger qui doit finir par obstruer les voies centrales de la circulation. Néanmoins, comme il faut faire quelque chose, la théorie indiquerait dans ces cas de tirer un peu de sang, si les forces le permettent, et de stimuler le cœur par toutes les voies pour favoriser ses contractions et partant l'attrition, l'expulsion du corps étranger, si la chose était possible.

A part cette formation subite de ces caillots volumineux qui, à la lettre,

tranchent la vie en arrêtant le jeu du cœur, et que nous appellerions volontiers caillots *aigus*, il en est qui paraissent se former lentement, s'organiser sourdement, conservant un volume compatible avec la prolongation de l'existence; c'est ce que, par opposition aux précédens, nous appellerions caillots *chroniques*. Cette distinction n'est pas, au fond, une nouveauté, car elle est fondée sur une altération bien connue sous le nom de *végétations* des valvules du cœur, végétations auxquelles, en raison de certaines ressemblances, on a voulu donner une origine vénérienne; mais que l'anatomie pathologique démontre clairement n'être que de la fibrine du sang qui s'est concrétée en adhérant aux saillies des valvules. On a vu un exemple de ces végétations compliquant l'ossification des valvules (obs. 30). Je me rappelle avoir observé, il y a deux ou trois ans, un autre fait de ce genre dont je n'ai pas l'observation sous la main, mais dont les détails essentiels sont très présens à ma mémoire; il s'agit d'un individu présentant tous les signes d'une altération valvulaire, ayant succombé avec des palpitations, de la dyspnée, de l'anasarque, etc.; et à l'autopsie, au lieu d'un épaississement, d'une ossification valvulaire, nous trouvâmes de ces prétendues végétations garnissant le contour de l'orifice mitral où elles occasionaient un rétrécissement; elles ressemblaient assez bien à des végétations syphilitiques; mais en y regardant de près, on reconnaissait qu'elles étaient constituées par de la fibrine concrète adhérente à la surface rugueuse, pointillée de la valvule dont on les détachait assez nettement. Bien que cette altération soit peu commune, on en rencontre pourtant des échantillons dans la plupart des collections de faits relatifs aux maladies du cœur, ce qui nous fait moins regretter l'insuffisance de nos propres observations.

Enfin, nous avons à produire un fait curieux de caillots, dont les analogues, assez rares pourtant, ont été recueillis par quelques observateurs, notamment par MM. Bouilland et Legroux. Il s'agit de caillots au centre desquels existait du pus.

On agite encore aujourd'hui la question de savoir si ces caillots ne sont pas des concrétions primitivement sanguines qui ont subi la fonte purulente, ou plutôt s'ils ne résultent pas du transport par résorption d'un peu de pus qui, déposé dans les cavités du cœur, aurait provoqué autour de lui la coagulation du sang qui l'envelopperait comme un kyste (voy. COMPENDIUM DE MÉD. PRAT., art. *Cœur*). Eh bien! le fait suivant milite en faveur de cette dernière opinion, car il s'agit évidemment ici d'un cas de résorption purulente.

CAVERNES TUBERCULEUSES; ULCÉRATIONS INTESTINALES; MORT; CAILLOTS PURULENS DANS LE COEUR; INFILTRATION PURULENTE DU REIN.

OBS. XLVI. — Un homme de 70 ans, jadis de forte constitution, mais amaigri, au teint jaunâtre, nous est apporté, le 7 juin 1843, dans un état voisin de l'agonie. Nous obtenons pour tout renseignement qu'il toussait depuis longtemps, mais que depuis un mois il est plus mal. On entend le râle trachéal à distance; le malade expectore avec difficulté d'abondans crachats puriformes; on perçoit du gargouillement dans presque toute l'étendue du thorax; battemens du cœur faibles et tumultueux, pouls très petit et fréquent; infiltration légère des extrémités inférieures qui présentent quelques taches de purpura de diverses grandeurs. (Eau vineuse.)

Potion. Prenez :	Eau de tilleul..........	100	grammes.
	Eau de fleurs d'orange....	30	—
	Teinture de cannelle..	4	—
	Sirop d'écorces d'orange..	30	—

Mort dans la nuit.

NÉCROSCOPIE 30 heures après la mort.

THORAX. Le poumon droit est criblé de cavernes de toutes grandeurs; le poumon gauche, moins désorganisé, est œdémateux et congestionné dans les points qui ne sont pas occupés par des tubercules à divers degrés.

Cœur, de volume normal, assez flasque. En ouvrant le ventricule gauche, on trouve à l'intérieur, accolée à sa paroi externe, une petite tumeur du volume d'une baie de raisin et formée par une espèce de kyste fibrineux rempli de pus crémeux, et dont les racines filandreuses sont intriquées dans les colonnes charnues. Du côté de la cloison interventriculaire existe une autre tumeur de même aspect, blanchâtre, assez résistante, au centre de laquelle existe aussi du pus assez épais. Notez que ce ventricule ne contient point de sang liquide. Le ventricule droit et les oreillettes contiennent une certaine quantité de sang noir liquide ou en caillots.

ABDOMEN. Foie et rate à l'état normal; on n'y trouve point de traces d'abcès métastatiques. Le rein gauche offre à sa surface antérieure une plaque blanc-jaunâtre, tranchant sur la rougeur environnante, allongée, irrégulière, de 7 centim. de longueur sur 3 ou 4 de largeur, pénétrant dans l'épaisseur de l'organe, comme on s'en assure par l'incision, laquelle démontre que cette tache est formée par du pus infiltré dans la substance corticale. Rien dans le rein droit.

L'intestin grêle, dans l'étendue de près d'un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, est parsemé de petites ulcérations d'origine évidemment tuberculeuse.

Rien de particulier dans les autres organes.

Si ces caillots purulens du cœur eussent été isolés, on pourrait les croire idiopathiques; mais considérant que les deux poumons sont farcis de cavernes en suppuration; que l'intestin est également ulcéré; que le rein gauche est le siége d'une infiltration purulente évidemment métastatique, nous sommes solidement autorisé à considérer le pus trouvé dans le cœur comme le produit de la résorption purulente. Il est remarquable que ce pus se soit rencontré dans le ventricule gauche, tandis que, généralement, c'est dans le cœur droit qu'on le rencontre; c'est très probablement parce que dans les cas ordinaires la résorption a sa source dans les parties dont les veines aboutissent aux cavités droites du cœur, tandis qu'ici la source du pus était vraisemblablement dans les poumons, et ce pus aura été transporté par les veines pulmonaires dans les cavités gauches. Toujours est-il que ce fait nous paraît être des plus curieux.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que :

1° La formation des caillots sanguins dans les cavités du cœur pendant la vie a été connue des anciens, tant sous le rapport symptomatique que sous le rapport anatomique et décrite par eux sous le nom de polypes du cœur;

2° Ces caillots ont leurs signes particuliers pendant la vie et leurs caractères spéciaux après la mort;

3° La formation des caillots dans le cœur peut avoir lieu pendant le cours des maladies soit aiguës, soit chroniques, et déterminer la mort par elle-même;

4° Ces caillots peuvent se former promptement et donner lieu à la mort plus ou moins subite;

5° Ils peuvent se former lentement, conserver un petit volume et simuler certains produits pathologiques, notamment les végétations vénériennes;

6° Ces caillots peuvent contenir du pus, soit que celui-ci provienne de la fonte purulente des caillots eux-mêmes, soit plutôt qu'il provienne d'une résorption purulente.

7° Les caillots aigus et volumineux entraînent nécessairement une mort prompte; les caillots chroniques et d'un petit volume sont compatibles avec une certaine durée de l'existence.

8° Les uns et les autres de ces caillots sont jusqu'ici au-dessus de tous les remèdes, bien qu'ils réclament, *à priori*, l'emploi de certains moyens rationnels.

Ici se termine ce que nous avions à dire sur une matière qui, bien qu'habilement exploitée par quantité d'observateurs distingués, laisse encore bien des problèmes irrésolus. Ainsi, bien que la dilatation et l'hypertrophie du cœur soient, dans la grande majorité des cas, les effets d'un obstacle mécanique appréciable à la circulation, il est cependant quelques circonstances où cette cause paraît faire défaut et où ces altérations organiques se produisent sans qu'on puisse leur assigner la cause positive ou matérielle. Cependant il ne faut pas trop se hâter de nier ce mécanisme, et avant d'embrasser la théorie des causes purement vitales, il faut rechercher si l'obstacle n'existerait pas ailleurs que dans les points d'élection, soit dans le trajet des gros vaisseaux, soit même dans les parties extérieures à l'appareil circulatoire. C'est ainsi que nous avons fait voir que bon nombre de maladies du cœur, sans altération aux orifices, avaient leur source dans les poumons. Dans un cas d'hypertrophie avec dilatation générale du cœur, qui s'est rencontrée chez un sujet atteint de gibbosité prononcée, nous avons cru pouvoir placer la cause de l'anévrisme dans les pressions, les inflexions que subissait l'aorte. Dans d'autres circonstances on a rencontré des tumeurs comprimant ce vaisseau, etc. Au demeurant, tout organe pouvant s'altérer, s'hypertrophier idiopathiquement, pourquoi le cœur serait-il affranchi de cette loi? Certes, nous ne prétendons pas nier l'influence de certaines causes générales, telles que les palpitations dites nerveuses, la pléthore, etc., ni les causes étrangères au calibre vasculaire, la péricardite, l'endocardite non valvulaire, l'affection du tissu musculaire lui-même, etc.; mais nous pouvons affirmer que ces diverses causes sont exceptionnelles, vu la rareté des cas où l'anévrisme du cœur se produit sans obstacle mécanique appréciable au courant circulatoire.

Voulant éviter le reproche généralement adressé à la plupart des travaux de l'école organique, de ne constituer que des nécrologues et de *froides méditations sur la mort*, reproche qu'Asclépiade adressait aux œuvres d'Hippocrate lui-même, nous avions le projet de terminer par bon nombre d'exemples de guérison, non pas d'anévrismes confirmés, mais bien de quelques-uns des graves accidens qui en résultent, notamment de l'hydropisie. Nous professons tous les jours que la guérison de l'hydropisie, quelle que soit sa cause, n'est pas chose si rare ni si difficile qu'on le pense généralement. On a même trouvé dans le cours de ce travail quel-

ques faits d'hydropisie guérie, même à plusieurs reprises, chez les mêmes sujets; mais nos procédés thérapeutiques étant à peu près les mêmes dans les cas de guérison et dans ceux terminés par la mort, les lecteurs de bonne volonté trouveront dans nos observations l'exposé des méthodes que nous mettons en usage, et qui nous sont communes, d'ailleurs, avec la plupart des praticiens; de sorte que ce serait grossir inutilement ce travail, déjà trop long, que de le charger d'observations constatant des cures illusoires, dans ce sens que guérir l'hydropisie n'est que retarder la catastrophe, car le remède radical des maladies organiques du cœur est encore à trouver.

Et d'ailleurs, le reproche auquel nous voudrions répondre est profondément injuste; car, en dépit des déclamations des vitalistes et des accusations calculées des partisans de l'empirisme, tout progrès en fait de diagnostic et d'observation positive en est un nécessairement pour la thérapeutique, soit que les notions acquises nous conduisent à de nouvelles indications, soit même que l'observation vienne poser d'inexorables limites à la puissance de l'art. En effet, l'acharnement à poursuivre par des moyens violens la guérison des maladies démontrées matériellement incurables fait certainement plus de mal à l'humanité que le fatalisme décourageant pour le praticien et humiliant pour l'art qui naît, dit-on, des recherches anatomiques; car l'abus des médicamens abrège la vie, et, comme le dit Jos. Frank : « Mieux vaut que le malade meure de sa maladie que de vos remèdes. » (Méd. prat.) Détourner les yeux de la réalité parce qu'elle nous afflige, est un précepte plus politique que moral; et un des plus solides axiômes de la vraie philosophie est que la vérité, quelle qu'elle soit, est toujours bonne à connaître.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° Il est possible d'arriver au diagnostic des adhérences générales du péricarde, succédant à une péricardite aiguë ou compliquant une affection intercurrente.

2° Cette notion est importante au point de vue pratique, en ce qu'elle implique certaines modifications dans la thérapeutique.

3° La pathologie des anévrismes du cœur peut être réduite à quelques formules des plus simples :

Il faut se représenter comme un canal continu la filière circulatoire constituée, d'avant en arrière, par l'aorte, le ventricule gauche, l'oreillette gauche, les poumons, le ventricule droit, l'oreillette droite, le système veineux général et le système capillaire.

4° Un rétrécissement existant sur un des points de ce canal, c'est toujours en arrière de ce point qu'existera la dilatation.

5° Les manifestations particulières des parties ainsi dilatées *à tergò* varieront selon la structure et les fonctions de ces parties : ainsi la dilatation du cœur lui-même s'accompagnera d'hypertrophie, parce qu'il existe là un appareil musculaire dont l'essence est de s'hypertrophier lorsqu'il vient à redoubler d'action.

6° Cette hypertrophie sera d'autant plus considérable que l'appareil musculaire sera lui-même plus puissant; c'est pourquoi le ventricule gauche est sujet aux hypertrophies les plus considérables.

7° Les obstacles placés en arrière de ce ventricule ne donnent guère lieu qu'à des dilatations sans épaississement considérable, qui ont fait croire à la fréquence de l'anévrisme passif, lequel n'est, le plus souvent, que l'anévrisme actif, sans la participation du ventricule gauche.

8° Les mots *anévrisme du cœur* doivent être remplacés par ceux de *dilatation* et *hypertrophie*, lesquelles peuvent exister ensemble ou séparément.

9° Le rétrécissement, cause la plus ordinaire de la dilatation avec ou sans hypertrophie des cavités du cœur, a généralement son siége dans les orifices du cœur gauche.

10° La dilatation isolée des cavités droites du cœur résulte spécialement d'un embarras dans la circulation pulmonaire.

11° Le rétrécissement organique isolé de l'orifice aortique n'est pas aussi fréquent qu'on le suppose généralement.

12° Le rétrécissement isolé de l'orifice mitral est peut-être aussi fréquent que le précédent.

13° Le rétrécissement simultané des orifices mitral et aortique paraît être aussi fréquent que le rétrécissement isolé de l'un ou l'autre orifice.

14° Le rétrécissement organique des orifices pulmonaire et tricuspide, ou du cœur droit, est infiniment rare.

15° Par contre, la dilatation passive de ces orifices, notamment du tricuspide, est très commune, puisqu'elle résulte presque toujours du rétrécissement des orifices du cœur gauche et, de plus, des obstacles prolongés à la circulation pulmonaire.

16° Indépendamment de leur rareté, il nous paraît fort difficile de pouvoir distinguer les altérations organiques des orifices du cœur droit de celles des orifices du cœur gauche, uniquement par le siége des bruits anormaux.

17° Il est moins difficile et plus important de distinguer quels sont les orifices du cœur gauche affectés de rétrécissement organique.

18° L'insuffisance accompagne presque nécessairement le rétrécissement organique des orifices du cœur.

19° Les bruits anormaux du cœur, signes très précieux comme indiquant la réalité des altérations valvulaires, sont le plus souvent insuffisans pour servir à préciser quels sont les orifices altérés.

20° Les altérations organiques des orifices peuvent exister avec ou sans bruits anormaux actuels, et les bruits propres à chacun de ces orifices sont faciles à confondre les uns avec les autres.

21° Le signe réel, positif, du rétrécissement de l'orifice aortique est la dilatation du ventricule gauche, qui existe presque toujours avec hypertrophie et avec la dilatation des trois autres cavités (*cor bovinum*).

22° L'absence de dilatation du ventricule gauche avec dilatation des trois autres cavités constitue le signe positif du rétrécissement mitral isolé ou prédominant (cœur en gibecière).

23° Le signe caractéristique de la dilatation isolée du cœur droit repose essentiellement sur l'antériorité des troubles pulmonaires à l'égard des désordres circulatoires.

24° Les notions relatives à la détermination du siége des rétrécissemens des orifices et de la dilatation des cavités du cœur apportent des modifications importantes à la thérapeutique des affections de cet organe.

25° L'hypertrophie concentrique ou avec rétrécissement a son siége spécial dans le ventricule gauche.

26° Cette affection, qui est l'état contraire de l'anévrisme (dilatation), paraît résulter, dans la majorité des cas, d'un obstacle existant *en arrière* du ventricule gauche.

27° Cet obstacle consiste ordinairement dans un rétrécissement de l'orifice mitral ou dans un embarras de la circulation pulmonaire.

28° Les symptômes généraux des lésions dites organiques du cœur (palpitations, dyspnée, anasarque, cyanose, etc.) sont les mêmes, quels que soient la nature et le siége de l'embarras circulatoire (rétrécissement aortique ou mitral, dilatation avec ou sans épaississement, engorgement pulmonaire, hypertrophie concentrique, etc.), et les inductions qu'on en a tirées relativement à la distinction des anévrismes actif et passif des lésions du cœur droit et du cœur gauche sont purement illusoires.

29° Quelle que soit la fréquence du rétrécissement des orifices comme cause des altérations organiques du cœur, il est vrai de dire que certains cas se rencontrent où l'obstacle à la circulation n'est pas appréciable. A l'égard de la cause productrice de ces cas exceptionnels, on ne peut guère établir que des hypothèses.

30° La formation des caillots dans les cavités du cœur pendant la vie est un fait observé par les anciens et confirmé par les modernes.

31° Ce phénomène a ses signes propres pendant la vie et ses caractères anatomiques spéciaux après la mort.

32° La formation des caillots dans le cœur pendant la vie, phénomène probablement très fréquent durant l'agonie, peut se manifester dans le cours d'une maladie non mortelle actuellement et déterminer la mort par elle-même.

33° La formation subite de caillots volumineux dans les cavités du cœur comporte quelques tentatives rationnelles de guérison, mais la nature même de l'accident rend ces tentatives infructueuses.

34° La formation des caillots dans le cœur peut être prompte ou lente. A cette dernière catégorie appartiennent ces prétendues végétations qu'on rencontre dans le cœur et ces petites collections de pus enkystées qui se forment parfois dans les cavités de cet organe.

35° Il est assez commun et souvent peu difficile d'obtenir la guérison temporaire des accidens occasionés par les lésions dites organiques du cœur, notamment de la dyspnée, de l'hydropisie; mais ces lésions elles-mêmes sont malheureusement presque toujours incurables.

36° Néanmoins les recherches relatives à ces lésions ont toujours un but d'utilité positive; car, en tout état de choses, elles ne peuvent qu'éclairer la thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(Suite. — Voir les numéros 39 et 40.)

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Plaie du poumon faite par le malade lui-même;* par M. Richard Long. (Un forgeron, irrité par un de ses camarades, courut sur lui une barre de fer rouge à la main. Dans sa course, il trébuche et tombe : l'extrémité rougie du fer se retourne contre sa poitrine et pénètre dans le poumon. Le blessé succomba au bout de neuf jours.) 2° *Essai sur la meilleure éducation morale et intellectuelle à donner à celui qui se destine à l'étude de la médecine;* par M. Palmer. 3° *Amputation d'une partie de la mâchoire inférieure;* par M. Wade. 4° *De l'organisation rapide des caillots sanguins et des effusions fibreuses mixtes dans certaines conditions de l'économie;* par M. Dalrymple. 5° *Sur la composition du meconium et de l'enduit caséeux qui couvre les nouveau-nés;* par M. John Davy. 6° *Hernie épiploïque étranglée;* par M. Sharkey. (Réduction sans opération.) 7° *Rétrécissement de l'urètre;* par le même. (Ponction sus-pubienne: rétablissement consécutif du cours de l'urine par les voies naturelles). 8° *Fracture non consolidée de l'avant-bras traitée avec succès par le séton;* par M. Houston. (La fracture siégeait sur le milieu des deux os. Depuis dix mois, elle n'avait pu se consolider, quoiqu'aucun vice général n'existât. On mit trois sétons, qu'on retira fil par fil au bout de 26 jours d'application en tout. Quelques jours après, un bandage amidonné fut placé et laissé deux mois. Au bout de ce temps, la consolidation était complète.) 9° *Ulcérations spéciales des cicatrices;* par M. Robert Smith. 10° *Section du tendon d'Achille dans les luxations du coude-pied;* par M. Halpin. (L'auteur dit avoir conseillé cette section dès l'année 1839.) 11° *Anévrisme de l'iliaque externe; ligature de l'iliaque primitive;* par M. Richard Hey. 12° *Blessure faite à la gorge par un suicide;* par M. Jameson. 13° *Fracture intra-capsulaire du col du fémur;* par M. Williams. (Détails anatomiques sur l'état des parties chez un malade qui vécut seize jours après l'accident. La fracture était entièrement intra-capsulaire. Une effusion plastique avait établi un commencement d'adhésion entre les surfaces fracturées.) 14° *De la paracentèse du thorax comme moyen curatif de l'empyème et de l'hydro-thorax inflammatoire;* par M. Hamilton Roe. (Analyse d'un travail dont les tendances en faveur de la paracentèse sont empreintes d'une exagération évidente. On en jugera par les trois propositions suivantes : l'auteur dit n'avoir pas rencontré un cas où l'opération ait eu des résultats fâcheux; il fait observer que jamais dans sa pratique il n'a pris aucune précaution pour prévenir l'entrée de l'air, et que cependant il n'a pas vu d'accidens graves en être la conséquence. M. Roe émet enfin l'assertion que, en général, après avoir traité sans succès par les moyens médicaux un épanchement pleurétique *pendant trois semaines*, il est temps d'en venir à l'opération.) 15° *Polype utérin chez une femme n'ayant pas eu d'enfans;* par M. Peebles. (On commença par lier le polype; mais la fétidité de l'écoulement qui s'établit donna lieu à des accidens généraux qui obligèrent de couper le pédoncule. La malade succomba néanmoins six heures après cette excision. La tumeur enlevée pesait 20 onces.) 16° *Tumeur de l'hypochondre droit, résultant d'un effort, de laquelle on retira plusieurs fois par la ponction un liquide semblable à de la bile;* par M. Barlow. (La société royale de médecine, à laquelle ce fait a été soumis, a été partagée sur la question de savoir s'il y eut rupture du foie. Du reste, le malade guérit.) 17° *Tableau des cas de hernie étranglée opérés à l'hôpital St-Georges pendant les années 1842 et 1843;* par M. Prescott Hewett. (Sur 34 opérations, 25 guérisons et 9 morts. L'auteur insiste sur l'histoire des hernies étranglées où l'intestin est entouré par l'épiploon, qui lui forme une sorte de sac complet, indépendant du sac péritonéal. Souvent il faut, pour pouvoir obtenir la réduction, débrider contre l'anneau et le col de l'enveloppe séreuse le collet de ce sac épiploïque.) 18° *Cas d'anévrisme disséquant de l'aorte, du tronc innominé et de la carotide droite, ayant déterminé la suppression d'urine et un ramollissement blanc de l'hémisphère droit du cerveau;* par M. Tood. 19° *Nécrose de la mâchoire inférieure, guérie sans difformité;* par M. Wm. Sharp. (La maladie durait depuis neuf mois, lorsque l'auteur put extraire un sequestre qui constituait les deux tiers de l'os.) 20° *Observations sur la fréquence relative des tubercules pulmonaires dans l'un et l'autre sexe, et sur la stature et le poids des sujets phthisiques;* par M. R. Boyd. 21° *Cas d'hydrophobie;* par M. Lynn. 22° *Usage des glandes surrénales;* par M. Gulliver. 23° *Sur la diathèse d'acide oxalique;* par le docteur Benn Jones. 24° *Observation d'un cas d'obstruction intestinale terminée favorablement le neuvième jour, à la suite de vomissemens spontanés;* par M. Lefèvre. 25° *Observation d'un cas de rupture du ventricule gauche du cœur;* par le docteur Walsh.

AMPUTATION D'UNE PARTIE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; par M. WADE.

Nous citons ce fait avec quelques détails parce qu'il nous semble offrir l'exemple d'une erreur on ne peut plus grave de diagnostic et que la publication d'histoires semblables est le meilleur moyen de rendre à l'avenir les chirurgiens plus attentifs et plus réservés. Il s'agirait, en un mot (autant que nous en pouvons juger sans avoir vu) d'un *simple kyste* du maxillaire supérieur pour lequel on a cru nécessaire de pratiquer l'ablation d'une portion du corps de la mâchoire dans toute sa hauteur. Voici, à l'appui de notre manière d'interpréter ce fait, les preuves que nous fournit la relation même de l'auteur anglais.

La malade est une enfant de 13 ans et demi. Première présomption déjà en faveur de l'existence d'un kyste; car on sait combien les maladies cancéreuses des os sont rares à cet âge; et, par contre, il est bien reconnu, depuis que les recherches statistiques de M. Diday ont appelé l'attention sur ce point de pathogénie, que les kystes osseux des mâchoires se développent presque exclusivement chez les jeunes sujets.

En second lieu, la tumeur ne causait aucune douleur; sa forme était presque sphérique.

Mais le meilleur argument se trouve dans le récit de l'examen fait durant l'opération. La scie ayant accidentellement divisé la tumeur, dit M. Wade, il s'écoula une certaine quantité de liquide épais, d'un jaune paille, qui était contenu dans son intérieur. On regarda ensuite les deux surfaces osseuses sciées pour rechercher s'il ne restait sur elles aucune portion de tissus altérés, qu'il fût nécessaire d'enlever. Cet examen (c'est toujours l'auteur qui parle) démontra que la tumeur était enkystée, et pourvue d'une enveloppe osseuse régulière, mais extrêmement mince. Sur l'autre surface osseuse, on aperçut une dépression lisse et polie. Elle était formée par l'extrémité de la membrane qui tapissait l'intérieur du kyste, extrémité qui était restée en place.

Ces détails suffisent, ce nous semble. A la vérité, la malade a guéri; mais il n'est pas moins certain qu'elle a subi une opération grave qu'on aurait parfaitement pu lui épargner, et qu'une difformité irremédiable est actuellement pour elle la suite fâcheuse de cette méprise.

ULCÉRATIONS SPÉCIALES DES CICATRICES; par M. ROBERT SMITH.

Sous ce nom, M. Smith fait l'histoire abrégée d'une maladie dont la description offrira sans doute quelques points intéressans à nos lecteurs. Ces ulcères se montrent sur les cicatrices existant depuis plusieurs années. La nature de la lésion qui a déterminé la cicatrice ne paraît pas influer sur leur développement. Elles se manifestent indistinctement après une brûlure, une plaie contuse, etc. Toutefois on les voit rarement succéder à une plaie par instrument tranchant.

Il peut arriver qu'une cicatrice s'ulcère, se ferme de nouveau et se r'ouvre encore, sans que, pour cela, cette ulcération présente les caractères de celle dont il est ici question. Une fois que cette dernière est établie, elle va toujours en s'agrandissant, souvent à la vérité avec beaucoup de lenteur. Elle s'étend non seulement en largeur, mais en profondeur. Le périoste est attaqué à son tour, et l'os lui-même s'absorbe et se fracture, si l'ulcère siégeait dans une partie où la surface osseuse fût près de la peau.

Ordinairement la formation de ces ulcères est précédée par l'apparition sur le tissu de la cicatrice d'une petite tumeur verruqueuse, dure, lisse et recouverte à sa surface d'une pellicule qui tapisse également toute la cicatrice. Ces tumeurs peuvent se manifester avant que l'ulcération s'établisse : parfois aussi elles manquent complètement, et l'érosion commence d'emblée par plusieurs points. L'ulcération peut gagner peu à peu au-delà de la cicatrice primitive.

Le fond de l'ulcère est parfois granuleux. Dans d'autres cas, il présente un grand nombre de fibres blanches, denses, mais en même temps fragiles, parallèles les unes aux autres, et perpendiculaires à la surface des tégumens voisins. Cette disposition est caractéristique de l'ulcère que nous décrivons ici; elle est constante; car, en examinant plus attentivement les choses, on s'aperçoit que, même quand l'ulcère offre au premier coup d'œil l'apparence granuleuse, chaque granulation est formée d'un faisceau de ces fibres déliées. Il est facile de les séparer l'une de l'autre avec la pointe d'une aiguille.

Un écoulement purulent, épais, corrosif et parfois mêlé de sang; des douleurs d'abord légères, puis graves et continues; à un certain degré de l'affection, les symptômes de la fièvre hectique, tels sont les phénomènes qui accompagnent cette maladie. Les tégumens voisins sont crensés de fissures qui sont plus tard envahies par la même altération.—Quand l'ulcère a l'aspect tuberculeux, il ressemble beaucoup au carcinôme; la gangrène s'empare souvent des tissus qu'il recouvre. Cet accident est plus rare dans ceux de ces ulcères dont la surface a offert dès le début la forme fibreuse.

On voit, d'après cette description, qu'il s'agit d'une affection grave, car elle peut amener la mort par les progrès de la fièvre hectique. Les détails dans lesquels nous sommes entrés sur son apparence et son évolution ne paraîtront pas trop minutieux, si l'on considère que, d'après M. Smith, aucun traitement local ne peut lui être opposé avec avantage. L'excision étant le seul moyen efficace, il importe donc de savoir diagnostiquer cette espèce d'ulcération dès le principe, afin de ne pas être exposé à exciser en pure perte des ulcères qui n'auraient pas cette gravité, et afin surtout de ne pas laisser, par ignorance, la maladie faire de tels progrès que l'excision même ne puisse plus être pratiquée avec chances de succès.

ANÉVRISME DE L'ILIAQUE EXTERNE; LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE; par M. RICHARD HEY.

Ce cas offre l'exemple d'une opération grave, exécutée avec autant de simplicité et suivie d'un succès aussi prompt qu'on puisse le désirer. On notera parmi les circonstances remarquables de l'observation, la rapidité extrême avec laquelle s'était développée la tumeur anévrismale.

OBS. — Un homme de 40 ans s'aperçut le 10 novembre d'une petite tumeur dure dans l'aine gauche. Trois jours après, il y éprouva de vives douleurs, et dès le lendemain, la tumeur, notablement augmentée de volume, était devenue pulsatile. Le 3 décembre, elle avait 6 pouces de diamètre transversal et faisait une saillie de 3 pouces. Dans un point, elle n'était distante que d'un pouce et demi de l'ombilic. L'opération fut faite ce même jour. On commença l'incision à 2 pouces 3/4 au-dessus de l'ombilic et à 3 pouces de la ligne médiane, et on la conduisit en bas dans l'étendue de 6 pouces, en lui donnant une direction demi-circulaire, et avec un prolongement en dehors d'un pouce et demi en ligne droite. M. Key fait partir l'incision d'un point aussi élevé, afin de ne pas être embarrassé par l'épigastrique, le cordon spermatique et l'uretère. Il y trouve aussi l'avantage de pouvoir porter la ligature sur une partie aussi haute du vaisseau que cela est démontré nécessaire sur l'aorte même au besoin.

Le reste de l'opération n'offrit aucune difficulté. Le fil une fois serré, toute pulsation cessa immédiatement dans la tumeur. On entoura le membre du côté gauche de flanelle, en ayant soin de ne laisser sa température ni s'élever audessus, ni s'abaisser au-dessous de celle du membre sain. (M. Hey attache à cette précaution une grande importance.) Huit jours après la ligature, les battemens redevinrent sensibles dans la tibiale antérieure. La tumeur diminua graduellement de volume. Le fil tomba le vingt-huitième jour. Le 20 janvier, le malade put se leveret marcher.

M. Hey ajoute qu'il a revu le malade depuis lors, et que celui-ci ne portait plus aucune trace de la tumeur.

BLESSURE FAITE A LA GORGE PAR UN SUICIDE; par M. JAMESON.

Une circonstance rend cette observation aussi intéressante au point de vue pratique qu'elle l'est comme fait exceptionnel. M. Jameson avait été appelé auprès d'une femme de 50 ans qui venait de se faire une large plaie à la gorge avec un rasoir, celle-ci, tandis qu'on la pansait, tira de sa poche un objet sur lequel elle s'efforçait d'appeler l'attention par signes, ne pouvant plus parler. Le chirurgien l'ayant pris de ses mains reconnut que cet objet n'était autre chose qu'une partie des parois du canal aérien. Il était formé du cartilage cricoïde en entier, de l'aile gauche du thyroïde, de l'aryténoïde droit, d'une partie des premiers anneaux de la trachée, d'un peu de la muqueuse pharyngienne et de quelques fibres des muscles intrinsèques du larynx!... La malheureuse s'était ainsi mutilée elle-même; et elle fit comprendre par ses gestes qu'elle avait dû s'y reprendre à cinq fois différentes avant de pouvoir achever cette cruelle dissection. Elle ne survécut que trente-quatre heures.

On comprend tout l'intérêt que soulève un pareil fait au point de vue médico-légal. Supposez que cette malheureuse femme eût expiré sur le coup, et qu'elle eût été trouvée seule, ainsi blessée, entourée de vêtemens ensanglantés, évidemment personne au monde n'eût pu croire qu'une telle blessure eût été faite par sa propre main; et l'idée d'un homicide se serait irrésistiblement emparée de tous les esprits. Cet exemple prouve jusqu'où peut conduire la fureur du suicide: il est, pour les médecins appelés à conclure en pareille circonstance, un avertissement pressant de garder toujours la réserve dont une connaissance plus approfondie des lois de l'organisation leur fait plus qu'à tout autre un impérieux devoir.

ANÉVRISME DISSÉQUANT DE L'AORTE DU TRONC INNOMMÉ ET DE LA CAROTIDE DROITE; par M. TROD.

OBS. — Un homme, âgé de 37 ans, fort et pléthorique, fut tout d'un coup, en dînant, frappé de syncope. Revenu de cet état, il se plaignit de vives douleurs dans les reins et sur le trajet des uretères; cette région était un peu tuméfiée. Bientôt l'urine se supprima. Il devint ensuite paralysé du côté gauche. Le pouls radial était plus faible du côté droit, et le murmure respiratoire moins perceptible dans le poumon de ce côté. Un bruit de souffle s'étendait le long de l'aorte et du tronc innominé.

Au bout de cinq à six jours, le cours de l'urine se rétablit, et les membres paralysés reprirent en partie leurs fonctions. Néanmoins, le malade mourut subitement le onzième jour de l'accident.

A l'autopsie, on trouva un abondant épanchement sanguin dans le péricarde. Le sang était échappé par une petite fissure de la tunique externe de l'aorte, laquelle constituait la paroi d'un sac anévrismal de récente formation. Ce sac communiquait avec l'aorte par une solution de continuité transversale qu'avait creusée sur ses tuniques interne et moyenne le développement graduel d'un kyste athéromateux. Le sang s'était ainsi creusé un canal le long de l'aorte, de l'innommée et de la carotide droite, en séparant en deux lames la tunique moyenne de ces vaisseaux. La carotide était oblitérée à une certaine distance de son origine. En bas, le canal artificiel se terminait par un cul-de-sac, sur l'aorte au voisinage de l'origine des artères rénales. (C'est sans doute à cette cause qu'avait été due, en partie du moins, la suppression de la sécrétion urinaire.)

L'hémisphère droit du cerveau était exsangue. Toute la partie située au-dessus de la scissure de Sylvius de ce côté offrait de nombreux points ramollis, sans changement de couleur; la perte de cohésion portant sur la substance grise aussi bien que sur la blanche. Les reins étaient au second degré de l'affection granuleuse.

Parmi les membres de la Société royale de médecine à laquelle ce cas a été présenté, un seul, M. Philips, a émis quelques doutes sur la relation existant entre le ramollissement cérébral et l'obstruction de la carotide, et a soutenu qu'on pourrait tout aussi bien attribuer l'état du cerveau à la maladie des reins qu'à l'arrêt de la circulation encéphalique. Tous les autres chirurgiens ont été d'avis, au contraire, que l'oblitération de la carotide en avait été la seule cause, d'autant plus que, le tronc innominé ayant aussi diminué de volume par l'effet de la maladie, la vertébrale ne pouvait plus dès-lors porter autant de sang au cerveau que dans l'état normal.

—Nous avons noté, d'après le texte anglais, que l'hémisphère cérébral droit a été trouvé exsangue, que le ramollissement dont il était affecté était un ramollissement blanc, enfin qu'il n'y avait en aucun point de l'encéphale d'épanchement ou d'infiltration de sang. Toutes ces circonstances sont autant d'arguments contre l'opinion de M. P.-H. Bérard (DICT. en 25 vol., t. VI, p. 430), lequel attribue à une hémorragie cérébrale l'hémiplégie qui survient quelquefois après la ligature de l'une des carotides. On ne voit d'ailleurs que difficilement pourquoi ce professeur refuse d'admettre le défaut d'afflux de sang dans le cerveau comme cause suffisante de paralysie. Les expériences de Sténon et celles de Legallois, où la ligature de l'aorte abdominale faite sur des lapins a paralysé en peu de temps le train de derrière de ces animaux, montre assez toute l'importance de l'excitation sanguine des centres nerveux, pour l'entière exécution de leurs fonctions. L'explication tout hypothétique que présente M. Bérard n'a donc pas même le mérite d'être nécessaire, puisqu'une interprétation beaucoup plus simple et non moins logique que la sienne s'offre naturellement à l'esprit pour rendre compte de ces faits.

OBSERVATIONS SUR LA FRÉQUENCE RELATIVE DES TUBERCULES PULMONAIRES CHEZ LES INDIVIDUS DES DEUX SEXES ET SUR LA HAUTEUR DE LA TAILLE ET LE POIDS DES MALADES QUI EN SONT ATTAQUÉS; par le docteur BOYD.

Les résultats suivans, bien qu'en partie étrangers à la pathologie et reposant uniquement sur des recherches numériques, nous offrent cependant assez d'intérêt et par les chiffres qui les représentent et par l'application qui peut en être faite pour que nous croyions devoir les reproduire brièvement.

Sur 1,428 autopsies faites par M. Boyd à l'infirmerie de Sainte-Marie-le-Bon, il a trouvé des tubercules dans les poumons chez 28,5 p. 100; de la matière tuberculeuse dans les ganglions bronchiques et cervicaux chez 2,5 p. 100, et des tubercules dans les ganglions mésentériques chez 8,7 p. 100. Les tubercules étaient plus fréquens chez les hommes que chez les femmes; ainsi on trouve chez les premiers que le chiffre des malades atteints de tubercules pulmonaires a été de près de 36 p. 100, tandis que chez les femmes il ne s'est élevé qu'à 21 p. 100. Le tableau suivant indique combien cette proportion entre les individus des deux sexes atteints de tubercules varie aux différens âges.

	Hommes.		Pour 100.		Femmes.		Pour 100
Au-dessous de 7 ans.....	147	ou	23,83	.....	147	ou	14,28
7 à 20.....	24		29,10	.....	32		25,00
20 à 40.....	132		58,40	.....	112		39,30
40 à 60.....	180		47,80	.....	156		25,60
Au-delà de 60 ans.........	203		22,10	.....	205		15,90

On n'a pu encore expliquer d'une manière satisfaisante pourquoi les individus du sexe masculin sont plus fréquemment atteints par les tubercules que ceux du sexe féminin; le travail seul ne peut rendre compte d'une différence aussi considérable, car on la retrouve même pendant l'enfance.

Le *poids des organes internes* était chez tous les phthisiques au-dessus du poids moyen; c'était dans les poumons que cette disproportion était le plus prononcée; leur poids s'élevait de moitié au-dessus du poids moyen. L'effet de l'âge sur les organes semblait être de diminuer leur poids.

Le *poids du corps chez l'individu mâle adulte atteint de phthisie* était presque d'un tiers au-dessous de la moyenne de celui des ouvriers employés dans les manufactures. Or, comme chez ces individus, le poids des organes internes était au-dessus de la moyenne, il en résulte que toute la diminution du poids du corps avait été supportée par les tissus musculaires et cellulaires et par le squelette.

Hauteur de la taille. La moyenne de taille prise sur 107 individus mâles adultes atteints de phthisie a été de 5 pieds 7 pouces et celle de 63 femmes phthisiques de 5 pieds 2 pouces (anglais).

La taille moyenne de 160 femmes pauvres résidant dans la maison de travail et âgées de 35 à 50 ans était de 5 pieds 3/4 de pouces et celle de 141 mâles adultes pauvres du même âge d'un peu plus de 5 pieds 3 pouces.

Il paraîtrait donc que les femmes atteintes de phthisie auraient eu 1 1/4 pouce et les hommes frappés de la même maladie près de quatre pouces au-dessus de la taille moyenne des autres individus de la même classe. Il serait d'un grand intérêt de répéter les mêmes recherches sur d'autres classes et dans des localités différentes. Nous rapprocherons cependant de ce résultat les données suivantes. M. Hutchinson a établi dans un mémoire sur un appareil pneumatique et d'après un très grand nombre d'observations faites sur des adultes de différentes classes que l'expiration entière et forcée fournit pour chaque pouce (anglais) d'élévation de plus dans la taille, depuis 5 jusqu'à 6 pieds 8 pouces cubes d'air. Herbst a constaté que les adultes d'une forte stature lorsqu'ils respirent tranquillement inspirent et expirent de 20 à 25 pouces cubes d'air, tandis que les personnes d'une petite stature n'en inspirent et n'en rendent que de 16 à 18.

Trouverait-on dans cette loi constatée par M. Hutchinson d'une plus grande quantité d'air inspiré par les personnes d'une taille élevée l'explication de la plus grande fréquence de la phthisie pulmonaire chez les personnes d'une taille élevée et chez les hommes comparativement aux femmes? c'est ce qu'il est difficile d'établir.

Sur 60 enfans dont la taille a été mesurée avec soin, 30 garçons et 30 filles de la maison de travail, âgés de 3 à 7 ans, la hauteur moyenne de la taille chez les garçons dépassait de 2 pouces celle des filles, et nous avons vu dans le tableau précédent et d'après 294 observations que les garçons sont plus sujets que les filles à la phthisie pulmonaire et dans la proportion de 9 p. 100; puisqu'on a compté 23 garçons et seulement 14 filles sur 100.

La différence est encore plus considérable après la puberté, de 20 à 60 ans, époque de la vie où les hommes sont obligés de se livrer à des travaux bien plus violens que les femmes et conséquemment d'exiger un plus grand développement des fonctions respiratoires. A mesure que l'âge avance, que diminue la disposition au travail, la difficulté dans la proportion des individus des deux sexes à contracter la phthisie diminue aussi et finit même par devenir inférieure à ce qu'elle était chez l'enfant.

Ces résultats sont, comme on le reconnaît, en directe opposition avec ceux qu'a obtenus M. Louis à la Charité où il a trouvé le chiffre de la phthisie chez les hommes comparé à celui des femmes :: 79 : 95.

SUR LA DIATHÈSE D'ACIDE OXALIQUE; par le docteur BENN JONES.

M. Vigla avait déjà soupçonné, en 1838, dans les sédimens de quelques urines, des cristaux octoédriques que leur forme aurait pu faire supposer être formés de chlorure de sodium, si la solubilité de ce sel et la petite quantité qui s'en trouvait dans l'urine avaient permis de s'arrêter à cette idée. En 1842, M. Golding Bird constata que ces cristaux octoédriques étaient formés d'oxalate de chaux, et fit la remarque qu'on les observait fréquemment chez les sujets atteints de rhumatisme. M. Jones fait observer que ces cristaux se rencontrent rarement en assez grande quantité pour être fortement analysés; mais il affirme avoir constaté leur présence dans tous les cas de rhumatisme aigu, où il les a cherchés, et que, dans certains cas, leur nombre variait aux différentes heures de la journée. Dans un cas où trois petits calculs rénaux avaient été rendus en trois mois successifs, il constata dans l'urine et au microscope une multitude de cristaux octoédriques, tous formés d'oxalate de chaux et mêlés avec quelques cristaux d'acide urique.

M. Jones a observé ces mêmes cristaux octoédriques dans des cas où il n'y avait point de rhumatisme; mais alors les malades se plaignent surtout d'une très vive irritation des voies urinaires; ils accusent de fortes douleurs dans les reins, un besoin fréquent de lâcher l'urine qui quelquefois est en petite quantité, d'autres fois aussi abondante que dans le diabète; et si les malades résistent à ce besoin, il en résulte des souffrances cruelles. En examinant l'urine, on y voit un léger nuage qui ne disparaît pas par l'application du calorique. Examiné au microscope, ce nuage paraît entièrement composé de cristaux octoédriques fréquemment mêlés à des globules de mucus et quelquefois à de grosses et petites écailles d'épithélium. Les symptômes ressemblent exactement à ceux que détermine la présence de petits calculs dans les reins, et, dans un cas, ils cédèrent subitement à la suite d'une douleur très vive sur le trajet de l'uretère droit et d'une légère rétraction du testicule.

L'auteur pourrait facilement rapporter un grand nombre de cas de rhumatisme où ces cristaux ont été observés; mais comme il n'en résulte aucune nouvelle indication dans le traitement de la maladie, ce fait n'est intéressant que parce qu'il fait voir quelle connexion existe entre le dépôt rouge et les cristaux octoédriques, et parce qu'il apporte une nouvelle preuve à l'appui de la théorie qu'a émise le professeur Liebig sur l'origine de l'oxalate de chaux.

L'auteur termine par quelques observations sur le traitement, et dit que celui qui lui a le mieux réussi est l'emploi des moyens propres à relever l'état général des forces et à rétablir la santé. Chez deux sujets chez lesquels les symptômes paraissaient se lier à une anxiété morale, les moyens thérapeutiques ne produisirent que très peu d'effet; mais aussitôt que la cause de la peine morale eut cessé, les symptômes disparurent également.

OBSERVATION D'UN CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE TERMINÉE FAVORABLEMENT LE NEUVIÈME JOUR, A LA SUITE DE VOMISSEMENS SPONTANÉS; par M. G. LEFÈVRE, D. M.

OBS. — Le sujet était une jeune fille âgée de 12 ans, d'une constitution très délicate, offrant une disposition très marquée aux scrofules et ayant les organes digestifs d'une telle susceptibilité qu'elle ne pouvait digérer ni les fruits ni les légumes. Elle avait eu le choléra épidémique d'automne qui régnait parmi les enfans dans la ville où elle habitait, et avait été traitée par les moyens ordinaires. Peu de temps après sa guérison, elle fut prise d'accidens d'une nature opposée et éprouva une constipation absolue, en même temps que l'estomac rejetait tout ce qui était ingéré. On avait employé sans effet la plupart des moyens purgatifs; des sangsues avaient été appliquées sur l'abdomen, sur lequel on avait entretenu longtemps des fomentations. Tel était l'état de la malade lorsque je fus appelé près d'elle par les deux médecins qui lui donnaient des soins, le 27 août, dans l'après-midi. La figure était fortement injectée et portait l'expression d'une vive anxiété: le pouls était petit, vif, compressible, la peau moite et froide, les extrémités froides. Elle souffrait de la distension de l'abdomen, sans se plaindre de beaucoup de douleurs, et elle vomissait continuellement un liquide bilieux verdâtre. Comme il n'y avait aucun signe de travail inflammatoire et aucune indication de nouvelles émissions sanguines, j'eus recours aux calmans et prescrivis l'application d'un vésicatoire à l'épigastre et de petites doses d'acide prussique dans le lait d'amande. Dès lors les vomissemens s'arrêtèrent et furent suspendus pendant plusieurs heures; la nuit fut tranquille, mais les intestins restaient toujours dans le même état, et le ventre était encore plus tendu. L'huile de croton donnée à l'intérieur et en lavement; des applications chaudes et glacées n'amènent aucun changement; la malade était toujours en mouvement, changeant continuellement de place dans son lit et se plaignait plutôt de la distension que d'aucune douleur aiguë.

Le 28, vers minuit, la malade se plaignait de violentes coliques, et la pression sur l'abdomen était beaucoup plus sensible qu'auparavant; les opiacés ne produisant aucun soulagement, on applique sur l'abdomen 12 sangsues, et aussitôt les symptômes les plus alarmans diminuent, puis disparaissent complètement. La malade prend un peu de sommeil, et en s'éveillant ne se plaint d'aucune douleur. Le reste de la journée se passe bien; mais à minuit les mêmes accidens reparaissent; les vomissemens reviennent et contiennent des matières intestinales non douteuses. De nouvelles sangsues sont encore appliquées avec avantage; mais la dilatation du ventre était encore fortement augmentée, la respiration très gênée et les douleurs très aiguës. Une longue soude élastique est introduite dans le rectum et poussée dans le colon, et fournit passage à de l'eau poussée avec force par une seringue-pompe. L'opération très douloureuse pour la malade reste sans effet avantageux, et la nuit se passe sans sommeil.

Le 30, la malade est dans un état d'épuisement notable ; sa figure est pâle et pleine d'anxiété, sa peau est converte d'une sueur froide, et elle dit qu'elle se sent mourir. Sa chambre était exposée au soleil qui l'incommodait. On la transporte sur les bras dans une pièce voisine, où elle se trouve si fatiguée qu'on lui offre un verre de vin de Madère qu'elle prend avec plaisir ; mais à peine l'avait-elle avalé qu'elle demanda le bassin et rendit immédiatement trois pintes d'un fluide d'un vert foncé. Ce vomissement fut suivi d'un soulagement immédiat; la respiration fut plus lente, et la partie supérieure du corps débarrassée du poids qui accablait la malade. On lui donna encore un peu de vin, qu'elle conserva, n'éprouvant même plus de nausées. Des frictions furent faites continuellement sur l'abdomen pendant qu'on donnait d'heure en heure des lavemens d'eau vinaigrée. Le premier qui fut rendu ne contenait aucune trace de matière fécale, mais avait une odeur très fétide; le second ramena quelques débris de matière floconneuse, ressemblant à des portions de membranes, et le liquide avait une odeur extrêmement fétide, comme s'il eût contenu une grande quantité de matières animales putréfiées. A partir de ce moment, la malade put contracter les muscles abdominaux et faire un effort pour aller à la selle, ce que la distension antérieure qui paralysait l'action des muscles l'avait empêchée de faire auparavant. Chaque lavement amenait une certaine quantité de cette matière membraneuse, dont l'odeur était repoussante. Quatre heures environ après le vomissement spontané, la malade demanda à aller à la selle et rendit une quantité prodigieuse de matières solides. Elle eut plusieurs autres selles dans le reste de la journée et dormit tranquillement. Le lendemain, elle prit une dose d'huile de ricin, qui produisit l'effet désiré sans déterminer de nausées, et la malade entra en convalescence, qui fut très rapide et après laquelle les fonctions digestives furent dans un bien meilleur état qu'avant sa maladie. Ce n'est que le neuvième jour de la maladie que l'obstacle a cédé.

L'auteur de cette intéressante observation pense, avec quelque raison, que, dans ce cas, c'est à une intus-susception qu'a été dû l'obstacle au passage des matières intestinales. Il paraît croire qu'un émétique administré dès le début devait amener une solution plus prompte.

OBSERVATION D'UN CAS DE RUPTURE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; par le docteur WALSH.

Le fait suivant est remarquable sous plusieurs points de vue, que nous signalerons après l'avoir analysé.

OBS. — Bureley, âgée de 70 ans, mère d'une nombreuse famille et vivant dans l'aisance, a souffert depuis douze ans de douleurs rhumatismales, qui commencèrent d'abord par une fièvre rhumatique intense, avant laquelle elle avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis deux ans et demi, elle est sujette à des palpitations et à une dyspnée presque continuelles, mais qui augmentent en marchant et surtout en montant un escalier. Elle était à peu près dans cet état quand, le dimanche 31 mai, elle fut prise, en sortant de l'église, d'une vive douleur à la région précordiale, qu'elle attribua à la grippe, ce qui l'empêcha d'appeler le secours d'un médecin.

Le 4 avril, ne se trouvant pas mieux et ayant eu ce qu'elle appelle une attaque, mais dont personne n'avait été témoin, elle m'envoie chercher et je la trouve dans l'état suivant : anxiété dans l'expression, dyspnée considérable, douleur vive à la région épigastrique et s'étendant dans la région précordiale; pouls 150, faible, mais régulier; langue blanche et humide, constipation, absence de toux. Devant moi, elle éprouve une attaque qui ne dure que deux minutes. La percussion fournit une sonorité anormale des deux côtés de la poitrine; la respiration est également puérile des deux côtés et sans râles; la région du cœur n'offre aucune trace de matite. Les bruits du cœur sont faibles; on dirait un cœur de fœtus; l'impulsion a presque complètement cessé de se faire sentir.

Le 5, un purgatif n'a amené qu'une seule selle; la douleur est moins vive, la respiration plus facile; le pouls à 120, plus plein et régulier. La malade se dit mieux. Un nouvel examen de la poitrine confirme les résultats observés la veille. Une heure après que je l'ai quittée, les douleurs prennent une intensite extrême s'étendant dans la partie inférieure; puis vers midi, la malade se plaint de nouveau et meurt en trois minutes, sans avoir fait aucun mouvement.

Autopsie 60 heures après la mort. Amaigrissement notable sans anasarque. Le poumon droit, adhérent dans toute son étendue, est pour le reste à l'état normal; le gauche a quelques adhérences anciennes. En ouvrant le péricarde, qui est extrêmement mince, on y trouve un caillot de sang noir qui pèse 220 grammes. Le cœur offre à la partie supérieure de la paroi antérieure du ventricule gauche une déchirure d'un quart de pouce d'étendue, dont la circonférence est d'une couleur foncée, et par laquelle on peut faire pénétrer une sonde dans l'intérieur du ventricule sans la moindre difficulté. Les parois du ventricule avaient subi un amincissement et ses cavités un agrandissement notables, sans autre altération manifeste du tissu musculaire. L'oreillette gauche n'était pas dilatée. Les valvules mitrales étaient à l'état normal; il en était de même des valvules semi-lunaires; mais l'aorte était profondément altérée par la présence de dépôts stéatomateux. Du côté droit, les deux cavités du cœur étaient dilatées; les valvules n'offraient aucune altération. Le cœur présentait un exemple remarquable de dilatation du ventricule gauche, sans hypertrophie, avec légère dilatation des cavités du côté droit et des valvules à l'état normal.

Dans l'abdomen, tous les intestins étaient d'une couleur foncée et distendus par des gaz; le foie et les reins n'offraient d'autre lésion qu'une forte congestion qui leur donnait une couleur foncée.

L'auteur fait d'abord remarquer, qu'avec les symptômes observés dans ce cas, il était impossible d'arriver à un diagnostic exact, et même de soupçonner la nature de la maladie, et encore moins la lésion qui y a mis un terme. Mais la rapidité du pouls, la dyspnée et la douleur de la région du cœur sont des symptômes trop communs pour que l'on pût s'en servir pour baser le diagnostic. Il serait encore intéressant de déterminer de combien de temps la déchirure du cœur a précédé la mort; enfin, il ne le serait pas moins de rechercher la cause qui a occasionné cette déchirure du tissu du cœur dans l'absence de tout mouvement et de toute émotion morale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance ne présente aucun intérêt.

M. ROCHOUX demande la parole à l'occasion du procès-verbal; c'est pour rappeler à l'Académie la décision qu'elle a prise récemment relativement aux communications sur la peste et en demander la stricte exécution.

M. NACQUART pense qu'au lieu d'adopter une sorte d'ordre du jour absolu sur les communications dont il s'agit, il serait beaucoup plus convenable de la part de l'Académie d'accepter et d'écouter les communications et les lectures qui lui seraient faites sur ce sujet, sauf à les renvoyer à la commission sans discussion.

M. LE PRÉSIDENT : C'est dans ce sens que le conseil a interprété la décision de l'Académie et qu'il est disposé à la faire exécuter s'il n'y a point d'opposition.

La proposition de M. Rochoux n'étant point appuyée, on passe à l'ordre du jour.

SQUELETTE HUMAIN TROUVÉ DANS UNE CARRIÈRE.

M. LONDE : Il m'a été fait part il y a quelque temps de la découverte qui venait d'être faite d'un squelette humain fossile dans les carrières de Pantin. Je me suis rendu sur les lieux, avec un géologue, M. Baron, frère de notre honorable confrère, et l'on nous a effectivement fait voir un squelette humain trouvé au milieu de masses calcaires considérables et sans qu'on ait trouvé autour de lui aucune trace de terrains de remblais. C'était un squelette ordinaire et non point un squelette fossile, ainsi qu'on l'avait cru. Je crois que ce fait est néanmoins assez curieux pour mériter un examen approfondi et pour être soumis aux lumières de l'Académie.

Le bureau propose, sur la demande de M. Londe, de désigner une commission composée de MM. Duméril, Blandin, Pariset, Londe et Orfila.

INFLUENCE DE LA BRIÈVETÉ DU CORDON SUR L'ACCOUCHEMENT.

M. CAPURON fait un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Hirtz, de Strasbourg, et ayant pour titre : LA BRIÈVETÉ NATIVE OU ACCIDENTELLE DU CORDON OMBILICAL PEUT-ELLE PORTER OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT NATUREL? M. Hirtz résout affirmativement cette question et rapporte plusieurs faits qui lui paraissent autoriser une pareille conclusion.

Le rapporteur combat l'opinion de M. Hirtz. Suivant lui, la brièveté native du cordon n'a jamais et ne peut jamais apporter aucun obstacle à l'accouchement. Quant à la brièveté accidentelle, les accidens qui l'accompagnent quelquefois sont le résultat non de la brièveté elle-même, mais des causes qui l'ont produite ou des circonstances qui l'accompagnent. Toutefois, bien que le rapporteur ne partage pas l'opinion de l'auteur, en considération de la valeur de son travail, il propose de lui adresser une lettre de remercimens et d'insérer son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

POULS VEINEUX.

M. MARTIN-SOLON lit un travail sur ce sujet dont voici un résumé :

On connaît, dit-il, sous le nom de pouls veineux ces reflux du sang qui se font de l'oreillette droite du cœur dans les veines jugulaires. Tantôt ces pulsations sont plus ou moins isochrones aux battemens artériels et annoncent une réplétion sanguine considérable des cavités de l'organe; tantôt elles sont complètement isochrones au pouls et dépendent de l'inocclusion ou insuffisance de la valvute trigtochine. Il résulte en effet de cette disposition, qu'en se contractant, le ventricule droit renvoie dans l'oreillette et le système veineux, à travers la valvule auriculo-ventriculaire insuffisante, une partie du sang qu'il con-

tenait, et que, transformant en quelque sorte la veine cave supérieure en un troisième tronc artériel, il leur communique, dans la systole du cœur, un mouvement de dilatation semblable à celui des artères pulmonaire et aorte. Ce pouls veineux est connu. Ce n'est point sur lui que nous voulons appeler l'attention; c'est sur le mouvement pulsatile bien net et bien évident que nous avons observé aux veines dorsales des mains, mouvement qui n'était autre chose que la continuation isochrone du pouls des artères radiale et cubitale, et qui conséquemment mérite bien mieux que tout autre le nom de pouls veineux.

M. Martin-Solon en a pour la première fois constaté l'existence chez deux malades dont il rapporte l'observation.

Le premier est un sujet affecté d'une pneumonie double très intense qui exigea un traitement anti-phlogistique énergique. (Saignées copieuses, tartre stibié à dose contre-stimulante.)

Vers le quinzième jour, on remarqua que la plupart des veines dorsales de chaque main étaient agitées de mouvemens insolites semblables à ceux des artères superficielles, et présentaient de véritables pulsations, dont voici les caractères principaux.

Dans ce pouls veineux, dit M. Martin-Solon, les veines saillantes et arrondies sont comme transparentes, d'une couleur rose légèrement bleuâtre, et présentent un mouvement de diastole et de systole sensible à la vue et appréciable au toucher, aussi bien que celui de l'artère radiale quand elle est superficielle. Ce mouvement est tout à fait isochrone avec celui du pouls. Il cesse lorsque l'on comprime les veines vers les doigts, et persiste au contraire lorsque la pression s'exerce sur le poignet. Dans le premier cas, les veines diminuent de volume; elles augmentent dans le second. La compression du tronc brachial fait en même temps disparaître les pulsations des artères radiale, cubitale, et des veines dorsales de la main. Enfin, l'examen le plus attentif nous démontre que le mouvement pulsatile des veines n'est communiqué à ces vaisseaux ni par des artères sous-jacentes, ni par l'agitation des tendons. Nous constatons en outre que, sauf l'énergie de ses battemens, le cœur n'offre rien d'insolite, qu'il existe un bruit de souffle à peine appréciable, et souvent nul dans les artères carotides, et que les veines jugulaires présentent de temps en temps une sorte de reflux sans isochronisme avec le pouls, mais dépendant sans doute de l'activité plus grande de la circulation veineuse et de la réplétion plus considérable de l'oreillette droite.

La prolongation de ce symptôme pendant sept jours, avec une intensité variable, n'empêche pas l'amélioration de faire des progrès.

Le 17, vingt-deuxième jour de cette grave phlegmasie, la convalescence est des plus franches, la circulation normale, la couleur de la peau moins pâle; et le malade parfaitement guéri.

Les précautions que nous avons prises en étudiant le pouls veineux, soit en faisant cesser par la compression de l'artère brachiale, soit en le rendant plus évident par la compression des veines du poignet, ont mis pour nous hors de doute que les mouvemens pulsatiles des veines dorsales de la main fussent communiqués à ces vaisseaux par le *vis à tergo* que le sang artériel recevait du cœur et transmettait au sang veineux. Cette action du cœur suffirait-elle pour produire le pouls veineux? Nous croyons qu'elle en favorise le développement, mais ne le termine pas à elle seule; sans cela, le phénomène serait plus fréquent, et les cas d'hypertrophie en offriraient quelques exemples. L'augmentation de la fluidité du sang, en favorisant le passage de ce liquide à travers le système capillaire, lui conserve l'impulsion donnée par le cœur, et devient sans doute la cause principale du mouvement veineux que nous avons décrit.

C'est ce que tend à prouver la seconde observation rapportée par M. Martin-Solon, dans laquelle il s'agit d'un sujet également affecté d'une pleuro-pneumonie intense du côté gauche, et ayant *l'impulsion du cœur faible* et le pouls normal à 45.

Chez ce deuxième malade la fluidité du sang a été la seule cause évidente du pouls veineux; aussi le phénomène a-t-il duré moins longtemps et a-t-il été un peu moins prononcé que chez le premier sujet qui joignait à la fluidité du sang une impulsion cardiaque des plus énergiques.

C'est dans des circonstances analogues que se trouvaient les malades sur lesquels on a observé le pouls veineux. Ainsi le docteur Ward l'a vu chez une femme récemment accouchée et atteinte d'une pneumonie que l'on avait combattue par de nombreuses saignées. Le docteur Graves l'a observé une fois sur une femme affectée de pneumonie, et une autre fois sur une malade prise de péritonite : toutes deux avaient été abondamment saignées.

Ce que nous venons de dire du pouls veineux fait comprendre comment, dans certaines saignées, ce que l'on a observé chez l'une de nos malades, le jet du sang, présente une impulsion saccadée isochrone avec les battemens artériels. Cette description démontre également comment le pouls veineux diffère de la régurgitation veineuse du col et du pouls veineux des jugulaires et des sous-clavières, qui ne pourraient se transmettre aux veines du bras, et par suite aux dorsales des mains, à cause des valvules qui s'opposeraient au passage du sang.

Sous le rapport pathologique, le développement du pouls veineux peut avoir une grande importance pour la conduite du praticien. En effet, si ce symptôme est le résultat de la fluidité plus grande du sang, le médecin, en l'observant, modérera les émissions sanguines, et se bornera à les prescrire au moment où le redoublement fébrile du pouls pourrait augmenter l'inflammation en injectant le tissu malade d'une plus grande quantité de sang. Par cette méthode on évite les saignées inutiles et trop nombreuses; et celles que l'on pratique au moment du paroxysme fébrile diminuent celui-ci, empêchent les organes de s'imprégner d'une nouvelle quantité de fibrine, rendent la circulation plus facile et favorisent ainsi la résolution des phlegmasies. Quand au contraire le pouls veineux se développera sous la double influence de l'activité du cœur et de la fluidité du sang, le praticien, convaincu que ce fluide sera, malgré les émissions sanguines, projeté, pour ainsi parler, jusqu'à sa dernière goutte à l'organe malade, le praticien cherchera dans la thérapeutique des moyens de calmer directement l'activité circulatoire, et préférera les contre-stimulans aux émissions sanguines.

En faisant voir que les veines peuvent participer au mouvement artériel, le pouls veineux démontre que la circulation tout entière est sous l'influence d'un agent unique, le cœur. Comme symptôme, il indique un effet remarquable des émissions sanguines abondantes, et peut ainsi faire connaître jusqu'à quel point on doit les porter. C'est donc un moyen de plus pour guider le médecin dans le traitement des maladies aiguës. Ce motif nous a déterminé à le soumettre à l'attention des observateurs.

M. Rochoux : M. Martin-Solon nous a dit que le pouls veineux était isochrone au pouls artériel; c'est *à peu près* isochrone qu'il fallait dire et non pas isochrone. On a cru longtemps et écrit que l'impulsion du sang était instantanée dans toute l'étendue d'une artère; mais il est évident que c'est là une erreur. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à faire l'expérience suivante très facile aux paresseux. Pendant qu'on est couché, qu'on applique un doigt sur l'artère pédieuse, tandis qu'un autre doigt sera appliqué sur l'une des artères les plus voisines du cœur, et on sentira bientôt qu'il y a un intervalle de temps appréciable entre les pulsations de ces deux artères. A plus forte raison doit-il s'écouler du temps avant que l'impulsion arrive du cœur jusqu'aux veines. Harvey avait du reste fait cette remarque.

M. Martin-Solon : Il y a plus loin du cœur à l'artère pédieuse qu'aux veines dorsales de la main. D'ailleurs, quand j'ai employé l'expression d'isochronisme, je n'ai pas prétendu dire qu'il y eût isochronisme parfait, absolu; c'est une expression sur laquelle tout le monde s'entend.

M. Cruveilhier : J'ai trouvé plusieurs fois la pulsation veineuse dont parle M. Martin-Solon dans les veines du pli du bras, mais je n'ai jamais eu l'occasion de la rencontrer dans les veines dorsales de la main. M. Martin-Solon paraît croire que ce phénomène tient à la fluidité du sang qui se transmettrait en quelque sorte directement et sans interruption à travers le système capillaire, des artères aux veines. Je ne pense pas de même. Dans l'un des cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer, il s'agissait d'un homme affecté de ramollissement du cerveau; je pratiquai une saignée du bras et je fus fort surpris de voir le sang sortir par un jet saccadé. Je crus avoir ouvert l'artère, mais je ne tardai pas à reconnaître que la veine seule avait été piquée. Je me suis demandé si cela tenait à une sorte de mouvement de systole et diastole imprimé aux veines par le cœur ou à une transmission du choc par l'artère adossée à la veine. Je m'arrêtai à cette dernière idée lorsqu'après avoir exploré avec soin les principales veines des autres régions, j'eus reconnu que la veine du pli du bras offrait seule cette pulsation insolite. N'en serait-il pas de même dans les cas dont vient de vous entretenir M. Martin-Solon? Le pouls veineux, dans quelque région et dans quelque étendue qu'il se fasse sentir ne serait-il pas le résultat d'une secousse imprimée à toute la colonne veineuse par les troncs artériels voisins?

M. Martin-Solon : Si les choses se passaient ainsi que vient de le supposer M. Cruveilhier, j'aurais dû trouver le pouls veineux dans les veines brachiale, radiale et cubitale tout à la fois, tandis que je ne l'ai senti qu'aux veines dorsales de la main seulement.

M. Velpeau : J'ai vu, il y a quelques années, dans un des services de médecine de la Charité un sujet atteint de fièvre typhoïde qui n'avait éprouvé encore aucune déperdition de sang; la maladie datait de dix à douze jours. On sentait chez ce malade des battemens très prononcés dans toutes les veines des membres thoraciques; les veines des avant-bras surtout offraient des battemens aussi forts que ceux des artères. Certainement ces battemens n'étaient pas dus au choc des artères; ils n'étaient pas plus prononcés au voisinage des artères qu'ailleurs. Il y avait en même temps un reflux veineux extrêmement prononcé dans les jugulaires. D'après ce fait là en particulier, je ne crois pas qu'il soit possible de rendre compte du pouls veineux par l'impulsion artérielle. Je crois plutôt qu'il est dû à une sorte de reflux veineux semblable à celui que l'on observe fréquemment dans les jugulaires.

M. Martin-Solon : On sait que les sujets typhoïdes ont naturellement le sang très fluide, sans même qu'ils aient été saignés. Ce cas rentrerait par conséquent dans la théorie que j'ai émise.

M. Blandin : M. Martin-Solon vient de soulever une question physiologique du plus haut intérêt. Je me hâte de dire que je partage son opinion sur la manière dont le phénomène en question doit être interprété. Cette opinion, du reste, n'est pas nouvelle; Harvey, ainsi que vient de le rappeler M. Rochoux, a dit que le cœur pouvait, dans quelques cas, transmettre les pulsations jusqu'aux veines. Mais cette transmission n'a point lieu à l'état physiologique, elle dépend évidemment de circonstances anormales. On voit se manifester le pouls veineux, par exemple, lorsqu'il existe une grande fluidité de sang. M. Magendie a fait sur ce sujet des expériences que j'ai répétées après lui, et qui mettent hors de doute l'influence en question. Après avoir préalablement vidé sur un cadavre une partie du système circulatoire à l'aide d'une première injection poussée avec force, si l'on fait dans un tronc artériel une seconde injection que l'on pousse par saccades, et que l'on pratique une ouverture à l'une des veines principales appartenant au même système, on voit sortir le sang en saccades par l'ouverture de la veine. Eh bien! si sur le cadavre on peut produire un jet saccadé par une veine à travers le système capillaire, pourquoi n'admettrait-on pas que le même phénomène pût se produire sur le vivant? L'explication que M. Martin-Solon a donnée du pouls veineux me paraît parfaitement admissible.

M. Dubois (d'Amiens) : Quand on examine la circulation sur le vivant au microscope, on voit le sang progresser par saccades jusque dans les derniers ramuscules artériels; mais la saccade cesse brusquement aussitôt que le sang est parvenu dans le système capillaire. Je suis donc plutôt porté à croire, avec M. Cruveilhier, que la pulsation des veines est due au choc que celles-ci reçoivent des artères. J'ajouterai que j'ai observé, comme M. Velpeau, dans les cas de pulsation veineuse, le reflux des jugulaires.

Quant à l'expérience dont vient de parler M. Blandin, elle est complètement en contradiction avec ce qui se passe sur le vivant. C'est lorsqu'il existe un trouble, une gêne dans la circulation capillaire, que l'on voit le sang progresser par saccades dans les veines. Plus au contraire le sang est fluide et sa progression facile dans le système capillaire, plus la circulation veineuse offre d'uniformité.

M. Martin-Solon fait remarquer que son explication repose sur l'observation de faits pathologiques, et non point sur des expérience. Si je n'avais eu à invoquer, dit-il, que le premier des faits que j'ai rapportés, M. Dubois pourrait avoir raison; mais l'histoire du second malade ne peut laisser subsister à cet égard aucun doute. Quant à l'objection que m'ont adressée MM. Cruveilhier et Dubois, si le pouls veineux était venu, comme ils paraissent le croire, par les régions supérieures, la pulsation aurait dû cesser en comprimant au-dessus, tandis que c'était le contraire qui avait lieu.

M. Bégin demande si M. Martin-Solon s'est assuré que la pulsation veineuse eût lieu en même temps dans d'autres régions, aux pieds, par exemple, car, dans ce cas, la théorie se trouverait confirmée.

M. Martin-Solon répond négativement.

M. Nacquart demande la parole pour une motion d'ordre : il exprime le désir qu'à l'avenir les discussions, au lieu d'être improvisées séance tenante, soient réservées pour la séance suivante, afin qu'on ait le temps de prendre une connaissance exacte du sujet en discussion. — Cette proposition n'a pas de suite.

ANUS CONTRE NATURE.

M. Blandin communique un fait d'anus contre nature suite d'un étranglement herniaire, auquel il a remédié par une opération. Nous reviendrons sur cette importante communication.

TUMEUR ÉNORME DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA TÊTE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ.

M. Moreau présente un jeune enfant de quelques jours qui porte une tumeur très volumineuse à la partie postérieure de la tête; elle a presque le volume de la tête elle-même. D'après les renseignemens recueillis auprès de la sage-femme qui a reçu l'enfant, il se présentait par la face. L'accouchement s'est terminé d'une manière naturelle. M. Moreau reste dans le doute sur la nature de cette tumeur, et il demande s'il y aurait lieu de tenter une opération pour en débarrasser l'enfant. Il soumet cette question à l'avis de ses collègues.

M. Velpeau n'est pas éloigné de considérer cette tumeur comme une sorte de *spina-bifida* de la tête. Il pense qu'elle communique, par une petite voie, avec le cerveau. Peut-être, dit-il, ce serait le cas d'appliquer ici le procédé proposé par M. Dubourg pour le *spina-bifida*.

M. Guersant croit qu'une opération de ce genre n'aurait aucune chance de succès. Dans toutes les opérations de *spina bifida* dont il a été témoin, il a vu constamment se développer une inflammation intense des méninges et des épanchemens purulens énormes se former dans le cerveau.

M. Moreau : C'est cependant ici le cas ou jamais d'appliquer le précepte : *Melius anceps quàm nullum*. Cet enfant, abandonné à lui-même, périra infailliblement. Pourquoi ne pas tenter une opération qui offrirait quelques chances de lui conserver la vie?

M. Nacquart préférerait qu'on essayât la compression.

M. Bérard : Je suis convaincu, pour ma part, que cette tumeur est remplie de sérosité provenant du cerveau et contenue dans une lame cérébrale. Ce serait, en d'autres termes, un hydro-encéphalocèle. Ce qui me le fait croire, c'est que les tégumens qui enveloppent le liquide ont plus d'épaisseur que ne devraient en avoir la peau et les méninges seulement. Je ne crois pas que la compression puisse avoir aucun résultat avantageux dans ce cas. Quant à l'opération proposée, je ne sache pas qu'on en ait jamais obtenu de succès. Reste la question de savoir si l'enfant vivra; c'est fort difficile à croire. Je ne connais qu'un seul cas, tout à fait exceptionnel, où un sujet portant une pareille tumeur a vécu jusqu'à l'âge de 30 ans. J'ai eu dernièrement dans mon service, à la Pitié, un cas tout à fait semblable. Je ne l'ai point opéré; seulement, après beaucoup d'hésitation je me suis décidé à faire une ponction exploratrice, il est sorti de la sérosité trouble; j'ai cru voir qu'il y avait autre chose que de la sérosité, mais il n'a pas été possible de reconnaître ce que c'était. Le lendemain, la tumeur, qui s'était un peu affaissée, s'est reproduite aussi volumineuse qu'auparavant. L'enfant vit encore; il ne lui a rien été fait depuis.

M. Velpeau ne croit pas qu'il y ait une lame cérébrale en dehors du crâne. Il y a trop de vie, pas assez d'altération dans les traits pour penser qu'il en soit ainsi. Et quand cela serait, d'ailleurs, ce ne serait pas une contr'indication à l'opération.

M. Blandin est d'avis qu'aucune opération n'est admissible dans ce cas. Il désire qu'il soit bien établi que M. Dubourg n'a rien proposé qui soit applicable à une tumeur de ce genre. L'opération que M. Dubourg a proposée pour les tumeurs du rachis est très rationnelle; mais elle ne serait nullement convenable dans ce cas-ci.

M. Velpeau persiste dans son opinion tout en déclarant qu'il ne met nullement en cause le nom de M. Dubourg et qu'il assume sur lui seul la responsabilité de son avis.

Il est 5 heures un quart, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, OU TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ; par L. Ch. Roche, L.-J. Sanson et A. Lenoir. Quatrième édition, corrigée et augmentée. 5 vol. in-8°. — Paris, 1844. Chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

C'est toujours d'un œil satisfait que nous voyons annoncer la réimpression des ouvrages qui ont servi de guide à nos premières études. Qu'il entre dans un tel sentiment quelque chose de cet amour-propre tout personnel que réveille involontairement dans notre ame le spectacle de la fortune de nos contemporains, cela n'est point douteux. Mais de pareils succès ont, pour qui sait les comprendre, une plus haute signification. Ils montrent que la vérité, en médecine, n'est pas autant qu'on le dit soumise aux influences du temps ou aux caprices de la mode et répondent péremptoirement à ces accusations d'incertitude et d'inconstance que les détracteurs de notre science se plaisent depuis tant de siècles à lancer contre elle. Malgré la multitude des publications nouvelles, remarquez la constante faveur qui s'attache aux œuvres classiques qu'a vues paraître la première partie de ce siècle. Les traités de Boyer, de Laënnec, les leçons de Dupuytren, de M. Andral, etc., sont là, avec leurs éditions sans cesse épuisées et sans cesse renaissantes, pour témoigner qu'il est en médecine des principes vraiment irrévocables que tous les esprits adoptent, que toutes les époques se transmettent, qui sont impérissables, en un mot, par cela seul que, fondés sur la raison humaine, leur durée doit nécessairement égaler celle de son empire.

Mais cet accueil, quelque bienveillant qu'il ait été dans le principe, un écrivain ne peut espérer de se le voir continuer qu'à la condition d'exercer sur son œuvre une surveillance sévère et de tous les instans. En médecine comme en toute science où le dogme est tributaire de l'expérience, il y a des vérités immuables; mais il en est aussi qui vieillissent avec le temps. C'est à l'auteur de discerner les premières d'avec les secondes, de se tenir au courant de toutes les recherches qui s'accomplissent, de distinguer ce qui peut s'appeler un progrès de ce qui n'est qu'un changement; enfin de résister avec autant de force à l'envahissement de certaines utopies qu'il mettra de loyauté à adopter les réformes véritablement utiles, lors même qu'elles seraient en opposition avec ses premières tendances. Plus ses écrits ont été d'abord appréciés et plus il doit à ses lecteurs, plus il se doit à lui-même de les maintenir par un travail incessant dignes de ce rang. A une semblable abnégation, le livre, la science, l'auteur lui-même ne peuvent que gagner; car, dans ses propres intérêts, mieux vaut confesser franchement une erreur que d'ambitionner la gloire puérile d'avoir seul conservé son avis quand tout a changé autour de lui.

Par la simplicité de leur cadre, sinon par l'originalité des idées, les ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE de Roche et Sanson méritent d'être mis à côté des traités classiques que nous citions tout à l'heure; et cette place honorable, le suffrage public le leur a dès longtemps assignée. Il est peu d'élève qui n'ait tenu ce livre entre ses mains, peu de jeunes médecins qui n'y soient venus chercher des conseils pour les premières hésitations de leur pratique. Quoique, parvenu à la quatrième édition, un ouvrage puisse se passer de toute apologie, nous voulons, nous, satisfaire notre conscience en payant ici un juste tribut d'éloges aux auteurs pour le travail ingrat et si pénible d'une rédaction qui présentait presque à chaque pas les difficultés de l'invention jointes aux dégoûts de la compilation. Leur but était d'instruire : ils ont compris que pour cela il fallait d'abord attacher; et partout, sous leur plume, la vérité est devenue simple de forme et attrayante de coloris.... Mais pourquoi continuer, quand chacun de nos lecteurs pourrait mieux que nous et avec une aussi pleine connaissance de cause compléter cette appréciation d'un livre auquel il n'est peut-être pas, en France, un seul médecin qui ne soit attaché par un sentiment de reconnaissance?

D'importantes corrections, des additions notables, ont été faites à cette nouvelle édition. On s'exposerait peut-être à les méconnaître en en jugeant sur un premier coup-d'œil; car le nombre des volumes est resté, malgré l'augmentation des matières, ce qu'il était dans le principe. Mais cette apparente contradiction tient à ce que la page de cette édition contient 38 lignes au lieu de 32. Grace à cette combinaison, le livre renferme en réalité le contenu de six volumes semblables à ceux de la première édition, quoiqu'il soit resté circonscrit, sous ce rapport, dans ses limites primitives.

De tous ces changemens, il en est que nous n'avons vus qu'avec peine;

il en est d'autres, au contraire, que nous n'avons pas trouvés assez complets. A propos de ces derniers, qu'on nous permette quelques mots sur la doctrine générale, sur la couleur médicale de ce traité. Proclamé lors de son origine comme formulant l'application absolue et universelle du dogme broussaisien à toutes les maladies, il satisfit alors aux exigences de l'opinion publique, en arborant les couleurs de l'homme qui, un moment, régna en souverain sur la scène agitée de nos discussions théoriques. Mais pour suivre fidèlement le mouvement des idées du siècle, il eût fallu, comme l'a fait celui-ci, après avoir d'abord cru, examiner, puis douter et nier enfin. Cette conduite, qui eût été la plus rationnelle sans doute, les auteurs ne l'ont pas voulu suivre. Aujourd'hui que le physiologisme n'est plus une école, aujourd'hui que, peu content de l'avoir banni, on est bien près de le mettre au ban des rebelles, peut-être ont-ils été séduits par cette généreuse pensée de défendre la cause du vaincu ou de partager au moins son sort. — Quel qu'ait été leur mobile, il est à regretter que l'effet s'en fasse principalement ressentir sur les premières pages, sur celles par lesquelles on aime en général juger de l'esprit dans lequel un livre a été conçu. La *théorie générale de l'irritation* porte, nous devons le dire, dans la quatrième édition comme dans les premières, le visible cachet de ce système dichotomique que sa simplicité et l'habileté de ses défenseurs n'ont pu sauver d'une ruine à laquelle il n'est pas un médecin aujourd'hui au peu haut placé qui ne se fasse honneur d'avoir contribué. Ce n'est pas sans étonnement, par exemple, qu'on lit encore en 1844 une description *ex professo* de la gastro-entérite idiopathique aiguë; qu'on voit formellement énoncée cette idée, que la *fièvre simple* est le résultat d'une *cardite primitive*, etc., etc. — Ces anachronismes, nous le reconnaissons volontiers, sont rares dans la nouvelle édition; mais s'ils sont devenus par là moins pernicieux, ils n'en sont guère plus justifiables. En vain les auteurs allégueut-ils que s'ils ont conservé à leur œuvre les mêmes couleurs théoriques qu'il avait à son apparition, c'est parce que, *à leurs yeux, il n'y a pas de science possible sans théorie*. A coup sûr, tout le monde, sur ce dernier point, sera de leur avis. Mais en quoi la nécessité d'une bonne théorie quelconque pourrait-elle impliquer la supériorité de celle qu'ils ont préférée? On s'entretenait un jour devant Barthez d'un praticien distingué qu'on accusait de ne point croire à la médecine. Parbleu! répondit le célèbre professeur, s'il parle de la sienne, il a fort raison. — Le lecteur voudra sans doute ici, comme Barthez, faire une distinction, et réclamera le droit de repousser la théorie physiologique, sans croire pour cela avoir nié le besoin d'une théorie en médecine.

Parmi les changemens que nous avons vus avec peine, il en est un à l'égard duquel nos regrets seront sans doute universellement partagés; nous voulons parler du vide laissé par la mort de Sanson. Esprit froid, mais judicieux et impartial, il avait déposé dans ce livre les précieuses traditions de l'école de Dupuytren. C'était le reflet en quelque sorte officiel de la clinique de l'Hôtel-Dieu; seulement l'enseignement était ici dépouillé de ce qu'il avait de trop exclusif dans la bouche du maître. Cette chirurgie simple et consciencieuse fit époque. Plus d'un ouvrage la reproduisit sous une forme différente: et son meilleur éloge, c'est que tant qu'elle fut au niveau de la science, aucune des publications de ce genre, que nous voyons aujourd'hui se multiplier, n'osa rivaliser avec celle-ci.

Depuis la perte à jamais déplorable de Sanson, d'importans progrès se sont réalisés dans toutes les branches de la science et de l'art. En prenant la tâche de les enregistrer dans ce livre, M. Lenoir a accepté une des charges les plus lourdes de la succession de Sanson. Nous le félicitons, sans restrictions, sur son courage; car ce sont là de ces travaux qu'il est toujours honorable même d'avoir entrepris. Mais s'il y a des parties où sa collaboration a tenu tout ce que l'éditeur pouvait s'en promettre, il en est beaucoup d'autres où il ne paraît point s'être suffisamment inspiré de l'exemple de son prédécesseur. Le chapitre des luxations justifierait à lui seul amplement notre remarque. Sanson en avait tracé l'histoire de main de maître; mais, depuis lui, des espèces nouvelles ont été décrites, des lésions niées et méconnues jadis sont devenues, grâce à une observation plus exacte, non seulement des possibilités, mais des réalités. C'était à son successeur à tenir compte des acquisitions récentes, surtout lorsqu'elles consistent, comme celles-ci, en faits positifs et indéniables. Que voyons-nous cependant? La luxation de l'extrémité postérieure des côtes est regardée par lui comme impossible (t. IV, p. 373), malgré les observations et les autopsies si concluantes de MM. Hankel, Kennedy, Dunne, Finncane et Mercier. Plus loin (p. 375) on nie formellement la luxation de l'extrémité externe de la clavicule en bas, lésion dont MM. Morel-Lavallée et Godemer ont pourtant fourni des exemples hors de toute contestation. Enfin, dans les déplacemens de la rotule, le nom de la luxation de champ n'est pas même prononcé; et la luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière se trouve entièrement omise, quoique les observations de MM. Sédillot, Diday et P. Brun aient démontré, dans ces derniers temps, l'existence de ce déplacement. — Peu de chapitres, nous le reconnaissons avec plaisir, offrent un pareil nombre de lacunes; mais ce ne sont pas là, à beaucoup près, les seules. Dans le traitement de l'hydrorachis, on cherche en vain une mention des ingénieux procédés récemment créés et appliqués par MM. Tavignot, Dubourg et Beynard. L'histoire de l'étranglement herniaire, si remarquablement écrite par Sanson, ne contient les noms ni de M. Malgaigne, ni de M. Diday, ni de M. Sédillot, ni surtout celui de M. Demeaux, qu'on pouvait cependant à juste titre croire désormais inséparablement liés à la description de cet état morbide. Nous avons tout aussi vainement cherché (sans affirmer pour cela d'une manière certaine qu'elles manquent) la paralysie du nerf facial et l'introduction de l'air dans les veines. Enfin, parmi les chapitres véritablement sacrifiés par l'auteur, il nous suffira de citer les quinze lignes qu'il accorde à la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrismes, et l'unique page qu'il consacre à l'ectropion. — Nous insistons à dessein sur ces lacunes, parce que tout sujet de reproche peut dans l'avenir fournir matière à une correction, et que nous croyons M. Lenoir sincèrement jaloux d'améliorer l'œuvre à laquelle il s'est associé.

Il est d'autres omissions moins excusables, parce qu'elles semblent volontaires. M. Lenoir est-il du nombre de ces hommes passionnés qui songent plus aux intérêts d'un parti qu'aux droits de la science, et qui mettraient volontiers la lumière sous le boisseau si elle a été allumée par une main qu'ils croient ennemie?... Nous ne le savons: mais les réticences dont il use en plus d'un endroit à l'égard de certaines découvertes et de certains procédés nous autorisaient assurément à poser du moins cette question. C'est ainsi qu'il passe sous silence la névrotomie sous-cutanée dont MM. Bonnet, Pecchioli et Riberi ont cependant prouvé par des faits la haute importance; c'est ainsi qu'il s'abstient de citer les succès obtenus par MM. Pétrequin, Neumann, etc., au moyen des sections musculaires sous-cutanées dans les renversemens des paupières. Ces opérations cependant, et plusieurs autres qu'il ne nous appartient pas de rappeler, mais qui auraient avantageusement remplacé quelques allusions blessantes, quelques jugemens téméraires, quelques attaques même plus directes, font partie du domaine de la science. Pourquoi donc les laisser ignorer aux élèves? Ne serait-ce point parce qu'elles sont des applications d'une méthode dont quelques personnes détestent jusqu'au nom, parce qu'il est un autre nom que l'opinion publique s'obstine invinciblement à lui accoler. M. Lenoir, nous l'espérons, comprendra à l'avenir qu'il ne peut entrer dans ces calculs, et qu'ils sont aussi indignes de son caractère personnel qu'incompatibles avec l'honorable mission d'écrire un livre classique. La véritable science et le véritable savant ne connaissent pour ennemis que l'erreur et le mensonge.

VARIÉTÉS.

— Il existe dans le département de l'Ariége des établissemens thermaux qui, s'ils étaient plus connus, seraient appelés à une juste célébrité. Les eaux d'Ax et d'Ussat notamment possèdent des propriétés particulières qu'aucune autre ne peut leur disputer.

Le conseil général de ce département, dans des vues d'utilité publique, a cru devoir appeler les hommes de la science à faire une étude particulière des richesses thermales de ce pays; le conseil a voté une somme de 2,000 fr. qui sera accordée au meilleur mémoire qui fera connaître à la fois le gisement, la nature et l'efficacité des eaux thermales de l'Ariége.

Les mémoires devront être adressés au préfet avant le 1er janvier 1846, et ils seront jugés par une commission composée d'hommes spéciaux.

Dans la session suivante le prix sera décerné.

— M. Pigné, conservateur du musée Dupuytren, commencera son cours public d'anatomie et de physiologie pathologiques le lundi 21 octobre, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, à une heure, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Le cours particulier commencera le vendredi 25 octobre.

— Erratum: Dernier numéro, p. 648, deuxième colonne, lig. 43, au lieu de *victoire*, lisez victime.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 19 OCTOBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bureau dn Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

POULS VEINEUX. — TUMEUR NOTENCÉPHALIQUE.

Les deux dernières séances de l'Académie ont été occupées en grande partie par deux discussions du plus grand intérêt. La première, provoquée par une communication de M. le docteur Martin-Solon sur le pouls veineux, a soulevé des questions de physiologie et de pathologie très importantes. Distinguons d'abord nettement le fait des explications variées qu'il a reçues, et notons avec soin ces deux choses à part.

Le pouls veineux dont il s'agit ne consiste pas dans ces reflux du sang qui se font de l'oreillette droite du cœur dans les veines jugulaires, alors qu'en se contractant le ventricule droit renvoie dans l'oreillette et le système veineux, à travers la valvule auriculo-ventriculaire insuffisante, une partie du sang qn'il contenait. Le pouls veineux dont M. Martin-Solon a voulu parler est le monvement pulsatif, net, évident, qu'on pent observer à des veines périphériques, mouvement qui, suivant notre savant confrère, ne serait autre chose que la continuation isochrone du pouls des artères voisines: par exemple, aux veines dorsales de la main la suite de l'impulsion des artères radiale et cubitale. Voilà le fait tel que l'a indiqué et nettement caractérisé M. Martin-Solon. Puis sont vennes les explications. Suivant M. Martin, ce phénomène dépendrait de la fluidité anormale dn sang. A l'appui de cette opinion, il a cité plusieurs faits et expériences, dont on tronvera le détail an compte-rendu de la séance. Ces observations et expériences, hien qu'ingénieuses, ne nons ont pas paru des prenves directes et rigoureuses. Ce sont tous faits de coïncidence; leur relation étiologiqoe manque de caractère et de fondement. Pour nous borner à une seule objection, nous demanderons à notre honorable confrère comment il se fait que, sous l'infloence d'une fluidité générale dn sang, tontes les veines dn hras et les antres veines superficielles dn corps n'offrent pas la pulsation ohservée aux veines dorsales de la main. D'autres faits de différente nature ont été opposés à l'explication de M. Martin; ils ne nous paraissent pas avoir ohtenu de réponse satisfaisante. M. Poiseuille a objecté avec raison que la liquéfaction dn sang retarde et empêche la circulation capillaire au lieu de la favoriser; puis, il a proposé une antre théorie. Suivant ce physiologiste, ce serait l'action ordinaire et générale du cœur qui produirait le pouls veineux dans les conditions particulières de pertes copieuses de sang. Ceci n'est point une explication, mais une affirmation. Fondé dans ses objections, puissant par ses expériences, M. Poiseuille n'a fait que substituer une nouvelle hypothèse à l'hypothèse qu'il avait contribné à renverser. Il se pent que la *condition* des pertes de sang *influe* sur la production dn pouls veineux; mais ce n'est pas cette condition qui le détermine. Nos habiles et savans confrères n'ont peut-être pas assez tenn compte de la différence capitale qui existe entre les *conditions* d'un phénomène et sa *cause*. Cette confusion conduit à admettre plusieurs causes pour le même phénomène, et c'est là la doctrine qu'a très

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

18 octobre.

Et nous aussi, cher confrère, nons avons pris nos vacances: non pas à la façon de nos grands seigneurs de la toge ou de la robe. Nous n'avons, nous, ni châteaux, ni villas, nous n'avons voyagé, ni en Allemagne, ni en Italie, ni en Angleterre; nons n'avons même pas été jusqu'à Versailles ou à Saint-Germain. Nous sommes resté paisiblement chez nous, laissant aller les choses à leur gré, les regardant à peine, et surtout ne les regardant plus pour les antres. Chacun est heureux à sa manière: tandis que beancoup d'illustres confrères couraient la France et même l'Europe en poste ou en chemin de fer, moissonnant force impressions et souvenirs, dans le but généreux de les partager an retour avec les amis, noos faisions tont le contraire; nons ne bougions pas de place, regardant la fleur qui s'ouvre, la feuille qui tombe, le nuage qui passe; philosophant sur tont, mais ne philosophant cette fois que pour nous: c'était le vrai repos. Vous vous en êtes ressenti, cher confrère, et peut-être dans votre intérêt véritable ferions-nous bien de prolonger indéfiniment nos vacances. Mais non, vons êtes comme le malade à qui il faut nn médecin quand même. Là bas, où vous êtes, il vous faut à tont prix des nouvelles de la capitale; un écho du bruit qui se fait dans notre petite république. Sans trop nous rendre justice, nous nous croyons donc pour vous bon à quelque chose, et nous reprenons nos causeries avec le retour des choses qui doivent leur servir d'aliment.

Nous vous parlions tout à l'heure de nos célébrités voyageuses: toutes semblaient s'être donné rendez-vous mardi dernier à l'Académie; c'était M. A., arrivé l'avant-veille des Pyrénées, M. B., de sa terre de Normandie, M. C., dn Tyrol, M. D.. de Londres, M. Z... Ma foi, si je voulais vous parler de tons les revenans, j'épuiserais l'alphabet et je ne serais qu'à mi route; car la médecine et la chirurgie parisiennes n'étaient vraiment plus à Paris pendant ces deux derniers mois. L'Académie elle-même semblait en voyage. Grâce à quelques fidèles pourtant, qui ont tenn tous les emplois, les séances n'ont pas été suspendues; mais aussi, si vous avez jeté les yeux sur ce qui s'est dit et fait pendant ce temps, vous avez dû être frappé comme moi dn cachet particulier de ces élucubrations *fériales*. C'est un laisser aller de fond et de forme qui dépasse toute idée. Même dans ses plus beaux jours d'apparat, l'Académie n'a jamais été accusée d'aristocratie dans les manières, ni de recherche dans le langage. Pendant ces deux mois surtout elle s'est mise plus que jamais à l'abri de tout reproche de ce genre. Tous ont parlé avec si peu d'ornement, ont dit des choses si simples et si naïves, qu'on a pu très justement les regarder comme des académiciens en vacances. Inutile de citer les faits et les exemples: nous ne voulons causer de peine à personne; et puisqu'il est dit que c'était le temps de se divertir, il a été libre

explicitement proposée M. Bouvier pour mettre tout le monde d'accord. Mais, comme l'a dit le poète philosophe, on englobe plusieurs causes imaginaires dans l'espoir de rencontrer la vraie.

Namque unam dicere causam
Non satis est, verum plures, unde una tamen sit.

Ce n'est pas le lieu d'entamer une discussion approfondie sur cette intéressante question. Mais il est permis de chercher à préciser la condition principale à l'aide laquelle on parviendra à éclaircir cet obscur problème. Les pulsations veineuses arrivent accidentellement, tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Cela n'exprime-t-il pas que momentanément, et en un point déterminé, les veines ont participé à la propriété qu'ont les artères de vibrer et de battre. Avant donc de chercher à expliquer comment les veines offrent exceptionnellement ce phénomène, il faudrait savoir à quoi sont dues les pulsations artérielles. Or, quoi qu'en disent et pensent M. Magendie et M. Poiseuille, rien n'est moins connu et établi que cela. Faute de ce point de départ, comment aborder sûrement l'explication du pouls veineux, c'est-à-dire de l'application accidentelle et exceptionnelle d'un fait ignoré dans son mécanisme habituel et normal. Ce qu'il convient de faire avant tout, c'est de remettre le phénomène du pouls veineux à l'étude, en observation. Peut-être de nouvelles circonstances mettront-elles sur la voie de la vraie cause des battemens artériels et veineux.

La seconde discussion a roulé sur un cas d'encéphalocèle présenté par M. Moreau et opéré par M. Velpeau. C'est surtout dans les cas extraordinaires qu'on peut juger l'homme de science et d'art. Il est dérouté; poussé hors de l'ornière du théorème, c'est un problème scientifique et pratique qu'il a à résoudre. Tel était, sous tous les rapports, le cas présenté par M. Moreau; il a porté ses fruits. Les remarques et les tentatives dont il a été l'objet peuvent être examinées au point de vue anatomique et thérapeutique.

Le point anatomique est celui-ci : quels étaient la composition, le siége immédiat de la tumeur? Cette double question pouvait être facilement résolue à l'inspection seule des parties. Cependant il y a eu doute le premier jour, quant au contenu de la tumeur; et, relativement à son siége, une opposition manifeste existe encore entre plusieurs membres. La tumeur était formée par une accumulation de sérosité et par la hernie d'une notable portion du cervelet, sinon par le cervelet tout entier. Si l'on avait eu égard à la véritable origine, à l'origine pathologique de ces sortes de tumeurs, on n'aurait pu conserver aucun doute sur leur composition. Or, elles résultent d'une hydrocéphalie des premiers temps de la vie intra-utérine. Ce n'est pas le moment de fournir toutes les preuves à l'appui de cette opinion : elles seront données en temps et lieu; mais elles résultent d'un nombre assez considérable d'observations directes, rapprochées des faits consignés dans la science. Si cette assertion est fondée, elle contient implicitement la solution du siége immédiat de la tumeur. Celle-ci ne peut pas exister, comme l'a dit M. Velpeau et comme il a cru le voir sur les pièces mises sous les yeux de l'Académie, entre la dure-mère et le crâne ou le péricrâne; mais elle siége nécessairement, ainsi que l'a fait remarquer M. Blandin, dans les cavités de l'arachnoïde. C'est une hydropisie qui a chassé devant elle les membranes distendues. Quelquefois cette hydropisie est ventriculaire, alors elle distend la cavité cérébrale, et la collection aqueuse est enveloppées, comme l'ont fait remarquer MM. Blandin et Bérard, d'une couche amincie de matière cérébrale. Quelquefois elle est périphérique, et alors elle comprime le cerveau tout entier, ou un des lobes seulement; et le lobe comprimé est plus petit que celui du côté opposé, comme on l'a vu dans le cas présenté par M. Moreau. L'examen des parties, fait avec soin par plusieurs personnes, s'est trouvé d'accord avec cette théorie physiologique de la notencéphalie. Quoique M. Velpeau eût sur ses collègues l'avantage d'avoir disséqué la pièce, quoiqu'il eût le fait sous ses yeux, il y a aperçu ce qui n'y existait pas; tant il est vrai qu'on peut, avec des yeux et surtout un esprit différens, voir dans le même fait les choses les plus opposées.

M. Velpeau n'a pas été plus heureux sous le point de vue thérapeutique. Il a opéré la tumeur, et le malade a succombé. On aurait tort de tirer de cette seule coïncidence un motif de blâme; mais il y a plus que de la coïncidence, entre ces deux faits. Quoique le cas fût grave, que le malade fût voué à la mort, on peut très bien reconnaître, à la méthode et aux procédés employés par M. Velpeau, tout ce qui caractérise une cause et une cause très efficace. Il y avait plusieurs moyens connus plus ou moins plausibles à tenter; par une incroyable bizarrerie de l'esprit, M. Velpeau en a imaginé un qui devait à coup sûr amener le résultat produit. Il a fait l'amputation du cervelet au moyen de la ligature de la tumeur. M. Blandin et autres académiciens ont dit avec une mesure exquise ce qu'il fallait penser de cette excentricité chirurgicale : nous n'y reviendrons pas. Mais ce qu'ils n'ont pas dit, c'est qu'il eût été possible de vider la tumeur et de faire rentrer le cervelet sans chances d'accidens inhérens à l'opération. La première indication eût pu être remplie à l'aide de la méthode sous-cutanée. Rien ne s'opposait à ce qu'on aspirât tout le liquide renfermé dans la poche à l'aide de l'appareil propre à cette méthode. En procédant ainsi, on n'eût pas seulement retiré le liquide extérieur; mais une certaine quantité du liquide intra-crânien occupant la place du cervelet eût été aspirée, et la portion herniée de ce dernier fût rentrée sans efforts dans le crâne, en vertu même du vide opéré par la succion du liquide. Nous donnons ces détails pour le cas où un fait analogue se reproduirait : c'est le procédé que nous avons indiqué pour le *spina bifida*, et qui nous paraît préférable à celui de M. Dubourg.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LE VALÉRIANATE DE QUININE; DE SON MODE DE PRÉPARATION; DE SES CARACTÈRES CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES; DE SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DANS LES FIÈVRES ET LES NÉVRALGIES INTERMITTENTES; par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Depuis la publication de notre premier mémoire sur LE VALÉRIANATE DE ZINC, nous nous sommes livré à de nouvelles recherches sur les propriétés thérapeutiques de ce médicament; et toutes, nous osons le dire, ont confirmé les résultats que nous avions signalés (voy. GAZ. MÉD., 31

à chacun de s'amuser comme bon lui a semblé. Ne serait-il pas souverainement injuste, par exemple, de demander compte à M. Rochoux, à M. Desportes ou à M. Castel, de ce qu'ils ont dit de récréatif en ce temps de récréation générale? D'autant plus que ces aimables académiciens ne sont avares en aucun temps des trésors de leur esprit; et qu'ils nous donneront maintes occasions de vous entretenir de leurs prouesses.

Dans sa dernière séance, qu'on peut considérer en quelque façon comme une séance de rentrée, l'Académie a fourni matière à plus d'une réflexion. On a pu constater d'abord une particularité curieuse qui se rattache à un sujet d'étude non encore abordé : la physiologie des académiciens. Quand des hommes, habitués à une déplétion hebdomadaire de paroles, sont privés pendant plusieurs mois de ce salutaire exercice, il en résulte nécessairement une espèce de pléthore, dont le symptôme propre est un immense besoin de parler n'importe sur quoi. Ce symptôme a été constaté chez bon nombre d'académiciens qui n'avaient point paru depuis le 1er septembre. Pour vous en donner une idée assez concluante, je vous dirai que l'on n'a parlé que sur le procès-verbal et à propos du procès-verbal. Non pas qu'il n'ait été dit des choses très excellentes et surtout très curieuses; mais le fait est que le procès-verbal seul a fait les frais d'une suite d'improvisations brillantes. On a pu voir là un bon résultat de l'heureuse institution des vacances. Le gosier de ces messieurs, comme l'arc, avait été détendu. Il a revibré avec tout son éclat et sa puissance. Le *post quietem vis acrior* n'a jamais eu de preuve plus démonstrative. Il y a eu deux discussions réglées, l'une sur un cas d'ablation de tumeur notencéphalique, l'autre sur la composition de la commission du prix d'Argenteuil. La première de ces discussions est plutôt du ressort de notre revue hebdomadaire. Il y en sera sûrement question. Je noterai pourtant, comme accessoire de mon domaine très légitime, et surtout comme objet de vos réflexions morales et philosophiques, certaine pratique nouvelle, extraordinaire, et certaines raisons théoriques apportées à l'appui de cette pratique. Il s'agissait d'une encéphalocèle chez un nouveau-né, tumeur qui renfermait une notable quantité de liquide, et le cervelet presque entier. Grande discussion pour savoir s'il fallait opérer, et comment il fallait opérer. Les uns avaient voulu qu'on s'abstînt; les autres qu'on fît quelque chose. Le chirurgien à qui échut l'honneur de trancher la difficulté la trancha à sa manière. Il imagina d'un seul coup une méthode nouvelle et un procédé nouveau : il fit l'amputation du cervelet à l'aide de la ligature. Les suites de cette opération ne nous regardent pas; d'autres en parleront plus convenablement; mais ce qui nous revient de droit, c'est l'argument physiologique destiné à protéger contre les esprits incrédules et les ames timides cette mémorable opération. Or, cet argument, le voici : l'amputation du cervelet n'est pas chose déraisonnable; car il y a des exemples d'individus qui ont vécu et parfaitement vécu sans cervelet. Ceci ne vous paraît-il pas aussi fort et pour le moins aussi merveilleux que certaine théorie de l'ablation de l'œil dont je vous entretenais dans ma dernière lettre?

La seconde discussion a roulé sur la composition de la commission chargée de décerner le prix d'Argenteuil. Il ne s'agit pas, comme vous pourriez le penser à la première vue, d'un fait de détail. A cet incident académique se rattache une question intéressante pour les corps savans. Deux mots d'abord des faits.

Le marquis d'Argenteuil avait souffert toute sa vie d'un rétrécissement de l'urètre. Peu satisfait des secours de l'art, quoique très touché des soins de son

juin 1844). D'autres observateurs ont obtenu des avantages pareils aux nôtres qui font penser que ce médicament ne sera pas du nombre de ceux dont on s'engoue d'abord pour les laisser tomber ensuite dans le plus profond oubli.

Nous venons aujourd'hui appeler l'attention des praticiens sur une nouvelle combinaison de l'acide valérianique avec un alcali végétal, sur le valérianate de quinine. A *priori* on est porté à bien augurer de cette alliance du principe le plus actif de la valériane avec le principe médicamenteux du plus puissant de nos produits exotiques. La vérification clinique justifie pleinement cette prévision : le valérianate de quinine, à petites doses, est un anti-périodique très efficace, supérieur au sulfate par ses propriétés névro-sthéniques. On a sans doute beaucoup exagéré les accidens gastro-intestinaux produits par ce dernier sel ; mais il n'en est pas moins vrai que le sulfate est beaucoup plus irritant que le quinquina en substance, d'abord à cause de sa plus grande solubilité, et ensuite parce qu'il n'a pas le correctif qui se trouve dans l'écorce du Pérou, savoir : le tannin. Il n'en est point ainsi du valérianate. Dans ce dernier produit, la quinine est mitigée par son association intime avec un acide végétal qui joint aussi son action doucement perturbatrice sur le système nerveux à celle éminemment spécifique du produit de l'écorce du Pérou. Il y a là un fait de thérapeutique dynamique sur lequel nous ne saurions trop engager les médecins à réfléchir. De même, comme nous l'avons dit dans notre premier mémoire, que le valérianate de zinc est un antispasmodique élevé à la plus haute puissance, ainsi le valérianate de quinine est un médicament dont les propriétés antipériodiques sont au summum d'énergie. C'est un fait acquis pour nous, par un grand nombre de faits laborieusement recueillis depuis plusieurs mois et que nous offrons en partie à nos lecteurs. Mais nous devons prévenir ceux-ci que l'administration du valérianate exposera longtemps le praticien à des mécomptes jusqu'à ce que les pharmaciens en général se soient exercés à sa composition et à toutes les préparations délicates et minutieuses que cette dernière exige. Pas plus que le *musc* dont l'action est héroïque dans l'ataxie et la malignité (propriété qui est cependant contestée par quelques praticiens), le valérianate de quinine ne comporte de qualité inférieure ou même médiocre. Deux médecins pourront remplir les mêmes indications ; user simultanément du valérianate, et cependant avoir des effets différens. Celui qui n'aura pas obtenu d'effets avantageux ne devra point arguer de l'inertie des valérianates en général, mais de celle seulement du médicament qu'il aura employé. Si l'indication qu'il a eu à remplir et vis-à-vis de laquelle il a échoué peut se réduire avec celle de son confrère à une équation algébrique, il y a tout lieu de croire que son agent thérapeutique était dépourvu d'un certain *arôme*, d'un fini particulier où réside souvent la propriété curative. Si, par exemple, un clinicien distingué comme M. Rostan affirme que, dans les *pneumonies ataxiques* qu'il a eu à traiter, le *musc* a toujours échoué ; si ce professeur, en conséquence, traite de fable tout ce que les autres praticiens ont avancé à l'égard des merveilles thérapeutiques de ce médicament ; nous sommes en droit de lui répondre, nous qui avons recueilli tant de faits opposés aux siens : c'est que vous avez employé du *musc Kabardin* au lieu du *musc Tonquin* dont nous avons fait usage. Le premier est un produit dont les propriétés curatives ne s'élèvent guère au-dessus de celles du castoréum, tandis que le second d'une odeur *sui generis*, pénétrante, diffusible, semble entourer d'une atmosphère de calme chacune des molécules nerveuses, et introduire dans toute la machine, selon l'expression de Sarcone, un principe de repos.

C'est ainsi que, pour juger de l'action thérapeutique du valérianate de quinine, nous avons dû, avant tout, nous assurer de l'excellence de la composition. Ayant toute confiance dans l'habileté et le bon vouloir de M. Guillermond, ayant vu ce pharmacien opérer sous nos yeux et obtenir de beaux produits, nous nous sommes servi de ces derniers. Nous plaçons ici sous les yeux de nos lecteurs, avant d'aborder la partie purement médicale de notre travail, l'histoire naturelle du médicament dont il est question.

PARTIE PHARMACEUTIQUE.

CARACTÈRES. D'après les analyses du prince de Canino qui est le premier qui ait préparé et décrit le valérianate de quinine, ce sel est formé par un équivalent d'acide valérianique, un équivalent de quinine et deux équivalens d'eau dont l'un constitue l'eau de cristallisation. La forme cristalline de ce sel est fort variée ; elle est octaédrique ou hexaédrique. Nous l'avons obtenu nous-même en hexaèdres aplatis en deux faces et formant des tables rhomboïdales parfaitement caractérisées. Souvent il est aggloméré en masses soyeuses et assez légères. A part ce dernier cas, ses cristaux sont durs et assez pesans.

Le valérianate de quinine a une légère odeur d'acide valérianique, une saveur amère et franche qui rappelle celle du quinquina : il se dissout facilement dans l'eau à la température ordinaire. L'alcool le dissout beaucoup mieux, et l'huile d'olive le dissout aussi bien à l'aide d'une légère chaleur. Les acides minéraux et la plupart des acides organiques le décomposent. Soumis à une chaleur de 90 degrés environ, le valérianate de quinine cristallisé perd un équivalent d'eau, se ramollit et fond comme une matière résineuse. Ce sel deshydraté est insoluble dans l'eau ; il est, au contraire, très soluble dans l'alcool. Si on l'expose à une température plus élevée, on ne peut lui faire perdre son dernier équivalent d'eau ; mais il se décompose et l'on voit s'échapper de la masse résineuse des vapeurs d'acide valérianique mono-hydraté. Les dissolutions aqueuses de ce sel exposées à la chaleur de l'eau bouillante se décomposent également, et l'on voit surnager à la surface du liquide des gouttes huileuses qu'on ne peut redissoudre dans l'eau qu'au moyen de l'esprit de vin et qui ne sont autre chose que du valérianate mono-hydraté.

PRÉPARATION. Dans une solution alcoolique et concentrée de quinine, on verse de l'acide valérianique, en très léger excès. On étend la solution alcoolique de deux fois son volume d'eau distillée, on agite exactement le mélange et on le soumet à l'évaporation dans une étuve dont la chaleur ne doit pas dépasser 50 degrés. Quand l'évaporation de l'alcool a eu lieu, le valérianate se présente sous forme de beaux cristaux, tantôt isolés et tantôt groupés qui augmentent de jour en jour. On peut préparer également le valérianate de quinine par double décomposition en mélangeant du sulfate de quinine avec du valérianate de chaux ou de baryte, l'un et l'autre en dissolution dans l'alcool faible. Nous avons obtenu nous-même ce sel, en mélangeant une solution alcoolique de sulfate de quinine neutre et une solution également alcoolique de valérianate de potasse. Le procédé réussit après quelques essais successifs pour s'assurer de la décomposition parfaite des deux sels. Ces moyens ne sont bons que pour abréger le temps, il vaut beaucoup mieux agir directement, les produits étant plus beaux et plus purs.

---

médecin, dit la chronique du temps, il fonda un prix triennal considérable, de 10,000 fr. je crois, pour le meilleur ouvrage sur les rétrécissemens urétraux. Noble et belle pensée, n'est-ce pas ? Or l'Académie, chargée de délivrer le legs du philantrope marquis, va pour la première fois juger entre une multitude de prétendans, dont la plupart, il faut le dire tout de suite, sont gens aussi ingénieux que savans, aussi capables d'inventer une méthode que de bien traiter leurs malades. Qui sera juge entre tant de mérites? Là est la difficulté. Remarquez d'abord que l'Académie renferme plusieurs notabilités qui se sont longtemps exercées sur la matière. Heureuse condition, direz-vous : tel n'est pas l'avis de tout le monde, et surtout de quelques-uns des concurrens ; car il en est un qui a récusé formellement un des juges désignés par l'Académie. C'est cette récusation même qui a soulevé la discussion. L'Académie et la commission n'ont pas été de l'avis du concurrent. L'une et l'autre ont sans doute jugé en droit, et, à ce point de vue, elles ont parfaitement jugé ; mais en fait la question est plus délicate. Nous vous dirons d'abord que nous ne connaissons ni le nom du candidat, ni le nom du juge récusé, ni enfin les motifs de la récusation. Nous sommes donc libre de vous soumettre, à cet égard, ce que notre bon sens et notre expérience nous suggéreront. Vous êtes aussi dans les mêmes conditions sans doute pour apprécier ce que nous allons vous dire. Eh bien ! en droit il est incontestable qu'il ne doit être permis à aucun concurrent de récuser les juges institués par l'Académie. Mais s'il arrivait qu'un juge fût le rival et l'ennemi (ces deux choses se rencontrent quelquefois) du concurrent, le juge offrirait-il toutes les garan- de calme et d'impartialité désirables ? Et s'il arrivait, chose encore très possible, que plusieurs des juges fussent dans ce cas par rapport à plusieurs concurrens, les difficultés se compliqueraient encore, et croîtraient en proportion. Il est évident que ce serait une véritable lutte du dedans contre le dehors, dont le résultat peut être apprécié d'avance et en thèse générale. D'aucuns prétendent que c'est précisément le cas où se trouve actuellement l'Académie. Le remède à une telle difficulté ne peut venir que des personnes directement intéressées. Ou bien les concurrens qui ne trouveraient pas toutes les garanties désirables dans certains juges, devraient se retirer, ou bien ces juges devraient s'abstenir. Cette doctrine, nous la professons hardiment, abstraction de toute application personnelle. On fait de nos jours assez bon marché des sentimens et des habitudes d'où émanent ces susceptibilités : qu'importe. Du moment qu'un juge est ou a été en hostilité directe avec celui ou ceux qu'il a mission de juger, il ne doit pas attendre qu'on le récuse : il doit s'abstenir ; et loin de braver une récusation même trop ombrageuse, il lui sied de la prévenir, et de ne rester du jury que sur la demande expresse de celui ou de ceux dont les travaux auraient quelque motif particulier d'appréhender son jugement. Voilà le principe. Il paraîtra peut-être rigoureux à certaines personnes ; car on a vu de nos jours des hommes dont les inimitiés ou plutôt les haines étaient flagrantes, profondes, s'instituer et rester de vive force juges de personnes qui les avaient ouvertement récusés. Cela est bien propre à encourager ceux qui n'auraient pas de motifs aussi graves de se retirer. Et pourtant la morale et la raison sont bien d'accord pour qu'il en soit autrement. A un point de vue plus général encore, croyez-vous, cher confrère, que la chose n'y gagnerait pas ? Nous sommes de ceux qui pensent que pour bien apprécier une découverte dans une science, point n'est besoin absolument d'être du *métier*. Nous n'allons pas cependant jusqu'à croire, com-

Quel que soit le mode de préparation que l'on adopte, on se rappellera tonjours que les dissolutions ne doivent être évaporées que très lentement, à l'aide d'une légère chaleur, et qu'il ne faut séparer les cristaux des eaux mères que pour les faire sécher à l'air libre.

Voici les moyens de reconnaître le valérianate de quinine :

1° Une solution alcoolique concentrée de valérianate de quinine précipite la solution aqueuse neutre et concentrée de nitrate d'argent ; ce précipité se redissout dans une grande quantité d'eau.

2° Une solution aqueuse de valérianate de quinine ne précipite pas celle de chlorure de Barium.

3° Cette solution aqueuse, soumise à l'ébullition, laisse séparer des gouttes oléagineuses de valérianate hydraté fondu.

4° Si l'on traite cette solution avec des acides, il s'en sépare de l'acide valérianique, que l'on reconnaît facilement à son odeur ; et si l'on opère cette décomposition avec du valérianate de quinine cristallisée et un acide en solution concentrée, on obtient de l'acide valérianique sous forme oléagineuse.

Mode d'administration. Comme le valérianate de zinc, celui de quinine étant très délicat, ou, pour mieux dire, facilement décomposable, il convient de l'administrer sous la forme la plus simple ; c'est là une condition capitale de succès dans son emploi. Nous l'administrons ordinairement dans une solution gommeuse. Cinq décigrammes de sel (10 grains), comme nous l'avons expérimenté avec M. Guillermond, se dissolvent aisément dans 100 grammes de véhicule gommeux. Un des grands avantages du valérianate de quinine est de pouvoir aisément se dissondre dans l'huile et servir de cette manière à des frictions et à des embrocations sur la région de la rate. Nous avons fait usage dans ce but du liniment suivant :

Prenez 60 grammes d'huile d'olive.
Ajoutez 1 gramme de valérianate.

Dans les névralgies, nous nous servons ordinairement de pilules de 6 centigrammes chaque, que l'on formule de la manière la plus simple.

PARTIE CLINIQUE.

Avant la précieuse découverte du quinquina, l'opium tenait dans la thérapeutique des fièvres intermittentes la place que l'écorce du Pérou y occupe aujourd'hui. Les anciens, guidés par certaines inspirations pratiques, trop dédaignées peut-être de nos jours, conseillaient de recourir aux narcotiques, *tanquàm ad sacram anchoram in curâ intermittentium*, pour nous servir des expressions mêmes de Trnka. Par là ils admettaient dans les fièvres intermittentes un élément de spasme et une participation du système nerveux (*morbi spastici*). De nos jours enfin, il est peu de praticiens qui ignorent combien, dans certains cas, est avantageuse l'association de l'opium au quinquina ; le premier médicament joue alors le rôle de correctif et de fébrifuge lui-même ; il prévient les mauvais effets possibles du quinquina sur le genre nerveux, et il accroît la vertu antipériodique de cette substance. Cette pratique, du reste, n'est que l'initiative de la conduite des médecins de l'antiquité, qui administraient la thériaque. Galien guérissait les fièvres quartes de cette manière ; il faisait d'abord vomir ; le lendemain il donnait pour boisson du suc d'absynthe et de la thériaque deux heures avant l'accès. Alexandre de Tralles, Ætius, les médecins arabes administraient les opiatiques dans les fièvres intermittentes. Tous ces faits sont plus que suffisans pour faire apprécier, *à priori*, les avantages d'une combinaison d'un principe éminemment sédatif nervin, comme l'acide valérianique avec le sel extrait de l'écorce du Pérou ; elle produit une double modification nerveuse. Ce sel nous paraît surtout convenir dans les cas de fièvres intermittentes développées subitement sur des individus très nerveux, à la suite d'une émotion vive. Ces malades conservent pendant longtemps une suite d'accès qui se reproduisent indéfiniment par le seul état du système nerveux ; les malades sont épuisés par la dépense de forces qu'excitent ces accès. La quinine seule ne parvient pas à les détruire ; mais, combinée à l'acide valérianique, elle parvient à triompher de cette vicieuse susceptibilité.

Ce n'est point seulement à combattre un élément périodique que le valérianate de quinine trouve son application. Dans toute fièvre de *mauvais caractère*, c'est-à-dire compliquée d'ataxie, d'adynamie, de malignité, ce sel pourra produire les plus heureux effets par son action névro-sthénique. Nous citerons plus loin un cas de variole compliquée d'accidens ataxo-adynamiques, et dont la curation nous paraît devoir être rattachée à l'administration du valérianate. Mais nous laisserons parler les faits, que nous donnons avec le plus d'abréviation qu'il nous est possible.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE ; EXPECTATION PENDANT LE PREMIER JOUR, PUIS ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE QUININE A LA DOSE DE 10 CENTIGRAMMES ; SUSPENSION DES ACCÈS.

Obs. I. — Le nommé Garonne, ouvrier en soie, âgé de 24 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, est couché au n° 42 de la salle Ste-Marie, le 28 août. Depuis quinze jours, ce jeune homme éprouve tous les matins un violent mal de tête, suivi de sueurs abondantes ; le soir, sur les 5 heures, il éprouve un véritable accès de fièvre, marqué par les trois stades, et qui dure jusqu'à neuf heures. Pendant le reste de la nuit, le sommeil est agité, interrompu. Rien autre de particulier à noter.

29. (Prescript. : tisane d'orge, potion gommée.) Dans la soirée, l'accès revient comme de coutume.

30. (Prescript. : 10 centigr. de valérianate de quinine dans une solution de gomme arabique à prendre dans l'apyrexie.)

31. L'accès n'est pas revenu la veille. Suspension du médicament.

Le malade quitte l'hôpital le 4 septembre sans avoir éprouvé de nouvel accès.

Ce cas est le plus simple de tous et celui pour lequel la plus petite dose du médicament a suffi. Dans une autre observation, celle du nommé Claude Pintener, couché au n° 14, 10 centigrammes n'ont point suffi, quoique la fièvre quotidienne fût dégagée de toute complication et datât de cinq jours seulement ; il fallut élever la dose à 20 centigrammes ; c'est alors seulement que la fièvre fut coupée.

FIÈVRE QUOTIDIENNE SIMPLE, RÉFRACTAIRE A LA DOSE DE 20 CENTIGRAMMES DE QUININE, ET CÉDANT A LA MÊME DOSE DE VALÉRIANATE.

Obs. II. — Pierre Chevrolin, cultivateur, âgé de 20 ans, entre, le 3 septembre, dans la salle Ste-Marie. Depuis 8 jours tous les jours, à deux heures du soir, accès de fièvre intermittente, se prolongeant jusque vers dix heures du soir. La rate

---

me le prétendait naguère un illustre académicien, qu'il faudrait faire juger les chirurgiens par les géomètres ; mais, à nos yeux, il n'y a aucun doute que des médecins ou des chirurgiens qui n'auraient rien fait pour la science et l'art, à l'endroit des voies urinaires, ne soient dans de meilleures conditions pour bien juger, que les hommes purement spéciaux. Pour un bon esprit, initié aux connaissances générales de la matière, la partie préliminaire, historique d'une question est facile à apprendre. Il a plus tôt fait, et il lui est plus aisé d'acquérir ce qui lui manque, qu'il n'est facile à l'homme du métier de se défaire de ses préjugés, de ses erreurs et de ses passions. Il va sans dire que la condition préalable est l'instrument qui fait le bon appréciateur, le bon juge : un esprit droit et élevé. Nuls ne jugent mieux des découvertes, a dit Fontenelle, que ceux qui en font. Voilà le vrai critérium : l'événement montrera s'il est juste.

Avant de quitter l'Académie, nous mentionnerons une proposition qui aura sans doute votre approbation comme elle aura la nôtre. Il s'agirait d'établir en règle que l'ordre du jour de chaque séance serait établi et connu huit jours à l'avance, sauf les incidens impossibles à prévoir. De cette manière les questions seraient mieux étudiées, les discours plus sérieux. Nous reparlerons de cette mesure si l'Académie paraît disposée à l'adopter. L'Académie de médecine de Bruxelles qui s'y est soumise s'en trouve bien.

La Faculté de médecine n'a pas encore fait sa rentrée ; ce sera, comme de coutume, le 3 novembre. Nous y serons. C'est M. le professeur Bouillaud qui prononcera le discours d'apparat. Nous lui souhaitons de grand cœur un succès égal à celui qu'a obtenu l'an dernier son collègue, M. Royer-Collard. Je n'écris pas le nom de ce jeune professeur sans quelque émotion. Voici plusieurs semaines qu'il est retenu, dit-on, par une maladie qui menace de priver longtemps l'Académie et la Faculté de son utile et brillant concours. Les craintes que l'on conçoit sont sans doute proportionnées plutôt à l'intérêt et à l'affection qu'on porte généralement au malade, qu'au danger réel de la maladie. Je serai heureux de vous apprendre le retour de M. Royer-Collard à la santé et à l'Académie.

Voici une nouvelle qui tempèrera un peu l'effet de la précédente. La Faculté de médecine va être enrichie d'un magnifique musée d'anatomie comparée, calqué en partie sur le musée Huntérien de Londres. La chose est certaine, et déjà en exécution. A l'heure qu'il est, le chef des travaux anatomiques de la Faculté de Paris prend note des pièces et étudie les principales dispositions du musée anglais. Probablement avant une année l'École de Paris sera mise en possession d'un riche pendant au musée Dupuytren. Prophète à coup sûr, je vous dirais bien d'avance le nom que portera un jour le nouveau musée d'anatomie comparée. Ce sera justice rendue à l'homme qui en a eu la pensée ; qui, aussitôt que conçue, l'a fait exécuter. Mais ne parlons pas de cela, sous peine de provoquer ce que nous appellerions volontiers les compensations anticipées de la gloire. Toujours est-il que l'auteur du musée Dupuytren a voulu donner à son bel ouvrage un second volume digne du premier. Il est allé ces vacances à Londres ; il a vu le musée de Hunter, et il pourra dire un jour : *veni, vidi, feci*.

Je suis naturellement amené, cher confrère, à vous parler de l'importance que prennent chaque jour davantage la toxicologie et l'intervention de la chimie dans les affaires d'empoisonnement. Il n'y a pas de semaine, il n'y a presque

est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal et douloureuse même pendant l'apyrexie. Le matin, il y a encore de la céphalalgie.

4. (Prescript. : potion gommeuse, avec addition de 20 centigr. de sulfate de quinine.) Ce jour et le lendemain, l'accès revient comme la veille.

6. (A prendre 20 centigr. de valérianate de quinine dans une solution gommeuse.) Dès le premier jour, l'accès diminue d'intensité et de durée; il cesse sur les huit heures; le lendemain il ne reparaît plus.

8 et 9. Apyrexie.

10. Le malade sort de l'hôpital.

On vient de voir, en lisant les deux précédentes observations, qu'une très faible dose du médicament avait suffi pour brider les accès et les arrêter complètement; qu'il ne fut pas même nécessaire d'en prolonger l'emploi pendant quelques jours; mais ces cas étaient les plus simples de tous; la maladie datait de peu de temps.

FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE, DATANT DE DEUX MOIS; PROLONGATION DE L'EMPLOI DU VALÉRIANATE DE QUININE; GUÉRISON.

OBS. III. — André Alibert, mineur, âgé de 30 ans, entre, le 8 octobre, dans la salle Ste-Marie. Ce malade, d'une constitution détériorée, est fébricitant depuis deux mois. Il attribue ses accès de fièvre au travail dans une rivière, où il demeurait plongé jusqu'aux genoux. A cette époque, il fit un court séjour à l'hôpital, d'où il sortit un peu mieux portant. Depuis quinze jours, les accès quotidiens sont devenus plus violens et plus longs. A quatre heures du soir, il est saisi de violens frissons, puis de sueurs abondantes. Le stade de chaleur se prolonge jusqu'à une heure du matin. A la visite, la température de la peau est un peu élevée, la soif assez vive; la bouche est amère.

9. (Prescript. : 20 centigr. de valérianate.)

10. L'accès a reparu la veille. (Presc. *ut suprà.*)

11. Accès moins violens que les jours précédens. (Continuation du même remède à la même dose.

12. Accès supprimé. (Suspension du valérianate.)

FIÈVRE TIERCE D'ORIGINE PALUDÉENNE, CONTRACTÉE PENDANT UN SÉJOUR EN AFRIQUE; GUÉRISON PAR LE VALÉRIANATE DE QUININE.

OBS. IV. — Emile Pipi, terrassier, âgé de 35 ans, entre, le 10 août, dans la salle Ste-Marie. Cet homme, après avoir travaillé trois mois au dessèchement de la plaine de la Mitidja, contracta la fièvre tierce et la garda trois semaines; on la lui coupa à Alger avec le sulfate de quinine. Le frisson est très violent et commence à quatre heures du soir; toute la nuit se passe dans une grande agitation et avec un peu de *sub-delirium*. Le facies est jaunâtre; l'appétit est diminué; faiblesse.

12. (Prescript. : 20 centigrammes de valérianate à prendre le matin.)

13. L'accès de la veille a été moins fort. (25 centigr.)

14. L'accès est supprimé. (Continuation du médicament.) Nous remarquons que le facies redevient meilleur, que le teint s'éclaircit. Pipi a quitté l'hôpital le 20, sans avoir éprouvé de nouvel accès.

FIÈVRE TIERCE; CÉPHALALGIE VIOLENTE PENDANT L'ACCÈS; ACTION IMMÉDIATE DU VALÉRIANATE DE QUININE.

OBS. V. — Boraguet, maçon, âgé de 23 ans, est malade depuis neuf jours. Cet homme, après être descendu dans un puits, se sentit immédiatement saisi d'un violent mal de tête, qui le quitta le soir pour reparaître le lendemain. Le jour de son entrée à l'hôpital, il éprouva, vers les six heures, un accès de fièvre marqué par les trois stades et qui se prolongea pendant une partie de la nuit.

Le lendemain, 6 septembre, même accès.

7. (Potion gommée avec 20 centigr. de valérianate. Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger.)

8. L'accès n'a pas reparu. (Même prescription.)

Sort guéri de l'hôpital le 12.

FIÈVRE TIERCE D'ORIGINE PALUDÉENNE; HYPERSPLÉNOTROPHIE, ANASARQUE; INSUCCÈS DES PREMIÈRES DOSES DE VALÉRIANATE; PERSISTANCE DANS L'EMPLOI DU REMÈDE; GUÉRISON.

OBS. VI. — Labry de Villard (Bresse), de 34 ans, entre à l'hôpital le 17 août. La constitution de cet homme est profondément détériorée; facies jaune paille et bouffi. La rate a sensiblement augmenté de volume; ascite; infiltration du scrotum et des extrémités inférieures. Depuis six ans, ce malade est sujet à des accès de fièvre intermittente, qui reviennent une ou deux fois par année. Depuis trois semaines, ils sont revenus sous le type tierce,

18. Accès composé des trois stades, commençant à cinq heures du matin et durant jusqu'à deux heures de l'après-midi.

19. (20 centigrammes de valérianate de quinine.)

20. L'accès est revenu.

21. Pas de changement.

22. 30 centigrammes de valérianate sont administrés.

23. L'accès a été modifié; le stade du frisson a été moins long; le malaise surtout a été moindre.

24. Même dose.

25. L'accès n'est pas revenu. Nous continuons l'emploi du remède jusqu'au 28 août. A cette époque, chose remarquable, non seulement les accès n'étaient point revenus, mais l'engorgement de la rate et l'ascite avaient notablement diminué.

FIÈVRE QUOTIDIENNE; CACHEXIE GÉNÉRALE; INFILTRATIONS SÉREUSES PRODUITES PAR UN SÉJOUR EN AFRIQUE; ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE QUININE; GUÉRISON.

OBS. VII. — Joach. Garin, âgé de 12 ans, arrivant d'Afrique, entre à l'hôpital le 17 septembre. Après avoir eu la fièvre à différentes reprises il fut contraint par la mort de son père de quitter l'Algérie, il y a environ un mois, avec ses deux frères, sa sœur et sa mère. Depuis Toulon jusqu'à son arrivé à Lyon, cette triste famille a fait ses étapes dans les hôpitaux. Le jour de son entrée, nous constatons l'état suivant : facies pâle et bouffi *sui generis*; le ventre est tendu; la percussion de la région splénique fait reconnaître un énorme volume de la rate; infiltration des extrémités inférieures et du scrotum qui est tendu et luisant. Pouls accéléré; chaleur âcre et mordicante de la peau. Il y a un accès de fièvre dont le frisson commence à huit heures du matin; la rémission n'a lieu qu'à une heure du matin.

Presc. : 30 centigr. de valérianate à prendre dès une heure du matin, frict. sur le ventre et les cuisses avec le liniment suivant : huile d'olive 60 gr., valér. quin. 40 centigr., tis. de petite centaurée.

Ces moyens sont continués jusqu'au 24 septembre.

Dès le 18 il n'y avait plus d'accès.

Le 21, le ventre commence à diminuer de volume.

Le 29, le scrotum était revenu à l'état naturel.

Le 3 octobre, ce jeune malade quitte l'hôpital complètement métamorphosé.

Après avoir relaté cette remarquable observation, nous ne pouvons

---

pas de jour où il ne soit question, dans la GAZETTE DES TRIBUNAUX, d'empoisonnemens par l'arsenic, et d'expertises médico-légales qui décident du sort des accusés. Quelle noble et belle mission! Quel progrès! quel service rendu à la société! Vous avez dû remarquer et regretter avec beaucoup de personnes que le principal auteur du nouveau système se soit éloigné de l'arène. En effet, depuis une année environ, le nom de M. Orfila ne figure plus parmi les noms de ses jeunes compétiteurs. Il leur a cédé la place : il a pris sa retraite. A-t-il bien fait? Pour son repos, oui, sans doute; mais, dans l'intérêt des causes qui se multiplient chaque jour, il eût été à désirer qu'il restât quelques années encore sur la brèche. La science, ses idées, ses méthodes, ses procédés y eussent gagné. Des gens dont vous apprécierez les motifs ont voulu faire croire que sa retraite n'avait pas été absolument commandée par l'âge et le besoin de repos. Nous sommes parfaitement de leur avis, et il pourrait bien se faire, qu'Achille trop tôt rentré sous sa tente, le réformateur de la toxicologie ne se remît en campagne à la grande surprise, mais au peu de satisfaction de ses ennemis En attendant, réjouissez-vous avec tous les amis sincères de la science et du savant, de l'éclatante confirmation qu'obtiennent chaque jour ses découvertes. On a beau s'efforcer de les obscurcir et les embarrasser de détails et de complications : comme tout ce qui est simple et vrai, elles peuvent se résumer en deux mots : L'INTOXICATION DES TISSUS ET LA RÉDUCTION DU POISON DISPERSÉ DANS L'ÉCONOMIE. Voilà la formule du progrès présent; c'est aussi probablement ce que l'avenir en retiendra.

Il résulte d'un cas bien curieux de céphalotomie fœtale, par suite de mauvaise conformation du bassin de la mère, qu'un enfant, privé d'une notable portion de son cerveau, et extrait dans cet état, a pu donner des signes incontestables de vie, respirer, se mouvoir pendant dix à douze minutes. Ce cas, récemment publié par M. le docteur Laborie, chef de la clinique d'accouchement de la Faculté, a fourni à notre jeune confrère matière à des remarques médico-légales pleines d'intérêt. L'enfant a incontestablement vécu. Tous les signes anatomiques et physiologiques l'établissaient. En cas d'examen juridique, quel moyen de s'assurer s'il y a eu embryotomie et non infanticide? Cette situation peut devenir fort épineuse pour la mère et pour le médecin, et la source de bien des difficultés. Parmi celles qui ont échappé à la sagacité de notre confrère, il en est une qui aura probablement plus d'importance encore que toutes les autres. On sait que la mère hérite de son enfant; elle n'hérite pas d'un fœtus; le fœtus extrait qui a remué et respiré a vécu : il a perdu par conséquent son caractère fœtal. Dans un cas comme celui rapporté par M. Laborie, considérerait-on la mort de l'enfant comme consécutive à la naissance? Pour le physiologiste et le médecin, nul doute; pour le légiste? Nous signalons le fait aux casuistes de la science, et nous nous abstenons. La question est neuve et mérite d'être étudiée sous toutes ses faces; celles-ci sont nombreuses et intéressantes.

Voici quelque chose de bien plus sérieux. L'auteur de la cautérisation pharyngienne, médication à la mode, et incontestablement utile dans beaucoup de cas, vient d'imaginer un moyen très simple de guérir une foule de maux qui avaient fait jusqu'ici le désespoir de la médecine et des malades. Pour dissiper à l'instant même l'hépatalgie, l'odontalgie, la métralgie et autres affections de même nature, il suffit de *pincer* pendant dix minutes la *face antérieure de la cuisse* des malades. Veuillez remarquer que je vous donne la formule textuelle

nons dispenser de parler de deux autres frères, entrés le même jour à l'hôpital. Le plus jeune, atteint d'une fièvre tierce, dont les accès étaient compliqués de coma, a été guéri dans l'espace de 5 jours par le valérianate. L'aîné, âgé de 17 ans, avait eu précédemment la fièvre intermittente, mais les accès avaient cessé lors de son entrée; il ne se plaignait que d'un point pleurodynique au côté gauche de la poitrine. Comme d'ailleurs ce jeune homme nous paraissait être sous l'influence de l'élément paludéen, que ce caractère ressortait de ses précédens, de son teint blême, enfin de cette sorte d'imbécillité organique, pour nous servir de cette expression, qui est le cachet particulier des fébricitans des pays marécageux, nous lui administrions le valérianate de quinine en pilule à la dose de 15 centigrammes par jour; en deux jours, le point pleurodynique avait disparu. Cette dernière observation vient à l'appui de la doctrine de Casimir Medicus, qui voulait qu'on réunît, pour ce qui concerne l'indication, *aux fièvres larvées* des maladies qui ne sont pas fébriles, mais qui sont en réalité des *maladies à quinquina* par l'élément qui, tout en demeurant masqué, préside à leur existence.

FIÈVRE INTERMITENTTE PERNICIEUSE DÉLIRANTE; GUÉRISON PAR LE VALÉRIANATE DE QUININE A LA DOSE DE 40 CENTIG.

Obs. VIII. — Fréd. Groft, teinturier, âgé de 46 ans, entre le 1er septembre dans la salle Ste-Marie, et y est couché au n° 20. Ce malade dit éprouver depuis dix jours, tous les matins, des frissons suivis de chaleur et de sueurs. Le reste de la journée le pouls demeure fréquent. Lors de l'examen d'entrée, nous constatons de l'incertitude dans les réponses de cet homme; il accuse de plus une douleur assez vive dans les muscles de la région postérieure du cou; faiblesse musculaire générale. (Prescript. : tisane de camomille; pot. calmante.)

2. Vers la fin de la nuit, Groft est saisi d'un violent frisson; le facies se décompose; délire furieux, qui oblige la sœur veilleuse à réclamer l'assistance de quelques malades pour lui mettre la camisole de force; une grande agitation persiste jusqu'à la visite du lendemain.

3. Nous trouvons le malade très abattu, mais il a repris toute sa connaissance; sa peau est sudorale; le pouls est concentré et s'élève à 96 environ. (Prescript. : 40 centigrammes de valérianate de quinine à prendre dans la journée dans un julep gommeux; deux vésicatoires aux cuisses.)

4. La nuit a été assez bonne; le malade a ressenti un léger frisson, qui a bientôt avorté; le sommeil seulement a été interrompu. Le facies est toujours un peu décomposé; la faiblesse persiste. (Continuation du valérianate.)

7. Convalescence. Sort le 12.

Le sujet de la précédente observation avait été soumis à des chagrins vifs et prolongés qui, chez un sujet nerveux, irritable et habituellement triste, peuvent avoir pour effet d'imprimer une forme délirante à une simple affection intermittente. Chez lui, pendant l'accès, les yeux étaient brillans, injectés, la face rouge, le pouls dur, accéléré, vibrant. Le malade s'agitait beaucoup, cherchait à sortir de son lit. Dans l'observation qui va suivre, nous allons retrouver des phénomènes opposés, quoique l'affection soit de même nature.

FIÈVRE INTERMITTENTE SOPOREUSE; ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE QUININE A LA DOSE DE 40 CENTIG.; GUÉRISON.

Obs. IX. — R. Place, journalier, âgé de 57 ans, est trouvé sans connaissance sur le quai; on l'emporte dans cet état à l'Hôtel-Dieu. Dans la soirée, l'interne de service (M. Baumers) le trouve sans connaissance et sans pouls; le corps est recouvert d'une sueur froide et visqueuse.

Le lendemain 8 septembre, à la visite du matin, nous obtenons les renseignemens suivans du malade qui a recouvré toute sa connaissance et qui ne se plaint plus que d'éprouver un peu de céphalalgie et de faiblesse. La décrépitude de cet homme est telle qu'on lui donnerait dix années de plus; il a travaillé récemment dans la Bresse où il a été occupé à battre le blé; il y a deux mois il a contracté dans ce pays une fièvre intermittente sous le type quotidien qui a été coupée, au bout de dix jours, par le sulfate de quinine. Rien à noter du côté des grandes fonctions.

Presc. : 20 centigr. de valérianate de quinine.

Le soir, à quatre heures, le malade retombe dans le coma. Pouls filiforme, facies décomposé; il reste dans cet état jusqu'à six heures. (Deux heures de moins que la veille.)

9. 40 centigr. de valérianate. Pas d'accès le soir. Nuit bonne. 10. Continuation du même médicament. 11. Même état. 30 centigr. Nous continuons l'usage du valérianate à doses décroissantes jusqu'au 13. A cette époque, nous prescrivons un électuaire d'extrait mou de quinquina et le vin de Bordeaux pour parer à la faiblesse et à la détérioration de l'organisme. Sort de l'hôpital le 26 septembre.

D'après les auteurs Morton, Wherloff, Torti, J. Franck, la fièvre comateuse se montre surtout sous le type tierce simple ou double. Ici elle était sous le type quotidien. Mais pour un observateur exercé rien ne pouvait faire prendre le change sur sa nature. Celle-ci tirait ses caractères des antécédens du malade, de l'assoupissement et de l'état d'insensibilité dans lesquels il se trouvait plongé dans le moment de l'accès. En comparant entre elles les deux dernières observations, on a la représentation exacte des analogies et des différences qui signalent deux formes à peu près identiques de fièvres pernicieuses. Nous passons actuellement à l'application du valérianate de quinine, à quelques cas de fièvres graves.

VARIOLE CONFLUENTE; SYMPTÔMES ATAXIQUES SURVENANT DANS LA PÉRIODE DE SUPPURATION; ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE QUININE; GUÉRISON.

Obs. X. — Louis Flanet, non vacciné, âgé de 17 ans, entre dans la salle Ste-Marie pour une variole confluente. Lors de son entrée le 7 septembre, la maladie est arrivée à la fin de la période d'éruption. Deux jours après son entrée, des pustules confluentes apparaissant sur le visage et aux bras; il est saisi le soir de violens frissons; lypothymie; délire furieux dans la nuit.

10. Les pustules de la face semblent se flétrir; l'œil est terne; la peau est froide; le pouls est à 110, petit, concentré; la langue est sèche, *rôtie* à sa pointe; alternatives de frissons et de chaleur. (Prescrip. : 30 centigr. de valér. de quin.; limonade vineuse.)

11. Le malade est plus tranquille la nuit; mais il a éprouvé le soir du frisson suivi d'une chaleur incommode. La langue est plus humide; le pouls est à 90. (Prescrip. : 40 centigr.)

12. Amélioration; le malade a dormi d'un sommeil paisible. A dater du 13, l'éruption a parcouru des phases normales.

Le malade est sorti le 4 octobre.

FIÈVRE ATAXO-ADYNAMIQUE; HABITATION DANS UN PAYS MARÉCAGEUX; DÉLIRE, SOUBRESAUTS DES TENDONS, ETC.; ADMINISTRATION PURE ET SIMPLE DU VALÉRIANATE DE QUININE; GUÉRISON.

Obs. XI. — J. Chapot, cultivateur, âgé de 25 ans, est couché le 12 septembre

du remède. Inutile d'ajouter qu'il réussit également bien chez les deux sexes. Cette méthode est destinée, suivant l'auteur, à remplacer les vésicatoires, les sinapismes, les flagellations, l'hydrothérapie, etc., et il ajoute qu'elle est plus sûre et plus *innocente*. Ce topique, d'un genre neuf et agréable, a quelque chance de succès; mais certains malades auront besoin d'être prévenus.

Comme invention d'une moindre portée, mais pourtant digne d'intérêt, je vous signalerai la *mnémotechnie médicale*, qui n'est, à vrai dire, qu'un chapitre de la mnémotechnie générale imaginée par M. le docteur Audibert. La seconde édition de cet ouvrage vient de paraître; c'est vous dire que j'ai de grands torts à réparer à l'égard de ce confrère. Par le temps qui court, quelle chose précieuse ne doit-ce pas être qu'une bonne mnémotechnie médicale! Indépendamment de la révolution que le système métrique a fait subir à la posologie, vous savez de quelle richesse de langage on est parvenu à revêtir les choses les plus vulgaires! Vous n'ignorez pas comment on appelle aujourd'hui la constipation et l'état opposé. C'est fort intéressant, mais difficile à retenir. Vu l'abondance toujours croissante des *hémies* et des *clasies*, il devenait indispensable d'apprendre à se caser dans l'esprit tant de bonnes choses sous le plus petit volume possible. Tel est le problème que M. le docteur Audibert s'est proposé de résoudre, et qu'il paraît avoir résolu de la manière la plus satisfaisante. Vous allez en juger. Avez-vous à prescrire 3 à 24 grains de sulfate de quinine, voici comment la mnémotechnie construit cette formule : « Si vous rapprochez, dit l'auteur, le chiffre 3 » de 24, vous obtiendrez 324, que nous traduisons par le mot sacramentel *mu-* » *nir*. Le sulfate de quinine est remplacé par l'analogie phonique suivante : » *s'il fait un quine*. En unissant l'analogue phonique au mot munir, vous » direz :

» S'il fait un quine, de jolis meubles il va se *munir*. »

L'émétique se donne à la dose d'un grain par verre d'eau tiède : formule mnémonique :

« Aimée dit que *vraiment* elle n'aime que *toi*. »

Admirez ce rapport euphonique : cela veut dire un grain d'émétique. Mais ne remarquez-vous pas, cher confrère, qu'avec ce système une ordonnance pourrait parfois donner de l'ombrage aux mamans et aux maris. M. Audibert n'a pas probablement songé à cet inconvénient. Ce que vous venez de lire n'est rien encore auprès des formules que donne l'auteur pour retenir les noms propres. Voici quelques exemples pris au hasard. L'équivalent mnémonique de Celse est *sel marin*; de Paul d'Egine : *Paul, ne vous échinez pas*; de Vésale : *vous allez vous alarmer*; de Guillemeau : *la guillotine est réservée à ce forçat libéré*; de Sanctorius : *il chante et rit*; de Marc-Aurèle Séverin : *c'est ce vaurien que je cherche*; de Smellie : *Emilie, vous êtes bien calme*; de Desault : *deux sots ne valent pas une bête*. L'auteur est si riche en expédiens qu'il a quelquefois donné deux formules pour le même mot. Si vous aviez oublié, par exemple, le nom de Baudelocque, vous vous le rappelleriez à l'aide de ces deux formules également heureuses : *un baudet ne vaut pas une cavale*; ou bien : *à qui appartient ce baudet que voilà?* Au premier abord on ne saisit pas toujours le rapport naturel et facile du mot avec ses équivalens; mais ne vous laissez pas impressionner à une première vue. Lisez les développemens de l'auteur, et vous serez frappé de l'art, de l'enchaînement, de la profondeur même qu'il montre dans ses explications.

au n° 59 de la salle Ste-Marie. Cet homme, qui habite Chalamont (Dombes), a eu plusieurs fois la fièvre intermittente; il est malade depuis sept jours, et il attribue sa maladie à une marche forcée. Il a eu toute la semaine, avant son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie et de la diarrhée; pour mieux caractériser le premier de ces symptômes, il dit qu'il avait *des lancées dans la tête.*

EXAMEN D'ENTRÉE. Air de stupeur; réponses lentes quoiqu'exactes; peau chaude et âcre; pouls assez plein, 100; la langue rouge au bord, blanche à son limbe, est brune sur la ligne médiane; enduit nacré (du docteur Banke) sur les gencives. (Prescr. : tisane de quinquina; pot. avec l'infusion de menthe et le sirop de quinq.)

13. Délire qui a duré toute la nuit; dès six heures du soir, il y a eu une grande agitation; le visage s'est injecté. Le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; le pouls est petit, très élevé; chaleur mordicante des tégumens. (40 centigr. de valér.; sinapismes aux jambes.)

14. Nuit meilleure; moins de stupeur; le malade semble comprendre ce qu'on lui dit, mais il ne répond pas; le pouls s'est relevé; quelques soubresauts de tendons; diarrhée.

15. Calme la nuit précédente; la langue est humide; moins de chaleur à la peau; pouls 95. (*Ut suprà.*)

16, 17, 18. L'amélioration se soutient. (Le valérianate est continué.)

Entrée en convalescence le 20.

La manière prompte par laquelle le valérianate a agi dans cette circonstance nous a rappelé l'action si rapide des préparations musquées dans des cas identiques, et sur laquelle nous avons longuement insisté il y a un an. (Voy. dans la REVUE MÉDICALE, mars, avril, juillet 1843; notre MÉMOIRE SUR LA MALIGNITÉ DANS LES FIÈVRES CONTINUES, etc.) Comme le musc, le valérianate de quinine a l'heureuse propriété de dégager des fièvres graves le cortége de symptômes insidieux et menaçans. Voici un autre fait dans lequel la substance que nous étudions n'a pas été moins efficace.

FIÈVRE RÉMITTENTE DE MAUVAIS CARACTÈRE (ÉTAT TYPHOÏDE); SUCCÈS DU VALÉRIANATE.

OBS. XII. — Michel Rouquet, âgé de 25 ans, cultivateur, entre le 13 septembre dans la salle Ste-Marie. Il y a neuf jours, le malade, à la suite d'un refroidissement, commença à ressentir un violent mal de tête accompagné de douleurs abdominales et de constipation.

23. Faiblesse musculaire; stupeur, épistaxis dans la matinée; peau chaude; pouls à 105; langue sèche et fendillée; enduit nacré aux gencives; douleur épigastrique; constipation. (Prescr. : pot. avec l'eau de laitue et 5 centigr. d'extr. de belladone; tisane de tilleul et de fleurs d'oranger; diète.)

24. La veille au soir, à sept heures, le malade a ressenti un violent frisson qui a duré cinq minutes et qui a été suivi d'une grande chaleur; agitation nocturne; sub-delirium. A la visite, le malade est comme la veille et il accuse un malaise général; soif vive. (40 centigr. de valérianate; solution de sirop de groseilles, de vin de Malaga et d'eau, parties égales, pour boisson.)

25. Même état que la veille; l'agitation nocturne a été moindre cependant. (*Ut suprà.*)

26, 27. Les nuits sont tranquilles; le malade a dormi.

30. Nous ne notons rien de particulier.

1er, 2, 3 octobre. Convalescence. (Le valérianate à la dose de 20 centigr. a été continué jusqu'au 1er octobre.)

Nous dirons en passant, qu'ayant vérifié sur un très grand nombre de faits l'observation du docteur Banke (d'Orléans), ayant toujours rencontré au début de ces fièvres graves l'*enduit nacré des gencives*, nous le jugeons être un élément précieux de pronostic. Nous passons maintenan à l'histoire d'une névralgie intermittente.

TIC DOULOUREUX DE LA FACE (TORTURA FACIEI) REVENANT TOUS LES MATINS ET DURANT SIX HEURES; ADMINISTRATION DU VALÉRIANATE DE QUININE; GUÉRISON.

OBS. XIII. — La femme Louise Jaillet, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, entre le 23 août dans la salle des femmes en couches. Elle donne le jour heureusement à un garçon le 25. Trois jours après, sans causes connues, cette femme est saisie d'une violente douleur à la tempe gauche; les irradiations douloureuses gagnent bientôt l'œil et les paupières du même côté; la joue se contracte. Cette première crise, commencée vers les six heures du matin environ, au moment du réveil, dure dix minutes; mais elle se renouvelle un quart d'heure après. A la visite du matin (huit heures), nous assistons à une des crises : toute la moitié gauche du visage est rapetissée et contracturée; le globe de l'œil est caché par les plis des paupières; après avoir duré quelques secondes, la détente a lieu, puis nouvelle crise. Les spasmes douloureux des muscles du visage se manifestent presque constamment pendant dix minutes. Dans le quart d'heure d'*apyrexie*, les traits sont naturels, mais les yeux sont larmoyans; la malade dit ressentir un sentiment de pesanteur dans toute la région. (Prescr. : 2 pilules de Méglin; frictions sur la tempe avec la pommade de valérianate, 2 grammes de poudre sur 16 d'axonge; potion calmante.)

29. Les crises dans la journée d'hier ont cessé à une heure de l'après midi; le reste de la journée ainsi que la nuit se sont passés sans souffrances; mais celles-ci se sont réveillées, comme la veille, à cinq heures du matin. A l'heure de la visite, la malade se trouve dans le même état. (Prescript. : 3 pilules de Méglin; *ut suprà.*)

30. La névralgie n'a aucunement cédé; les spasmes ont commencé à la même heure, après le même intervalle de repos. Ne pouvant plus dès lors concevoir le moindre doute sur la nature de la maladie, nous administrons 2 pilules de valérianate de quinine de 6 centig. chacune, à prendre dans la soirée.

Les souffrances ont été moins vives; les crises ont duré moins longtemps. (Prescr. : 3 pilules; *ut suprà.*)

1er septembre. L'accès du matin a été totalement supprimé; la malade a ressenti un léger fourmillement. Nous suspendons les pilules et n'administrons qu'une potion calmante simple.

2. Retour de l'accès presqu'aussi fort que les précédens. (3 pilules.)

3. L'accès n'a point eu lieu. Nous continuons l'usage du sel à la même dose jusqu'au 10, époque à laquelle la malade quitte l'hôpital étant parfaitement guérie.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est la quantité minime du médicament qui a suffi pour rompre la périodicité de ces accès névralgiques. Le sulfate de quinine eût peut-être amené les mêmes résultats; mais il eût fallu l'employer du moins à plus fortes doses et bien plus longtemps. A quelque cause que soit due la névralgie, lorsqu'elle est franchement intermittente, et que l'intermittence, d'abord équivoque, est devenue de plus en plus tranchée, il faut l'attaquer par le quinquina; mais les doses ne doivent pas être les mêmes que dans une fièvre simple, il faut les doubler, les tripler même, et les répéter plus souvent si l'on veut obtenir la guérison. Ainsi, dit M. Trousseau, il ne faudra pas moins de 20 à 24 gram. de quinquina, de 1 gramme à 1 gramme et demi de quinine pris plusieurs jours de suite, pour juger de l'influence du fébrifuge sur les névralgies. (THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE; 2e édit., t. II, p. 343.)

J'aurais bon nombre de choses de la même importance à vous apprendre, mon cher confrère, si je ne craignais de fatiguer votre attention. Au sortir des vacances vous êtes une espèce de convalescent, auquel il ne faut pas de trop fortes doses. Je termine donc par quelques lignes qui nous regardent particulièrement.

Vous avez lu, peut-être, dans certains journaux que le conseil municipal de Paris venait de retrancher, sans réclamation aucune, 10,000 fr. sur 14,000 de l'article du budget des hôpitaux relatif à l'orthopédie. De là, félicitations, insinuations et allusions dont vous n'avez pas besoin que je vous explique le sens et la portée. Or, il se fait que cette suppression n'a rien de commun avec le service orthopédique de l'hôpital des Enfans; elle atteint seulement la fourniture des appareils orthopédiques dans les grands hôpitaux. Les dignes partisans de cette philantropique mesure ne savaient pas frapper si juste; car ils auraient au moins ménagé leurs amis. Mais il faut accueillir la vérité n'importe de qui elle vient, et à ce titre leurs félicitations nous paraissent aussi agréables qu'elles sont légitimes. Mais depuis qu'ils ont compris la portée de la mesure, les rôles et le langage ont singulièrement changé. Pour mettre son budget d'accord avec les réductions opérées par le conseil-général, l'administration des hôpitaux a supprimé les fournitures d'appareils prescrits après l'amputation sus-malléolaire; c'était nécessité. Oh alors! il n'y a plus eu de reproches assez vifs, de colères assez bruyantes, d'indignations assez violentes contre une semblable mesure. Nous n'avons rien à dire à cela, si ce n'est qu'on amputera peut-être moins de jambes, et, qu'à défaut de membres artificiels, bon nombre de malades continueront à se servir de leurs jambes naturelles.

Autre et dernier point qui nous regarde de plus près encore :

La GAZETTE MÉDICALE s'est abstenue jusqu'ici de vous dire qu'un procès d'un genre tout nouveau avait été intenté à son rédacteur en chef, dans le but de le faire considérer comme un commerçant, et sa chose, c'est-à-dire la GAZETTE MÉDICALE comme une marchandise. Rassurez-vous, cher confrère, les juges consulaires savent tout aussi bien distinguer un médecin d'un libraire, qu'ils distinguent une publication scientifique d'une fabrique de papier. On voulait, par cette voie détournée, dépouiller l'homme, séparer le père de son enfant. Mais plus que jamais l'enfant et le père sont, et resteront unis. Faites-en soigneusement part à nos bons et vieux amis, et recommandez-leur, surtout à la fin de cette année et au renouvellement de l'autre, de nous rester fidèles comme les années précédentes. En retour, cher confrère, comptez sur notre zèle, notre exactitude et notre sincère affection.

L'observation que nous venons de relater est le seul cas de névralgie faciale franchement intermittente que nous ayons eu l'occasion de traiter depuis que nous nous livrons à des recherches sur les valérianates. Depuis peu de jours, un cas bien singulier et bien rare de névropathie périodique est venu s'offrir à nous. Quoique le traitement ait commencé depuis fort peu de temps, nous ne pouvons toutefois résister à l'envie de faire connaître ce fait rare, et de signaler un léger amendement déjà obtenu par quelques prises de valérianate.

Obs. XIV. — Il s'agit d'une femme, âgée de 28 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, employée au bureau du timbre de la ville de Lyon. Cette malade, qui jusqu'à la mort de son enfant, arrivée il y a environ deux mois, jouissait d'une parfaite santé, a été saisie d'un chagrin si violent qu'elle a perdu plusieurs fois connaissance. Depuis lors, elle a ressenti des douleurs de tête intolérables accompagnées de quelques crises sémi-hystériques; sensation d'étouffemens; agitation convulsive; sensations bizarres; antipathies que rien ne justifie, etc. Mais, ce qu'il y a de remarquable dans tout ceci, c'est que depuis deux mois tous ces accidens éclatent à la même heure (de quatre à cinq heures du matin). Cette malheureuse pousse alors des cris violens; elle injurie son mari et tous ceux qui l'entourent; puis, lorsqu'un éclair de raison lui est revenu, elle supplie avec instance qu'on l'attache, car *elle sent qu'elle va devenir folle.* Le paroxysme le plus violent de cet état névropathique dure jusqu'à onze heures du matin; jusqu'à quatre heures du soir, il y a de l'agitation; les nuits sont assez calmes. Nous avons conseillé à cette femme de prendre, de quatre à cinq heures du soir (instant ordinaire de la rémission), une pilule de valérianate de quinine de 6 centigrammes. Nous avons revu cette malade le 1er octobre. Elle avait pris alors seulement 6 pilules, et déjà elle avait éprouvé une amélioration; elle trouvait son état presque supportable; ses crises étaient revenues, mais moins douloureuses; ses idées étaient devenues un peu plus calmes. La dose du valérianate est portée à 2 pilules à prendre dans les momens de rémission; nous ne savons pas encore ce qui en résultera, mais nous sommes disposé à augmenter la dose du valérianate à mesure que les premières prises auront fait perdre quelques pouces de terrain à cette bizarre affection. Ce sera à l'événement de juger de nos prévisions. Ce que nous devons ajouter, c'est que, jusqu'au moment où nous avons vu cette malade, elle avait pris sans succès de hautes doses de sulfate de quinine, des lavemens de musc, remèdes qui lui ont été administrés par un médecin distingué de Lyon, le docteur Dupasquier.

Ici se terminent les faits qui nous ont servi de critérium pour apprécier la valeur thérapeutique du valérianate de quinine. Nous aurions pu en joindre un grand nombre d'autres, mais nous avons dû nous borner à ceux qui ont paru les plus remarquables et les plus décisifs. En conséquence, nous nous croyons en droit de poser, à l'égard de ce médicament, les conclusions suivantes :

1° Le valérianate de quinine est un antipériodique supérieur au sulfate par ses propriétés névrosthéniques, et parce qu'il agit à plus petites doses.

2° Son administration pure et simple équivaut à celle du quinquina et des nervins combinés.

3° Il est appelé à rendre, dans les fièvres de mauvais caractère (ataxiques-malignes), les services les plus éminens par ses propriétés spécifiques.

L'auteur de ce travail se trouvera heureux s'il peut solliciter à l'égard de ce nouveau sel l'attention des médecins qui, ayant à cœur de se rendre réellement utiles, la fixent de préférence sur ces deux points : 1° l'application ou la mise en pratique des lois de l'hygiène; 2° l'agrandissement et la révision des ressources de la thérapeutique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro d'avril 1844 contient les travaux originaux suivans : 1° *De l'influence du climat sur la puberté chez les femmes en Grèce;* par M. Roberton. 2° *Sur la constitution et les maladies des femmes;* par M. Ch. Bell. (Première partie.) 3° *Observations sur l'influence du climat dans la production des affections des poumons, démontrée par la statistique des maladies, de la mortalité et des individus devenus invalides dans l'armée;* par M. Lawson. 4° *Remarques sur les fièvres épidémiques de 1843;* par M. Smith. 5° *Faits et observations sur l'état sanitaire de Glascow durant l'année dernière, avec des tableaux statistiques sur la dernière épidémie, montrant les rapports qui existent entre la pauvreté, la maladie et le crime;* par M. Perry. 6° *Sur la structure et sur le mode d'action de l'iris;* par M. Hall. (L'auteur admet que le resserrement de la pupille est dû à la contraction de fibres musculaires. Quant à la dilatation, il conjecture, mais conjecture seulement, qu'elle dépend d'un degré extraordinaire de contractilité vitale du tissu cellulaire ou des vaisseaux capillaires sanguins de l'iris.) 7° *Observation d'anévrisme de la carotide;* par M. Duncan. 8° *Résumé des cas présentés à la Société de médecine de Liverpool pendant l'année 1843-44.* 9° *Sur la circulation dans les fœtus où le cœur manque;* par M. Calvert Holland.

De l'influence que l'on attribue au climat sur la puberté des femmes de la Grèce; par le docteur Roberton.

L'auteur, continuant la tâche qu'il s'est imposée depuis bien des années, et à laquelle il a déjà consacré beaucoup de travaux insérés dans divers recueils périodiques de l'Angleterre, de combattre l'opinion qui attribue à l'influence du climat la précocité des mariages qu'on observe dans certains pays, applique cette fois ces recherches à la Grèce, où l'on croit communément que les mariages sont plus précoces que dans la plupart des pays septentrionaux de l'Europe, ce que l'on attribue à l'influence de la température élevée qui y règne. M. Roberton ayant lu dans un ouvrage qu'on pourrait dire officiel, que la nature était si précoce en Grèce que les femmes arrivaient à la puberté à l'âge de 10 à 11 ans, et les jeunes garçons entre 15 et 16, et qu'il n'était pas rare de voir dans les villages des jeunes gens de 16 à 17 ans mariés et en famille, s'adressa, comme il l'avait déjà fait pour d'autres recherches, à un membre de la Société des missionnaires de Londres, fixé depuis longtemps à Corfou, et qui était en position d'obtenir tous les renseignemens désirables sur ce point. En effet, au bout de quelques mois, il reçut de son correspondant à Corfou les renseignemens demandés; ils lui avaient été fournis par trois médecins des plus répandus du pays, et qui tous les trois sont d'accord pour reconnaître qu'on a beaucoup exagéré la précocité de la puberté et des mariages des jeunes gens en Grèce.

Le tableau suivant indique l'âge où 36 femmes ont été menstruées, et l'âge qu'elles avaient à l'époque où on leur a adressé cette demande.

	Age où la menstruation a commencé.	Age actuel.
1	9	20
2	11	65
3	11	25
4	11	30
5	11	64
6	11	15
7	12	17
8	12	23
9	12	42
10	12	13
11	12	18
12	12	14
13	13	15
14	13	32
15	13	16
16	14	21
17	14	15
18	14	19
19	14	28
20	15	18
21	15	27
22	15	39
23	16	32
24	16	17
25	16	22
26	16	16
27	17	30
28	17	29
29	17	43
30	17	26
31	0	17
32	16	21
33	18	44
34	18	36
35	0	18
36	0	65

Ce tableau indique, il est vrai, un nombre assez considérable de jeunes filles arrivées à la puberté de 10 à 12 ans; mais quand on voit le chiffre non moins élevé de celles qui n'ont été menstruées que de 16 à 17, et que, sur 36, 2 ne l'étaient pas encore à 17 et 18 ans, et qu'une troisième est morte à 65 ans sans l'avoir jamais été, on reconnaît qu'il en résulterait un âge moyen de 15 ans pour la puberté des jeunes filles grecques. En Angleterre, il est de 14 ans et demi.

Quant à la précocité des mariages chez les Grecs, elle a été égalemem beaucoup exagérée ; ainsi, les trois médecins grecs ont dit avnir eu connaissance de femmes qui avaient eu des enfans, l'une à 13 ans, une autre à 13 ans et 9 mois, et une troisième à 14 ans.

Chez les femmes de la Grèce, la menstruation cesse environ de 44 à 50 ans, avec de nombreuses exceptions.

RECHERCHES DES EFFETS DU CLIMAT SUR LA PRODUCTION DES MALADIES DES POUMONS, D'APRÈS LES RAPPORTS STATISTIQUES PUBLIÉS PAR ORDRE DU GOUVERNEMENT ANGLAIS SUR LES MALADIES, LA MORTALITÉ ET LES RÉFORMES DANS L'ARMÉE ANGLAISE ; par M. R. LAWSON, aide-chirurgien du 47e régiment.

L'auteur ayant servi aux Indes occidentales et sur la Méditerranée, a eu l'occasion d'y observer les différences principales qui existent entre les climats de ces deux stations, et croit pouvoir conclure de ces diverses observations que, même aux Indes occidentales, les affections inflammatoires des poumons sont évidemment et directement le prndnit dn refroidissement, en désignant par cette expression, non un abaissement considérable et rapide de la température de l'atmosphère, mais des variations atmosphériques dont l'action est certaine et constante. Bien qu'il snit difficile an premier abord de savoir comment on pent éprouver du refroidissement dans les climats chauds, cependant si l'on réfléchit qu'à l'équateur même la température moyenne ne s'élève pas au-dessus de 21 degrés Réaumur, tandis que celle du corps est d'environ 29, on reconnaîtra que cela peut avoir lieu.

Trois états différens de l'atmosphère contribuent à soutirer du calorique au corps : ce sont sa température, son mouvement et son état hygrométrique ; les caractères appréciables du climat varient suivant la manière dont ces conditions sont combinées. Chacun comprend facilement comment l'air extérieur tend toujours à se mettre en équilibre de température avec la surface du corps ; on comprend encore facilement que l'air, à une température donnée, mais en mouvement, enlève bien plus de calorique à un corps chaud que le même air à l'état de repos. D'après sir J. Leslie, la quantité de chaleur enlevée à un corps chand par l'air en repos est doublée si on donne à cet air une vitesse de 8 milles à l'heure, et la quantité additionnelle de chaleur enlevée en cette occasion est proportionnée à l'accroissement de la vitesse, de sorte que l'air, avec une vitesse de 16 milles, enleverait, dans un temps donné, trois fois antant de calorique, à 24 milles quatre fois antant, et à une vitesse de 32 milles cinq fois antant que l'air à la même température, mais à l'état de repos ; comme le vent se déplace souvent avec une vitesse égale et même supérieure à la plus grande que nous venons d'indiquer, la force avec laquelle il enlève le calorique au corps, surtout entre les tropiques, où les vêtemens sont ordinairement si légers qu'ils n'offrent qu'une protection insuffisante, est donc un sujet bien digne d'occuper l'attention. Qu'un individu, par exemple, soit dans un état de santé telle qu'avec les vêtemens qu'on porte habituellement aux Indes occidentales la chaleur prodnite dans l'économie suffise pour remplacer celle qu'il perd par la peau dans l'air en repos, pour peu qu'en sortant il s'expose au vent, il se trouvera immédiatement soumis à une perte de calnrique égale, dans un temps donné, à deux et trois fois celui que peut produire l'économie. Le résultat inévitable sera l'abaissement de la température de la surface cutanée presqu'à celle de l'atmosphère ; c'est-à-dire un véritable refroidissement. C'est ce qu'on éprouve fréquemment aux Indes occidentales, surtout parmi les personnes qui ont été débilitées par une maladie antérieure.

L'état hygrométrique de l'air est la troisième condition qui appelle l'attention du médecin, et, bien qu'on ne l'ait jamais négligée complètement, cependant ses effets n'ont pas encore été décrits avec tout le soin désirable. Jusqu'ici on s'est contenté le plus souvent de noter minutieusement la quantité de pluie tombée, comme si cette connaissance suffisait seule pour indiquer exactement la quantité d'eau suspendue dans l'air, ce qui n'est pas, comme personne ne peut l'ignorer. La quantité de vapeur aqueuse contenue dans l'atmosphère est très petite à de basses températures ; mais elle augmente avec une grande rapidité aussitôt que cette dernière s'élève, et est mesurée par le degré d'élasticité de l'air et dans la proportion suivante :

7	degrés	au dessous de 0,	l'élasticité	de l'air	est de		100
1	—	au dessus de + 0	—	—	—		200
9	—	— + 0	—	—	—		400
18	—	— + 0	—	—	—		800
28	—	— + 0	—	—	—		1600

Or, l'air étant rarement saturé d'humidité tend toujours à s'emparer de celle du corps qu'il rencontre, suivant son degré de saturation et sa température ; mais cette évaporation exige une quantité notable de calorique, qui sera fournie surtout par le corps humide quand il sera plus chaud que l'air ambiant. Quand ce corps possède en lui-même la faculté de produire du calorique, comme chez les animaux, de la température de la surface ne s'abaissera pas au même degré que l'air atmosphérique, mais variera avec la rapidité du vent et de l'évaporation. Cette cause, qui peut abaisser la température du corps beaucoup au dessous de l'état normal, est une circonstance qui se présente non seulement chaque jour, mais à chaque instant de la journée.

De ces trois conditions différentes qui contribuent à enlever le calorique au corps, et qui sont combinées dans l'action des différens climats, c'est la température abaissée de l'air qui est le principal agent de refroidissement dans les pays froids, tandis que dans les saisons et les pays chauds, c'est surtout l'évaporation, dont l'effet est encore augmenté par la température élevée, qui, excitant l'exhalation cutanée, humecte la surface de la peau et la met dans les conditions les plus favorables à ce que l'évaporation produise les effets les plus énergiques. Si on tient compte aussi des vêtemens légers qu'on porte dans les pays chauds, et qui facilitent à la fois la transpiration et l'évaporation, on aura le tableau de toutes les conditions qui tendent à abaisser la transpiration de la peau dans les pays chauds.

La pluie aussi contribue notablement à cet abaissement, et par le calorique qu'elle soustrait directement à la peau, et par l'évaporation qu'elle favorise et précipite. La pluie paraît agir, plutôt par la durée que par la quantité, sur la production des maladies pulmonaires, et on conçoit que si une pluie modérée tombe pendant deux jours, il y aura plus de personnes mouillées que si elle fût tombée en grande quantité pendant un jour seulement.

L'auteur, passant en revue chacune des localités où la nation anglaise entretient des troupes, signale jusqu'à quel point ces différentes localités sont soumises à l'action des causes de refroidissement qu'il vient d'exposer, et indique en même temps une foule de circonstances locales qui doivent modifier et modifient singulièrement l'action de ces causes, puis cherche à se rendre compte de l'action du froid dans ces cas. L'effet immédiat de l'abaissement de la température de la peau est de diminuer l'activité des fonctions organiques dont elle est le siége, d'arrêter l'impulsion du sang qui s'y portait et reflue vers les organes intérieurs, qu'il congestionne. Quand le froid est appliqué sur une extrémité pendant quelque temps, la circulation du membre se ralentit et amène également une congestion interne sur les poumons, les bronches, les intestins, le foie, souvent même, dans les climats chauds, sur le tissu musculaire, appelée vers l'un ou l'autre de ces organes par des causes indépendantes de celles qui ont produit le refroidissement. L'auteur se borne, dans cet article, à étudier l'action de cette congestion sur les poumons, tout en tenant nécessairement compte de celle qui se fait sur les intestins et le foie, afin d'expliquer la rare mortalité que déterminent sur quelques points les maladies des poumons.

Les différens degrés d'altérations des poumons ou des passages aériens varient suivant certaines conditions. Quand le corps étant en transpiration, par exemple, une surface considérable est exposée à l'air sec, de manière à établir une forte évaporation, ou si le froid est appliqué immédiatement comme dans un bain, il en résultera un catarrhe ; si le sujet est mal portant ou fatigué, il sera probablement atteint d'une bronchite aiguë. La congestion des tissus parenchymateux du poumon et la pneumonie paraissent être le résultat d'une exposition plus prolongée à la cause réfrigérante et semblent se lier moins intimement que le catarrhe et la bronchite à une transpiration arrêtée.

Nnns regrettons de ne pouvoir reproduire ici le tableau comparatif des maladies des poumons en général et de la phthisie tuberculeuse dans toutes les stations des troupes anglaises qui est indispensable pour l'intelligence des conclusions que l'auteur en a tirées et qui viennent à l'appui des assertions émises auparavant.

Il est pourtant un point où nous voulons signaler son opinion sur une question vivement agitée parmi nous il y a quelques mois, celle de l'antagonisme entre la fièvre des marais et la phthisie ; s'appuyant sur les faits empruntés aux rapports statistiques des armées anglaises, il dit, avec sir J. Clark, qu'une attaque de fièvre intermittente est plus propre à provoquer le développement de la phthisie qu'à la prévenir.

REMARQUES SUR LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE DE 1843; par le docteur DAVID SMITH.

FAITS ET OBSERVATIONS SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE GLASCOW PENDANT L'ANNÉE DERNIÈRE, AVEC DES TABLEAUX STATISTIQUES DE LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE MONTRANT L'ENCHAINEMENT QUI EXISTE ENTRE LA PAUVRETÉ, LES MALADIES ET LE CRIME; par le docteur R. PERRY.

Nous avons déjà trop de fois et trop longtemps entretenu nos lecteurs de cette singulière épidémie qui a frappé en même temps plusieurs villes de l'Ecosse pour que nous puissions reproduire ici une partie des faits nouveaux contenus dans ces deux communications qui toutes deux ont surtout pour but de remonter à la source première, à l'origine de la maladie, mais qui n'y arrivent pas encore d'une manière satisfaisante. Cependant, en tenant compte de tous les faits accumulés sur cette question, il est difficile de méconnaître, qu'elle qu'ait été l'origine première, le point de départ, le premier type de cette fièvre; il est impossible de ne pas reconnaître que c'est par l'infection qu'elle s'est propagée. Quelle preuve plus convaincante peut-on demander que la vue de cette maladie attaquant toute une famille, mais tous les individus les uns après les autres et apparaissant ensuite dans une autre famille dont un membre avait visité les premiers malades; les foyers devinrent de plus en plus nombreux à mesure que l'épidémie faisait plus de progrès. Quant à l'infection elle-même elle était évidemment maintenue, entretenue par la malpropreté et la misère des dernières classes qui en ont été presque seules atteintes et ont fourni 32,000 malades atteints de cette fièvre épidémique dans la seule ville de Glascow où la misère est arrivée pour ces classes à un état dont on ne trouverait peut-être pas d'autre exemple à la surface du globe.

OBSERVATION D'ANÉVRISME DE LA CAROTIDE; par M. DUNCAN.

L'histoire suivante est remarquable sous plus d'un rapport. La complication dont elle offre un exemple n'est point rare dans le cours des anévrismes de la carotide; mais il est peu commun néanmoins de la voir portée à un tel degré, et moins commun encore de pouvoir constater directement sa nature, ainsi qu'on l'a fait dans ce cas, par l'examen cadavérique.

OBS. — Elisabeth Haugh, âgée de 30 ans, fut reçue le 19 décembre 1843 à l'hôpital de chirurgie d'Edimbourg. Quinze jours environ auparavant, elle s'était aperçue d'une petite tumeur située derrière l'angle droit de la mâchoire. Elle fit en peu de temps des progrès tellement rapides que, le jour de son entrée, elle présentait 4 pouces 3/4 de diamètre vertical, 6 pouces transversalement et 16 pouces 1/2 de circonférence. La tumeur occupait presque tout le côté droit du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. La trachée était fortement déviée à gauche : en examinant l'arrière-gorge, on pouvait voir et sentir au toucher une saillie derrière les piliers du côté droit. A l'extérieur, sa surface était bosselée, de consistance variable en ses différens points, offrant une pulsation très perceptible à l'œil. Vers le milieu de sa hauteur, on sentait un frémissement et on entendait un bruit isochrone à la diastole de la carotide. Si l'on appuyait sur ce point avec le doigt de manière à pousser un peu la tumeur à gauche, tout bruit et toute pulsation cessaient dans son intérieur. Le pouls était entre 110 et 130, très fort ; la respiration précipitée et bruyante, surtout dans l'inspiration ; la face bouffie, les lèvres livides, l'anxiété peinte sur tous les traits.

La ligature du vaisseau fut décidée; mais on jugea prudent de temporiser pendant quelques jours. Quelques purgatifs et la digitale améliorèrent un peu l'état de la malade.

Le 25 décembre, elle fut prise d'une violente attaque de dyspnée spasmodique, qui se répéta deux fois de deux en deux heures, et chaque fois avec plus de force et une plus longue durée.

Le chirurgien se résolut immédiatement à pratiquer la trachéotomie : la face était pourpre, les extrémités froides, le corps couvert de sueur. Après l'opération, qu'elle n'avait pas sentie, la malade revint immédiatement à un état meilleur. La tumeur étant devenue très tendue, on crut devoir procéder de suite à la ligature de la carotide. L'artère fut un peu difficile à découvrir parce que l'anévrisme l'avait repoussée en dehors; mais dès que le fil eut été serré, tout battement cessa dans la tumeur. La malade continua à respirer aisément par le tube introduit dans l'ouverture de la trachée.

Le 27, une petite saignée fut faite.

Le 29, on retira la canule, et la respiration continua à se faire librement par les voies naturelles.

Le 31, la tumeur a diminué d'un tiers et n'offre plus de battemens depuis l'opération.

Tout alla bien jusqu'au 8 janvier 1844, où on trouva quelques grumeaux de sang décomposé entre les lèvres de la plaie de la ligature. Ceci fut attribué à un accès de toux que la malade avait eu dans la matinée, quoique la poitrine n'offrît à l'auscultation aucun indice de lésion. On s'aperçut aussi que la tumeur avait repris un peu de volume et de tension. La respiration était bruyante; le pouls à 100. (12 sangsues sur la tumeur.) On ordonna de réintroduire une canule dans l'ouverture trachéale s'il survenait un accès de suffocation. Il y eut, en effet, un accès dans la journée, mais pas assez fort pour rendre ce secours nécessaire.

Le même jour, 9 janvier, la tumeur perça dans la bouche. Il sortit quelques onces de sang décomposé; et elle s'affaissa à la suite de cette évacuation. Pour la vider entièrement, on fit à l'extérieur une incision qui donna issue à du sang coagulé mêlé de pus. La respiration et le pouls se rétablirent dans un état de calme parfait.

Le 10 janvier, à deux heures du matin, le chirurgien fut appelé en toute hâte. La respiration s'était subitement altérée, et la malade était déjà morte quand on arriva auprès de son lit.

AUTOPSIE. Les poumons et le cœur sont sains. Les vaisseaux du cerveau ne sont pas congestionnés à l'excès. Le sac anévrismal est constitué par le tissu cellulaire voisin condensé, et rempli de masses fibrineuses de déposition ancienne, sans un seul caillot sanguin récent. Le nerf récurrent du côté gauche ne peut être suivi au-delà de la partie inférieure de la tumeur ; en ce point, il se confond et fait corps avec ses parois.

L'ouverture de communication entre l'artère et le sac est située à la bifurcation de la carotide primitive ; elle a près d'un demi-pouce de diamètre et occupe la plus grande partie de la circonférence du vaisseau. La ligature a été appliquée à un peu plus d'un demi-pouce de l'origine de l'innominée. Un caillot sanguin de forme effilée, comme à l'ordinaire, existe entre la ligature et le tronc innominé. Entre le fil et l'ouverture du sac, le vaisseau est vide et un peu contracté. Le sac s'était ouvert dans le pharynx par une très petite crevasse.

La rapidité extrême du développement de l'anévrisme est une circonstance qui s'explique, dans ce cas, par la largeur de l'ouverture artérielle que l'autopsie a permis de constater. Le point le plus intéressant assurément est le trouble de la respiration, lequel a été porté au point de nécessiter et de parfaitement justifier l'opération de la trachéotomie. Nous n'hésitons pas à attribuer, avec l'auteur, cet accident à la pression exercée par la tumeur sur l'un des nerfs récurrens. Quant à la mort subite, on ne peut en trouver la cause ni dans une hémorragie interne, ni dans une lésion des poumons ou du cerveau. Faut-il, à l'instar de M. Duncan, la rapporter à un spasme de la glotte?

DE LA NATURE DES FIÈVRES CONTINUES QUI RÈGNENT A MALTE; par le docteur MARTIN, médecin de l'hôpital de la marine royale à Malte.

La question de la nature des fièvres continues aujourd'hui si vivement débattue ne pourra être résolue que quand on aura reçu des diverses contrées du globe des documens positifs recueillis par des hommes familiarisés avec cette étude dans ces différentes contrées sur les fièvres qui y règnent communément. C'est à ce titre que nous citons textuellement le passage suivant extrait d'un rapport sur les cas traités pendant l'année 1842 à l'hôpital de la marine royale à Malte. Nous devons avertir pourtant que bien que les cas dont il est question aient été observés sous l'influence du climat de Malte et des environs, tous les sujets étaient employés sur les navires de la marine royale d'Angleterre dans la station de Malte, et conséquemment tous d'origine anglais, et non des maltais.

« Sur 51 morts qui ont eu lieu à l'hôpital pendant l'année, 6 ont eu lieu dans des cas de fièvres continues, sans y comprendre deux cas où l'on n'a pu décider si la pneumonie qui avait amené la mort était primitive ou consécutive. Les symptômes observés dans ces deux cas étaient ceux de la pneumonie typhoïde, et dans tous les deux on trouva une étendue notable du poumon droit à l'état d'hépatisation grise. Dans les six cas de fièvre non douteuse, le sang était plus ou moins fluide, et dans quelques-uns tout à fait incoagulable et semblable pour la couleur à du vin très vieux. Chez tous les sujets aussi, on trouva les glandes intestinales sans exception plus ou moins altérées, et la gravité des lésions n'était point en proportion avec la durée de la fièvre. La partie inférieure de l'iléum, immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale, était, chez tous, le point où les altérations étaient le plus manifestes. Chez un mousse qui mourut quatre jours après le début des accidens fébriles, la lésion des glandes de l'iléum était plus avancée que chez aucun des autres. Chez lui, l'épaississement des tuniques de l'intestin causé par le développement des glandes et le dépôt qui se fait dans leur intérieur était si considérable, que le canal en était presque oblitéré et qu'une plume d'oie eût eu quelque peine à le traverser. Chez un autre âgé de 18 ans, nommé Hexham, qui mourut le cinquième jour de la maladie; chez un troisième âgé de 40 ans, nommé Griffin, qui mourut le vingtième jour; chez le quatrième, nommé Whealley, âgé de 27 ans, mort le quatrième jour; chez le cinquième, Clarck, âgé de 19 ans, qui mourut le sixième jour, l'intestin offrait les mêmes lésions. Chez tous, la muqueuse intestinale était plus ou moins injectée. Les glandes de Brunner se présentaient sous forme de petits boutons, du volume des graines de moutarde. Les intestins distendus par des gaz étaient transparens, laissaient apercevoir un certain nombre

d'espaces opaques qui étaient produits par le dépôt de la matière grisâtre et friable contenue dans les glandes du tissu sous-muqueux. Les plaques de Peyer et les follicules de Brunner offraient les résultats que produit toujours dans leur organisation l'inflammation aiguë, et la muqueuse qui recouvrait plusieurs d'entre elles s'était ulcérée, laissant et formant un rebord rouge et épais autour d'une escarrhe caséeuse et d'un jaune-verdâtre. Le gros intestin offrait presque partout des traces d'injection, et chez quelques sujets, on trouva des ulcérations jusque dans le cœcum. Chez presque tous, il y avait aussi des traces d'infiltration dans l'arachnoïde et de congestion pulmonaire. Les symptômes n'offrirent rien qu'on n'observe dans les cas de typhus, c'est-à-dire des complications locales du côté de la tête, de la poitrine et de l'abdomen.

DESCRIPTION DE LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE QUI RÈGNE A GLASCOW; par le docteur SMITH;

DE QUELQUES-UNS DES CARACTÈRES A L'AIDE DESQUELS ON PEUT DISTINGUER LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE QUI RÈGNE AUJOURD'HUI EN ÉCOSSE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur HENDERSON.

Ces deux communications n'ajoutant que peu à ce que nos lecteurs savent déjà de l'épidémie de fièvres qui règnent actuellement en Écosse, nous nous bornerons dire quelques mots de chacune d'elles pour indiquer leur caractère principal au milieu des autres nombreuses communications qui ont eu lieu sur le même sujet.

La description de l'épidémie, donnée par M. Smith, ne diffère en rien de toutes les autres qui en ont été données jusqu'ici, et cependant la classe chez laquelle il a observé cette maladie est la dernière classe de la ville de Glascow, classe qui est dans un état de misère, d'abjection et de démoralisation dont on ne trouverait probablement pas un second exemple dans aucune des villes manufacturières même de l'Angleterre. L'identité des phénomènes morbides, dans des conditions aussi défavorables, est un argument bien puissant en faveur de l'unité et de l'identité de l'origine de cette fièvre que l'auteur ne balance pas à attribuer à la contagion. Le passage suivant fera connaître combien sont vagues encore les données obtenues jusqu'ici sur les moyens propres à combattre cette affection. «Dès la première apparition de l'épidémie, je saisis l'occasion de m'assurer sur un grand nombre de cas si l'émétique, les diaphorétiques et les autres évacuans jouissaient de la propriété de juguler la maladie. Plus de cent cinquante cas qui entrèrent dans le service avant le troisième jour de la maladie furent soumis à cette médication, ainsi que 50 cas de rechûte, et dans aucun je n'ai remarqué l'enrayement des accidens. De ces nombreuses expériences j'ai retiré la conviction que la marche de la maladie ne peut être arrêtée par aucun moyen.»

Le docteur Henderson, après avoir consacré les premières pages de sa communication à quelques considérations générales assez justes sur les difficultés que présente l'étude des fièvres et sur les causes d'erreurs qui l'environnent de toutes parts, s'est attaché spécialement à tracer les différences qui existent entre la fièvre épidémique d'Ecosse et la fièvre typhoïde des médecins anglais, différences d'une haute importance sous le point de vue pathologique et qui ne permettent pas de méconnaître un instant une séparation complète entre les deux maladies, ainsi, du reste, que nous l'avons déjà dit et prouvé ailleurs.

Nous signalerons pourtant dans le travail de M. Henderson un point dont l'étude n'avait pas encore été poussée aussi loin, et relatif à l'influence des élémens de l'urine retrouvée dans le sang des sujets. Nous avons vu ailleurs que les accidens comateux présentés par plusieurs sujets dans dans les derniers jours de la vie ayant coïncidé avec la cessation de la sécrétion urinaire, et le nitrate d'urée ayant été trouvé dans deux ou trois cas, soit dans le sang, soit dans la sérosité sous-arachnoïdienne, on en avait conclu que, dans certains cas, la sécrétion de l'urine était modifiée et que son élément principal était reporté ou restait dans le sang et déterminait ces accidens comateux que beaucoup de médecins anglais ont décrits depuis plusieurs années. M. Henderson a été plus loin. Il a trouvé le nitrate d'urée en grande quantité dans le sang d'individus chez lesquels, sous l'influence de la fièvre épidémique, la sécrétion urinaire n'avait été ni suspendue ni même modifiée d'une manière appréciable. Cependant, il y avait toujours une légère diminution de quantité. Quant à l'époque de la maladie où cette diminution s'opère, ce n'est jamais pendant ou après la crise, car alors l'urée est toujours très abondante; mais c'est plutôt entre les paroxismes ou au moment où finissent ces derniers que l'urine diminue et que l'on observe ces désordres des fonctions cérébrales que détermine, comme personne ne l'ignore, l'accumulation de l'urée dans le sang. Il résulterait ainsi de ces faits, s'ils étaient complètement démontrés, que l'accumulation de l'urée dans le sang serait un accident moins funeste qu'on ne le croyait jusqu'ici. Ne s'en tenant point encore à ces données, déjà si importantes, M. Henderson, s'appuyant sur un certain nombre de cas de fièvres épidémiques avec ictère extrêmement prononcé qui n'ont offert aucun symptôme plus grave que les cas les plus ordinaires, affirme que si quelques cas d'ictère se sont terminés d'une manière défavorable, c'est à la présence de l'urée et non point des élémens de la bile dans le sang, qu'on doit attribuer ces accidens, comme il l'a constaté dans un cas au moins.

Il est donc d'une grande utilité pratique, dans le traitement de cette affection, de s'enquérir avec soin de l'état de l'urine à cette époque de la maladie où la vigilance du médecin se relâche habituellement par la persuasion où il est qu'elle n'est plus nécessaire. Cette attribution sera surtout utile dans les cas d'ictère avec phénomènes cérébraux, car alors il est probable que le calomélas, les ventouses, les sangsues, les vésicatoires que l'on applique sur l'hypocondre droit devront faire place à des moyens destinés à agir sur les reins (1).

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

DE QUELQUES MALADIES DU TESTICULE, par M. CURLING.

Cet article est l'analyse d'un traité sur les maladies du testicule et de ses annexes, que M. Curling vient de publier. Nous en extrayons les deux remarques suivantes.

Parmi les fâcheux effets qui résultent de la descente tardive du testicule, M. Curling en a signalé un fort remarquable : ce sont les dangers qui accompagnent les contusions de cette glande. La raison en est facile à comprendre : quand le testicule occupe sa situation normale, il n'est entouré que d'une séreuse de peu d'étendue et bien circonscrite; par conséquent les inflammations qui se propagent de sa substance à son enveloppe séreuse ne sauraient jamais offrir beaucoup de gravité. Mais si le testicule est resté à l'aine, il est là en rapport avec une membrane extrêmement vaste; et lorsqu'une violence extérieure vient à irriter la glande, l'inflammation se propageant au péritoine peut avoir les plus sérieuses conséquences. Le fait suivant, quoiqu'incomplet en beaucoup de points, est donné par l'auteur comme un exemple de cette éventualité.

OBS. — Un enfant âgé de 10 ans fut reçu à l'hôpital de Londres. On apprit de sa mère que quatre jours auparavant il avait reçu de l'un de ses condisciples un coup de pied dans l'aine droite. Il éprouva à l'instant même de l'accident une vive douleur, et, depuis ce moment, il devint de plus en plus malade. Lorsqu'on l'examina, on trouva tous les signes d'une péritonite aiguë; abattement, contenance anxieuse, pouls rapide, petit et faible; abdomen volumineux et extrêmement sensible. Une tuméfaction diffuse existait dans l'aine droite; le côté droit du scrotum était vide; l'enfant mourut douze heures après son admission.

L'autopsie fit reconnaître les marques d'une péritonite étendue à toute la cavité abdominale, épanchement de sérosité trouble et exsudation de lymphe sur les viscères. Dans la fosse iliaque droite, immédiatement sous le péritoine étaient deux petits abcès de récente formation. Contre l'anneau inguinal externe, on découvrit un testicule atrophié, placé au milieu d'une masse de tissu cellulaire infiltré de pus et de lymphe. Il existait des traces peu distinctes d'une tunique vaginale continue avec le péritoine.

L'auteur pense que, dans ce cas, le coup a occasionné dans le testicule et les parties environnantes une inflammation qui de là s'est étendue au péritoine et est devenue mortelle.

Une seconde remarque de l'auteur est relative à l'état du testicule dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. La glande est parfois plus ou moins altérée, et sa maladie est méconnue parce que les signes physiques en sont masqués par la présence de la collection liquide. Il cite à ce sujet l'observation d'un homme qui entra à l'hôpital de Londres pour s'y faire guérir d'une double hydrocèle. Une maladie du larynx, qu'il avait déjà auparavant, le fit succomber durant son séjour à l'hôpital et avant qu'il eût subi aucune opération. On trouva à l'autopsie du pus concret déposé dans la substance des deux testicules. Si la santé du patient avait permis de faire l'opération, M. Curling fait observer que l'on aurait probablement reconnu l'état des testicules après l'évacuation du liquide, et qu'on se serait alors abstenu d'injecter le liquide irritant. Mais, nous remarquerons cependant que si, ce qui est fort possible, on avait méconnu l'affection des testicules et fait l'injection, la marche de cette affection aurait vraisemblablement été activée par là, et l'on n'eût sans doute pas manqué d'attribuer à l'injection l'inflammation purulente dont elle était cependant fort innocente puisque celle-ci existait auparavant.

(1) Cet article et le précédent appartiennent à une revue antérieure.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE.

NOUVEAU VACCIN COMPARÉ A CELUI DE 1836.

M. FIARD communique les résultats des expériences qu'il a tentées dans le but de constater les caractères différentiels de développement, de marche et de durée du vaccin récemment découvert par M. Magendie et lui, comparé à l'ancien qui date de 1836. Depuis le 22 mai dernier, ce nouveau vaccin établi dans le bureau de bienfaisance du troisième arrondissement a servi à faire 351 vaccinations. Il a paru doué d'une virulence plus active que l'ancien et posséder une plus grande facilité de transmission chez l'homme.

M. Fiard est conduit à penser, par ces expériences, que ce n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, le développement plus ou moins considérable des pustules vaccinales au huitième ou au neuvième jour qui démontre essentiellement la dégénérescence de la vaccine, mais la marche continue et régulière et surtout la durée de l'éruption, qui, par sa diminution progressive, indique les degrés de cette dégénération. Plus tard, l'appauvrissement des développemens pustuleux s'accroît aussi progressivement comme on l'a vu pour le vaccin de Jenner; mais c'est surtout, comme pour la varioloïde, par l'abréviation de la durée régulière de l'éruption que se dénote l'atténuation ou la décroissance de la force du virus recueilli sur la vache porté et entretenu artificiellement sur l'homme.

Des tableaux reproduisant les effets comparatifs du développement, de la marche et de la durée du nouveau vaccin de 1844 et de celui de 1836, sur le même enfant, montrent que jusqu'au huitième jour, comme cela a lieu pour la varioloïde et la variole, la différence est nulle; mais à dater du neuvième jour la dessiccation des pustules de l'ancien vaccin commence, elle est complète du treizième au quatorzième jour. Le nouveau, au contraire, poursuit sa marche et son développement plus lentement; la dessiccation n'est complète que du seizième au dix-septième jour. C'est donc entre ces deux vaccins une différence de trois à quatre jours.

Le vaccin de Jenner, après un séjour de trente-neuf ans sur l'homme comparé en 1836 à celui de 1836 était tombé au point que sa dessiccation avait lieu le douzième jour, tandis que celui de 1836, comme celui de 1844, n'arrivait à sa dessiccation complète que le dix-septième jour.

Celui de 1836 aujourd'hui, après huit ans de séjour sur l'homme, comparé à celui de 1844 dont la dessiccation n'est complète que le dix-septième jour, arrive à cette dessiccation du treizième au quatorzième jour. C'est donc trois ou quatre jours qu'il a perdu sous le rapport de la durée éruptive.

OPÉRATION DE RHINOPLASTIE PARTIELLE.

M. le professeur SÉDILLOT (de Strasbourg) communique une observation de rhinoplastie partielle. Il s'agit d'une femme qui fut atteinte, à l'âge de 10 ans, d'ulcérations scrofuleuses du genre lupus, qui attaquèrent une grande étendue de la face, et que l'on ne parvint à guérir qu'en détruisant par des caustiques les parties affectées et particulièrement l'aile gauche du nez et une partie de son lobule. Voici dans quel état était cette femme quand elle fut présentée à M. Sédillot : l'aile gauche, l'extrémité et une petite portion du côté droit du nez, le bout antérieur de la cloison, les points correspondans de la joue et de la lèvre supérieure, furent atteints et détruits. Cette femme ayant désiré être débarrassée de cette difformité, au moins en partie, M. Sédillot proposa et mit à exécution la rhinoplastie d'après la méthode indienne; il s'est servi, pour restaurer le nez, d'un lambeau taillé transversalement dans l'épaisseur de la paroi buccale. Voici comment il a procédé :

Une première incision de la joue, continuée supérieurement avec l'avivement nasal, fut prolongée transversalement en arrière jusqu'au milieu du masséter. Une seconde incision contournant l'extrémité postérieure du lambeau fut étendue au dessous de la première jusqu'au point normal, où devait surgir le bord inférieur de l'aile du nez, et on eut le soin de donner un pédicule taillé dans le tissu inodulaire de l'ancienne ulcération une certaine épaisseur, pour prévenir tout danger de mortification. Le lambeau formé, étroit à son extrémité postérieure, plus large à sa partie moyenne, représentait un ovale allongé doublé d'une légère couche de tissu cellulaire, et, après l'avoir laissé saigner quelques minutes, on le joignit par son bord inférieur au contour supérieur de la perte de substance précédemment avivée, et la réunion fut maintenue au moyen de la suture entortillée, qui servit également à fermer la plaie de la joue.

Le seul accident consécutif dont on eut à s'occuper fut la mortification de la languette de peau étendue au côté droit du nez. La gangrène envahit 4 à 5 millimètres de ce point du lambeau, et, après la chute de l'escarre, on dut procéder à un nouvel avivement. La réunion fut pratiquée au moyen de deux points de suture entortillée.

Au quinzième jour de l'opération, les plaies étaient cicatrisées. La forme régulière du nez était rétablie, mais la partie reformée de toute pièce était trop épaisse et offrait un excès de hauteur. La commissure gauche des lèvres était légèrement déviée par la cicatrice de la joue, et il restait un peu de raideur dans les mouvemens de la face.

Avant de procéder à une seconde opération de perfectionnement, on voulut laisser aux tissus le temps de se conformer à leur nouvelle position.

La malade fut revue au bout de six mois. Les cicatrices, complètement linéaires, avaient blanchi; la bouche était plus droite; l'aile du nez, encore un peu trop volumineuse, était doublée intérieurement d'une surface muqueuse.

M. Sédillot excisa les portions excédantes de l'aile du nez, et, ayant avivé en V la petite échancrure antérieure résultant de la mortification de la pointe du lambeau, il la réunit par un point de suture, au-dessous de l'extrémité du cartilage de la cloison. La pointe du nez redevint ainsi très régulière et la perte d'une partie de la cloison sous nasale fut presqu'entièrement dissimulée. Néanmoins, comme l'aile du nez du côté droit présentait une saillie de quelques millimètres sur son bord inférieur, résultant de la présence du fibro-cartilage normal, l'opérateur enleva d'un coup de ciseau cette saillie disparate, et le nez se trouva très régulièrement reconstitué.

La malade, vue de profil, paraît avoir été simplement atteinte d'une plaie par un instrument tranchant. Vue de face, les traits sont entièrement réguliers; une inspection attentive montre que la cloison sous-nasale est incomplète.

FRACTURE DU CRANE; PERTE DE SUBSTANCE DU CERVEAU.

M. le docteur RONELLE (de Gorron) communique une observation de fracture comminutive d'une partie des os du sommet de la tête dans une étendue d'environ 6 à 8 centim., avec une perte de substance considérable du cerveau, environ du volume d'une pomme d'apis, ayant déterminé une hémiplégie du côté gauche. Ce que cette observation offre de remarquable, c'est la guérison d'abord, mais surtout l'absence de fièvre et l'absence de trouble dans les facultés intellectuelles.

APPAREIL POUR L'ASPHYXIE.

M. CHARLES MAYOR fils envoie un supplément au mémoire intitulé : ESSAI SUR UN APPAREIL PROPRE A PRÉSERVER DE L'ASPHYXIE PAR IMMERSION.

— M. le docteur DUCROS adresse un mémoire sur l'emploi de la douleur et des sensations en thérapeutique.

— MM. CARTEAUX et CHAILLON adressent quelques pièces d'anatomie artificielle, préparées d'après un procédé particulier et relatives à un travail dont ils s'occupent sur l'anatomie en rapport avec la médecine opératoire.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY écrit pour annoncer que M. Mori, pharmacien distingué de Livourne, est parvenu, par un procédé dû au docteur Menici, à extraire l'asparagine de la *viscia sativa* étiolée. Le produit obtenu est d'une parfaite pureté et parfaitement cristallisé. En cultivant à l'ombre cette plante, qui se développe avec beaucoup de facilité, il sera possible d'obtenir de grandes quantités d'asparagines. M. Menici fait remarquer que, dans l'étiolage, l'amidon et quelques autres principes, tels que le sucre, par exemple, se transformaient en asparagine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

CONCOURS DU PRIX D'ARGENTEUIL.

La correspondance comprend :

1° Une lettre d'un des candidats au prix d'Argenteuil demandant la récusation d'un des juges du concours.

Le bureau, après en avoir délibéré, n'a pas cru devoir donner suite à la réclamation de l'auteur de la lettre.

M. CORNAC : Je demande la parole. Ce n'est pas pour appuyer la réclamation qui vient d'être faite, mais pour appeler l'attention de l'Académie sur la composition du jury. Le sujet qu'il s'agit de juger renferme des questions de thérapeutique chirurgicale et de médecine opératoire; or il n'y a pas, à mon avis, dans la commission, assez de chirurgiens d'hôpitaux. D'un autre côté, la commission renferme dans son sein des chirurgiens spécialistes, et il pourrait se faire que, parmi les travaux qui lui seront soumis, elle eût à apprécier des méthodes et des procédés en opposition avec les méthodes et procédés imaginés par ces chirurgiens. L'Académie comprendra sans doute que, dans une pareille situation, il convient de garantir les droits des concurrens. Je demande en conséquence l'adjonction de deux membres à la commission.

M. NACQUART : J'appuie la demande de M. Cornac.

M. BÉGIN : La lettre dont il s'agit a été envoyée à chacun des membres de la commission individuellement. Il en a été référé à la commission réunie. Après mûre délibération, elle a pensé qu'il n'y avait pas lieu de donner suite à cette réclamation.

M. VILLENEUVE : La commission s'est réunie, les mémoires ont été distribués, il faudrait recommencer tout ce que la commission a déjà fait. Je ne crois pas que cela fût convenable. D'ailleurs, personne ici, je pense, ne met en doute l'honnêteté et la bonne foi des membres de la commission.

M. Desportes : Le premier principe à observer, dans tout concours, est d'offrir les plus grandes garanties possibles d'impartialité aux concurrens. Les juges d'un concours ne doivent pas être tels qu'ils puissent écarter les compétiteurs par leur seule présence. S'il en était ainsi, l'Académie, en sanctionnant leur décision, agirait contre ce principe. Le moyen d'obvier à un pareil état de choses, c'est d'affaiblir leur influence en augmentant le nombre des juges. J'appuie la proposition de M. Cornac.

M. Moreau combat cette proposition, qui constituerait un précédent fâcheux; car à l'avenir, tout compétiteur qui pourrait présumer qu'un juge lui fût défavorable se croirait en droit de demander sa récusation.

M. Bégin insiste de nouveau sur le maintien de la commission, et proteste contre toute atteinte à son impartialité.

M. Nacquart : Puisque nous n'avons pas le droit de récuser un membre, je crois qu'il est au moins convenable d'augmenter la commission.

M. Lagneau : J'appuie la proposition de M. Cornac; mais c'est dans une autre vue. La commission compte dans son sein deux chirurgiens d'hôpitaux très compétens assurément pour apprécier les procédés et juger de leur application sur les malades; mais ils appartiennent tous deux à des hôpitaux excentriques, ce qui rendra toujours très difficile la réunion des commissaires en nombre suffisant. Je désirerais que, pour parer à cet inconvénient, on nommât deux chirurgiens attachés aux hôpitaux du centre.

M. Bégin : L'Académie a nommé une commission de neuf membres; elle a procédé à cette nomination régulièrement; elle n'a aucun motif pour revenir sur sa décision, et je ne crains pas de dire qu'il y aurait inconvenance à le faire.

M. Rochoux : M. Bégin a parfaitement posé la question. Quand on demande une adjonction pour cause de surcroît de travail, c'est bien; mais quand c'est par motif de suspicion, c'est une injure et aux membres qu'on soupçonne de partialité, et à l'Académie qui les a nommés. (De toutes parts : Aux voix! aux voix!)

M. Cornac vivement : Je ne puis laisser passer sans protestation le mot d'injure que vient de prononcer M. Rochoux. Personne ici ne pensera que ce soit dans un pareil esprit que j'ai fait une proposition. (Aux voix! aux voix! L'ordre du jour!)

M. le Président : La proposition de M. Cornac a été appuyée, je vais la mettre aux voix. (Non! L'ordre du jour!)

L'ordre du jour étant demandé par un grand nombre de personnes est mis aux voix et adopté.

NATURE DES CORPS JAUNES.

La deuxième pièce de la correspondance est une lettre de M. Raciborski, dont M. le secrétaire annuel donne lecture, ayant pour titre : De la nature des corps jaunes et des différences qu'ils offrent dans leur aspect, selon que l'expulsion de l'ovule a été suivie ou non de la conception.

Cette lettre se résume dans les proportions suivantes :

1° Les corps jaunes sont le résultat d'une véritable hypertrophie de la couche granuleuse qui recouvre la membrane interne des follicules de Graaf. Les élémens anatomiques de ces deux parties sont absolument semblables, seulement les granulations des corps jaunes sont beaucoup plus nombreuses et renferment beaucoup plus de globules huileux de couleur jaune.

2° La transformation de la tunique interne en corps jaune commence avant la rupture des follicules, au moment où ceux-ci s'apprêtent à livrer passage à l'ovule.

3° Aussitôt que les follicules de Graaf sont rompus, la transformation de la membrane interne en corps jaune acquiert une activité extraordinaire. Mais il y a ici deux différences capitales à établir, selon que l'expulsion de l'ovule a été spontanée, comme cela a lieu après chaque époque menstruelle ou après les époques de rut, ou qu'elle coïncidait avec des rapports sexuels suivis de conception.

Chez la plupart des femelles des animaux domestiques, telles que la truie, la vache, la brebis, etc., cette différence n'existe pas. Que ces femelles aient eu ou non des rapports sexuels, l'expulsion de l'ovule est toujours suivie de la formation de corps jaunes représentés par des masses charnues, pleines de couleur jaunâtre ou rougeâtre. Mais les choses ne se passent plus ainsi chez la femme. Si l'expulsion de l'ovule n'a pas été suivie de conception, comme cela arrive par exemple après chaque époque menstruelle, alors les granulations augmentent en nombre et en volume; mais cette activité de nutrition s'arrête bientôt à l'état d'une membrane mince d'un jaune plus ou moins prononcé, collée contre la membrane propre des follicules; et dans la cavité qu'elle entoure, on rencontre toujours des traces d'un caillot de sang.

Si, au contraire, l'expulsion de l'ovule coïncide avec la conception, les élémens de la tunique granuleuse augmentent tellement en nombre et en volume, que, dans peu de temps, ils forment déjà une masse assez volumineuse, remplissant à elle seule toute la cavité du follicule.

4° Chez toutes les femmes qui accouchent à terme, on peut trouver un corps jaune, tel que nous venons de le décrire. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la rapidité avec laquelle les corps jaunes décroissent ensuite et s'atrophient aussitôt que l'accouchement a eu lieu. Ainsi, un corps jaune qui aura, terme moyen, 17 millimètres de diamètre chez une femme morte le deuxième ou le troisième jour après l'accouchement, n'en aura plus que 8-7 au bout de dix jours. Au bout de trois mois, on trouve à peine un petit noyau de 2 millimètres en grande partie décoloré.

5° Il résulte par conséquent de ce qui précède que, chez la femme, il est très facile de distinguer, par la seule inspection, les cas de l'expulsion spontanée des ovules de ceux où cette expulsion a été suivie de conception.

POULS VEINEUX.

M. Bouvier : Je n'étais pas présent à la séance lorsque M. Martin-Solon a lu son travail sur le pouls veineux. M. Velpeau a rapporté un cas de pouls veineux qu'il avait eu l'occasion d'observer dans un service de médecine; le malade dont il s'agit était dans mes salles. Je me permettrai donc de compléter de souvenir ce qu'en a dit M. Velpeau. Ce malade n'était point atteint de fièvre typhoïde; il avait éprouvé des phénomènes intestinaux qui avaient un instant fait croire à une affection typhoïde; mais il avait tout à la fois une péricardite avec inflammation des plèvres et une hépatite. C'était un sujet de 26 ans; on lui pratiqua trois saignées copieuses à peu de distance les unes des autres. Ce fut à la suite de ces saignées que l'on constata des pulsations très prononcées sur les veines du bras, celles de la face dorsale de la main et sur les jugulaires. Je me suis demandé, comme M. M.-Solon, d'où pouvaient provenir ces battemens des veines; s'ils résultaient d'une impulsion *à tergo*, ou bien s'ils venaient des parties supérieures de l'arbre veineux, par le fait des contractions du cœur droit. J'étais beaucoup plus disposé à admettre cette dernière hypothèse, d'autant qu'il y avait une insuffisance des valvules du côté droit.

Quant à la cause première, je ne puis guère admettre que ce fût, dans ce cas-là du moins, la fluidité du sang; car ce sujet était pris d'un état phlegmasique presque général. Dans plusieurs autres cas du même genre que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai pu me convaincre aussi que le sang n'était pas plus fluide qu'à l'ordinaire. Je ne prétends point nier par là que la fluidité du sang n'ait été la cause du pouls veineux dans les faits observés par M. Martin-Solon; mais je crois que ce phénomène peut résulter de plusieurs causes différentes.

M. Poiseuille demande la parole sur le même sujet, pour communiquer à l'Académie quelques phénomènes de circulation, qui peuvent donner une interprétation satisfaisante du fait si curieux d'hydraulique animale, le *nouveau pouls veineux* signalé à l'Académie dans la dernière séance.

Nous ne rappellerons pas ici, dit-il, les nombreuses expériences de Haller, de Spallanzani, etc., de M. Magendie ni d'autres plus récentes, qui légitiment la circulation harveyenne; nous regarderons, avec le plus grand nombre des physiologistes modernes, comme démontré, que le cœur est l'agent principal de la circulation capillaire et veineuse, ainsi qu'il l'est de la circulation artérielle.

Quand on examine au microscope la circulation capillaire des batraciens et des mammifères, si la perte de sang, dans la préparation de l'animal, a été faible, les globules en égard à leur grande vitesse semblent doués d'un mouvement *continu-uniforme*; il n'en est pas ainsi, rigoureusement parlant; le mouvement est *continu*, mais *sensiblement saccadé*. En effet, si, sur un chien, on abouche à l'une des veines d'un membre thoracique ou pelvien un tube recourbé contenant une solution saturée de sous-carbonate de soude, pour s'opposer à la coagulation du sang, l'ouverture du tube étant dirigée vers l'extrémité du membre, le sang de la veine s'introduit dans le tube, d'un mouvement *continu*, mais non *uniforme*; il est *continu-saccadé*, ce qui n'aurait pas lieu, si le cours du sang dans les capillaires était uniforme; car dans ce cas, toutes choses égales d'ailleurs, l'ascension du sang dans le tube offrirait la même espèce de mouvement.

L'expérience que je viens de rapporter est, en quelque sorte, celle de M. Magendie, rappelée par M. Blandin dans la dernière séance, à l'exception qu'elle est faite sur le vivant.

Nous retrouvons un phénomène du même genre par l'examen attentif de la courbe que décrit le sang, au sortir de la veine, dans les saignées dont nous sommes témoins tous les jours; l'amplitude du jet n'est jamais identiquement la même dans deux instans consécutifs, et cela indépendamment du parallélisme des ouvertures faites à la peau et à la veine, et du mouvement qu'on exécite ordinairement dans les muscles de l'avant-bras. Le bras étant maintenu, pendant quelques minutes, dans la même position et dans un repos complet le sang arrive dans le vase qui le reçoit, en des points qui s'éloignent et se rapprochent alternativement : est-il nécessaire de dire que la plus grande amplitude du jet correspond, soit à une contraction du cœur, soit à une expiration qui augmente aussi la force d'impulsion du sang artériel; et la plus petite amplitude à la diastole du cœur ou à une inspiration.

Si cet état normal dont nous venons de parler est exagéré par ces circonstances spéciales, alors il fixera, d'une manière particulière, l'attention de l'observateur moins attentif, qui pourra craindre d'avoir intéressé une artère.

Ainsi, dans la thèse de M. Coudret, citée avec raison par M. Velpeau, les malades observés étaient jeunes, vigoureux, d'une constitution robuste, avaient un pouls très développé; l'impulsion du sang était alors considérablement augmentée pendant les systoles du cœur; de là un mouvement saccadé très prononcé, dans les saignées pratiquées à ces malades, à la suite de chaque contraction de cet organe, dont l'effet [du jet intermittent, se transmettait à travers les capillaires pour se montrer dans les veines.

Le fait communiqué par M. Martin-Solon offre beaucoup de similitude avec celui relaté dans la thèse dont il vient d'être question; mais comme les circonstances sont tout à fait différentes il nous faut invoquer d'autres phénomènes circulatoires.

Nous venons de parler d'un mouvement continu offert par le cours du sang des vaisseaux capillaires, dans les premiers momens où cette circulation est étudiée, ce mouvement devient bientôt *saccadé*, et ici, sans laisser le moindre doute, si l'animal perd une quantité assez notable de sang.

Ainsi, « la circulation, dans le mésentère de rats âgés de 6 à 8 jours, et celle

de la vessie de rats qui viennent de naître, devient moins vite peu de temps après leur fixation sur la sonde de liége; des saccades ont lieu dans les artères, les capillaires et les veines, leur nombre est celui des contractions du cœur, etc. »

Sur de jeunes souris, le mouvement du sang dans les capillaires du mésentère est d'abord continu, sans saccade ni intermittence; mais l'animal perdant de nouvelles quantités de sang par la plaie faite à l'abdomen, le mouvement du sang dans les artères, les capillaires et les veines, de *continu* devient *continu-saccadé* : l'animal s'affaiblissant ainsi, les contractions du cœur perdent de plus en plus leur énergie, une quantité moindre de sang se trouve lancée dans le système artériel, les artères sont donc moins dilatées, et par suite elles reviennent moins sur elles-mêmes après chaque systole du cœur; de là leur impuissance à changer en continu le mouvement intermittent produit par les contractions du cœur, comme il arrive dans l'état normal.

Les malades sur lesquels M. Martin-Solon a découvert le pouls aux veines dorsales de la main, et qu'il a décrit avec tant de netteté, avaient perdu 5 à 6 kilogr. de sang; ceux des docteurs Ward et Graves avaient été abondamment saignés. D'après les expériences que nous venons de rapporter, nous sommes porté à penser que le pouls veineux dont il est question reconnaît comme cause principale les pertes copieuses de sang qu'ont éprouvées les malades.

L'attention des observateurs étant maintenant éveillée par la communication si intéressante de notre laborieux confrère, il sera sans doute facile de se rendre compte des autres circonstances qui accompagnent ce pouls veineux, quand elles pourront être étudiées avec plus de détails.

Quant à la modification du sang, invoquée par M. Martin-Solon, à la suite de nombreuses saignées, comme pouvant favoriser le pouls veineux qu'il a observé, nous partageons son avis, mais par des raisons un peu différentes de celles qu'il a émises. Ainsi, il a supposé que le sang, devenu plus aqueux, devait passer plus librement des artères dans les veines, en traversant les capillaires; M. Magendie est d'une opinion tout à fait contraire. De notre côté, en étudiant l'influence de la composition des liquides, sur leur passage dans les vaisseaux capillaires organisés, nous avons vu que plus le sang devenait aqueux, moins il passait des artères dans les veines, et cela à cause de l'imbibition des tissus. Mais de fréquentes évacuations sanguines rendant plus aqueux le sang, les contractions du cœur perdent leur intensité, et, par les raisons avancées plus haut, le *pouls veineux* pourra être observé.

M. Roux s'inscrit contre la proposition que vient d'émettre M. Puisenille. Il pense que la saccade que l'on observe dans certaines saignées n'est produite que par le choc des artères sous-jacentes ou par les contractions musculaires.

M. Poiseuille répond à M. Roux que l'amplitude variable dont il a parlé dans le jet formé par le sang en sortant de la veine ne s'applique nullement aux cas où le parallélisme entre les ouvertures faites à la peau et à la veine cesserait d'exister, où l'on exciterait les contractions des muscles de l'avant-bras par les mouvemens imprimés aux doigts de la main; mais au cas où le bras est maintenu dans une immobilité complète; alors le sang arrive dans le vase en des points qui varient avec les mouvemens du cœur ou les mouvemens d'expiration et d'inspiration de la poitrine : c'est une expérience assez délicate, mais dont le résultat peut être constaté tous les jours.

M. Martin-Solon : La lecture de M. Poiseuille vient confirmer les propositions que j'ai émises dans mon travail. Quant à ce qu'a dit M. Bouvier, je ferai remarquer qu'il y a deux sortes de pouls veineux, d'origine différente, et qu'il ne faut pas confondre, l'un qui vient par la voie inférieure et qui est produit par l'impulsion *à tergo* des artères et du cœur gauche, l'autre qui vient par la voie supérieure et qui reçoit son impulsion du cœur droit ; c'est le cas du malade de M. Bouvier. Quant aux contractions des muscles, tout le monde sait qu'elles peuvent, en effet, imprimer des saccades au sang veineux; mais ces saccades se succèdent d'une manière irrégulière et suivent les contractions musculaires, sous l'influence immédiate desquelles elles se manifestent, et non celles du cœur. S'il arrivait par hasard que ces contractions fussent isochrones à celles du cœur, l'erreur serait possible, mais il y aurait encore cependant moyen de distinguer le véritable pouls veineux d'avec l'espèce de pouls en question. Il suffirait de faire cesser momentanément les contractions.

En résumé, je crois que le pouls veineux doit être distingué en pouls supérieur et pouls inférieur : l'un produit par des contractions anormales et exagérées du cœur droit; l'autre résultant d'une grande fluidité du sang. Quant au pouls produit par les contractions musculaires, il est toujours possible de le distinguer du véritable pouls veineux dû aux deux causes précédentes.

M. Piorry : J'ai fait, en 1826, des expériences sur les pertes de sang, que j'ai communiquées à l'Académie. Voici ce que j'ai observé. Dans les cas où l'ouverture de la veine est assez large et la circulation libre, le jet du sang est égal, uniforme, il n'y a point de saccades. Mais il n'en est pas ainsi du moment où il existe un obstacle à la circulation dans le cœur et surtout dans le cœur droit. Quand on pousse un peu loin la saignée, qu'on tire par exemple 1 livre, 1 livre 1/2 ou 2 livres de sang, comme on le fait dans quelques circonstances, on voit alors, à mesure que le sujet perd son sang, se manifester de véritables saccades de plus en plus prononcées et ayant quelquefois plusieurs centimètres. Le sang, qui était noir, devient alors de plus en plus rouge. Si l'on ne s'arrête pas alors, une syncope est imminente. La transformation du sang de noir en rouge est un indice certain que l'action du cœur devient momentanément plus forte, mais pour cesser au bout de peu d'instans. Ces faits confirment la théorie émise par M. Martin-Solon, de l'influence de la fluidité du sang sur le pouls veineux.

ENCÉPHALOCÈLE.

M. Velpeau monte à la tribune pour rendre compte des résultats de l'opération qu'il a pratiquée sur l'enfant présenté par M. Moreau dans la dernière séance. Après avoir exposé les difficultés qu'il a eu à surmonter pour faire recevoir l'enfant dans son service, il s'exprime ainsi :

Le petit malade est entré à l'hôpital mercredi dernier, je l'ai vu le jeudi matin à la visite, il était dans un état de souffrance et de maladie beaucoup plus grand que le jour de sa présentation à l'Académie. La tumeur était enflammée et elle menaçait de s'ulcérer en plusieurs points; elle était très douloureuse au toucher; le moindre mouvement qu'on lui imprimât faisait pousser des cris au malade. En l'examinant avec beaucoup plus de soin que je n'avais pu le faire ici, je reconnus que la tumeur était constituée par un sac rempli de liquide et par un pédicule concret, plus consistant que le reste de la tumeur, mais cependant un peu mollasse. Je pratiquai une ponction exploratrice avec un petit troquart-aiguille ; il sortit une assez grande quantité de sérum. Avant de retirer l'aiguille, je m'assurai qu'on pouvait la mouvoir librement en tous sens; il était évident qu'on était dans une grande cavité. Je réfléchis quelques instans au parti que j'avais à prendre ; j'étais indécis si j'opérerais ou non et de quelle manière je procéderais. Après quelque hésitation, la gravité de l'état de l'enfant, qui était menacé d'une mort imminente, me décida à opérer immédiatement. Afin de prévenir l'entrée de l'air, je commençai par lier le pédicule, et j'enlevai la tumeur au dessus de la ligature par une incision circulaire. L'enfant qui, pendant le premier temps de l'opération, poussait des cris aigus, cessa tout à coup de se faire entendre au moment où l'incision fut terminée. Quelques-uns des assistans crurent qu'il venait de mourir sous l'instrument; mais il n'en était rien. Il ne tarda pas à faire quelques mouvemens, et la vie se ranima si bien que le lendemain matin nous le trouvâmes mieux qu'il n'était avant l'opération ; mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; le soir (c'était le vendredi) il fut pris de convulsions et mourut.

Les pièces que M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie consistent en une enveloppe extérieure formant une sorte de poche qui contenait environ 500 grammes de sérum, et un pédicule concret constitué par une portion de cervelet enveloppé dans la dure-mère. Une seconde collection de liquide moins considérable que la première se trouvait contenue dans la portion herniée du cervelet. Le cerveau était intact, seulement le lobe droit était beaucoup plus considérable que le gauche. L'ouverture par laquelle le cervelet faisait hernie était située sur la bosse occipitale.

Cette tumeur était donc constituée par la presque totalité du cervelet et une grande quantité d'eau. Il y avait, en d'autres termes, une hernie du cervelet, plus un épanchement extérieur aux méninges, situé entre ces membranes et la peau du crâne. C'était une disposition analogue à celle que l'on trouve quelquefois dans les bourses, lorsqu'il existe à la fois un hydrocèle et une hernie inguinale. Je crois que ce cas n'a pas d'analogue complet dans la science. Dans les autres faits qui pourraient lui être comparés, il y avait des épanchemens contenus dans des lamelles cérébrales.

M. Moreau : Le liquide était-il en dedans ou en dehors des méninges?

M. Velpeau : En dehors, entre la dure-mère et les tégumens. J'avais omis de dire que le liquide était légèrement rougeâtre, non par le mélange de sang, mais de cette couleur qui annonce un certain degré d'inflammation des enveloppes.

M. Bérard : Je dois déclarer d'abord que je prends sur moi une partie de la responsabilité, bien que M. Velpeau n'ait pas besoin de cela, car j'ai conseillé l'opération. Je rappellerai que dans la dernière séance, lorsqu'il s'est agi de la composition de cette tumeur, j'ai fait remarquer le premier qu'elle contenait autre chose que du liquide ; j'avais senti que le collet était formé d'une substance plus épaisse, plus consistante que le reste de la tumeur. Mon diagnostic, comme on le voit, a été confirmé. M. Velpeau a rappelé seulement une partie de la proposition que j'avais émise dans la précédente séance, savoir que dans les encéphalocèles il y a une lamelle de cerveau qui forme une sorte de poche dans laquelle est renfermé le liquide; mais je n'ai point dit qu'on n'eut jamais rencontré le liquide en dehors de cette lamelle cérébrale et qu'on ne trouvât pas quelquefois la substance cérébrale à la base de la tumeur. J'ai dit seulement que les choses s'étaient trouvées disposées ainsi dans les cas que j'ai vus. Il y a en effet deux espèces de hernies du cerveau, l'une compliquée d'hydropisie au dehors, l'autre avec un épanchement intérieur. C'est un cas de cette première espèce auquel me paraît avoir eu affaire M. Velpeau. Cependant la description que M. Velpeau vient d'en faire semblerait constituer un cas à part que j'avoue ne pas bien comprendre. Il a dit que le liquide était situé entre la dure-mère et les tégumens ; ce serait, suivant lui, une espèce de kyste, étranger en quelque sorte à la hernie du cervelet. Ce serait là, pour moi, un fait exceptionnel, dont je ne connais aucun autre exemple. S'il en était ainsi j'aurais à exprimer le regret qu'on ne se fût pas borné à la ponction, traitement qui convenait pour un simple kyste. Je regrette aussi que M. Velpeau ait cru devoir appliquer une ligature avant de pratiquer son incision ; car toutes les fois qu'on a agi ainsi les sujets ont invariablement succombé.

M. Velpeau prie M. Bérard de s'approcher du bureau pour lui faire voir les dispositions de la pièce pathologique. Nous n'entendons pas les quelques mots d'explication qu'il lui donne.

M. Blandin : Je suis du nombre de ceux qui ont improuvé l'opération. J'ai en quelque sorte intérêt à faire ressortir aujourd'hui les motifs de mon opposition. L'examen seul de la pièce me donne complètement raison. Que trouve-t-on en effet dans cette tumeur? Un kyste extérieur, une portion du cervelet, puis du liquide; c'est en un mot un encéphalocèle avec hydropisie des méninges. Il est donc évident qu'on ne pouvait enlever la tumeur qu'à la condition d'enlever une portion du cervelet et de ses enveloppes. Or une pareille opération est à mon avis impraticable. Je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul exemple d'opération où l'on ait enlevé une portion du cerveau ou du cervelet avec suc-

cès. Quant au procédé, je ne comprends pas, je l'avoue, quelle raison a porté M. Velpeau à appliquer une ligature avant de faire l'incision. Une semblable pratique, ainsi que l'a dit M. Bérard, ne devait avoir aucun succès ; je crois que c'est là un mauvais procédé.

Une autre question me préoccupe, c'est celle de savoir si le liquide était réellement, comme le dit M. Velpeau, étranger aux méninges. J'ai peine à le croire. je dirai plus, je soutiens que M. Velpeau ne peut pas le savoir. L'analogie porte à croire qu'il en était tout autrement ; que le liquide devait provenir des méninges. Il serait difficile du moins de prouver le contraire. La ligature et l'incision qui a été faite au-dessus ne permettent pas de voir maintenant les rapports qui pouvaient exister entre les méninges et la collection séreuse qui remplissait la tumeur.

En résumé, le résultat a prouvé que j'avais eu raison de dire que c'était là une opération impossible ; admettant qu'une pareille opération fût praticable, le procédé que M. Velpeau a mis en usage ne me paraît pas convenable. Enfin, je doute que le liquide contenu dans la tumeur vienne d'ailleurs que des enveloppes du cerveau.

M. Moreau pense que cette opération est parfaitement justifiable et qu'il n'y avait aucun inconvénient à la tenter dans un cas où la mort était aussi imminente.

M. Velpeau : Tout le monde était d'accord qu'il y avait très peu de chances de succès. Il était démontré pour nous que l'enfant mourrait inévitablement si l'on ne faisait rien. Je ne vois pas sous quel prétexte on blâmerait maintenant cette opération. Quand on opère un malade pour une hernie étranglée et qu'il succombe à une péritonite, mettra-t-on la mort sur le compte de l'opération, lorsqu'on sait que la péritonite est au moins aussi souvent le résultat de la maladie elle-même que de l'opération ? D'ailleurs, serait-ce une raison de renoncer à une opération parce qu'on n'aurait pas réussi une fois ? A ce compte, on n'entreprendrait jamais d'opération nouvelle. M. Blandin raisonne plus en physiologiste qu'en chirurgien quand il dit qu'on ne peut pas enlever le cervelet.

M. Blandin : Ce n'est pas tout-à-fait ainsi que je me suis exprimé ; j'ai dit que je ne connaissais pas de cas où l'on eût réussi en enlevant une portion du cervelet.

M. Velpeau : Il y a des exemples qui prouvent qu'on peut vivre sans cervelet. Je le répète, du reste, il n'y avait pas lieu ici à garder des ménagemens. Relativement au manuel opératoire, M. Bérard aurait voulu que je m'en tinsse au procédé de M. Dubourg. C'était aussi mon intention ; aussi n'avais-je serré que très modérément la ligature, pour pouvoir réunir ensuite. Mais après la section faite j'ai hésité quelque temps et j'ai fini par reconnaître que la réunion n'était pas possible.

MM. Blandin et Bérard doutent que le liquide ait réellement été en dehors des méninges. Mais si ces Messieurs veulent se donner la peine d'examiner avec attention les pièces, il seront bientôt convaincus comme moi qu'il n'y a pas de trace de dure mère autour de la tumeur. C'est un cas singulier et rare, j'en conviens mais il n'est pas moins réel.

M. Blandin : Je crois que M. Velpeau s'est laissé induire en erreur par une disposition que j'ai eu l'occasion de voir dans d'autres cas analogues. Il s'est fait probablement ici un éraillement de la dure-mère, et par suite une séparation complète de la portion qui enveloppait le liquide.

Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS ; par P. Cazeaux. — Deuxième édition, avec figures intercalées dans le texte ; in-8° de 847 pages. Paris, 1844 ; Mequignon-Marvis fils, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 3.

Lorsque ce livre parut pour la première fois, les théories introduites dans l'art des accouchemens par MM. Naegelé, Stoltz et Dubois étaient déja très répandues. Mais, soit qu'elles fussent trop contraires aux principes de Baudelocque, soit qu'elles n'eussent été nettement exposées que dans les écoles où elles avaient pris naissance, il y avait, hors des limites de l'enseignement de ces professeurs célèbres, un assez grand nombre de dissidens qui attendaient, pour se rallier, de nouveaux éclaircissemens et de nouvelles preuves. Une lacune restait à remplir ; il fallait un livre qui exposât d'une manière à la fois précise et complète les prétentions de l'école nouvelle. La tâche était délicate, M. Cazeaux s'en acquitta avec bonheur, et le succès justifia son entreprise.

Il serait inutile, à propos de cette seconde édition, de discuter des doctrines dont la valeur est depuis longtemps reconnue. Nous avons seulement à examiner les modifications que l'auteur a fait subir à son œuvre. En homme habile, il a cru qu'il ne lui séyait point de se contenter de la faveur d'un premier accueil, mais que de persévérans efforts devaient lui conquérir de nouveaux suffrages. L'opinion publique est comme le sol ; elle ne se montre prodigue que lorsque, par un labeur assidu, on acquiert sans cesse de nouveaux titres à sa libéralité. M. Cazeaux ne l'a point oublié. Voué sans relâche à l'enseignement, il ne pouvait, sans renier son passé, sans compromettre son avenir, rester au dessous de ses premiers travaux. C'était peu de s'enquérir de toutes les recherches tocologiques qui ont vu le jour dans ces dernières années ; c'était peu d'améliorer encore en beaucoup de points la forme de son livre, des additions nombreuses ont été faites dans chaque partie, des chapitres entiers ont été ajoutés, et, chose digne d'éloges, à une époque où la paternité scientifique est si pleine de sollicitude, l'auteur n'a pas hésité à sacrifier ses propres opinions toutes les fois qu'une expérience plus mûre est venue les détruire.

L'exécution matérielle de l'ouvrage ne laisse rien à désirer. Autrefois les œuvres de science et de littérature semblaient seules dignes de l'attention de l'artiste. De nos jours, une révolution heureuse s'est opérée sous ce rapport dans la presse médicale, et le livre de M. Cazeaux en est un exemple frappant. Le luxe de la typographie et l'exactitude des nombreuses gravures qui ont été intercalées dans le texte font ressortir à merveille les démonstrations de l'auteur.

Après cet aperçu général, il nous faut justifier, par un examen succinct, ce qui vient d'être avancé sur le mérite de cette nouvelle édition. La distribution des matières, qui avait été signalée comme très heureuse, a été conservée. Cinq parties composent le livre et comprennent successivement l'histoire anatomique et physiologique de la génération, celle de l'accouchement naturel, de ses complications, et enfin l'étude de la délivrance.

L'histoire de la génération a toujours excité à un haut degré l'attention des physiologistes ; presque tous, dans ces derniers temps, ont voulu soulever le voile qui dérobe à nos investigations les phases de cette mystérieuse fonction. Partout, en Allemagne, en France, en Angleterre, des recherches intéressantes ont été publiées sur ce sujet. Aidé des conseils d'un professeur distingué, que ses travaux viennent d'appeler au collége de France, M. Cazeaux a résumé avec une grande lucidité l'état de nos connaissances sur l'évolution de l'embryon.

On rencontre le même talent d'exposition dans l'étude de la gestation et dans l'appréciation des changemens que présente pendant la grossesse la texture de l'utérus. Parmi ces changemens, ceux dont le col et le siége ont une grande importance pour le diagnostic. M. Stoltz avait consacré à cette question une partie de sa thèse inaugurale, et il était arrivé à cette conclusion, que le col conserve toute sa longueur jusqu'à la dernière quinzaine, et qu'il ne se raccourcit pas de haut en bas avant cette époque. Cette opinion rencontra beaucoup d'incrédules. Malgré le respect qu'il a pour l'autorité du professeur de Strasbourg, M. Cazeaux, lors de sa première édition, ne voyait dans cette assertion qu'une hypothèse. Aujourd'hui, son expérience personnelle lui a fait adopter sans restriction ce qu'il avait d'abord regardé comme trop absolu.

Parmi les autres points qui se rattachent au diagnostic de la gestation, M. Cazeaux a consacré une attention spéciale à l'étude des signes fournis par l'urine, et auxquels MM. Nauche, Eguisier, Kant, Gold. Bird et Starck attachent une grande valeur. A l'exemple de ces auteurs, M. Cazeaux nous semble avoir fait une trop large part à cette modification de la sécrétion urinaire, et n'avoir pas justifié sa manière de voir par une critique assez rigoureuse. Nous aimons mieux approuver sans réserve les conseils qu'il donne sur le toucher et les développemens qu'a reçus l'examen des phénomènes qui caractérisent la grossesse. Au milieu de détails très précieux et très instructifs, nous devons encore mentionner une bonne appréciation des observations de M. Martin (de Lyon) sur les déplacemens de l'utérus, et de celles de Churchill sur les phénomènes de l'accouchement.

Mais l'étude de la succession des divers phénomènes de la gestation et de l'accouchement ne constitue pas la partie la plus considérable du livre que nous analysons. Celle qui a reçu les améliorations les plus grandes est celle qui renferme les causes de dystocie et les opérations dont celles-ci présentent l'indication. Là gît, en effet, toute la difficulté de l'art de l'accoucheur, et nous ne sommes point étonné que M. Cazeaux y ait apporté la plus scrupuleuse attention.

Les vices de conformation du bassin constituent la cause la plus fréquente de dystocie ; l'auteur a eu raison d'insister sur le meilleur procédé à suivre pour arriver à leur détermination. Parmi tous les moyens imaginés dans ce but et dont il aurait été fastidieux de dresser l'inventaire, il donne la préférence à celui recommandé récemment par M. Vanburel. Nous ferons remarquer en passant que l'instrument du professeur de Bruxelles n'est autre que celui qui a été imaginé et proposé il y a près de quinze ans déjà par Wellenbergh.

Après les déformations pelviennes, les diverses tumeurs qui peuvent

avoir leur siége dans l'excavation sont les causes de dystocie qui se rencontrent le plus souvent, et on peut dire sans crainte d'exagération qu'elles constituent un des points les plus obscurs de la pathologie obstétricale. Ces altérations qui sont pour l'homme de l'art l'occasion de tant de mécomptes ont été étudiées avec un soin et une patience extrêmes par Puchelt fils, de Heidelberg. M. Cazeaux a mis à contribution la monographie remarquable du médecin allemand pour éclairer cette grave question et pour indiquer la conduite à suivre en pareille occurrence.

Parmi les obstacles qui appartiennent au fœtus les présentations vicieuses sont les plus ordinaires. On a longtemps rangé parmi elles celles de la face. M. Caseaux ne doute pas que l'accouchement ne puisse se terminer spontanément dans la plupart de ces cas; mais suivant lui les positions mento-postérieures ne doivent pas être abandonnées à la nature. A l'exemple de Baudelocque, il veut que dans cette circonstance on refoule le menton de manière à convertir la présentation de la face en une présentation du sommet. Malgré la persistance de M. Cazeaux, malgré le grand nom du maître sur l'autorité duquel il s'appuie, nous croyons, en thèse générale, que cette manœuvre doit être rejetée parce qu'elle est très difficile pour ne pas dire impossible et qu'il est plus sage et plus facile d'attendre sauf à recourir au forceps si l'intervention de l'art devient indispensable.

L'examen des indications que réclament les diverses causes de dystocie conduit naturellement à l'histoire des opérations obstétricales. Dans l'ordre d'utilité et de fréquence la version occupe le premier rang. Autrefois on ne connaissait que la version céphalique, mais depuis A. Paré et Guillemeau, la version par les pieds lui a été substituée et trop exclusivement, il faut le dire. Sans vouloir attribuer à la version céphalique toute l'importance que lui donnaient Flamant et Osiander, il est permis de croire avec MM. Stoltz et Velpeau qu'elle peut rendre d'utiles services. M. Cazeaux y a insisté de nouveau et lui a assigné, suivant nous, le rang qu'elle doit conserver.

L'accouchement prématuré artificiel est une transition heureuse entre le forceps ou la version et des opérations plus graves. Après un historique très complet qui assigne à chacun la part qui lui revient dans cette grande découverte, M. Caseaux décrit d'une manière précise les cas où il doit être mis en usage et les procédés opératoires que l'expérience a sanctionnés. Malheureusement le champ de cette salutaire pratique est limité, et trop souvent encore il faut recourir aux opérations sanglantes. Sur ce terrain, les accoucheurs ne sont pas d'accord. Suivant les uns, l'embryotomie ne doit être pratiquée que lorsqu'on s'est positivement assuré de la mort de l'enfant. Suivant d'autres, on peut les sacrifier sans scrupule si le salut de la mère l'exige. M. Cazeaux n'hésite pas à se ranger à la seconde de ces deux doctrines, et c'est ce qui explique la préférence qu'il donne à la céphalotomie sur la section césarienne et la symphyséotomie. Il rejette même complètement la dernière de ces opérations et s'appuie pour justifier cette proscription sur des relevés numériques. Mais la statistique, à notre avis, présente l'inconvénient très grave de ne tenir aucun compte des circonstances et de n'établir aucune différence entre les diverses époques où une opération a été pratiquée. Est-ce que, par exemple, la symphyséotomie d'A. Leroy et de Sigault ressemble à l'opération sous-cutanée de M. Imbert de Lyon? Et celle-ci n'est-elle pas tout à fait distincte de la pubiotomie sous-cutanée de M. Stoltz? On se tromperait étrangement si on ne voyait dans ces progrès de la science que de simples modifications du procédé opératoire; ce sont des méthodes qui changent tout à fait les conditions de l'opération.

Cette analyse rapide du livre de M. Cazeaux nous a fait oublier son style quelquefois élégant, toujours digne. L'érudition y est sobre et de bon aloi; chaque partie contient une appréciation judicieuse des travaux contemporains. Ses lecteurs lui sauront gré de n'avoir pas répondu à de récentes attaques. En gardant le silence, il a évité une polémique qui n'aurait guère eu d'autres résultats que de fournir un chapitre nouveau à la LUCINE FRANÇAISE de Sacombe.

En résumé, cette seconde édition du TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS prouve qu'en dépit du peu de ressources que possède parmi nous l'enseignement clinique obstétrical, la science est en voie de progrès. Elle montre parfaitement l'état de nos connaissances sur ce point, en même temps qu'elle indique ce qu'on doit attendre de ceux qui la cultivent.

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Dans sa séance du 6 de ce mois, l'Académie a décidé qu'une médaille d'or sera décernée, à titre d'encouragement, à l'auteur de l'un des mémoires qu'elle a reçus en réponse à la question qu'elle avait proposée pour le concours de 1844, sur l'histoire des médicamens ferrugineux, etc. Le mémoire est celui qui porte pour épigraphe: « Les services que le fer rend à la société doivent lui concilier, plus qu'à tous les autres métaux, l'estime des gens habiles à exercer leur esprit. » (Fourcroy, SYSTÈME DES CONNAISSANCES CHIMIQUES, tome VI, page 105.)

L'Académie a décidé, en outre, que ce travail sera inséré dans le recueil de ses mémoires.

En conséquence, son auteur est invité à faire connaître, le plus tôt possible, par une lettre à adresser au secrétariat de la Compagnie, hôtel du ministère de l'intérieur, à Bruxelles, s'il consent à ce que son nom soit rendu public.

« La recherche de la vérité est la plus noble des occupations, et sa publication un devoir. »

(Mme DE STAEL.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C[e], RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 26 OCTOBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au hureau dn Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DERMATOLOGIE.

PRINCIPES DE CLASSIFICATION ET DE NOMENCLATURE EXPOSÉS DANS UN ENSEIGNEMENT SUR LES MALADIES DE LA PEAU;

par M. Duchesne-Duparc, professeur particulier de pathologie cutanée.

Dans nn premier article (Voir la Gazette ménicale du 27 juillet) nous avons dit comment on doit procéder à l'étude des maladies de la pean, et quelles distinctions il importe d'établir entre les différens caractères morbides fonrnis par ces affections; nous avons fait connaître toutes les notions positives qui se rattachent à l'histoire de la peau bnmaine étudiée soos le triple point de vue de la physiologie, de l'anatomie et de la pathologie; nous avons insisté sur la valeur incontestable des considératioos étiologiques, sur la nécessité de fixer nn diagnostic précis et juste si l'on veut arriver, comme conséqnence, à un pronostic qui ne craigne pas d'être démenti par les faits; et ce n'est qu'après avoir ainsi épuisé les principales questions dont la solution devait jeter sur nntre snjet nn jour nonveau et plus complet, que nous avons, en dernière analyse, posé les bases de la thérapentique des maladies de la pean.

Une autre tâche nous restait encore: il s'agissait de savoir si les altérations dont la pean bnmaine est susceptible et qu'on sait être aussi nombreuses que variées, se tronvent renfermées dans des classifications suffisamment logiques et convenables, et si chacune d'elles est connne sous une dénomination appropriée; tel est l'examen auqnel nous venons nous livrer anjourd'hui.

Personne ne peut, sérieusement, contester l'importance et l'ntilité d'une bonne classification, surtont dans une science qui, comme la dermatolngie, se compose de faits multipliés dont les caractères différentiels sont trop traochés ponr qu'il soit possible de les étudier avec fruit, pêle-mêle, ei sans ancun ordre arrêté: les efforts tentés jnsqu'à nous pour l'obtenir sont donc des plus faciles à justifier.

Mais nos devanciers sont-ils parvenus à atteindre le bnt qu'ils se proposaient? il nous est permis d'en donter en vnyant les nnnveaux essais pnbliés de nos jours; car, nons ne sommes pas de l'avis de ceux qui prétendeot que le désir d'attacher son nom à nne classification on nomenclatnre nonvelle peut disposer à croire légèrement à l'insuffisance ou à l'inutilité de celles qui existent. D'ailleurs, comme, dans nne qnestion de cette gravité, les suppositinns doivent le céder aux faits bien établis, et que cenx-ci penvent être facilement soumis à notre appréciation; le mieux est de nons borner à les exposer, nous réservant, bien entendu, le droit de la critique à mesore qn'ils noos passeront sons les yeox.

Feuilleton.

IMPRESSIONS MÉDICALES D'UN VOYAGE EN ITALIE.

ROME.

L'entrée par laquelle il faut pénétrer dans Rome, c'est la porte de Saint-Jean-de-Latran. Cette entrée si pompeuse dont les touristes parlent avec tant d'enthousiasme, la porte et la place du peuple, est trop moderne pour ne pas faire oublier Rome ancienne. Si l'obélisque d'Héliopolis ne s'élevait pas au centre de cette place, on croirait pénétrer dans une de nos capitales d'Europe. Mais qoand le voyageur vient par le midi de la ville, le spectacle est bien différent; il se trouve tout à conp dans la région des ruines. Cependant après avoir franchi l'enceinte du vieux mur, les yeux s'arrêtent sur un monnment contemporain, la basilique de Saint-Jean-de-Latran; c'est, avec quelques églises qui sout jetées sur ce grand espace de terrain qui s'étend jusqu'aux quartiers habités, le seul vestige de la civilisation actuelle. Tout le reste appartient à la Rome impériale ou à celle des temps les plus reculés. Les rues soot en effet à l'état d'ébauche. Les cordons de mur qui les forment servent de clôture à des terrains sans culture ou à des jardins coupés de courts allées de cyprès. A mesure qu'on pénètre dans ces issues on voit des pans d'antiques constructions surplomber sur sa tête, des vestiges de monnmens s'élever dans les airs, des colonnes engagées dans des murs modernes que couronneot encore de riches débris. Au milieu de ces vestiges passent les longues lignes des aqueducs dont quelques-uns se continuent encore jusqu'à la ville, et lui portent, comme au temps des empereurs, le tribut de leurs eaux. Lorsqu'on a parcouru la moitié de cette surface où s'élevaient les quartiers pompeux de l'ancienne Rome, on voit grandir devant soi un immense édifice que le temps semble avoir respecté. Lorsque ni murs ni ruines n'en cachent plus les proportions, l'esprit est étonné du caractère imposant de cette masse; et on reste en contemplation devant ce rideau de pierre qui cache les restes de l'ancien Forum. Cet édifice, c'est le cirque de Flavien; c'est le Colysée. Il fait face au Capitole, et l'espace compris entre ce monnmeot et le cirque est formé par cette étroite vallée où s'agitaient les destinées du monde connu. C'est réellement à l'extrémité septentrionale du Forum que commence Rome moderne. Ainsi le centre de Rome ancienne forme maintenant les limites de la cité. Il y a donc eu un déplacement complet dans la population. Les vieux quartiers ne comptent pas un seul habitant, et ne sont animés qoe par de rares maisons de campagne et penplés que de ruines; les quartiers nonveaux s'élèvent au contraire sur des terrains qui ne comptaient pas parmi les quartiers populeux de l'ancienne cité. Certainement, l'état d'abandon dans lequel a été laissée la surface du sol qui s'étend depuis l'eoceinte méridionale jusqu'au Forum, et l'accumulation de la population actuelle sur les rives du Tibre contribuent à cette insalubrité de l'air, qui rend la ville inhabitable une partie de l'année. Rien ne le prouve mieux que l'étude des détails.

Trois modes différens de classification ont été jusqu'ici proposés par les auteurs; ainsi, les uns veulent qu'on distribue les maladies de la peau selon leur siége pathologique ou topographiquement; d'autres, d'après leurs formes éruptives ou élémens anatomiques; les derniers enfin, parmi lesquels nous n'hésitons pas à nous ranger, d'après la loi de leurs analogies morbides.

L'insuffisance du système topographique n'étant plus un doute pour personne, notre choix n'a plus à s'exercer qu'entre le système artificiel des élémentaires représentés par l'école Willaniste, et la méthode naturelle de Lorry et d'Alibert.

Les partisans de Willan ont fait subir à sa classification d'assez nombreuses modifications; mais aucune d'elles ne touche au principe classificateur lui-même: or, c'est à ce dernier que s'adressent nos principales objections: leur justesse et leur force ne peuvent donc en recevoir aucune atteinte.

Le premier reproche que nous faisons à la classification anglaise porte principalement sur cette apparente simplicité dont ses partisans lui font un mérite et qui tient à l'unité de l'élément sur lequel elle repose; car il y a d'autant plus d'inconvéniens, selon nous, à faire dériver un système de classification d'une partie seulement d'un sujet, quel qu'il soit, que cet élément préféré est plus éphémère ou plus fragile; et comme il n'est pas besoin d'une grande habitude des maladies de la peau pour savoir avec quelle rapidité s'éteignent ou se dénaturent, soit certaines efflorescences exanthémateuses, soit la plupart des produits vésiculeux ou pustuleux, il reste démontré pour nous: 1° que le défaut de durée et de persistance est un premier vice de l'élément pris comme base de la classification anglaise.

Notre seconde objection porte sur l'inconstance de l'élément anatomique. Ne trouvons-nous pas des preuves multipliées de cette inconstance:

A. Dans les changemens fréquens des produits vésiculeux qu'une simple augmentation de l'inflammation rendra turgescens à la base, tandis que leur fluide, de transparent et incolore qu'il était, passe graduellement à l'opacité, puis à l'état de véritable pus.

B. Dans ces transformations, quoique moins répétées, des produits papuleux qui tantôt renferment à leur sommet une certaine quantité de sérum, et prennent ainsi le caractère d'une vésicule; tantôt perdent la forme papuleuse pour revêtir, dans certaines variétés de lichen, selon la remarque de Batmann, celle du psoriasis ou de l'impetigo.

C. Dans ces larges ampoules qui compliquent souvent l'érysipèle et le font classer par les uns dans les Bulles, tandis que d'autres le maintiennent, à tort, selon nous, parmi les exanthèmes.

D. Dans ces divergences d'opinions des auteurs relativement au rang que doivent prendre, dans la classification de Willan, plusieurs autres genres morbides cutanés; ainsi, la gale, qu'on a tour à tour classée parmi les pustules, les vésicules et même les papules; les boutons du vaccin et du varus ou *acné* que Willan et Batmann rangent parmi les tubercules, et certains dermatographes français, parmi les pustules, etc., etc.

La fragilité et l'insuffisance des élémens pris comme base de la classification anglaise ressortiraient encore davantage, si, au lieu de nous en tenir à la simple apparence du produit d'éruption, nous voulions y joindre l'étude anatomique de son état intérieur; car nous trouverions des vésicules et des pustules avec ou sans base tuberculeuse, des pustules uniloculaires, d'autres multiloculaires, etc., etc.

Toutes ces objections sont tellement fondées que MM. les willanistes ne cherchent même pas à les contester; ils aiment mieux se faire illusion sur leur importance; et, au lieu de les reconnaître par une réforme franche et complète, ils s'efforcent de tourner chacun à leur manière les difficultés qu'elles entraînent nécessairement pour l'étude des maladies de la peau.

Donc 2° inconstance positive et avouée de l'*élément* pris comme base de la classification anglaise.

Considérant ensuite la méthode de Willan sous le rapport des anomalies morbides qu'elle présente, nous devons signaler la séparation de la *gale* et du *prurigo*, malgré l'analogie frappante qui les rapproche; la dissociation des différentes espèces de *dartres* qui réunissent des caractères communs d'origine souvent héréditaire, de ténacité, de complication, etc., etc.; le mélange parmi les exanthèmes, de l'urticaire et de la péliose ou purpura, tandis qu'on en éloigne la variole, la varicelle, la vaccine; la réunion de la varicelle avec la gale et la vésicule ou herpès; celle de la vaccine et de la variole avec la dartre pustulo-crustacée (*impetigo*), le varus (*acné*), la mentagre (*sycosis*), et jusqu'au porrigo; celle enfin du furoncle et de la verrue, avec l'esthiomène (*lupus*) et l'éléphantiasis.

Agir ainsi, n'est-ce pas séparer ce que la nature a uni le plus étroitement; c'est rompre les relations les plus intimes, c'est désunir jusqu'à l'harmonie elle-même.

Est-il possible, après un tel examen, de conserver le moindre doute sur le peu de valeur que présente l'élément anatomique choisi comme base d'une classification? Il serait superflu de vouloir l'appuyer de considérations secondaires, telles que peuvent en fournir certaines espèces admises par Willan et conservées par ses partisans, ainsi l'*eczema rubrum*, l'*eczema impetiginodes*, l'*impetigo érysipélatodes*, etc., simples accidens pathologiques souvent instantanés, véritables *hybrides* n'ayant aucune influence sur l'idée qu'on s'est faite du caractère de l'éruption, et qui ne peuvent, en conséquence, rien suggérer au thérapeutiste.

Si encore il était possible de reconnaître entre l'élément éruptif et son siége anatomique un rapport évident et invariable, on pourrait arriver à former des ordres qui auraient un côté méthodique et jusqu'à un certain point naturel; mais nous avons déjà vu qu'il n'en est malheureusement pas ainsi, malgré les progrès récens et incontestables de l'anatomie de la peau.

Si, enfin, nous nous demandons quelles considérations pratiques peut fournir l'élément pris comme base de la classification anglaise, nous en serons encore réduit à une réponse négative. En effet, parce que nous voyons telle affection débuter par une papule, telle autre par une vésicule ou une pustule; telle autre par une squamme, ou un tubercule, on une tache, etc., en sommes-nous plus avancés? Cette première notion nous fait-elle connaître si nous avons à traiter une affection de cause externe ou interne, locale ou générale, ou constitutionnelle, particulière à telle ou telle région, ou pouvant se développer indifféremment sur l'une ou l'autre des divisions cutanées; nous laisse-t-elle seulement soupçonner la gravité et l'importance ou la simplicité de la maladie? Rien de tout cela; c'est à peine si nous en tirons, pour le traitement, autre chose qu'une préférence secondaire en faveur de certains topiques ou applications extérieures.

Nous retrouverons à la fin de cette notice les objections qui concer-

---

Il y a une place excellente pour embrasser d'un coup d'œil toute la surface du terrain qu'occupe Rome; c'est la colline (monte Pincio) où sont les jardins Borghèse et au sommet de laquelle se fait remarquer la villa Medici. Cette colline se prolonge jusqu'au mont Quirinal, et forme la partie orientale de la ville. Tous les édifices, tous les monumens, depuis le Colysée, qui est au midi de la ville, jusqu'à Saint-Pierre, qui est au nord, se déroulent sous les yeux du spectateur. On voit Rome du Pincio, tout aussi bien que Paris du haut de Montmartre. Si on n'a pas pris la précaution d'étudier et de saisir la topographie de Rome, avant d'embrasser son ensemble, on se surprend à chercher ces fameuses collines qui n'existent pas. En effet, la Rome moderne est assise sur un plan qui n'est presque pas accidenté; les collines du temps de la république et de l'empire ont disparu. Cependant elles existent encore; seulement elles ne sont plus comprises dans la circonscription actuelle. Ainsi le Forum est une vallée formée par quatre collines: le mont Capitolin, le Palatin, qui supportait les palais et les jardins impériaux, le Cœlius, et enfin l'Esquilin, qui était le quartier aristocratique et élégant de l'ancienne Rome. Mais, le Forum est hors des limites de la cité actuelle. Les ruines et le désert s'arrêtent aux pieds de la colline du Capitole. Le mont Aventin est plus loin encore; il faut aller le chercher au-delà du Palatin et jusqu'au bord du Tibre; le Quirinal et le Viminal portent l'un un palais du pape, l'autre une enceinte à peu près déserte. Mais tous les deux se trouvent à l'extrême limite de la partie orientale; ils sont en quelque sorte la continuation du Pincius.

Ainsi, la ville actuelle est comprise presque dans ses deux tiers dans une anse du fleuve, dont la convexité touche au bourg où s'élève Saint-Pierre, et dont la concavité regarde cette colline d'où la vaste étendue de la ville peut être contemplée dans tout son ensemble. Dans cet espace que renferme la courbe du Tibre se pressent les édifices, les églises et les maisons. Si on laisse cet observatoire pour aller visiter les quartiers, voici le spectacle qui se présente. Les rues y sont étroites, irrégulières; le pavé est couvert de ces solutions de continuité où séjournent l'eau et la boue. C'est dans le voisinage de ces quartiers populeux et malsains qu'existe un quartier séquestré des autres, et où se rencontrent les exemples les plus variés de la malpropreté italienne. C'est le séjour des Juifs. Le sol de cette partie de la ville est si bas, que, chaque année, le Tibre lui apporte le tribut de ses ondes vaseuses; et les pluies sont considérables, ce qui n'est pas rare, le fleuve inonde même jusqu'aux deux tiers de la cité. Sa position est mal choisie, comme on le voit, sous le rapport hygiénique, et les Romains de l'ancienne Rome n'avaient pas fait la faute qu'a commise la Rome de nos jours. Le quartier, en effet, qui contient plus de la moitié de la population, était la partie la moins habitée de la ville. Il était compris comme à présent dans la circonscription murale. Mais on y remarquait seulement quelques rares habitations et de somptueux édifices publics. Cette portion si considérable de la ville actuelle s'appelait autrefois le Champ-de-Mars. Ainsi, les soldats campaient dans cette presqu'île que forme l'arc de cercle du Tibre, et la population ne touchait au fleuve que par le Vélabre; car elle occupait toute cette grande superficie de terrain où se sont toujours remarquer les sept collines historiques. Les vallons qui séparent le mont Capitolin du Palatin, celui-ci de l'Aventin et du Cœlius, étaient creusés d'immenses égouts, plus larges, plus solides que les égouts des capitales modernes, et conduisaient les eaux jusqu'au Tibre par le Vélabre, où se tenaient

nent la nomenclature; celles qui viennent d'être exposées suffisent à la démonstration de nos propositions. Elles portent toutes avec elles un tel cachet d'évidence et de solidité qu'elles n'ont pu échapper à la sagacité des propres partisans de Willan. Nous en avons la preuve dans l'abandon récent de la méthode anglaise par plusieurs dermatographes qui s'étaient jusqu'ici principalement attachés à la faire prévaloir.

Pour expliquer ce retour aux principes des naturalistes, il suffit de les mettre en regard des bases si fragiles et si insuffisantes qu'avaient adoptées les partisans des systèmes ou méthodes artificielles de classification, lesquels se personnifient dans Linnée et Tournefort pour la botanique, comme dans Willan, pour la dermatologie. Nous trouvons ces principes déjà clairement indiqués dans Buffon; car, dit ce grand homme: «C'est »de l'ensemble et de la considération de l'ensemble des parties qu'il faut »déduire les familles, on, ce qui est la même chose, la méthode naturelle: »et plus loin, comme conséquence de cette proposition: ainsi donc »c'est du nombre, de la figure, de la situation, de la proportion respective des parties, c'est de leur symétrie, de la comparaison de leurs rapports ou ressemblances et de leurs différences, et de celle de leurs qualités, c'est d'un tel ensemble que naît la *convenance*, cette affinité qui »rapproche les objets de nos études et les distingue en classes ou en familles.»

Combien ces données sont larges et importantes; combien elles laissent loin derrière elles cette *unité* de base admise par Willan! On les retrouve surtout développées et appliquées de la manière la plus brillante et la plus heureuse dans les œuvres des Bernard et Laurent de Jossieu, des Cuvier, de Lamarck, de Candolle, de Latreille, de Blainville, Geoffroy Saint-Hilaire, etc.

M. de Candolle nous semble avoir réuni toute la théorie des classifications naturelles dans les trois propositions suivantes:

1° Apprécier l'importance relative attachée aux organes comparés entre eux;

2° Connaître toutes les circonstances qui peuvent égarer l'observateur sur la véritable nature de chaque organe;

3° Comparer attentivement chacun des points de vue sous lesquels on peut considérer un organe.

Ces propositions sont toutes trois fort claires et n'ont besoin pour être comprises que d'une simple énonciation. Si maintenant nous voulons savoir dans quelles conditions ces principes sont applicables, dans quelle science on peut les utiliser, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire nous apprend que c'est dans toute science dont les faits qui la composent se trouvent 1° soumis à des lois certaines et précises; 2° suivis de modifications dans les autres parties de l'organisme, de telle sorte que les uns paraissent être la cause des autres, ou qu'au moins il existe entre eux quelque connexité; 3° répétés chez plusieurs individus, non seulement avec les caractères d'une parfaite analogie, mais encore d'une identité pareille à celle des êtres de la même espèce du règne animal ou végétal. Or, nous le demandons, toutes ces conditions ne se trouvent-elles pas réunies dans la science des dermatoses.

La possibilité d'appliquer à la classification des maladies de la peau ces principes des naturalistes peut être établie par des raisonnemens sans réplique, et nous croyons inutile de l'appuyer des opinions confirmatives de Sydenham, Baglivi, Musgrave, Goerter et autres.

Et qu'avons-nous d'ailleurs besoin de nous attacher davantage à démontrer l'utilité de ces principes? Peut-il nous rester des doutes sur leur vérité et leur importance après les concessions qui leur sont faites dans les publications les plus récentes?

Ainsi la méthode adoptée par M. Rayer n'est point une simple modification de celle de Willan; et, bien qu'en appliquant le système de l'auteur anglais à la formation de ses divisions secondaires, ce savant confrère nous autorise à le conserver parmi ses partisans, nous devons à la vérité de reconnaître que, dans sa classification, les considérans tirés de l'élément anatomique se trouvent déchus du premier rang et sont incontestablement dominés par la loi des analogies morbides.

On peut, en second lieu, considérer comme une véritable conquête en faveur des principes de Lorry et d'Alibert la classification publiée l'an dernier par M. Cazenave et celle qu'a fait connaître à la même époque M. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon.

Mais ces nouveaux efforts, malgré tout le mérite de leurs auteurs, ne nous semblent pas suffire au besoin de la science; sans sela nous nous y serions associé avec empressement et sans la moindre arrière-pensée.

M. Cazenave réunit tous les genres morbides cutanés qu'il reconnaît dans les huit classes ou ordres primordiaux suivans:

1° Eruptions non spécifiques à l'état aigu ou chronique;
2° Eruptions non spécifiques toujours à l'état chronique;
3° Eruptions spécifiques toujours à l'état aigu (exanthèmes).
4° Eruptions spécifiques toujours à l'état chronique (syphilides);
5° Lésions de sécrétion;
6° Dégénérescences avec tendance à détruire les parties affectées;
7° Hémorragie;
8° Corps étrangers.

Sans vouloir faire ici une critique sévère des considérations sur lesquelles s'appuie cette classification, nous croyons toutefois devoir lui opposer un certain nombre d'objections.

Ainsi, nous plaçant pour un instant au point de vue de l'auteur, nous pensons d'abord qu'il y aurait avantage à restreindre le nombre des classes ou divisions principales, en même temps qu'on augmenterait celui des subdivisions. Cette observation porte principalement sur la classe des *éruptions non spécifiques* et celle des *éruptions spécifiques*. De plus, nous serions loin d'être d'accord avec notre savant confrère sur le choix des affections qu'il fait figurer dans ces deux premiers ordres.

En second lieu, la classe des lésions de sécrétion ne nous paraît pas suffisamment justifiée, si l'on a égard au petit nombre de genres morbides qu'elle renferme; nous nous demandons, en outre, pourquoi y admettre l'acné ou varus, tandis que le sycosis on mentagre figure dans la première classe.

Quant aux deux variétés de porrigo admises par Blett et reconnues par M. Cazenave, elles ne sont plus, depuis les recherches de M. Gruby, que des affections parasites, et doivent, en conséquence, passer de la classe des lésions de sécrétion dans celle des corps étrangers.

L'ordre des dégénérescences, que nous reconnaissons heureusement formé, mérite cependant deux objections: nous sommes surpris de ne pas y voir figurer la carcine cutanée, et, de plus, nous pensons qu'il serait encore ici nécessaire d'établir plusieurs subdivisions; car les lèpres ne détruisent pas, à l'instar des affections syphiloïdes, ni celles-ci comme la scrofule ou le cancer.

---

les marchés de bestiaux, et où n'habitait, malgré la beauté des monumens, dont les restes subsistent encore, que la portion la moins riche de la population. Une partie de ces anciens aqueducs souterrains subsiste encore. On peut voir, à quelques milles du Tibre, et en face d'un arc de triomphe que, dans leur reconnaissance, les marchands de bœufs du Vélabre élevèrent à Septime Sévère, le grand égout, *cloaca maxima*. C'est dans cette artère principale que venaient aboutir tous les égouts secondaires; et rien n'est plus hardi, plus solide, plus beau dans son genre, que cette construction, qui semble défier la main du temps.

Les Romains avaient donc parfaitement compris comment il fallait garantir à leur ville des conditions de salubrité. Le Tibre était sujet sans doute à des crues plus multipliées pendant les premiers temps, et les rives plates et basses devaient être chargées d'une vase permanente. Aussi la ville fut-elle construite sur les collines. Le Palatin, le Cœlius portèrent les premières maisons et les premiers monumens de la cité; et les continuateurs de Romulus et des anciens rois de Rome imitèrent cette manière de procéder toute d'instinct qui éloigna la population d'un rivage où l'air devait être nécessairement moins salubre que dans les parties élevées du sol. On ne peut cependant accuser que les circonstances ou le hasard de ce changement de lieu de la ville. Toutes les invasions venaient par la côte méridionale, et c'était par la voie Appienne que se ruaient les hommes destinés à bouleverser les monumens de cette souveraine déchue. Ceux-ci durent s'adresser d'ailleurs de préférence aux riches monumens, aux beaux palais, et les quartiers brillans étaient précisément entre le Forum et l'espace qui se déroule depuis l'extrémité des Esquilies jusques par delà les Thermes de Caracalla, bien loin derrière le mont Cœlius. On n'était à l'abri que dans les lieux presque déserts, quoique compris dans la circonscription du mur, ou dans ceux qui étaient habités par la population la plus pauvre. Ce fut donc là que se réfugièrent les familles qui purent se soustraire à la sanglante brutalité des soldats de l'invasion. Depuis cette époque, la population n'a pas fait un pas vers les ruines. L'habitude y est sans doute pour quelque chose; mais saint Pierre y est pour beaucoup. Le siége de la puissance papale attire la population vers le fleuve. Si les premiers papes avaient pu ouvrir leur première église dans les Esquilies ou dans les environs du Forum, le Vatican et la métropole du monde catholique occuperaient maintenant la place où furent les palais des césars, et le peuple de la Rome chrétienne aurait ses maisons dans les quartiers où se déployaient le luxe et l'élégance de l'ancienne Rome. Mais les événemens ont voulu qu'une révolution politique produisît inévitablement un changement complet dans les conditions hygiéniques du sol; et les Romains, en perdant leur puissance, ont perdu même l'énergie de songer à leur santé.

Pour comprendre combien l'indifférence a joué un rôle actif dans les modifications qu'ont subies à Rome l'air et les lieux, il faut visiter avec soin toutes les parties de la surface déserte et de la surface habitée; il faut même faire le tour des murs. C'est en poursuivant cet inventaire au milieu des choses qui ne sont plus, ou dont l'existence ne se devine que par des vestiges, qu'on ne tarde pas à s'expliquer clairement, ce que d'abord on ne comprenait pas. Le sol de la partie déserte paraît avoir conservé vers les murs son ancien niveau. Mais à quelques endroits cependant, il y a des différences si considérables entre le niveau actuel et celui du temps de l'empire que des tombeaux de deux mètres sont presque complète-

L'importante publication de M. Baumès mérite doublement de fixer notre attention, et par la position scientifique de son auteur, et par la nouveauté des opinions qui s'y trouvent exposées.

Il est nécessaire, pour bien comprendre ce travail, d'en rappeler les principales divisions.

Le traité de notre savant confrère comprend deux parties bien distinctes. La première est celle que l'auteur intitule *Classification médicale*, de laquelle, ajoute-t-il, découlent immédiatement les principes les plus importans de thérapeutique; la seconde appartient au classement des formes morbides et prend le nom de *dermatographie*.

Dans sa dermatologie, M. Baumès, admettant qu'il existe au fond et comme principe de toute maladie cutanée un état morbide particulier qu'il désigne par le mot *fluxion*, qui a pour siége le système nerveux, et dont la nature nous est du reste parfaitement inconnue, prend pour base de ses principales divisions le caractère étiologique de chaque dermatose; et comme le mot fluxion, qu'il soit ou non pour le lecteur synonyme d'irritation, d'inflammation, de congestion ou afflux morbide, n'a pour M. Baumès d'autre valeur représentative que la maladie cutanée elle-même, ce médecin admet, en raison des causes qui la produisent: 1° une fluxion de cause externe; 2° une fluxion réfléchie ou sympathique; 3° une fluxion déplacée ou métastatique; 4° une fluxion excentrique ou tenant à une disposition morbide générale, laquelle, épargnant en quelque sorte les organes internes, vient se fondre à la peau et paraît ainsi s'effectuer du centre à la circonférence; 5° une fluxion par diathèse scrofuleuse ou cancéreuse, ou scorbutique, ou syphilitique; 6° une fluxion idiopathique ou développée par le seul fait d'une disposition *sui generis* de la peau, et indépendamment de tout état morbide interne; enfin, une fluxion complexe.

Après avoir ainsi classé les maladies de la peau en raison des causes d'où elles dérivent, c'est-à-dire au point de vue de leur étiologie, M. Baumès s'occupe de leur faire subir une nouvelle distribution; mais, dans ce travail, qui constitue ce que l'auteur appelle sa dermatographie, les appréciations proviennent du caractère physique de la maladie, de son élément éruptif ou anatomique; aussi, les divisions dermatographiques de M. Baumès rentrent-elles dans celles admises par l'école anglaise; les seules différences consistent en ce que M. Baumès rejette, comme ne pouvant faire *type*, à cause de la mobilité de leurs caractères, quelques-uns des élémens éruptifs admis par Willan: ainsi la bulle, la pustule, etc.; tel est, à part les considérations fournies par la nomenclature toute particulière de M. Baumès, l'exposé succinct des principes sur lesquels repose sa nouvelle méthode de classification des maladies cutanées.

La première impression que nous ait laissée l'étude sérieuse et attentive de l'ouvrage de M. Baumès est celle du regret d'arriver à des résultats moins complets que ceux sur lesquels nous devions compter après la lettre publiée par ce savant praticien en 1834. Nous nous étions associé d'autant plus volontiers à ses nombreuses objections contre la classification anglaise, que, depuis longtemps déjà, nous nous les étions faites à nous-même, et qu'elles nous paraissent sans réplique. Comment, après cela, nous attendre à retrouver l'application des mêmes principes dans la dermatographie de notre honorable confrère de Lyon?

La partie scientifique ou médicale de la méthode de M. Baumès n'est pas non plus exempte de reproches. Notre première objection, pour ce qui la concerne, porte sur l'unité de caractère adoptée par lui. Ici, du moins, l'importance du caractère choisi n'est point à contester. Nous en trouverions au besoin la preuve dans le fameux SUBLATA CAUSA TOLLITUR EFFECTUS d'Hippocrate; mais qu'elqu'importante que soit la connaissance de la cause, elle suffit rarement à elle seule pour la guérison de la maladie; d'ailleurs cette cause n'est que fort rarement persistante; de plus, elle manque de constance, puisque, dans une foule de cas, elle reste complètement inconnue aux plus clairvoyans, et qu'on est bien alors forcé d'en faire abstraction. Donc, tout en insistant avec M. Baumès sur l'utilité des connaissances étiologiques dans l'étude des maladies de la peau, et sur les indications souvent précieuses qu'elles peuvent fournir au traitement de ces affections, nous ne pouvons admettre que l'étiologie puisse seule être prise comme base de divisions primordiales et dominant tous une classification.

Nous observerons, en outre, que la classe des fluxions par diathèse, d'ailleurs fort logique, est incomplète, puisque nous n'y voyons pas figurer la diathèse *dartreuse*, dont l'existence est cependant des plus faciles à constater.

Mais nos principales objections s'adressent à la partie dermatographique du livre de M. Baumès; nous contestons au médecin lyonnais le droit de méconnaître des ordres et des caractères éruptifs distingués et reconnus par la majorité des dermatographes.

Ainsi, nous ne pouvons approuver: 1° l'absence, dans son cadre nosologique, de la classe des exanthèmes que l'on voit figurer dans presque toutes les autres classifications; 2° la fusion de la vésicule avec la bulle et la pustule. Dans une foule de cas pathologiques, une *bulle* n'est pas seulement une grosse vésicule, et la *pustule* proprement dite diffère sous trop de rapports de la bulle et de la vésicule pour être confondue sous le même point de vue et dans la même description.

3° Nous ne nous expliquons pas la présence du groupe des dermatoses hétéromorphes figurant entre le cinquième et le sixième ordre de M. Baumès, et dans lequel se trouvent placés l'érysipèle, l'urticaire, les différentes espèce de varus, l'esthiomène, toutes affections qui ne nous paraissent pas sans analogues dans les cadres dermatologiques.

4° L'ordre des végétations ou excroissances et des tumeurs cutanées nous semble provisoire et destiné à subir de sérieuses et profondes modifications.

5° Celui des affections par diathèse est évidemment l'expression d'une haute pensée médicale féconde en applications thérapeutiques; en y ajoutant la diathèse herpétique ou dartreuse, on ferait de cet ordre l'un des plus complets et des plus heureusement formés de tous ceux que renferment les cadres nosologiques.

Mais il est d'autres points sur lesquels nous nous honorons d'être du même avis que M. Baumès. Ainsi, nous acceptons, sans réserve aucune, son opinion sur les affections désignées par pithyriasis, psoriasis, *lepra vulgaris*, etc.; les deux dernières surtout ne sont pour nous qu'une seule et même affection, et l'examen pratique ne confirme pas les distinctions que certains auteurs s'obstinent à conserver entre ces différentes formes d'un état morbide évidemment identique, et dont nous rapprochons également l'*icthyose*.

Disons de suite que notre dernière objection s'adresse à la nomenclature proposée par M. Baumès; les principes de nomenclature que ce médecin voudrait qu'on adoptât sont en apparence très simples, et en réalité d'un usage fort difficile.

---

ment ensevelis. Aux portes de la ville, du côté de la voie Appienne, et non loin du camp des Prétoriens, il existe un de ces monumens très bien conservé, qu'on a déblayé depuis quelques années, et qui en offre la preuve. En entrant dans la ville par la partie méridionale, le sol s'exhausse légèrement et procède par petits monticules qui se répètent de distance en distance sur les côtés du chemin. Ces amoncellemens de terres sont évidemment l'œuvre de l'homme. C'est la main destructive des révolutions qui les a semés sur ce sol. Lorsqu'on parvient dans le voisinage du Forum, ces traces matérielles des anciens bouleversemens se manifestent de la manière la plus évidente. On peut mesurer, sur les monumens qui sont encore debout, la crue de débris qui les a submergés. Ainsi, pour découvrir cette voie Sacrée qui traversait tout le Forum pour aller rejoindre la voie Triomphale sur une des rampes du Capitole, il a fallu ouvrir une tranchée qui, dans certains endroits, a peut-être jusqu'à trois mètres de profondeur. Il a fallu creuser aussi pour découvrir le pavé de la plupart des temples; et pourtant ces monumens étaient déjà très élevés au dessus du sol, puisqu'on y montait par des degrés. La colonne de Phocas, qui est dans le voisinage de la voie Sacrée, était ensevelie jusqu'au milieu de sa hauteur. Les prisons mamertines sont au fond d'un souterrain; enfin, la roche Tarpéienne, qui devait être si élevée puisqu'on mettait à mort les criminels en les lançant du sommet au fond du vallon, la roche Tarpéienne n'est plus qu'un petit accident de terrain qui n'a rien de menaçant pour personne.

J'ai regardé attentivement de quoi se composaient les détritus qu'on a remués dans ces dernières années, et il ne m'ont pas paru consister seulement dans des fragmens de marbre et des poussières de monumens. L'humus a quelque chose de brun, de noirâtre à quelques pieds de la surface qui laisse deviner aisément un mélange de matières hétérogènes; tout n'appartient pas au règne minéral dans ces amoncellemens de débris. Je n'ai pu savoir si on avait jamais songé à faire une analyse du terreau du Forum ou du quartier des Esquilies. Si la science y avait pensé, il est probable qu'elle aurait trouvé de quoi justifier l'émanation probable de principes aussi délétères que ceux qui sont fournis par les vases ou fleuve ou les champs incultes du vieux Latium.

Cette composition du sol se complique encore d'une autre cause non moins puissante d'insalubrité. Rome a été de tout temps la ville des eaux. Je ne parle pas du fleuve qui roule paisiblement ses ondes jaunâtres quand l'orage des montagnes de la Sabine ne précipite pas son cours. Le tribut que la ville prélève sur lui a toujours été peu considérable, même lorsque l'ancienne Rome voulait se réjouir par une de ces grandes solennités neptuniennes qu'elle appelait des naumachies; elle avait assez de ses dix aqueducs pour inonder le grand cirque. Ils apportaient en effet une masse d'eau dont il est difficile de se faire une idée. De tous ces monumens qui passaient sur les collines et enjambaient les vallons, il n'en reste plus que trois dont la fonction aquifère ne soit pas interrompue; et pourtant Rome a encore des fontaines d'où jaillissent d'énormes gerbes d'eau, et dont les bassins remplissent la moitié de la surface des places où l'étranger les admire. Ainsi on peut calculer à peu près, car même les aqueducs conservés sont si mal entretenus que, de distance en distance, ils arrosent abondamment le sol, on peut calculer que Rome actuelle est privée tout au moins des trois cinquième de la masse d'eau dont jouissait Rome ancienne. Mais cette eau n'est pas remontée vers sa source. Elle descendait des montagnes, et elle a dû s'épancher

Ainsi, notre honorable confrère, après avoir établi qu'on ne devait décrire à part et désigner par des noms propres et distinctifs que les éruptions cutanées, offrant d'une part une forme éruptive bien tranchée, une forme *type*, à laquelle il est facile de rapporter toutes les autres individualités morbides de la même espèce et, d'autre part, se rattachant à des conditions morbides internes plus ou moins importantes, propose de réunir les variétés ou espèces secondaires dans des descriptions communes, et de désigner chacune d'elles par le nom de l'ordre auquel elle se rattache, en ajoutant les termes nécessaires pour peindre, soit la principale circonstance d'arrangement du produit d'éruption, soit chacune des transformations successives que ce même produit peut revêtir.

Le premier ordre de M. Baumès, celui des éruptions vésiculeuses, auxquelles ce praticien rattache les bulles et les pustules, nous offre des exemples suffisans de l'application de ces principes de nomenclature. Ainsi, une éruption bulleuse, telle le phlysacia (*rupia, ecthyma*), sera dite : *éruption vésiculeuse à grosses vésicules*; et, selon que l'éruption sera discrète ou confluente, on ajoutera les mots *éparse* ou *agglomérée*.

S'il s'agit de soulèvemens épidermoides renfermant du pus (pustule), on dira *éruption puro-vésiculeuse*; pour peindre la rougeur de l'érythème qui accompagne si fréquemment les affections aiguës de la peau, on dira *éruption érythémato-vésiculeuse* ou *puro-vésiculeuse*; si, enfin, l'éruption doit se terminer par une croûte, on terminera l'énonciation nominale par l'épithète *crustacée*.

Chacune de ces épithètes, dont l'accumulation peut devenir considérable dans les affections de longue durée et destinées à subir de nombreuses transformations pathologiques, sert bien évidemment à caractériser un fait anatomique différent et incontestable; mais on ne peut les employer qu'au fur et à mesure que se présente le caractère éruptif qu'elles sont appelées à signaler; or, dans la majorité des affections cutanées, les différentes formes de l'éruption sont successives; souvent elles se substituent l'une à l'autre, de telle sorte que la dernière efface complètement celles qui l'ont précédée; il faut donc, ici, pour éviter l'erreur des dénominations, laquelle peut entraîner comme conséquence celle du caractère médical, soit attendre que le mal ait atteint sa dernière période, soit être positivement renseigné sur les phénomènes éruptifs qui en ont précédé l'examen.

Cette seule difficulté suffira toujours pour empêcher que les principes de classification admis par M. Baumès ne soient d'un usage facile et général; mais malgré ces différentes objections, la récente publication de ce savant praticien n'en reste pas moins un monument précieux élevé à la science dermatologique; son ouvrage fourmille de faits et de considérations pratiques du plus haut intérêt; nous avons déjà trouvé mainte occasion d'en tirer profit et d'en faire une heureuse application; c'est un pas immense tracé en dehors de la routine.

Nous pourrions étendre ce parallèle des classifications et des nomenclatures à l'aide d'emprunts faits, soit aux écoles étrangères, soit à quelques autres essais tout récemment publiés; mais cette prolixité serait sans profit pour la science, puisque chacun de ces travaux rentre dans les principes de Willan, ou dans ceux d'Alibert. Cela nous prouve que ces deux hommes célèbres sont les vrais législateurs en dermatologie; on les appellerait aujourd'hui les *princes de cette science*. La gloire de ceux qui ont écrit depuis leur époque sur les dermatoses consiste principalement à se montrer leurs disciples ou leurs imitateurs; telle est, quant à nous, notre seule ambition. Elève d'Alibert, nous disons tout haut notre préférence pour ses méthodes; à part quelques changemens secondaires commandés par les progrès incessans de la science dermatologique, nous regardons comme tout à fait suffisans ses principes de classification et de nomenclature; nous les avons pris pour guide dans notre distribution des genres morbides cutanés; la classification que nous proposons ici et que nous suivons dans nos leçons cliniques n'est donc qu'une nouvelle application de ces mêmes principes, qui tous reposent sur la loi des analogies morbides.

Notre cadre renferme quarante-quatre genres dont il nous paraît facile de justifier la présence; nous les avons répartis dans les onze classes ci-après, savoir : *dermites* ou inflammations proprement dites; *exanthèmes*; *gourmes*; *dartres*; *dégénérescences*; *scrofules*; *scabies*; *hémorragies*; *lésions pigmentaires*; *hypertrophies*; *syphilides*.

1° L'ordre des dermites correspond au groupe des dermatoses eczémateuses d'Alibert, et comprend trois subdivisions; dans la première sont rangés, sous le titre de *dermites simples*, l'érythème, l'érysipèle, le pemphix, le zona, le phlysacia (*ectyma, rupia W.*), l'urticaire, la vésiculite (*herpes*); dans la seconde, sous celui de *dermite phlegmoneuse*, le furoncle; dans la troisième enfin, désignée par *dermites gangréneuses*, le charbon et la pustule maligne.

(Chacune de ces affections se présente avec un caractère franchement aigu et inflammatoire; elle appartient à la classe commune des hyperémies ou maladies sténiques que distinguent des causes presque toujours directes et locales, plus ou moins rapides et énergiques, d'une nature irritante, des symptômes caractéristiques de toute irritation, comme douleur, injection et coloration, gonflemens, etc.; ses modes de terminaison sont la résolution, la suppuration, la gangrène, l'induration. Ici, le caractère morbide reste toujours celui de l'inflammation, le degré de violence et l'étendue du développement établissent seuls les distinctions; chaque phénomène retrouve son analogue dans tout autre organe de l'économie dès qu'il est enflammé, et la similitude est pour ainsi dire complétée par la nature du traitement mis en usage.)

2° L'ordre des exanthèmes rappelle en entier, moins le genre *clavelée*, que nous restituons à la médecine vétérinaire, le groupe correspondant d'Alibert, et réunit la variole, la vaccine, la varicelle, la roséole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire.

(Ces éruptions constituent autant d'efflorescences qui ne peuvent s'épanouir qu'à la surface des tissus membraneux, et dans lesquelles la peau remplit les fonctions d'un véritable émonctoire. Ici, l'inflammation, loin d'être un accident, semble au contraire établie dans l'intérêt de l'évolution morbide; la preuve en est que le médecin est plus souvent appelé à l'entretenir ou à la provoquer qu'à lutter contre elle. Nous avons trouvé d'ailleurs, dans le caractère étiologique des affections qui composent cette classe, dans la périodicité de leur marche, dans la singulière propriété de n'apparaître généralement qu'une fois dans le cours de la vie, comme une espèce de tribut imposé à notre nature physique, dans leur commune virulence, dans leur forme souvent épidémique, et jusque dans les précautions qu'exige leur convalescence, des motifs plus que suffisans de rapprochement et d'homogénéité.)

3° L'ordre des gourmes ou éruptions chroniques du premier âge n'est que la représentation du groupe des dermatoses teigneuses d'Alibert;

---

dans la campagne qui entoure les murs. Les sources les plus voisines ont dû pénétrer jusque sous le sol de la ville; et il doit exister dans certains endroits des masses d'eau infiltrée qui, sous l'influence de circonstances accidentelles, doivent agir sur les conditions de l'air.

Ainsi l'insalubrité de Rome moderne s'explique parfaitement. La ville est bâtie sur le lieu le plus insalubre du sol; et la partie de la surface qui avait été dans les premiers temps la plus saine est abandonnée au hasard des circonstances, depuis que les révolutions y ont porté leur marteau destructeur. Lorsque le gouvernement trace un ruisseau, creuse une tranchée, dessèche un marais accidentel dans la partie la plus intéressante de la cité, ce n'est pas pour l'hygiène de la population qu'il se donne cette peine, c'est pour favoriser le tourisme investigateur des étrangers. Les voyageurs en voyant un monument à demi-submergé par les terres ne sont qu'à demi contens; et pour l'amour de la rente annuelle que paie la curiosité européenne à l'ancienne cité impériale, l'administration se met en frais, et le monument peut être examiné depuis les fondations jusqu'au couronnement.

J'avais vu au Vatican cette collection de la statuaire romaine, qui pouvait donner une idée exacte du caractère de tête des Romains du temps de la république et de l'empire; et, à travers la draperie de marbre, j'avais pu me faire une idée assez exacte de cette courbe des épaules et de l'origine de la colonne dorsale qui distinguait entre toutes les autres l'imposante matrone des anciens temps. Avec ce type dans la pensée, je courus à la recherche de la réalité. Mais, dans les rues du Champ-de-Mars ou du Corso, vers les confins de la ville, du côté du Forum, où je faisais chaque jour un voyage d'exploration, je ne trouvai absolument rien qui me permît de rattacher les formes de la génération présente aux traditions des formes des générations passées. Pourtant, dans Rome comme dans l'esprit des touristes, il existe une opinion qui n'a guère de contradicteurs. On admet généralement que le Borgo, c'est-à-dire le faubourg où se trouvent la Métropole et le Vatican, portent les traces de l'ancien type. Les Transtevérins et les Transtevérines, disent la plupart des voyageurs, sont une épreuve fatiguée peut-être, mais aisément reconnaissable de la population dont les types de marbre et de bronze brillent au musée du Vatican. J'accourus au Borgo. Je suivis plus d'une fois, dans toute sa longueur, la *Longara*, cette rue qui se prolonge depuis St-Pierre jusqu'à l'extrémité du bourg. J'entrai dans les ruelles les plus étroites, et j'osai même franchir, par amour du type romain, le seuil des maisons où je n'étais pas connu. Mais aucun résultat satisfaisant ne couronna mes minutieuses recherches. Je vis la misère accroupie au soleil, qui me rappela les mœurs de la basse population napolitaine; et les femmes les moins laides et les moins fatiguées par les privations ou la maladie ne me laissèrent remarquer autre chose, si ce n'est une maigreur presque osseuse, ou un embonpoint qui tenait de l'œdème et servait de précurseur à l'hydropisie.

Cette espèce d'embonpoint morbide est en effet la forme qu'on est exposé à rencontrer le plus souvent à Rome, soit dans le Borgo ou l'île du Tibre, soit dans les quartiers où se trouve la population aisée. La relation de ce caractère avec la maladie dominante se devine facilement. Il n'y a dans la ville éternelle qu'une seule maladie pour les médecins comme pour les cliens. La cause, c'est le *mal'aria*; le résultat, c'est la fièvre intermittente et tout le cortége de ses complications. Ainsi, lorsque quelqu'un souffre, il n'est pas besoin de lui faire

nous y rattachons l'achure, la porrigine, le favus, en observant que, de ces trois geures morbides, les deux premiers sont tantôt dépuratoires, tantôt accidentels, tandis que le dernier est constamment parasite.

(Nous trouvons des motifs suffisans de maintenir ce groupe dans la constance du siége pathologique et même anatomique des affections qui le composent, dans la singularité de leurs produits morbides, dans leurs fréquentes coïncidences avec certaines évolutions organiques, dans leur innocuité habituelle et le caractère souvent critique et dépuratoire de leurs évolutions, toutes conditions qui leur constituent un mode particulier d'existence, et rendent inutiles les efforts déjà tentés pour rapprocher ces affections d'autres maladies bien autrement graves qu'on ne rencontre que chez l'adulte, et qui n'ont avec celles-ci que des rapports de forme plus ou moins éloignés.)

4° L'ordre des dartres réunit 1° le genre *herpes*, qu'on doit diviser en furfureux, *pythyriasis*; squammeux, *psoriasis*, *lepra vulgaris*, *icthyose*; vésiculo-squammeux, *eczema* ou *dartre squammeuse humide*; pustulo-crustacé, *mélitagre* ou *impetigo*; 2° le genre *varus* ou acné.

(Cette classe est, sans contredit, une des plus naturelles que l'on puisse former : la fréquence des affections dartreuses, leur présence dans toutes les classes de la société, leur origine souvent héréditaire, leur mode particulier de progression et d'envahissement, leur caractère essentiellement chronique, leur extrême ténacité, malgré leur compatibilité habituelle avec l'exercice des principales fonctions, leurs subites exacerbations, leur extrême tendance à récidiver, et jusqu'à la similitude des altérations qu'elles laissent à leur suite, tout ne justifie-t-il pas leur rapprochement et l'attention particulière qu'on donne à leur traitement?)

5° L'ordre des dégénérescences présente deux subdivisions; l'une renferme, sous le nom de dégénérescences cancéreuses, les différentes variétés du genre *carcine*; la seconde, sous celui de dégénérescences lépreuses, la leucé ou vitiligue, la spiloplaxie ou molluscum, l'éléphantiasis, la radesyge, la pellagre.

(La tendance à détruire les parties soumises à leur action constitue pour chacune de ces redoutables affections un caractère commun qui suffit à lui seul pour justifier leur association. On retrouve en outre dans la carcine, comme dans la lèpre, le même cachet de chronicité et d'incurabilité, avec cette distinction toutefois que la première attaquée dès son début offre encore quelque chance de guérison. D'un autre côté, des différences assez tranchées principalement relatives à la marche de la maladie et au mode particulier de destruction dans les parties affectées, sépare les *carcines* des *lèpres* pour qu'il soit illogique de les confondre dans une seule et même section.)

6° L'ordre des scrofules se compose des genres *scrofule* et *esthiomène* ou *lupus*.

(Dans la classification d'Alibert, l'esthiomène figure comme quatrième genre du groupe des dermatoses dartreuses; nous ne pouvions respecter cette distribution; car tout nous fait une loi de rattacher aux scrofules cette singulière et si redoutable affection; quant aux scrofules, nous n'ignorons pas qu'elles se retrouvent dans d'autres tissus que la peau; mais les désordres qui les caractérisent commencent presque toujours par se manifester dans la trame cutanée ou dans son voisinage; il est donc rationnel de les conserver dans un cadre dermatologique; quel que soit, du reste, le point où on observe la scrofule, on la retrouve constamment semblable à elle-même; ce sont toujours des tuméfactions de tissu, des mamelons glanduleux, des ulcérations, etc., et comme dominant ces différens symptômes, du *tubercule*. Pour nous, la présence de la matière tuberculeuse est le signe pathognomonique de toute scrofule confirmée. Ce caractère est d'une telle importance qu'il pourrait à lui seul être pris comme base d'un groupe ou d'une division naturelle; mais dans cette classe on peut encore l'étayer de la marche lente et insidieuse du mal, de son extrême opiniâtreté, de sa coïncidence habituelle avec le double travail de la dentition, de la spontanéité de sa guérison aux approches de la puberté, etc. C'est de la seconde enfance aux premières années de la jeunesse qu'on observe le plus d'affections scrofuleuses; aussi les avons-nous rangées, dans l'un de nos ouvrages, parmi les gourmes du premier âge; enfin, un dernier trait de similitude et d'analogie entre les scrofules réside dans leur siége anatomique qui est le système lymphatique.)

7° L'ordre des *scabies*, et 8° celui des *hémorragies cutanées*, ne nous paraissent ni l'un ni l'autre avoir besoin de justification. Au premier se rattachent la gale et le prurigo, tous deux fils de la misère et de la malpropreté, dus tous deux peut-être à la présence, sous l'épiderme, d'insectes parasites et si rapprochés par de nombreux points d'analogie qu'il est facile de concevoir qu'on les ait fort souvent pris l'un pour l'autre.

Au second sont liées la péliose et la pétéchie (purpura) : affections dont les affinités sont tellement nettes et positives que les partisans de Willan sont des premiers à les reconnaître et à les proclamer.

9° L'ordre des *lésions pigmentaires* réunit un certain nombre d'affections fort remarquables qui ont pour caractère commun en même temps que distinctif de siéger toutes dans la couche pigmentaire diversement altérée. C'est tantôt la décoloration de l'*achrome* ou albinisme, tantôt la teinte plus ou moins foncée du *pannus* (lentigo, éphelide); toutes affections d'une étiologie fort obscure et qu'on sait être cependant tantôt idiopathiques, tantôt symptômatiques. Cette distinction est même la seule qu'il importe d'établir entre elles; car elle domine tout leur traitement.

10° L'ordre des *hypertrophies* renferme ces excès de développemens soit de la totalité, soit de quelque partie seulement de la trame cutanée. Nous y admettons : 1° sous le titre d'hypertrophie simple, la *dermatolysie* d'Alibert; 2° sous celui d'hypertrophie capillaire, le *nævus*; la *tumeur érectile*, la *kéloïde*; 3° comme hypertrophie tuberculeuse, les différentes espèces de *verrue*; 4° enfin les productions épidermiques ou cornées (cors), sous le nom d'hypertrophie accidentelle.

11° L'ordre des *syphilides*, lequel se compose des genres *syphilis* et *mycosis* (frambœsia).

(Personne ne songe plus à dépouiller ces affections de leur caractère spécifique; elles n'ont point de formes éruptives qui leur soient propres, si l'on excepte la végétation ou l'ulcération qui n'est plus elle-même qu'un état consécutif. Cela n'empêche pas toutefois que leur diagnostic ne soit un des plus faciles à établir; le praticien trouve dans la teinte cuivrée de l'éruption ou du produit morbide qui en est la suite; dans l'aspect tout particulier des ulcérations et jusque dans la forme des cicatrices, les élémens d'une opinion positive et pouvant, dans bien des cas, servir, indépendamment des signes antérieurs ou concomitans, de base suffisante au diagnostic et d'indication au traitement.)

La seule énumération des genres morbides qui composent nos différens ordres a dû prouver au lecteur que la nomenclature des maladies cutanées n'avait pas été de notre part l'objet d'une moins vive sollicitude. Voici, à cet égard, les principes qui nous ont dirigés :

---

des questions. Il en a une toute prête pour répondre à toutes les vôtres : J'ai la fièvre, dit le malade. Et, suivant son degré d'instruction ou la classe à laquelle il appartient, il vous dira : Donnez-moi du quinquina, ou donnez-moi du sulfate de quinine. Le malade est infiniment moins éclairé quand viennent les complications. Alors les incertitudes commencent, et avec ces incertitudes cette négligence qui constitue le Romain, dans une sorte d'abandon qu'on pourrait prendre pour un reste de l'antique longanimité. Les complications sont des inflammations chroniques de l'estomac, des maladies du foie, des engorgemens de la rate, et enfin des hydropisies, dont le nombre est toujours assez considérable pour leur donner en quelque sorte le caractère endémique.

Ces types, que n'ont altérés ni la maladie, ni tant d'autres circonstances, sont hors des murs de Rome. Il faut aller les chercher dans les montagnes, ou les admirer dans les rues de la ville aux grands jours des solennités de l'église, ou pendant les amusantes folies du carnaval. En carnaval, toute la montagne d'Albano, de Tibur, de Frascati descend avec des fleurs et avec le costume national. Cette population campe dans les rues : les hommes drapés dans leur large manteau, les femmes avec leurs frais étalages de bouquets. Alors le type romain se révèle. La taille est moins haute, le regard moins imposant, la démarche moins sévère. Les institutions et les mœurs ont passé par là. Mais il y a sur ces physionomies les traits de la grande race adoucie par ce caractère de mobilité, de gaîté qui tient à cette vie libre et en plein air, dont la femme des sociétés antiques ne pouvait se permettre de jouir. Il se rencontre même quelquefois de ces types si remarquables chez ces habitans des alentours de Rome, qu'ils abandonnent leurs montagnes pour vivre dans la ville du pain des artistes ou de la curiosité des voyageurs. Il se tenait, à l'époque où j'étais à Rome, sur les degrés de l'église française de la Trinité-du-Mont, un homme admirable, qui servait de modèle aux artistes nos compatriotes de la *Villa Medici*. Cet homme était avec deux enfans qui promettaient de devenir aussi beaux que lui. Je n'entreprendrai pas de décrire cette statue imposante, cette figure grave, ce regard pénétrant, cette taille à la fois flexible et forte; j'ajouterai seulement que je crus avoir retrouvé dans cet homme le souvenir le plus fidèle de la race qui avait disparu.

Ici une question se présente. Puisque l'insalubrité du sol romain est si évidente, et que tant de causes inhérentes au sol même de la cité entretiennent constamment ces conditions, pourquoi les étrangers et même les malades partagent-ils entre Rome et Naples leurs quartiers d'hiver? La curiosité est un grand mobile, et pour visiter un sol tout couvert de débris historiques, on peut oublier le soin de sa santé. Mais il est des préjugés qu'il faut combattre quand ils existent, surtout lorsque, sans nuire aux exigences de l'esprit, on peut enseigner à respecter celles de l'hygiène. Le sol romain est généralement humide; sa conformation l'expose à des ouragans extrêmement violens; car il est accessible aux vents du nord et d'ouest, les premiers, qui viennent des maremmes de la Toscane, et les seconds des plages de la mer. Le vent d'ouest passe sur le Borgo et la rivière, sur le quartier populeux et pressé du Champ-de-Mars jusqu'à la ligne orientale qui s'étend du mont Pincio au mont Quirinal. Le vent du nord suit la direction du fleuve et enfile la rue du Cours et les rues principales jusqu'aux collines de ces enclos perdus qui forment le désert intérieur de la cité. Les bas côtés du fleuve enfin, les quartiers qui s'étendent de-

Parmi les noms consacrés à la désignation des dermatoses, nous avons conservé tous ceux qui, communs aux écoles de Willan et d'Alibert, désignent des affections identiques, et ne peuvent, en conséquence, devenir l'objet d'aucune difficulté.

Il en est de même de quelques termes à étymologie différente, dont la consonnance seule varie, mais qui ont en réalité la même signification; tels les mots *cnidosis* et *urticaire*, *scabies* et *gale*, etc.

D'autres, sans répondre toujours parfaitement aux besoins de la science, se trouvent tellement passés dans les habitudes du langage médical qu'il y aurait plus d'inconvénient que d'avantage à les supprimer. Ainsi les mots *charbon* et *furoncle*, celui de *pustule maligne*.

Quant aux dénominations qui se recommandent par un égal droit d'ancienneté et de convenance étymologique, nous respectons leur accolement synonymique : ainsi nous disons indifféremment *ectyma* ou phlysacia, varus ou *acné*, estiomène ou *lupus*, spiloplexie ou *molluscum*, micosis ou *frambœsia*, pannus ou *éphelide*, etc. Mais il est des noms dont on a, selon nous, étrangement abusé, et auxquels il nous importe de rendre soit leur caractère *générique*, soit leur signification originelle; ainsi le mot *lèpre*, on lepra, que les anciens ont constamment appliqué à des affections éminemment chroniques et graves, ne retrouve sa véritable acception que dans Alibert; il en est de même du mot *herpès*, que nous traduisons par dartre; le mot *lichen*, singularisé par Willan, et qui plus tard fut remplacé par celui d'*impetigo*, a toujours été un terme générique et servant, ainsi que les mots *psora*, *scabies*, exanthémata, à désigner des ordres entiers, et non de simples individualités pathologiques. Nous pensons qu'un langage convenable excite fortement l'attention des malades ou des parens; que le médecin lui-même subit l'influence des noms qui s'harmonisent avec le caractère des maladies qu'ils désignent, et qu'il doit résulter de ces conditions : de notre part, des prescriptions plus complètes et plus mûrement réfléchies; de celle des malades, plus de volonté de soumission et d'exactitude.

Telle est notre classification; nous l'avons établie en dehors de toute idée préventive; elle repose, comme celle d'Alibert, sur les principes reconnus par tous les naturalistes; nous désirons qu'elle soit acceptée comme une juste application de la féconde théorie des analogues.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES RÉUNIS SOUS LA DÉNOMINATION COMMUNE D'AMAUROSE; par le docteur ALEXANDRE MAGNE, ancien élève particulier de Sanson, oculiste des indigens du premier arrondissement.

Amaurose (de ἀμαυρόω, j'obscurcis), goutte sereine, *suffusio nigra*, cataracte noire de quelques-uns; l'un des sujets les plus vastes, les plus importans, les plus difficiles et les plus embrouillés de la chirurgie oculaire. On a dit que cette affection avait fait de tout temps le désespoir des praticiens; il est, je crois, quelque chose de plus désespérant, c'est la manière dont presque tous ceux qui ont écrit sur l'amaurose ont envisagé et traité la question. Lisez tour à tour les nombreuses productions qui s'y rattachent; pas une page qui se ressemble; pas une idée qui se retrouve; causes, symptômes, classification, chacun raisonne à sa manière, et peut-être ne serait-il pas paradoxal de dire que la science y aurait gagné, si bon nombre des livres qui traitent de l'amaurose n'eussent jamais existé.

Les modernes ont reproché aux anciens d'avoir considéré toujours la goutte sereine comme une paralysie; ils ont en raison. Mais, dans les définitions qu'ils en ont données eux-mêmes, ils ont fait de l'amaurose une entité morbide; ils ont en tort je ne crains pas de le dire, et si je le prouve, si je parviens à mettre, dans cette question, l'ordre, la méthode et le raisonnement nécessaires pour la faire comprendre et la rendre utile à tous, je me consolerai aisément d'avoir blessé la susceptibilité de quelques-uns. Je viens d'émettre mon opinion sur la plupart des traités de l'amaurose; je rendrai pourtant justice à certains chirurgiens dont les travaux ne sont pas d'une médiocre importance dans le traitement de cette altération que l'on a appelée goutte sereine, et je citerai en particulier MM. Pétrequin et Stœber; l'article *Amaurose* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES est peut-être la plus remarquable des monographies ophthalmologiques que nous devons à la plume de Sanson.

Facta, post verba. Avant d'émettre aucune idée arrêtée, occupons-nous d'abord d'interroger l'anatomie pathologique, nous en tirerons tous les éclaircissement qu'elle pent fournir; son concours nous aidera à débrouiller le cahos; nous n'adopterons que les faits qui méritent une juste confiance; et quand nous aurons passé en revue les autopsies d'individus morts porteurs d'amaurose, alors seulement nous pourrons nous croire autorisé à émettre une opinion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ALTÉRATIONS DE LA RÉTINE. — Portal cite un cas dans lequel elle était indurée; Prochaska l'a rencontrée gorgée de sucs; Ploucquet l'a trouvée décollée de la choroïde par des vaisseaux variqueux. Dans le journal de Graefe, on rapporte l'autopsie d'un amaurotique des deux yeux; la rétine de l'œil droit était injectée dans son feuillet choroïdien; la choroïde à laquelle elle adhérait fortement offrait çà et là des taches noirâtres paraissant formées de pigment noir endurci; l'adhérence était plus faible dans ces points; le petit cercle de l'iris était injecté, le cercle ciliaire rouge et épaissi; état à pen près pareil de l'œil gauche; mais en outre exsudation lymphatique de la largeur d'une lentille, sous la choroïde, aux environs du cercle ciliaire, accompagnée de rougeur de la face externe de la sclérotique au point correspondant à cette exsudation. Le JOURNAL DES PROGRÈS DES INSTITUTIONS ET SCIENCES MÉDICALES a cité un cas dans lequel la rétine présentait, à sa face externe, quatre vésicules transparentes comparables pour la grosseur, les unes à un pois, les autres à un haricot. L'ossification de la rétine a été constatée par Haller et Morgagni, et dans le service de Dupuytren par MM. Rousseau et Alphonse Sanson; M. Magendie l'a trouvée mi-partie fibreuse et osseuse et épaisse, d'un demi à deux millimètres. Chez certains amaurotiques elle a été décollée; M. Pétrequin l'a vue semée de plis nombreux qui se contrariaient et se croisaient en sens divers; elle présentait de plus deux taches de couleur de brique; enfin la rétine est quelquefois tellement dé-

---

puis la limite occidentale jusqu'à la limite orientale de la ville ne doivent pas être choisis comme habitation. Le lieu le plus sain parce qu'il est élevé et qu'il est en même temps défendu contre les rafales par les habitations hautes et pressées qui le couvrent, c'est la plateforme du Quirinal, depuis le plateau de l'église de la Trinité jusqu'au voisinage du Viminal. C'est le Tibur de la Rome actuelle, sinon pour les jardins et la campagne, au moins pour les conditions de salubrité qu'il est permis d'y trouver. Là, le pape se retire pendant la belle saison, et le palais Quirinal a la réputation méritée de valoir, sous le point de vue de l'hygiène, les *villa* de la plus heureuse situation.

Il me restait pour terminer mon exploration médicale à visiter les établissemens scientifiques, ou qui se rapportaient à la science de guérir. La *Sapience* se fait remarquer par une charmante tour percée à jour; voilà tout ce qu'il m'a été permis d'admirer dans ce temple de la science à Rome. Tout près de la Sapience se trouve une institution où sont pesées à la balance de l'orthodoxie toutes les découvertes ou toutes les audaces de l'intelligence moderne. Le lieu où s'élabore la censure est construit sur les ruines d'un ancien temple de Minerve, *sopra Minerva*. Ce rapprochement n'explique rien sans doute, mais il me semble assez curieux. J'ai vu sur le Janicule un jardin botanique qui commençait à montrer ses fleurs malgré les froids du mois de mars, et dans les Thermes mêmes de Dioclétien un dispensaire pour la vaccine. Tout proche de cette institution de philantropie se trouve, dans les jardins de Licinius, une magnifique coupole pleine de hardiesse, mais à demi détruite, qui fut un temple dédié à Minerve médicale, *Minerva medica*. Les Romains tenaient, comme on le voit, l'hygiène en grand honneur; la sagesse qui remplace avec avantage la médecine, n'est-ce pas cette conduite modérée et prévoyante qui évite le mal et continue longtemps le bien? Je n'aurais pas quitté Rome sans aller visiter ce beau débris où des niches contenaient autrefois, avec Minerve, Adonis le symbole de la beauté, Vénus le symbole du plaisir, Hercule le symbole de la force, et Pomone celui de la fécondité. Mais les murs ne parlent plus qu'à la pensée, il n'y a plus rien pour les yeux, sinon la projection hardie du fragment de voûte qui reste suspendu dans l'air, et l'énorme fissure couverte de plantes saxifrages qui annonce l'infatigable travail de la main du temps. Vers le Vélabre, à la pointe de l'île du milieu du Tibre, se trouve aussi un temple qui remonte aux premiers temps de la cité. En 462, la peste désola Rome, et le sénat envoya à Esculape, des députés qui, au lieu de prendre avec eux des médecins grecs, se bornèrent à ramener un serpent. Le serpent sortit du vaisseau, et alla, en traversant les flots du Tibre, se réfugier à la pointe de l'île. Selon les paroles de l'oracle, un temple devait s'élever où le serpent s'arrêterait. Le temple eut bientôt dressé ses colonnes et la peste cessa. Maintenant, ce pompeux *ex voto* qui a perdu toute son architecture et dont les débris sont dispersés, *procumbit humi*, est la propriété des moines de l'église Saint-Barthelémy. J'allai déranger un frère au milieu de son oraison pour lui parler d'Esculape. Il s'empressa de me conduire aux ruines; mais le Tibre avait subi une crue depuis quelques jours, et Esculape partageait le sort des monumens anciens et de la science dans Rome moderne...... il était submergé!

ED. C.

sorganisée qu'elle devient méconnaissable. Fabrice de Hilden, Heister, etc., en citent des exemples.

ALTÉRATIONS DU NERF OPTIQUE. — Botal, Buchwald et Gallereux ont vu les nerfs optiques ramollis et ulcérés; on les a aussi trouvés rompus par des violences extérieures. Birminger et Bonnet les ont remarqués comme tordus sur eux-mêmes; ce dernier parle aussi de leur très grande friabilité. Leur compression n'est pas rare : tantôt c'est un squirrhe, tantôt un stéatome, ou bien une production osseuse, ou un tubercule scrofuleux; d'autres fois c'est un polype, c'est une exostose du trou optique, un calcul, une croûte gypseuse, une dilatation de la veine et de l'artère centrale de la rétine. Graefe avu cette artère distendue au point que son diamètre était égal à celui d'un brin d'herbe. Le professeur Schmielder de Fribourg possède une pièce anatomique où le nerf optique est comprimé par un anévrisme de l'artère centrale de chaque rétine. Du reste, toutes ces tumeurs agissent à peu près de la même manière, soit en comprimant directement l'un des nerfs optiques, soit en portant leur action sur tous deux. On conçoit que je me borne à mentionner les faits qui me paraissent authentiques sans les rapporter en détail; il faudrait un volume pour exposer, même en résumé, les diverses autopsies dans lesquelles on a constaté les lésions dont je parle; je crois utile cependant d'indiquer les auteurs dans lesquels on pourra lire tout ce qui se rapporte à la compression des nerfs optiques; ainsi Boerhaave, Blegny, Chesneau, Œhme, Mackenzie, P. Paaw, Plater, Riolan, Sanson, Schmalz, Schmucker, Wandeler, Zinn, seront consultés avec fruit.

On a vu encore la compression agir d'une autre manière; c'est dans l'intérieur même du nerf que se développe le corps comprimant. Gallereux a trouvé, dans le centre du nerf optique gauche, un tubercule grisâtre, dur, de la grosseur d'un grain de chenevis; Ruland a observé la distension du nerf par de la sérosité. Sanson rapporte un fait qui ne se rattache à aucun de ceux dont je viens parler. Chez un malade, mort à la suite d'un érysipèle, il a vu les nerfs optiques tachetés de gris, sans aucune autre altération. La flétrissure, l'atrophie des deux nerfs ou de l'un seulement résulte souvent de la compression; mais les auteurs s'accordent à dire que cette atrophie existe le plus souvent isolée de toute autre altération. Cesalpino, Heiland, Isenflamm, Morgagni, Rioland, Rolfinck, Santorini, Scultet, Valverde, Vésale, citent des faits conformes à cette opinion.

ALTÉRATIONS DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE. — On a observé dans la substance du cerveau des épanchemens séreux et sanguins; Bonnet, Willis et plusieurs autres en rapportent des exemples, car le fait est commun.

Des tumeurs de nature variée, stéatome, squirrhe, abcès, ont été rencontrées par Baillon, Becket, La Peyronie, etc. Anderson rapporte un cas d'amaurose traumatique dépendant de la présence d'une esquille dans le côté du cerveau opposé à celui de l'œil malade. Furd a vu une excroissance de la couche optique du même côté que l'amaurose. Petit a trouvé le corps strié ramolli. M. Pétrequin, chez un sujet dont le nerf optique et la rétine étaient eux-même affectés, a remarqué que la commissure atrophiée avait perdu jusqu'à un certain point l'aspect du tissu cérébral. J'ai eu moi-même occasion de faire une autopsie de ce genre, et je trouvai que la substance cérébrale recelait une masse tuberculeuse de la grosseur d'un œuf de pigeon.

En résumé, l'anatomie pathologique nous apprend que les phénomènes amaurotiques s'observent dans les circonstances qui suivent :

1° La *rétine* est indurée, ossifiée, fibrense, gorgée de sucs, décollée de la choroïde par des vaisseaux variqueux injectée de taches noires, couverte d'une exsudation lymphatique ou de vésicules.

2° Le nerf optique est ramolli, ulcéré, rompu, tordu, comprimé par diverses tumeurs, injecté de taches brunes, flétri, atrophié; ces états existent dans les deux ou dans un seul.

3° La substance cérébrale est le siége d'une inflammation, d'un épanchement séreux ou sanguinolent, d'un kyste de nature variable, d'un ramollissement, d'une atrophie, d'un tubercule; elle peut contenir un corps étranger.

De ce rapide exposé, je suis arrivé à pouvoir conclure que le mot amaurose ne saurait exprimer une maladie, mais bien plutôt un ensemble de phénomènes occasionnés par une affection, soit de la rétine, soit du nerf optique, soit de la substance cérébrale; en un mot, la maladie connue sous le nom d'amaurose est un symptôme. La véritable maladie a son siége ou dans l'organe chargé de recevoir l'impression de la lumière, ou dans le cordon conducteur chargé de transporter cette impression au cerveau, ou dans la substance cérébrale chargée de transformer l'impression en perception, sous l'influence du principe immatériel. Ces diverses parties peuvent être altérées isolément ou toutes à la fois : ainsi l'état pathologique porte sur la rétine, elle ne reçoit plus d'impression, peu importe que le cerveau et le nerf restent sains, la vision est notablement diminuée ou abolie; le nerf optique est altéré, peu importe que la substance cérébrale et la rétine restent saines, l'impression reçue par cette dernière ne peut être conduite au cerveau, la vision est notablement diminuée ou abolie; la substance cérébrale est le siége de l'altération, peu importe que la rétine reçoive l'impression, son cordon conducteur la transmet au cerveau, incapable de la changer en perception, la vision est notablement diminuée ou abolie; de même par conséquent, si la maladie affecte la rétine et le nerf, le nerf ou le cerveau, ou toutes ces parties à la fois.

Il est des cas où l'anatomie pathologique ne découvre aucune lésion chez des individus morts atteints d'amaurose. A quoi tient cette absence de traces morbides? Nos connaissances anatomo-pathologiques du système nerveux ne nous permettent-elles pas d'apprécier une altération qui existe cependant? ou bien la cause qui a déterminé l'amaurose a-t-elle agi à un degré assez faible pour ne point déranger d'une manière évidente cette partie de l'organisation nerveuse? Ce sont des points sur lesquels il est impossible de se prononcer.

C'est peut-être ici le lieu de parler de deux faits sur lesquels les anatomistes et les physiologistes sont d'opinion si différente. On devine que je veux parler de la manière dont se comportent les nerfs optiques à leur point de réunion et de l'action présumable de certaines branches de la cinquième paire. Interrogeons encore les faits que nous fournit l'anatomie pathologique, et voyons si, par leur nombre et par leur authenticité, ils autorisent à se prononcer.

SUR LE CHIASMA DES NERFS OPTIQUES.

Sœmmering, sur sept borgnes, a trouvé une atrophie du nerf opposé; M. Duméril a recueilli des faits semblables sur les chevaux; Portal et Richerand ont vu la cécité survenir du côté opposé à la partie du cerveau frappé d'apoplexie. M. Magendie a obtenu les mêmes phénomènes chez les poissons. En vidant l'œil gauche, le nerf optique du côté droit s'est atrophié; en coupant le nerf du côté droit, l'œil gauche s'est aussi atrophié, et *vice versâ*. Ces faits paraîtraient mettre hors de doute l'entrecroisement; mais, à côté de ceux-ci, il en existe de contradictoires. Boissean, par exemple, dans un cas d'atrophie des deux nerfs, a observé que l'un d'eux avait acquis une teinte jaunâtre, et qu'il conservait cette teinte avant comme après la réunion. Demours a fait l'autopsie d'un amaurotique d'un seul œil, et le nerf optique correspondant était affecté dans toute sa longueur. Ford a rencontré la substance cérébrale altérée du même côté que l'amaurose; et, pour citer un cas qui remonte à l'antiquité, Galien a vu l'œil et le nerf optique atrophiés du même côté. Que conclure de résultats si contradictoires? Je n'affirme rien; mais je suppose que la plupart des anatomistes modernes ont peut-être eu raison de croire, avec Treviranus, qu'il existe un entrecroisement à la partie interne. Cette hypothèse a conduit M. Wollaston à expliquer le phénomène connu sous le nom d'hémiopie.

SUR L'ACTION DE LA CINQUIÈME PAIRE RELATIVEMENT A LA VISION.

Sanson cite un fait trop extraordinaire pour que je le passe sous silence : il s'agit d'un homme amaurotique, chez lequel on trouva à la place de la glande pinéale un kyste de la grosseur d'un petit œuf de poule, rempli en partie par une matière liquide, grasse, jaunâtre, mêlée à une certaine quantité de sang, et en partie par une matière solide, jaune, friable, d'apparence caséeuse ou tuberculeuse. Les parois de ce kyste, fibreuses dans la plus grande partie de leur étendue, étaient constituées en haut et un peu en avant, dans le lieu où l'entrecroisement des nerfs optiques aurait dû s'appuyer sur lui, par une plaque osseuse, très irrégulièrement quadrilatère, de l'épaisseur de 2 lignes dans quelques points et de 3 dans d'autres, dont la face inférieure se laissait voir à nu dans l'intérieur du kyste, et offrait des aspérités qui y faisaient saillie, et dont la circonférence était confondue de toutes parts avec les parois fibreuses de cette poche, de telle sorte qu'elle paraissait n'être qu'une partie ossifiée de ces parois. Cependant, au dessus de cette plaque, il ne restait aucun vestige de l'adossement des nerfs optiques. La partie de ces nerfs postérieure à leur réunion, aplatie par le kyste, ramollie et altérée, le contournait en arrière et sur les côtés, en y adhérant, et venait s'y perdre en un point correspondant aux parties latérales et postérieures de la plaque osseuse; là, la substance du nerf, confondue avec les parois du kyste, ou, pour mieux dire, avec la plaque osseuse, disparaissait complètement et brusquement; toutefois, l'adhérence était faible et assez analogue à celle des racines de certains nerfs à la surface des organes encéphaliques. Elle fut détruite, et l'on reconnut dans le point correspondant une tache blanche, arrondie, de même diamètre que le nerf, et appuyée sur la plaque

ossifiée. Plus loin, au devant du kyste et sur les côtés, dans le point correspondant aux parties antérieures et latérales de la concrétion osseuse, on retrouvait les nerfs optiques se dirigeant vers les trous de même nom, mais atrophiés jusqu'à l'œil. Entre le lieu où les nerfs disparaissaient postérieurement et celui où on les voyait renaître antérieurement, il n'y avait d'autre moyen de communication que la partie ossifiée des parois du kyste, qui remplaçait ou qui représentait par conséquent leur adossement. Dans les yeux, nous avons trouvé les rétines minces, d'un gris légèrement rougeâtre, et presque transparentes. Le cerveau, non plus que les autres organes, ne présentait aucune lésion appréciable.

Et ce malade, à la suite du traitement, voyait distinctement, placé sur le pont de l'Hôtel-Dieu, les passans qui circulaient sur le pont qui conduit à la rue St-Jacques, et cela huit jours avant sa mort. Serait-il donc vrai que la cinquième paire prît part aux fonctions des sens? Serait-il vrai que les branches ophthalmiques pussent suppléer le nerf optique? M. Mackenzie, qui rapporte ce fait, au point de ne pas le reconnaître, suppose que le malade s'est abusé sur le degré de sa vision, ou que les progrès de la maladie ont été excessivement rapides pendant la dernière période. M. Mackenzie n'a probablement pas bien lu l'observation, autrement il aurait compris que si Sanson a écrit : le malade a vu, c'est que le malade a vu; il aurait compris que, si rapides que soient les progrès, une ossification ne se fait pas en huit jours. Les phénomènes amaurotiques ont eu lieu après une plaie des sourcils, une solution de continuité du nerf frontal. Demours les a observés le lendemain de l'extirpation d'un kyste situé à 3 pouces au dessus de la queue du sourcil gauche. Ces faits rapprochés des observations et des expériences de MM. Ch. Bell et Magendie méritent une sérieuse attention; outre la valeur physiologique qu'ils constateraient dans la science, ils encourageraient le praticien et lui donneraient encore quelque espoir dans certains cas où l'art a été jusqu'alors impuissant. Mais la question me paraît trop importante pour qu'on puisse se décider à émettre aujourd'hui une opinion arrêtée d'après le peu de faits que nous possédons; ce qu'il y a de positif, c'est que, outre les cas de maladie du nerf optique, de la rétine et du cerveau, les phénomènes amaurotiques peuvent être le symptôme de la lésion de quelque branche de la cinquième paire.

Jusque-là nous marchons avec l'expérience et l'observation; les résultats sont matériels, et c'est pour avoir voulu raisonner sans les faits qu'on s'est perdu dans un tourbillon d'hypothèses, dans lequel on se débattrait longtemps sans faire sortir une lueur de vérité. Ce qu'on avait fait pour l'ophthalmie, on l'a renouvelé à l'occasion de l'amaurose; il faut vraiment avoir l'ouvrage à la main pour croire qu'à l'époque où nous sommes on n'a pas hésité à tracer trente et quelques espèces d'amaurose. On a voulu faire naître l'ophthalmologie de l'imagination, mais cette folle doit rester à la porte du logis du chirurgien qui ne peut s'étayer que de l'expérience et de l'observation. On aura peine à comprendre un jour, me disait dernièrement un illustre professeur de la Faculté, ce besoin de diviser et de subdiviser à l'infini, qui s'est emparé de certains ophthalmologistes. Une cause, un siége, une nature qu'ils ignorent souvent, et ils ont enfanté une nouvelle maladie. Heureusement la plupart des chirurgiens font exception à cette règle, et, je me plais à le dire, les divisions de M. Pétrequin ont sur toutes les autres un immense avantage, celui de guider le praticien dans le choix du traitement. Quant à moi, élevé à l'école d'hommes habitués à localiser les maladies, à faire la médecine de l'organe et non du symptôme, mon choix serait bientôt fait; et si, suivant que l'altération porte sur tel ou tel point, on pouvait la reconnaître et la distinguer des autres, assurément je n'hésiterais pas; au lieu de traiter l'amaurose, nous commencerions par supprimer ce mot, et il nous resterait une maladie de la rétine, du nerf optique, etc. Mais il n'en est pas ainsi : ces diverses altérations ne se traduisent pas au dehors par des caractères tranchés; l'habitude, la sagacité et l'intelligence du praticien peuvent seules le guider dans ce labyrinthe. Dans l'état actuel de la science, je dois donc généraliser. Je traiterai en conséquence, non des causes de telle ou telle espèce d'amaurose, mais des causes qui peuvent produire les diverses maladies qui présentent dans leur marche les signes amaurotiques. Arrivé aux symptômes, j'en tracerai le tableau, faisant remarquer en chemin la valeur de chacun pour mettre sur la trace de l'altération existante; le même esprit me guidera dans le traitement.

D'après ce qui précède, la définition de l'amaurose est facile : nous la tenons de la mort, le scalpel à la main.

L'amaurose, diminution notable ou abolition de la vue, sans altération des milieux de l'œil, état dont on peut s'assurer par la présence des trois lumières de Sanson, est le symptôme essentiel d'un état pathologique soit de la rétine, soit du nerf optique, soit de la substance cérébrale et peut-être de quelque branche du nerf trifacial, ces diverses parties étant susceptibles d'être affectées isolément ou simultanément.

CAUSES QUI PEUVENT PRODUIRE CES DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES.

On s'est occupé de classer les causes qui peuvent amener les altérations que j'ai mentionnées en diverses catégories caractérisées par l'action produite, action dont la nature est souvent hypothétique. Or pour quiconque veut abandonner le moins possible à l'hypothèse, il vaut mieux énumérer toutes ces causes en les faisant suivre de développemens, quand ceux-ci seront démontrés par l'expérience et utiles pour la pratique. Ces causes sont : la pléthore, un flux de sang habituel supprimé, tel que des hémorroïdes, les règles, une rhinhorragie habituelle, l'insolation prolongée, des violens efforts répétés qui occasionnent une congestion cérébrale permanente, la disparition subite d'une sécrétion; ainsi la transpiration cutanée, le lait, les lochies; la prompte guérison d'une éruption, la suppression d'un exutoire, les veilles prolongées, les contusions ou plaies du crâne et du cerveau, les commotions et l'inflammation de cet organe. A côté de ces causes dont l'action paraît être irritante, il en est d'autres dont l'action semble être contraire; telles sont : le tempérament lymphatique, la masturbation, l'excès du coït, les pollutions, les saignées abondantes et réitérées, la castration, la vieillesse, l'abstinence ou une mauvaise alimentation, les chagrins, la frayeur, l'action de la foudre, l'anhémie, enfin la chlorose qui joue dans l'amaurose un rôle assez important pour que les faiseurs de divisions aient pensé à une amaurose eblorotique. A toutes ces causes qui peuvent devenir efficientes après un plus ou moins long laps de temps, on peut en rattacher d'autres qui, ainsi qu'elles, n'agissent pas directement sur l'organe de la vision; ce sont : les mauvaises digestions, les diverses altérations de l'estomac et de l'intestin, les vers intestinaux, la vérole, le vice rhumatismal et arthritique, dit-on, la présence d'un calcul dans les différentes parties de l'appareil urinaire, la dentition, les convulsions, l'épilepsie. On voit que la série de toutes les causes que je viens d'énumérer et qu'on appellera si l'on veut indirectes est singulièrement nombreuse; il en est de même de celles qui produisent directement l'amaurose :

Congestion habituelle du système vasculaire de l'œil, ophthalmies aiguë et chronique, le fréquent usage de microscopes, lentilles, l'exposition à une lumière ou à une chaleur très vive, les lectures prolongées, les contusions et les plaies de l'œil parmi lesquelles on peut compter celle produite par l'aiguille dans l'opération de la cataracte par abaissement, l'exposition prématurée de l'œil à une vive lumière après cette opération, la privation de la lumière, l'application répétée de belladone ou de jusquiame sur l'œil, enfin l'impression de vapeurs irritantes; telles sont les causes qui portent spécialement leur action sur les diverses parties de l'appareil de la vision.

Les oculistes s'accordent à penser qu'on doit ranger parmi les causes, l'hérédité; Beër et Demours citent des faits à l'appui de cette opinion, et Sanson a rapporté celui d'un père et de quatre enfans devenus tous amaurotiques à l'âge de 21 ans.

S'il faut en croire certains chirurgiens, il existe des idiosyncrasies qui déterminent passagèrement les phénomènes amaurotiques. Chez l'un ce serait la bière, chez l'autre le *quassia amara*, ou bien le café ou le chocolat. On parle aussi de femmes devenues amaurotiques pendant la grossesse et guéries à l'accouchement. Il n'en fut pas de même pour une malade de Beër, chez qui deux fois cet accident avait eu lieu, la troisième fois la cécité ne céda pas. Une autre observation qui mérite de n'être point passée sous silence, c'est que l'amaurose semblerait affecter presque exclusivement les yeux noirs, dans la proportion de vingt-neuf sur trente, suivant Beër. Cette assertion mérite d'être vérifiée.

J'ai mentionné toutes les causes qui peuvent avoir quelque influence sur les affections amaurotiques; je n'en finirais pas s'il me fallait rappeler toutes celles qui ont été indiquées par les auteurs. Du reste, à l'interrogation du malade, il est souvent fort difficile de remonter aux causes; c'est cependant le point sur lequel le praticien doit porter toute son attention; le TRAITÉ DE L'AMAUROSE de M. Pétrequin indique clairement l'utilité de bien reconnaître la véritable cause de l'altération; c'est par cette connaissance approfondie qu'on peut arriver à découvrir la nature du mal; cette cause, c'est souvent l'état pathologique lui-même d'où découlera tout le traitement; et pour donner un exemple frappant de l'influence que peut avoir sur la guérison la certitude acquise de la cause déterminante : les indications seront diamétralement opposées, suivant que la cause amaurotique sera la masturbation ou la pléthore. C'est même d'après l'influence que peuvent avoir ces diverses causes sur la nature des altérations de la rétine, du nerf optique, etc., que les pathologistes ont bâti leur division; on aurait eu raison, si ces agens imprimaient à chaque maladie un cachet particulier; mais, en dernier résultat, l'effet produit est toujours le même, c'est toujours un défaut d'action de l'or-

pareil nerveux consacré à la fonction visuelle, que ce défaut d'action soit causé par un état habituel de congestion et d'irritation du cerveau et de l'œil, ou bien par un état asthénique général ou partiel, qu'il soit direct ou indirect, idiopathique ou sympathique. Je le répète, cela est urgent à savoir, c'est un point capital, c'est là qu'on doit puiser les indications thérapeutiques; mais je n'y vois nullement matière à créer des êtres morbides dont il est impossible de rassembler les élémens et, dût-on m'accuser de trop généraliser, je préfère ce reproche à celui de tomber dans des subtilités chimériques.

(La fin prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros de mai et juillet 1844 renferment les articles originaux suivans : 1° *De l'influence du seigle ergoté sur le fœtus dans la matrice;* par M. Edw. Beatty. 2° *Deux cas de squirrhe du pancréas, suivis de remarques sur le diagnostic des affections de cette glande;* par M. Battersby. 3° *Considérations sur les maladies climatériques;* par M. Kennedy. 4° *Observations d'anévrisme de l'aorte;* par M. Robert Law. 5° *Sur une affection nerveuse particulière à ceux qui voyagent en Sicile et dans le midi de l'Italie;* par M. Sealy. 6° *Sur la ligne brune de l'abdomen et sur la formation de l'aréole ombilicale comme signes d'un accouchement antérieur;* par M. Montgomery. 7° *Notes sur l'ovariotomie;* par M. Churchill. 8° *Considérations sur la cure radicale de l'hydrocèle;* par M. Henry Porter. (L'auteur reproche à la méthode par injection de provoquer quelquefois une inflammation qui n'est pas sans danger. Il préfère opérer en laissant à demeure une tente de linge.) 9° *Sur les excroissances polypeuses de la matrice;* par M. Bullen. (Rien de bien important.) 10° *Quelques remarques sur l'histoire de la chirurgie aurale et sur la classification nosologique des maladies de l'oreille;* par M. Wilde. (Rien qui soit de nature à mériter d'être reproduit, bien que ces recherches dénotent une grande érudition et un jugement excellent.)

DE L'INFLUENCE DU SEIGLE ERGOTÉ SUR LE FOETUS DANS LA MATRICE; par M. EDW. BEATTY.

Il est généralement admis que le seigle ergoté substitue aux contractions intermittentes de l'état normal des contractions utérines *permanentes*, et que l'effet de celles-ci est souvent fatal à l'enfant. De là le précepte de ne jamais administrer cette substance si l'on n'est pas sûr d'avance que l'accouchement pourra se terminer en peu de temps. M. Beatty adopte cette explication; mais il croit que, outre cet inconvénient très réel, le seigle ergoté détermine encore un autre résultat fâcheux. Renouvelant une idée déjà avancée par M. Ch. Hall, il est d'avis que le seigle ergoté, en passant dans le sang du fœtus, produit chez celui-ci un état particulier du système nerveux, qui se traduit par des convulsions ou par un relâchement paralytique des muscles.

Les signes caractéristiques de cette altération sont, lorsque l'enfant vient mort-né, la lividité de la peau, la rigidité générale de tous les muscles, la raideur des membres et l'attitude des doigts, qui sont serrés dans la flexion. Si on est parvenu à ranimer l'enfant, il présente un état spasmodique, puis des phénomènes de paralysie alternant entr'eux. Les deux observations suivantes feront juger de la nature de l'affection que l'auteur attribue à l'ingestion du seigle ergoté à trop haute dose chez la mère :

Obs. I. — Une femme était depuis seize heures en travail de son premier enfant, et les douleurs languissaient. Une dose de seigle ergoté n'ayant produit aucune contraction, on la répéta au bout de 20 minutes. Les douleurs devinrent alors plus vives, sans avoir cependant une grande violence. Deux heures après, l'enfant fut expulsé mort en apparence. La surface extérieure avait l'aspect bleuâtre qu'on remarque dans la cyanose par persistance du trou de Botal. Tous les muscles étaient rigides et contractés, de manière à ce qu'on ne pouvait que difficilement fléchir les membres. On laissa un peu saigner le cordon avant de le lier. L'enfant fut placé dans un bain chaud et on essaya l'insufflation pulmonaire. Au bout d'une demi-heure, il commença à respirer; mais la contraction tonique fut alors remplacée par des convulsions générales. Ces alternatives de contracture et de relâchement successifs durèrent trois jours. Il s'y joignit du strabisme. (Sangsues aux tempes; vésicatoires sur la tête et le long du rachis.) Enfin, ces désordres finirent par disparaître.

Dans ce cas, on remarquera que la première dose de seigle ergoté n'avait pas amené de contractions utérines; ce qui conduirait à penser que, ici du moins, les symptômes observés chez l'enfant étaient dus moins à la durée de la pression qu'il avait subie dans la matrice, qu'au passage de la substance toxique du sang de sa mère dans le sien. Dans l'observation suivante les mêmes effets se manifestent beaucoup plus fortement accentués.

Obs. II. — Il y a quelque temps, dit M. Beatty, je fus appelé en consultation avec M. Crampton pour donner mon avis sur l'état d'un enfant de trois ans. Quand nous le vîmes, il nous parut comme si toutes les fibres musculaires de son corps étaient paralysées; les membres étaient pendans et sans force; la tête tombait abandonnée à sa propre pesanteur; la contenance était celle d'un idiot. Tandis que nous le regardions, cet état de flaccidité se changea tout à coup en un spasme de tous les muscles. Les membres se contractaient en prenant les attitudes les plus grotesques : le dos se courbait en arrière, la tête tournait, se fléchissait, s'étendait, et ces divers mouvemens se succédaient les uns aux autres avec lenteur. A cette agitation succéda le collapsus où nous l'avions d'abord vu; le même changement se reproduisit plusieurs fois dans le cours de notre visite.

Je fus tellement frappé par la ressemblance de ces phénomènes avec ceux que j'avais observés chez d'autres enfans venus au monde à la suite d'un accouchement où le seigle ergoté avait été employé que je demandai à la mère quelques détails sur ses couches. Elle me dit que le travail avait été long et pénible, et qu'on lui avait donné de l'ergot de seigle pour activer les douleurs. L'enfant était venu au monde mort en apparence, et on avait éprouvé beaucoup de difficulté à le rendre à la vie.

Pour se rendre un compte exact des effets que produit le seigle ergoté en passant dans le système circulatoire du fœtus, M. Beatty s'est livré à quelques expériences sur les animaux. Nous transcrivons la suivante.

Exp. — On injecta dans la jugulaire d'un chien une forte infusion d'ergot de seigle. Immédiatement après, il lâcha son urine, la pupille se dilata et les battemens du cœur devinrent trop fréquens pour pouvoir être comptés. Dans l'espace de 4 minutes, ce tumulte s'apaisa, le système musculaire tomba dans le relâchement, avec des frissonnemens de tout le corps. Une minute après, le cœur recommença à battre avec une force et une vitesse extrêmes, et un opisthotonos complet se déclara. Une minute et demie s'étant écoulée de nouveau, l'animal se mit à plaindre; les pulsations du cœur devinrent lentes et pénibles, la respiration profonde. Enfin, il mourut neuf minutes après l'injection.

On se demandera, sans doute, ajoute l'auteur, comment il peut se faire qu'on médicament qui ne développe habituellement chez la mère aucun symptôme sérieux d'intoxication, soit capable de produire chez l'enfant des désordres aussi graves. Mais il faut remarquer, 1° que la mère ne reste pas entièrement insensible à l'action du seigle ergoté, quoiqu'elle n'en éprouve pas d'effet vraiment pernicieux : le pouls chez elle baisse toujours à la suite de l'administration de cette substance; 2° que le fœtus a une plus grande susceptibilité que l'adulte à l'action des narcotiques. La vérité de cette dernière proposition est mise en évidence par ce qui s'observe tous les jours dans la médecine des enfans.

De tout ce qui précède, l'auteur tire la conséquence que *deux heures* sont le maximum du temps qu'on peut laisser s'écouler après l'ingestion du seigle ergoté, sans avoir à craindre ses fâcheux effets sur le système nerveux de l'enfant.

— Nous souscrivons volontiers à cette conclusion, mais en faisant toutefois remarquer qu'elle nous semble loin d'être rigoureusement contenue dans les prémisses. Il n'est pas besoin, en effet, pour approuver ce précepte, de croire à l'intoxication possible du sang de l'enfant : il suffit d'admettre (ce qui n'est douteux pour personne) que la violence et la durée des contractions déterminées par le seigle ergoté peuvent lui être fatales. Aussi tous les accoucheurs modernes adoptent-ils, d'après cet unique motif, le principe de n'employer jamais l'ergot que lorsqu'on est assuré que rien ne mettra ensuite obstacle à la prompte terminaison de l'accouchement.

Nous n'avons pas pour cela l'intention de nier les faits que le mémoire de M. Beatty tend à rendre de plus en plus vraisemblables. Remarquons cependant que ses expériences sur les animaux paraissent être beaucoup moins propres que ses observations à appuyer la thèse qu'il défend. En effet, dans ces expériences (qui ne sont que la reproduction de celles de MM. Gaspard, Beaujon, etc.) c'est une solution de seigle ergoté qui est introduite *en nature* dans les veines du chien. Or, qui ne voit combien la différence est grande de ce cas à celui du fœtus, qui ne reçoit dans son sang le poison qu'après que celui-ci a été modifié par l'action des organes digestifs de sa mère?... Cette dernière considération montre encore que, même en admettant, comme le veut l'auteur, la susceptibilité

plus grande du fœtus, on peut fort bien douter qu'il en éprouve un effet vraiment délétère; car un médicament qu'on avoue n'agir que faiblement sur la mère doit, à bien plus forte raison, rester sans action sur son produit intra-utérin, puisque celui-ci n'en reçoit le contre-coup qu'atténué par la modification digestive.

RECHERCHES SUR LES MALADIES CLIMATÉRIQUES, SUIVIES D'OBSERVATIONS; par le docteur KENNEDY.

Les médecins anglais décrivent sous ce nom, depuis que sir Henri Halford a publié un travail sur ce sujet, certaines maladies qui apparaissent à certaines époques de la vie et ne se rattachent point à une lésion organique, bien qu'elles offrent souvent la plupart des symptômes de quelques-unes d'entre elles. M. Kennedy donne sur ces maladies des détails plus précis et moins vagues que ceux donnés par sir Henri Halford; il ne croit pas comme ce dernier observateur qu'elles soient propres à l'âge avancé. Suivant lui, elles ne seraient même pas rares de 20 à 30 ans.— Nous allons reproduire brièvement quelques-unes des données les plus importantes sur ces maladies qui, ne se rattachant à aucune lésion organique appréciable, ont été peu étudiées par les écrivains français; mais dont les praticiens, qui savent combien d'états morbides qui n'ont pu encore être rattachés aux lésions organiques se rencontrent encore chaque jour, ne nieront pas l'existence immédiatement et sans réflexion.

Les maladies climatériques ne sont pas très fréquentes; cependant les personnes qui parcourent toute leur carrière sans en avoir été atteintes une fois ou deux peuvent être considérées comme faisant exception à la règle.

Les *causes* de ces maladies sont peu connues. Dans le plus grand nombre des cas, on n'en trouve aucune qui soit évidente; dans quelques autres le mal semble apparaître à l'occasion de quelques conditions anormales, telles qu'un refroidissement, la grippe, toute émotion morale ou un ébranlement physique, un désappointement, les excès de tout genre. Mais ces causes ne sont évidemment qu'occasionelles, et c'est plutôt dans l'écoulement plus ou moins rapide des diverses périodes d'accroissement et de décroissement que l'on doit en chercher la vraie cause.

Ces maladies commencent rarement d'une manière subite et ne peuvent être caractérisées qu'après qu'elles ont déjà duré longtemps. Trois symptômes principaux dominent dans la plupart des cas. Nous indiquerons en premier lieu les douleurs qui varient, suivant les cas, de siége, de nature, de caractère, et qui, en général, sont périodiques. Le symptôme le plus fréquent ensuite, et qu'on observe dès le début est la faiblesse que le malade ressent surtout dans les genoux qui semblent lui manquer, même lorsqu'il est couché; puis apparaissent successivement la diminution d'abord et plus tard la perte de l'appétit, et enfin le dégoût absolu de tout aliment, puis l'amaigrissement, l'affaiblissement moral et physique, et enfin la disparition complète du sommeil; en même temps les traits du malade prennent un caractère particulier comme si tout à coup plusieurs années avaient été ajoutées à son existence; puis, dans des cas nombreux, la circulation prend une fréquence anormale. Ces différens symptômes qu'on observe dans la plupart des cas se combinent pourtant de manière à affecter spécialement l'une des trois grandes cavités. Lorsque la poitrine en est le principal siége, des douleurs articulaires des membres supérieurs, qu'il est difficile de distinguer des douleurs rhumatismales avec une dyspnée périodique, des palpitations du cœur et une toux le plus souvent spasmodique, sont les symptômes prédominans. Il en est de même de ceux qui se rapportent aux organes des autres cavités, la tête et l'abdomen et que nous ne croyons pas devoir reproduire. Il y a cependant un certain nombre de cas où la plupart des organes sont affectés indifféremment et sans aucun ordre. Il paraîtrait aussi que chez les hommes le cerveau et l'appareil digestif seraient le plus fréquemment le siége de troubles graves, tandis que chez les femmes la plupart des symptômes paraîtraient fournis par les poumons et le cœur.

La *durée* de ces maladies est ordinairement très longue; jamais inférieure à quatre ou cinq mois; elle est quelquefois d'une ou de deux années.

Le *diagnostic* reste souvent obscur pendant très longtemps en raison de la marche lente et compliquée de la maladie; cependant il y a deux points importans à noter à cet égard: le premier, c'est d'éviter avec soin de prendre certains cas de maladies climatériques pour des lésions organiques réelles, et c'est ce qui arriverait très facilement dans les cas où les accidens viendraient du cœur ou du cerveau. Le second, c'est de bien constater s'il n'existe pas réellement un commencement de lésion organique et comme simple complication; car, dans ces cas, deux maladies aussi différentes peuvent s'aggraver singulièrement et mutuellement.

Le *pronostic* est le plus souvent favorable, et on ne saurait croire de quels états graves et souvent désespérés pour les gens du monde on voit revenir des malades atteints d'affections climatériques; on voit cependant quelques insuccès, mais c'est surtout chez les personnes avancées en âge. Sir Henri Halford pensait que le malade ne se débarrassait jamais complétement de toutes les traces d'une première attaque; telle n'est pas l'opinion de l'auteur qui a vu le contraire arriver dans la plupart des cas soumis à son observation.

Quant au *traitement* qui convient dans ces maladies, voici ce que M. Kennedy établit de plus général à cet égard. Si les maladies climatériques ne sont que le résultat de la décadence momentanée de quelques-unes des fonctions qui constituent la vie et spécialement de celles du système nerveux; si elles ne sont qu'une espèce de fatigue, qui ne permet plus aux organes de remplir leurs fonctions avec l'énergie habituelle; si cet affaiblissement frappe surtout le système nerveux, comme paraissent le démontrer et la périodicité de presque tous les symptômes et le fait important que, dans la plupart des cas, ces symptômes sont simplement fonctionnels et non point organiques, le traitement qui devra réussir le mieux, et celui qui a jusqu'ici rendu le plus de services dans des cas analogues, est l'emploi des stimulans indiqués d'une manière générale et appliqués nécessairement suivant les cas particuliers.

Un point important dans le traitement de ces affections, c'est qu'on ne peut pas les arrêter tout à coup, et le traitement doit être dirigé dans l'intention seulement de soulager, et souvent encore on voit les symptômes persister en dépit du traitement pendant des semaines et même des mois, et pourtant le malade finit par se tirer complètement d'affaire. Les bases du traitement devront donc être de relever la confiance du malade, de le faire changer d'habitation et d'air s'il est possible; puis d'agir sur l'économie par une combinaison rationnelle d'agens thérapeutiques, parmi lesquels les stimulans, les toniques, les anodins et les purgatifs occuperont la première place.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire quelqu'une des cinq observations rapportées ici par M. Kennedy et qui viennent à l'appui des données produites sur les maladies climatériques.

OBSERVATIONS DE CAS D'ANÉVRISMES DE L'AORTE; par le docteur R. LAW.

Ces deux observations, qui sont rapportées avec beaucoup de détails, n'ajoutent rien de nouveau aux connaissances déjà acquises dans cette partie importante de la science, bien qu'elles ne manquent pas d'intérêt sous le point de vue du diagnostic, qui était fort difficile et fut même méconnu pendant une partie de la durée de la maladie dans les deux cas. La première est un exemple d'un double anévrisme: l'un anévrisme vrai, sur l'aorte ascendante; l'autre anévrisme faux, sur l'aorte descendante, ayant présenté pendant la vie un double bruit du cœur analogue à ce qu'on observe dans les cas d'anévrisme développé sur les points de l'aorte sur lesquels se réfléchit le péricarde. La seconde est un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale développé entre l'artère et le corps des vertèbres correspondantes et accompagné de deux douleurs différentes, l'une intermittente, avec des élancemens s'étendant jusque dans les hanches et le testicule gauche; l'autre constante, sourde, gravative. C'est à l'existence de ces deux douleurs que l'auteur, qui les avait déjà constatées dans d'autres cas, et sur lesquelles il a appelé l'attention dans une autre communication, dut de soupçonner la présence d'un anévrisme, au lieu d'attribuer ces deux douleurs, comme on l'avait fait avant lui, à un rhumatisme.

OBSERVATIONS SUR UNE AFFECTION NERVEUSE PARTICULIÈRE ÉPROUVÉE PAR LES ÉTRANGERS QUI VOYAGENT EN SICILE ET DANS L'ITALIE MÉRIDIONALE; par le docteur HUNGERFORD SEALY.

L'auteur assure avoir observé souvent, pendant son séjour en Sicile et dans le midi de l'Italie, une affection nerveuse particulière, caractérisée par une excessive irritabilité, avec une activité mentale et musculaire extraordinaire, frappant rarement le nouvel arrivant, mais bien ceux qui, étant dans le pays depuis deux ou trois ans, ne sont pas encore acclimatés et commencent à éprouver quelques atteintes de nostalgie. Dans cette affection, le malade a la conscience de son état, qu'il ne peut décrire; son esprit est troublé par des visions que le plus souvent il n'oserait avouer; une exagération morbide s'est emparée de son imagination, bien qu'il conserve encore le contrôle de la raison, mais si faiblement qu'il a toutes les peines du monde à obéir à ses ordres. Cette maladie, qui n'a été suffisamment décrite par aucun des écrivains auxquels nous devons des ouvrages sur l'Italie, frappe surtout

les personnes douées d'un tempérament sanguin-nerveux et d'une vive imagination, et règne spécialement pendant que souffle le sirocco, surtout à Rome, à Naples et à Palerme. Elle serait le résultat, dans ces contrées brûlantes, de la rareté de l'atmosphère, qui double, pour les étrangers et surtout pour les flegmatiques Anglais, l'irritabilité causée par les bruits si fréquens qui s'y font entendre de toutes parts dans ces pays, où les habitans, dit l'auteur, ne sont jamais un instant en repos complet.

L'auteur termine la description de cet état morbide, qui laisse à regretter sous le point de vue pathologique, par le récit moitié comique, moitié sérieux d'un cas de cette maladie observé chez un de ses compatriotes; traité en vain depuis longtemps par un médecin du pays, il était arrivé à un état tellement grave qu'il n'aurait pu supporter plus longtemps les accidens. Nous nous bornerons à dire qu'il remplaça les exutoires et les topiques, dont le médecin sicilien bourrait son malade, par le *bleu pill* combiné à des purgatifs végétaux, au grand étonnement du médecin du pays, qui ne pouvait comprendre les « *dura ilia* » des Bretons.

SUR LA LIGNE BRUNE DE L'ABDOMEN ET SUR LA FORMATION DE L'ARÉOLE OMBILICALE COMME SIGNES D'UN ACCOUCHEMENT ANTÉRIEUR; par M. MONTGOMERY.

M. Montgomery ne pense pas que la ligne brune de l'abdomen se rencontre exclusivement chez les femmes enceintes et chez celles qui ont accouché. Il l'a observée une fois très prononcée sur un enfant de dix ans, qui avait une affection abdominale, et dans un autre cas sur une dame qui portait une tumeur de l'ovaire et une maladie du foie.

Lorsqu'on rencontre cette ligne sur une femme récemment accouchée, son existence est loin de prouver que l'accouchement a eu lieu à neuf mois, car cette coloration, bien qu'elle soit plus marquée deux ou trois jours après l'accouchement à terme, paraît ordinairement à toutes les périodes de la gestation. Elle varie aussi selon la teinte plus ou moins foncée des yeux, des cheveux et de la peau de la personne.

Un autre signe qui accompagne parfois celui-ci est un cercle foncé, une sorte d'auréole qui entoure le nombril à un quart de pouce de distance. Il ne forme pas de saillie au-dessus du niveau de la peau et est, comme la ligne abdominale, proportionné en quelque sorte à la coloration des poils et des yeux de la femme. Depuis l'année 1840 que M. Mongomery a commencé à l'observer, il l'a vu manquer beaucoup plus souvent que la ligne de l'abdomen; mais jamais il ne l'a trouvé autre part que chez des femmes dans l'état de puerpéralité. Ce serait donc là, jusqu'ici, un signe plus certain de l'accouchement que la ligne brune abdominale.

NOTES SUR L'OVARIOTOMIE; par M. CHURCHILL.

Quoique plusieurs statistiques aient déjà été faites sur l'ovariotomie, et que nous ayons récemment publié nous-mêmes un essai de ce genre (voir GAZ. MÉD., 1844, n° 34), celle que M. Churchill a dressée dans le présent mémoire mérite un rang à part, d'abord à cause du soin qu'il a mis à rassembler tous les cas, puis surtout parce qu'il ne se borne pas à énumérer, mais tient, au contraire, très judicieusement compte de toutes les circonstances qui ont pu influer sur le résultat. C'est ainsi qu'on éclaire les questions; et l'analyse de cet important travail jettera, nous l'espérons, quelque lumière sur l'opportunité, tant débattue, de l'extirpation des kystes ovariques.

Les cas rassemblés par M. Churchill, et empruntés à divers auteurs, sont au nombre de 66; il les divise en trois catégories.

La première comprend ceux où l'ovaire malade a été réellement extirpé; ils sont au nombre de 49. Il y a eu 16 morts, ou 1 sur $3\frac{1}{16}$.

Dans la seconde catégorie sont rangés 9 cas dans lesquels l'opération ne put être achevée, soit à cause de l'étendue et de la résistance des adhérences, soit à cause de la grande vascularité de la tumeur. 4 malades ont succombé, ou 1 sur $2\frac{1}{4}$.

Enfin, la troisième comprend 8 cas où l'opération a échoué, soit parce qu'après l'incision on n'a pas trouvé de tumeur, soit parce que celles qu'on a rencontrées n'étaient pas des dégénérescences de l'ovaire. 4 opérées sont mortes, ou 1 sur 2.

En examinant le résultat sous un autre point de vue, on peut se demander si la mortalité a été plus ou moins considérable, suivant que l'on a pratiqué la *grande* ou la *petite* opération (1). Il est assez difficile de répondre d'une manière bien précise à cette question, car la définition de ces deux opérations et la distinction à faire entre elles ne sont pas nettement tranchées. Cependant on peut jusqu'à un certain point parvenir à s'entendre, en convenant d'appeler *grande opération* celle où l'incision de la paroi abdominale dépasse 4 pouces, et *petite opération* celle où l'incision reste au-dessous de cette limite. — En suivant ces données, on trouve dans la première catégorie ci-dessus 15 cas de petite opération, sur lesquels deux morts et 34 de grande opération, sur lesquels 13 morts. Dans la deuxième et dans la troisième catégorie, on compte 15 cas de grande opération, sur lesquels 7 morts. En somme, sur 49 cas de grande opération, la mortalité a été de 20, ou de 1 sur $2\frac{1}{2}$. — Quoique ce chiffre donne un désavantage à ce procédé opératoire, il faut cependant remarquer que les cas où il a dû être employé sont justement ceux où les adhérences étaient plus étendues et la tumeur plus volumineuse. Il serait donc injuste d'attribuer uniquement à la longueur de l'incision abdominale un résultat auquel des manœuvres plus prolongées et plus irritantes ont nécessairement dû contribuer.

(1) Ces deux termes sont très usités en Angleterre dans les travaux qui ont rapport à l'extirpation des ovaires. (NOTE DU RÉDACT.)

Quoique M. Churchill ne soit pas un avocat de l'opération (lui-même le déclare), il y a cependant parmi les raisons qu'il allègue en sa faveur un argument qui paraît sentir un peu le parti pris d'avance. Ainsi il s'inscrit avec chaleur contre l'habitude de traiter les kystes de l'ovaire par la ponction. Cette petite opération, si l'on en croit un passage de son mémoire, précipiterait la marche fatale de l'affection, et, pour le prouver, il emprunte à M. Southam un tableau de 20 cas de kystes ovariques traités par la paracentèse abdominale, et duquel il résulterait que la moyenne des malades soumis à cette médication meurt seize mois et dix-neuf jours après la première ponction, et que sur 5 malades il en meurt une des suites de cette opération. Ce calcul donnerait, comme on le comprend bien, un avantage marqué à l'extirpation de l'ovaire, qui, sans beaucoup plus de dangers, offre au moins des chances de guérison. Mais nous ne pouvons admettre une pareille conclusion d'après un nombre aussi restreint de cas, et de cas aussi évidemment exceptionnels; et tous ceux qui ont vu une certaine quantité de ces affections jugeront sans doute comme nous que ce ne sont point là les effets habituels de la ponction. L'auteur, du reste, exprime à peu près la même opinion dans une autre partie de son travail.

En résumé, M. Churchill pense que l'extirpation est indiquée dans quelques cas. Il se fonde sur ces faits, généralement admis : 1° que l'hydropisie ovarique ne cède presque jamais à un traitement médical; 2° que cette affection se termine au bout d'un temps plus ou moins long par la mort; 3° que la ponction n'apporte qu'un soulagement passager, si même elle ne hâte pas la marche du mal. Il fait remarquer en outre que, par l'extirpation, la moitié des malades a parfaitement guéri. Quant à ceux qui ont succombé, il en est certainement qui étaient dans de telles conditions que, aux yeux d'un praticien judicieux, toute opération capitale se trouvait chez eux contr'indiquée, et quelques autres n'avaient aucune autre chance de salut que l'opération.

Une considération bien puissante en faveur de l'extirpation est celle-ci. Si l'on élimine les cas où l'opération n'a pu être achevée, ceux où elle n'était pas nécessaire et ceux où la malade était d'une constitution détériorée ou affectée de lésions organiques, les cas, en un mot, où l'opération n'était pas indiquée, on trouve que la mortalité n'est plus que de 12 sur 42, ou de 1 sur 3 1/2. Or, sans méconnaître les motifs qui ont pu empêcher de porter dans tous les cas un diagnostic certain, il est bien permis d'espérer qu'à l'avenir on pourra préciser plus exactement les indications et arriver par conséquent à une proportion de guérisons se rapprochant beaucoup de celle-ci.

L'indication d'opérer n'existe véritablement que lorsque le sujet est assez gravement affecté pour qu'on puisse juger nécessaire de faire intervenir les secours de la chirurgie, et que cependant il n'offre pas un état général assez alarmant pour éloigner l'idée de toute opération sérieuse; car, dans cette dernière circonstance, on ne voit pas pourquoi le chirurgien serait plus autorisé à pratiquer l'ovariotomie que toute autre opération importante. — Ce précepte est excellent, et il serait bien à désirer qu'on l'eût médité avant d'entreprendre aucune section de l'abdomen dans des cas analogues.

Quant au procédé, M. Churchill conseille de commencer toujours par une petite incision. Si l'on rencontre ensuite des obstacles, soit qu'ils obligent à discontinuer l'opération, soit qu'ils nécessitent seulement une incision plus étendue, on sera alors parfaitement à temps de prendre l'un ou l'autre parti, et l'on pourra souvent épargner au malade les dangers de ces incisions de 9, 14, 16, 27 et 28 pouces dont les tableaux statistiques de M. Churchill offrent d'effrayans exemples.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DE L'EMPYÈME, APPUYÉES SUR DES OBSERVATIONS; par le docteur R. MAC-DONNELL.

Bien qu'on se soit efforcé de rayer du vocabulaire de nos écoles le

mot empyème, on ne peut cependant nier que dans un certain nombre de cas cette expression ne soit réellement utile et même quelquefois peut-être indispensable; car il n'est pas toujours possible de remonter à l'origine de la maladie. Il en est de même des mots *ascite* et *asthme* qui ne satisfont pas complètement le théoricien et qui cependant doivent être conservés aussi longtemps que les différentes affections que l'on désigne sous ces deux noms ne seront pas toujours faciles à distinguer à la première vue. Nous ne chercherons pas à reproduire les points principaux dont l'auteur s'est occupé dans cette communication où à l'occasion du diagnostic de l'empyème il a soulevé un certain nombre de questions qui s'y rattachent plus ou moins et dont quelques-unes sont d'un grand intérêt sous le point de vue pathologique; cependant l'analyse des conclusions que l'auteur a tirées lui-même de sa longue dissertation donnera au lecteur quelques notions sur la manière dont on considère le diagnostic à l'école de Dublin où l'on ne se contente pas de constater, comme on l'a fait souvent ailleurs, les signes fournis par l'auscultation et la percussion, mais où l'on tient compte de tous les phénomènes pathologiques qui peuvent éclairer le diagnostic.

L'auteur commence par rapporter trois cas d'une variété d'empyème qu'il appelle nouvelle et qu'il désigne sous le nom (peu intelligible pour nous) de empyème à pulsations nécessaires (*pulsating empyema of necessity*) et qui consiste en une ou plusieurs tumeurs apparaissant dans la région du cœur, avec des pulsations isochrones aux battemens du cœur, et qui, après avoir présenté la fluctuation avec rougeur et tension, s'ouvre à l'extérieur en donnant issue à une grande quantité de pus, ou disparaît par un effort métastatique ou par sa rupture dans un autre organe creux. Cette tumeur pourrait être confondue, suivant l'auteur, avec un anévrisme thoracique et avec le cancer du poumon. On en distinguera l'empyème de l'anévrisme thoracique par les moyens suivans; l'histoire de la maladie, la matité qu'on trouve sur toute l'étendue du côté gauche, tandis qu'on ne perçoit la pulsation que sur la tumeur extérieure, l'absence des bruits de rouet et de soufflet, et enfin l'étendue et la nature de la fluctuation; et ceux qui pourront le faire distinguer du cancer du poumon ou du médiastin sont l'absence de crachats couleur de jus de pruneaux noir, l'absence d'une bronchite permanente et de l'état variqueux des veines et de l'œdème du côté malade. Dans le cancer du poumon, le point où apparaissent les tumeurs externes n'est pas invariablement borné au thorax.

L'occurrence d'une quantité considérable de crachats purulens dans l'empyème n'est point un indice qu'il existe dans le poumon des cavités d'où sortirait ce pus. Au contraire, cet accident qui arrive assez fréquemment dans le cours de l'empyème paraît être le résultat d'un effort de la nature pour se débarrasser de la collection purulente par la voie la plus courte et la plus facile.

Le poumon du côté sain est très fréquemment le siége d'une bronchite véritable avec congestion et quelquefois même pneumonie.

Le foie est non seulement porté en bas par une cause toute mécanique, mais encore offre une hypertrophie notable produite par l'accumulation du sang dans cet organe, de quelque côté que soit l'empyème. Cette hypertrophie est identique avec celle qui arrive dans les autres affections des poumons et du cœur dont les fonctions ne peuvent être notablement troublées sans qu'il en résulte un accroissement d'activité pour celles du foie, surtout en ce qui concerne l'élimination du carbone que contient le sang, ainsi qu'il résulte des recherches de Tiedeman et Gmelin et d'Elliotson et Liebig. Cette hypertrophie du foie qui disparaît à la suite des autres maladies du cœur et des poumons aussitôt que l'obstacle à la circulation et à l'aération du sang a disparu, est aussi dans l'empyème l'un des premiers signes qui indiquent la disparition de l'épanchement et le retour du poumon à l'activité de ses fonctions.

SUR LA CONICITÉ DE LA CORNÉE; par M. PICKFORD.

Cette maladie, assez peu connue en France, et appelée aussi *staphilôme transparent*, consiste dans un cône que présente à sa partie centrale la cornée. Elle ne s'accompagne, du reste, ni d'opacité de cette membrane, ni de phénomènes inflammatoires. Les malades deviennent myopes, puis perdent la vue, surtout celle des petits objets et lorsqu'ils regardent en face.

Le travail de M. Pickford n'ajoute que peu de chose à la description symptomatologique de cette affection, laquelle est fort bien tracée dans le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, de Mackensie, récemment traduit et annoté par MM. Laugier et Richelot (voyez page 471). Notre auteur s'est seulement attaché à perfectionner son traitement. On sait que cette forme de staphilôme est généralement incurable. Les antiphlogistiques, la ponction de l'œil, l'emploi de verres concaves, l'extraction du cristallin, moyens successivement conseillés et appliqués, sont restés infructueux. M. Pickford propose un plan de traitement tout différent. Pour lui, l'altération de la cornée tient à un vice dans la nutrition de cette membrane, vice résultant d'une perturbation d'action des nerfs qui président à cette fonction. Or, comme ces nerfs proviennent du grand sympathique, c'est en exerçant sur ce dernier une action révulsive, par l'intermédiaire du pneumo-gastrique, qui a avec lui des connexions si multipliées, qu'on peut le plus sûrement espérer de modifier la lésion d'inervation, point de départ de toute la maladie. Dans ce but, il prescrit les vomitifs ainsi que les purgatifs, les préparations iodées et surtout le sulfate de zinc pris à la dose de 12 décigrammes par jour. Il cite quelques cas où cette méthode de traitement a produit des guérisons ou des améliorations.

— Nous aurions d'autant moins le droit d'être sévères à l'égard de ces idées, qu'il s'agit d'une maladie encore peu connue dans sa nature, et surtout très rebelle aux agens thérapeutiques, et que l'auteur, d'autre part, invoque nu cas de guérison et deux améliorations. Toutefois, son explication présente quelque chose de si vague, que peu de personnes, sans doute, se sentiront disposées à l'admettre sans autres preuves. Quelle est, de toutes les affections chroniques de l'œil, celle qu'on ne pourrait pas à aussi juste titre rapporter également à un vice de nutrition ?.. Par cela même qu'elle s'applique presque à tout, cette hypothèse perd donc à nos yeux une grande partie de sa valeur. Il est positif cependant que le souvenir des expériences où M. Magendie a vu la lésion de la cornée produite par une alimentation insuffisante, et le siége constant de cette conicité au centre de la cornée, là où se terminent tous ses vaisseaux, il est positif, disons-nous, que ces deux circonstances ne permettent pas de douter que l'état variable des agens de la nutrition générale n'influe d'une manière notable sur la vitalité de cette membrane.

REMARQUES SUR L'INFLAMMATION DIFFUSE QUI SE DÉVELOPPE PENDANT LE COURS DES EXANTHÈMES, AVEC DES CAS OU LE VACCIN A DÉTERMINÉ DES ACCIDENS SEMBLABLES; par le docteur GERALD OSBREY.

Cette courte communication, qui ne contient que quelques allusions à différentes opinions émises depuis quelques années par plusieurs praticiens irlandais sur les cas où l'on observe, dans le cours des fièvres exanthématiques et surtout de la scarlatine, des inflammations diffuses se développant dans divers organes avec une rapidité et une résistance à tout traitement qui rappellent la gangrène d'hôpital, ne renferme d'important que quelques faits, les uns indiqués seulement et deux rapportés avec détails, où des accidens de ce genre se sont développés pendant la marche de la vaccine, bien que le vaccin eût été pris dans les conditions les plus favorables. De ces faits en petit nombre, mais qui se reproduisent dans tous les pays, et dont l'étude forme aujourd'hui l'un des points les plus importans de la pathologie, l'auteur tire les trois conclusions suivantes, qui ne ressortent pas évidemment de ces faits, mais qui sont d'accord avec un grand nombre d'autres épars dans la science, et qu'il serait bien utile de réunir.

1° Les inflammations diffuses qui se développent quelquefois pendant le cours des exanthèmes se rapprochent, dans certains cas, et de très près, de la gangrène d'hôpital.

2° L'ophthalmie avec destruction de l'œil peut arriver non seulement dans la variole, mais encore dans la scarlatine et les autres exanthèmes.

3° Une certaine disposition particulière peut même, dans la vaccine, déterminer une inflammation de mauvaise nature (1).

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LA MATURATION DES FRUITS.

M. FRÉMY lit la première partie d'un travail destiné à faire connaître le résultat de ses recherches sur la composition que présentent les fruits aux différentes époques de leur accroissement et de leur maturation. Cette première par-

(1) Les trois articles précédens appartiennent au numéro du mois de mars à DUBLIN JOURNAL.

tie a pour objet la détermination préalable de l'influence que les élémens de l'air exercent sur le développement des fruits. Les expériences auxquelles l'auteur s'est livré à cet égard donnent une nouvelle confirmation de ce qui avait été précédemment établi par les botanistes sur le rôle que jouent la respiration et la transpiration des fruits dans leur développement.

Les recherches de M. Frémy se résument dans les conclusions suivantes :

1° On arrête le développement du fruit lorsqu'on l'enduit d'un vernis qui s'oppose à la fois au contact de l'air atmosphérique et à la transpiration.

2° La transformation de l'oxigène de l'air en acide carbonique pendant la maturation est un phénomène qui paraît dépendre de l'organisation du fruit.

3° Le gaz que les fruits contiennent est souvent un mélange d'azote et d'acide carbonique ; l'oxigène ne se trouve en quantité notable que dans les fruits qui sont encore verts, résultat qui confirme les observations faites sur la respiration des fruits.

4° L'acide tartrique contenu dans le raisin n'est pas le produit de la modification d'un autre acide, ainsi que l'ont cru quelques chimistes, car il existe dans le grain à son premier état de développement comme dans celui qui est mûr.

5° Les fruits qui se développent en présence d'une liqueur alcaline ne contiennent pas sensiblement du sucre.

6° Au moment de la maturation, les acides des fruits sont en partie saturés et forment des sels de chaux ou de potasse.

7° Les changemens qu'éprouvent les fruits qui sont détachés de l'arbre appartiennent à une période de décomposition sur laquelle l'air exerce une grande influence ; dans certains cas, les cellules du péricarde ont perdu leur adhérence.

8° Quelques matières azotées, d'origine animale ou végétale, peuvent transformer les sels organiques en carbonates ; cette propriété curieuse, qui démontre comment les alcalis se régénèrent dans la végétation, permet d'expliquer aussi ces dépôts de carbonate de chaux que l'on trouve fréquemment dans le tissu des feuilles.

REMARQUES SUR LES ÉLÉMENS QUI COMPOSENT LES SUBSTANCES ORGANIQUES ET SUR LEUR MODE DE COMBINAISON.

M. Millon lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est proposé de faire ressortir cette remarque que les combinaisons du carbone sont affectées d'un caractère particulier qui consiste en ce que ce corps s'unit intimement aux autres élémens organiques et même à la plupart des élémens inorganiques. Pour représenter cette spécialité du carbone, on peut dire, avec M. Millon, que dans les combinaisons minérales les élémens sont *juxta-posés*, tandis qu'ils se *pénètrent* dans les combinaisons organiques. Il semble que le mode différent de développement des minéraux et des êtres organisés (accroissement extérieur pour les premiers, intussusception pour les seconds) se trouve corrélatif au mode chimique des principes constitutifs des uns et des autres.

Le carbone associé aux autres élémens forme avec eux un composé qui n'agit plus par les différentes pièces concourant à sa formation, mais seulement par leur ensemble. C'est comme un corps nouveau qui offre ses ressources à la production des êtres organiques.

L'auteur cite l'isomorphisme de l'hydrogène et du chlore, isomorphisme qui ne peut avoir lieu qu'en présence du carbone, comme une des preuves de l'influence toute particulière de ce dernier corps pour imprimer un caractère de permanence aux combinaisons auxquelles il préside.

L'azote se rapproche du carbone sous ce rapport et forme, comme lui, le lien des combinaisons intimes. Les acides sulfurique, nitrique et phosphorique s'unissent pareillement aux principes organiques avec une intimité si grande qu'ils ne peuvent plus être décelés par les réactifs. Il en est de même pour les combinaisons du cyanogène et des cyanures entre eux. En un mot, toutes les substances organiques, dans leurs rapports avec les produits d'origine minérale, tendent à cette union intime des élémens.

SUR LA COLORATION DES OS ET SUR LEUR MODE D'ACCROISSEMENT.

M. Brullé, professeur à la Faculté des sciences de Dijon, adresse le compte-rendu d'expériences qu'il a faites, conjointement avec M. Hugueny, professeur de physique dans la même ville, pour éclairer par de nouvelles expériences la question du développement du tissu osseux, si diversement envisagée par les physiologistes. Il a répété l'expérience si connue de Duhamel ; il a remis au régime ordinaire des animaux dont les os avaient été rougis par la garance, et il a vu ces os se décolorer et redevenir blancs. Mais il les a vus se décolorer dans certaines parties et rester rouges dans d'autres. Il les a vus se décolorer d'autant plus que le régime de la nourriture ordinaire avait été prolongé plus longtemps et que le régime de la garance avait été plus court. Il n'admet pas, en conséquence, que dans les os colorés par la garance la couleur ne disparaisse qu'avec la substance osseuse elle-même, ni que les couches rouges de l'os soient uniquement recouvertes par des couches blanches nouvelles.

L'auteur reconnaît, comme Duhamel, que les os s'accroissent en grosseur, au moyen de couches qui s'emboîtent ; mais ces couches sont extrêmement minces et ne s'appliquent pas en même temps, ni d'une manière continue, sur toute la longueur de l'os ; elles suivent, dans leur formation, un ordre que l'on n'avait point encore reconnu. Les recherches de MM. Brullé et Hugueny tendent à démontrer surtout que les différens os se colorent par l'action de la garance, indépendamment de leur formation ; que les différens cercles colorés que l'on y remarque ne sont pas réellement les parties formées pendant les modes d'alimentation correspondans ; et enfin que les os, une fois colorés, se décolorent.

M. Flourens prend la parole à l'occasion de cette communication pour déclarer qu'il se réserve de présenter quelques observations sur les expériences de MM. Brullé et Hugueny, après qu'il en aura pris plus ample connaissance.

Sur la demande de MM. Magendie et Serres, ce travail est renvoyé à une commission.

Le président désigne pour commissaires MM. Magendie, Serres et Flourens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PROCÈS-VERBAL.

M. le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Desportes demande la parole sur la rédaction. Il se plaint qu'on n'ait point reproduit ce qu'il a dit relativement à la commission du prix d'Argenteuil.

M. le secrétaire répond que ce n'est pas sans intention qu'il a omis de reproduire la phrase à laquelle M. Desportes fait allusion, parce qu'il est de ces choses qui peuvent échapper à l'improvisation et qu'on serait peut-être fâché de voir consignées dans le procès-verbal. Il pense que l'Académie lui saura gré de cette réserve.

Après ce court incident, la rédaction du procès-verbal est mise aux voix et adoptée.

CRANIOTOMIE.

M. Capuron fait un rapport sur un mémoire de M. Négrier (d'Angers) ayant pour titre : De la craniotomie et d'un nouvel instrument pour pratiquer cette opération. Ce rapport, très étendu, est lu au milieu du bruit des conversations particulières, qui ne nous permettent pas d'en saisir un seul mot.

L'Académie adopte les conclusions favorables qui le terminent.

VACCINE.

M. Fiard a la parole pour une lecture.

M. Cornac désire, avant que M. Fiard prenne la parole, savoir si le travail qu'il va lire est le même qu'il a présenté dernièrement à l'Académie des sciences, et qui a déjà reçu de la publicité par les journaux. L'Académie ayant désigné récemment une commission pour l'examen de cette question, il pense que, s'il en était ainsi, la lecture serait inutile et qu'il suffirait de renvoyer le travail à cette commission.

M. Fiard répond que le mémoire qu'il va lire renferme des faits propres à éclairer la question que la commission doit examiner, et qu'il a joint à son travail des planches reproduisant les caractères parallèles des pustules obtenues par les deux vaccins, qu'il s'est proposé de comparer ; et qu'il désire soumettre ces planches à l'examen de l'Académie.

La motion de M. Cornac n'étant pas appuyée, la parole est maintenue à M. Fiard.

M. Fiard expose avec de nouveaux développemens les faits qu'il a communiqués à l'Académie des sciences, dans la précédente séance (voir compte-rendu de la séance du 14 octobre) ; il met sous les yeux de l'Académie plusieurs dessins des pustules des deux vaccins comparés à leurs différentes périodes.

M. Gaultier de Claubry, dont le témoignage a été invoqué par M. Fiard, dit qu'il a effectivement suivi ses expériences, mais sans aucun caractère officiel, ne faisant point partie de la commission.

M. Moreau demande sur combien de sujets ont porté les vaccinations comparatives. On comprendra, dit-il, la valeur de cette question, car toutes les personnes qui se livrent à la pratique des vaccinations savent que les pustules présentent de grandes variations dans leur marche, leur durée et leur apparence, suivant une foule de circonstances individuelles ; il serait, par conséquent, important de savoir si des conclusions aussi absolues que celles qui viennent d'être énoncées reposent sur un nombre suffisant d'observations.

M. Fiard : Les vaccinations comparatives ont été faites sur 350 sujets. Plusieurs d'entre eux ont été vaccinés sur les deux bras avec les deux vaccins, afin d'apprécier leurs différences sur le même individu.

M. Cornac : Je demande que M. Gaultier de Claubry, qui a assisté bénévolement à ces expériences, soit adjoint à la commission.

M. Bousquet : Je ne voudrais pas laisser croire par mon silence que les membres de la commission, et moi en particulier, nous n'ayons rien fait sur le nouveau vaccin. J'ai vacciné comparativement, en présence de M. Gaultier de Claubry, 157 enfans avec le vaccin de 1836 et celui de 1844. J'ai, à la suite de ces expériences, préparé un rapport que je devais lire il y a plusieurs mois ; une circonstance particulière a fait ajourner cette lecture ; j'ai été absent depuis, et quand j'ai appris que M. Fiard se proposait de communiquer le résultat de ses recherches, j'ai cru devoir m'abstenir. Je l'ai prévenu, en lui cédant la parole, que je n'étais point d'accord avec lui sur les résultats. Je propose maintenant à M. Fiard de répéter ces expériences avec lui, et quand elles seront terminées, j'en rendrai compte à l'Académie. J'annule par conséquent le rapport que j'avais préparé.

M. le Président met aux voix la proposition faite par M. Cornac d'adjoindre M. Gaultier de Claubry à la commission. Cette proposition est adoptée.

ACTION DU VINAIGRE CANTHARIDÉ SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. le docteur Brame, professeur de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, lit un résumé des expériences qu'il a entreprises dans le but de constater l'action du vinaigre cantharidé sur l'économie animale.

Les paysans de la Touraine, qui, comme on sait, récoltent beaucoup de cantharides, tuent ordinairement ces insectes en les plongeant dans du vinaigre de vin, qu'ils gardent souvent pour l'année suivante. C'est donc une substance qui se trouve entre les mains de beaucoup de personnes; on ne s'en était guère méfié jusqu'aujourd'hui; et cependant elle a été cause d'accidens graves sinon de mort dans plusieurs familles, et c'est à elle peut-être qu'il faut attribuer un empoisonnement récent.

M. Brame s'est assuré, en effet, que le vinaigre de vin dissout assez des principes actifs de la cantharide pour devenir un poison qui donne la mort à une dose peu élevée. Ce poison est d'autant plus redoutable que les symptômes qui se manifestent après son ingestion ne sont guère différens de ceux d'une gastro-entérite spontanée très violente; il est vrai que des phlyctènes, des ulcérations peuvent se produire dans l'intérieur de la bouche, sur la langue et sur les lèvres; mais cela n'est pas constant; de plus, les chiens soumis aux expériences de M. Brame sont morts, sans que rien pût faire prévoir quelque temps auparavant qu'ils étaient sur le point de succomber.

A la dose de 40 grammes, préparé avec une partie de cantharides et 12 de vinaigre, le vinaigre cantharidé a tué en six heures un chien de moyenne taille, bien portant et à jeun depuis vingt-quatre heures. A la dose de 6 à 8 grammes donnée tous les jours, le même vinaigre a tué un autre chien au bout de six jours.

Les altérations, observées sur les cadavres de ces deux chiens, portaient surtout sur le tube intestinal, les organes urinaires et les liquides. Chez le chien mort au bout de six heures le système vasculaire était tellement gorgé d'un sang en général noir et plastique, qu'à l'ouverture de l'animal, on aurait pu croire qu'on l'avait injecté artificiellement; du reste, le vinaigre pur à dose peu élevée, comme l'a reconnu M. Brame, produit des effets analogues, mais beaucoup moins tranchés.

Le vinaigre pur peut aussi déterminer une gastro-entérite assez semblable à celle qui résulte de l'ingestion du vinaigre cantharidé; les altérations sont seulement moins profondes.

Mais ce qui appartient en propre aux principes des cantharides solubles dans le vinaigre, c'est la contracture de la vessie, qui est telle que cet organe n'avait plus que le volume d'une grosse noix chez le chien de moyenne taille et que le volume de la prostate était plus considérable; c'est l'altération des reins, des urétères, de la muqueuse de la vessie; c'est l'altération du suc gastrique qui devient alcalin et albumineux en présence du vinaigre, et qui contient de la matière colorante du sang si le poison a agi énergiquement; c'est la nature des matières de l'intestin qui sont un mélange de bile altérée, de matière fécale, albumineuse, et encore de matière colorante du sang, dans les cas où le poison tue rapidement; c'est l'altération de l'urine elle-même qui est très albumineuse et alcaline; le vinaigre pur peut déterminer la sécrétion d'une urine alcaline, mais cette urine n'est pas albumineuse.

Un fait remarquable encore rapporté par M. Brame, c'est qu'un centième de vinaigre cantharidé, préparé comme il a été dit précédemment, semble préserver complètement de la putréfaction un mélange de lait et d'albumine, et que le liquide trouvé dans l'estomac du chien empoisonné à petites doses a paru produire le même effet; bien que ce liquide fût alcalin et que le lait le fût légèrement, le mélange devint bientôt acide, et se conserva tel en prenant des propriétés particulières. De plus, les cadavres des chiens résistèrent pendant plusieurs jours à une température ambiante de 30° c. et ne contractèrent aucune odeur putride.

Cherchant à connaître quels sont les principes de la cantharide solubles dans le vinaigre et aussi dans l'acide acétique, M. Brame a vu que dans les deux cas l'huile verte et la cantharidine paraissent se dissoudre; toutefois n'ayant pas terminé ses expériences, il s'est tenu sur la réserve à cet égard.

Quoiqu'il en soit, dit M. Brame, nous croyons que nos expériences appelleront l'attention des pathologistes et des médecins légistes. Les médecins légistes devront rechercher si dans les cas de l'ingestion du vinaigre cantharidé et peut-être d'autres préparations cantharidées, l'ensemble des altérations observées sur le cadavre ne suffira pas pour qu'on puisse constater l'empoisonnement. La pathologie pourra tirer parti de la production rapide de l'albumine dans le suc gastrique et surtout dans l'urine, coïncidant avec la plasticité du sang dans les vaisseaux, pour jeter quelque lumière sur des points obscurs de l'histoire des hyperhémies. Enfin, la thérapeutique pourra sans doute mettre à profit l'action du vinaigre cantharidé sur les organes urinaires et surtout sur la vessie et faire de cette préparation un médicament puissant qui, entre des mains habiles, sera utile dans bien des circonstances.

ENCÉPHALOCÈLE.

M. Velpeau est appelé à la tribune pour la suite de sa communication relative au cas d'encéphalocèle qu'il a opéré.

M. Blandin demande le renvoi à la séance prochaine, l'heure étant trop avancée pour entamer une nouvelle discussion sur ce sujet.

M. Velpeau désire être entendu de suite; les pièces pathologiques qu'il a à soumettre à l'Académie ne pourraient être conservées jusqu'à la séance prochaine.

Après une courte discussion, l'Académie décide que M. Velpeau sera entendu immédiatement.

M. Velpeau monte à la tribune: L'Académie se souvient, dit-il, des circonstances qui ont suivi l'opération pratiquée sur cet enfant, et de la discussion qui s'est élevée à cette occasion. Il a été commis de part et d'autre quelques erreurs qu'un examen plus attentif des pièces permet actuellement de rectifier. M. Blandin m'a fait une objection que je n'ai pas bien comprise; je désirerais, avant d'aller plus loin, qu'il voulût bien préciser ce qu'il a entendu dire relativement aux dispositions de la dure-mère quand il a parlé de l'éraillement de cette membrane.

M. Blandin: J'ai soutenu qu'il n'y avait dans la tumeur qu'une seule cavité; qu'elle n'était point composée, comme paraissait le croire M. Velpeau, de deux parties distinctes, du cerveau d'une part, et d'autre part d'un kyste indépendant. Il n'y avait, selon moi, qu'un kyste primitivement formé par les membranes du cerveau, et dans lequel nageait le cervelet au milieu de la collection séreuse qui en remplissait la plus grande étendue.

M. Velpeau: Quand j'ai exprimé l'opinion que vient de rappeler M. Blandin, la pièce n'avait point encore été disséquée. Je l'ai disséquée depuis, et j'avoue maintenant que j'étais à cet égard dans l'erreur. Ce que j'avais pris pour la dure-mère était une fausse membrane recouvrant la portion herniée de l'encéphale. Cette fausse membrane enlevée, on a pu découvrir la dure-mère, la suivre dans tout son trajet, et nous avons reconnu alors qu'elle embrassait effectivement toute la tumeur, au sommet de laquelle on voyait distinctement les sinus.

Il est une autre erreur qui n'est point de mon fait seul et qui a été commise par tous les chirurgiens qui ont examiné cette tumeur. On verra, d'après les pièces, que ce n'était point le cervelet qui faisait hernie, comme on l'a cru, mais bien le cerveau lui-même. On se rappelle que j'avais signalé cette circonstance d'un développement en apparence beaucoup moindre du lobe gauche que du droit. Eh bien! il n'en est rien. Cette apparence d'un volume plus petit de l'hémisphère gauche était due à ce qu'un prolongement de cet hémisphère était engagé dans la tumeur. En d'autres termes, c'était la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, la corne d'Ammon, qui faisait hernie. Le cervelet, intact, était situé au dessous de cette tumeur. On voit en outre des traces manifestes de méningite aiguë à la base du cerveau.

Une chose très remarquable, c'est que l'ouverture qui livrait passage à cette portion du cerveau n'était point constituée, comme nous l'avions pensé, par la fontanelle postérieure ou un écartement de la suture lambdoïde, mais bien par une perforation de l'os au niveau de la bosse occipitale. Ce trou, d'un diamètre très petit, était rétréci encore par des fausses membranes et des caillots de sang. C'était à ce trou que correspondait le pédicule de la tumeur.

Il resterait maintenant à examiner la question chirurgicale. Il paraît évident pour tout le monde, après l'examen de ces pièces, que cet enfant ne pouvait pas vivre dans un pareil état. D'un autre côté, avec de semblables dispositions, on conçoit la possibilité de la conservation de la vie après l'ablation de la tumeur. Admettrait-on qu'il fût possible d'opposer d'autres moyens que l'extirpation à une tumeur de ce genre? pouvait-on tenter la réduction? Il est évident que c'était impossible. On ne pouvait pas plus espérer de diminuer le volume de la tumeur par la compression; d'ailleurs, l'inflammation des membranes enveloppantes rendait impossible toute tentative de ce genre. Evacuer le liquide, enlever les enveloppes seulement et recouvrir la portion d'encéphale herniée n'eût certainement offert aucune chance de succès. Enfin, enlever par énucléation en conservant les tégumens pour recouvrir la plaie faite au cerveau ne me paraît pas praticable dans un pareil cas. Je ne vois donc pas comment on aurait pu agir autrement que je l'ai fait. On m'a reproché la ligature; mais je ne vois pas du tout l'inconvénient que pouvait avoir ce lien, et il avait un avantage, c'était de mettre à l'abri des chances d'une hémorragie. Si j'avais à refaire encore une opération semblable, je la ferais de la même manière. Si l'on s'autorise de faits précédens, je ferai remarquer que celui-ci est sans analogue, qu'il n'existe dans la science aucun fait qui puisse lui être comparé. L'examen des pièces prouve donc évidemment, pour moi, qu'une opération, dans ce cas, est non seulement possible, mais qu'elle doit même être faite. Quant au procédé, c'est là une question discutable, sur laquelle chaque chirurgien peut avoir son avis, et que je n'aborde pas dans ce moment-ci.

En résumé, il est démontré pour moi maintenant que c'est là un cas de hernie du lobe postérieur gauche du cerveau avec épanchement considérable de sérosité par un trou fort étroit dans l'épaisseur de l'occipital; que l'enfant ne pouvait vivre avec une pareille tumeur; que l'opération que j'ai pratiquée était indiquée, et qu'il n'y a point de raison pour lui attribuer exclusivement la mort.

M. Bérard: Maintenant qu'on a vu les pièces, je demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine. (Adopté.)

PIÈCES D'ANATOMIE ARTIFICIELLES.

M. Bérard présente, au nom de MM. Carteaux et Chaillou, des pièces d'anatomie artificielles de leur invention.

Ces pièces sont moulées sur nature par un procédé perfectionné qui paraît n'avoir pas, comme le plâtre coulé, l'inconvénient d'affaisser les tissus. L'emploi de ce moyen permet de saisir en quelque sorte la nature sur le fait et d'obtenir une empreinte qui donne ensuite une image en relief parfaitement identique à la pièce originale.

ESTHIOMÈNE SCROFULEUX GRAVE GUÉRI.

M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, présente un cas remarquable de guérison de *lupus* du visage (*esthiomène* d'Alibert) chez une jeune fille scrofuleuse âgée de 20 ans. La face a été dévorée par les ulcérations tuberculo-

croûteuses rongeantes et toute la portion charnue et cartilagieuse du nez a été détruite par les progrès du mal, en sorte que cet organe se trouve réduit à la base osseuse. C'est pour un cas analogue que la rhinoplastie a été tentée pour la première fois en France, à notre époque, par feu Delpech de Montpellier. M. Gibert a vu un malade qui avait subi cette opération en 1816, mais chez lequel malheureusement les tubercules rongeans avaient reparu plus tard sur le nez de nouvelle formation.

La malade guérie par M. Gibert est le seul exemple qu'il puisse offrir d'une guérison obtenue dans des circonstances aussi graves. En effet, outre les désordres produits par la maladie de la peau, il y a eu des abcès scrofuleux au col, une carie à l'os de la pommette droite, une tumeur blanche de l'articulation du poignet droit, qui a laissé à sa suite une demi-luxation avec ankylose incomplète. Aujourd'hui toutes ces graves lésionsont guéri et le visage offre des cicatrices blanches et de bonne nature. Plusieurs modes de traitement avaient été tentés pendant les longues années qui se sont écoulées depuis le commencement de la maladie. L'iode à l'intérieur et à l'extérieur a échoué ; le sirop de deutoiodure ioduré de M. Gibert a produit des effets si avantageux qu'on a cru pouvoir arriver ainsi à la guérison, mais cette amélioration ne s'est point soutenue. Les cautérisations avec le nitrate acide de mercure avaient été également impuissantes. Enfin, on a eu recours à l'huile de foie de morue à l'intérieur et à l'extérieur; peu à peu le mal a paru de nouveau s'améliorer, et le traitement continué avec persévérance pendant plus d'une année a amené l'état de guérison que l'on peut constater aujourd'hui.

Ce n'est pas d'ailleurs que M. Gibert partage l'enthousiasme des médecins des bords du Rhin pour ce remède préconisé par eux comme spécifique antiscrofuleux, car il a échoué entre ses mains chez un certain nombre de sujets; mais dans le cas présent il a en évidemment tous les bonneurs de la cure.

Enfin, on conçoit que dans une affection aussi grave, aussi tenace, aussi sujette à récidiver, le temps entre dans le traitement comme élément indispensable; il n'y a point de succès possible ni durable sans la patience et la persévérance.

MONSTRUOSITÉ.

M. NICOLAS présente un enfant nouveau-né sur lequel les os de la partie supérieure du crâne ne se sont pas développés. Quoiqu'une partie du cerveau se soit écoulée pendant le travail de l'accouchement, cet enfant a vécu une heure et a poussé des cris.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL PRATIQUE DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION; par le docteur ANDRY. — 520 pages in-12. Paris, 1844. Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine.

Il est peu d'années où nous ne voyions déposer devant nous quelque ouvrage du genre de celui dont nous venons de tracer le titre; aussi le nombre des manuels d'auscultation qui ont paru depuis environ trente ans est-il considérable, ce qui au reste n'a rien d'étonnant. L'auscultation n'est-elle pas la plus belle et la plus importante des découvertes des temps modernes applicables à la médecine? n'est-elle pas la source d'où sont sortis la plupart des progrès réels qu'a faits depuis un quart de siècle l'étude des maladies considérées sous le point de vue de leur siége, ou des altérations matérielles qu'elles déterminent dans les organes? Cette méthode, qui a donné une si merveilleuse impulsion à la médecine dite organique, au moment où tant de causes appelaient et favorisaient son développement, était trop dans la direction des idées du jour pour ne pas être reçue avec un enthousiasme qui n'a rencontré que peu de détracteurs. Et puis, disons-le aussi, la facilité de la comprendre, de l'apprécier, de la juger, de la critiquer même n'a pas tardé à amener de nombreuses améliorations ou au moins des changemens, soit dans les explications, soit même dans les désignations. Si nous ajoutons le prix peu élevé de ces manuels, le peu de travail que la plupart ont réellement coûté à leurs auteurs, la rapidité avec laquelle la librairie les écoulait, nous nous expliquerons comment chaque année la presse médicale a pu compter un MANUEL D'AUSCULTATION de plus. Cette marche, si favorable à la propagation de la méthode de Laënnec, a cependant eu des inconvéniens et dont le plus grave a été le désir, le besoin même, pour la plupart des auteurs, de présenter une innovation à l'appui de leur nouvelle publication, innovation qui consistait le plus souvent en de simples changemens de dénomination ou en de nouvelles explications de la production des bruits de respiration ou du cœur et des artères. Ces modifications même ont été si nombreuses qu'elles forment déjà une notable difficulté pour l'étude de la méthode, quand on veut arriver à connaître toutes les opinions émises sur les questions les plus controversées. Que sera-ce dans quarante ans, si d'ici là chaque année une théorie nouvelle vient renverser toutes les précédentes? Nous n'adressons point au reste cette critique au travail de M. Andry, qui a bien aussi, lui, présenté quelques perfectionnemens, mais qui, le plus souvent, s'est borné à apprécier à leur juste valeur ceux qu'ont proposés ses prédécesseurs.

Nous ne suivrons point l'auteur dans les innombrables détails où il est obligé d'entrer, tant pour l'exposition que pour la critique des faits sans nombre qui constituent l'auscultation et la percussion. Les faits sont à la connaissance de tous nos lecteurs; car, bien qu'on ait changé depuis une quinzaine d'années beaucoup de noms, on n'a que peu ajouté à la science, on n'a guère que compliqué son historique. La critique, au contraire, nous semble avoir fait de notables progrès, surtout dans le travail de M. Andry, qui nous offre tous les caractères d'une indépendance scientifique que nous voudrions rencontrer plus fréquemment chez les jeunes écrivains de notre époque, qui n'ont trop souvent que des paroles de louange et d'admiration pour les hommes placés à la tête de la science. Plein de respet pour ses maîtres, il soumet cependant leurs opinions à une critique sérieuse, qui nous a paru souvent juste, au lieu de s'engager avec eux dans les séries d'explications mécaniques et physico-chimiques avec lesquelles on prétend se passer et de la vie, et du principe vital, et surtout de l'étude des lois vitales. Sous ce point de vue, le travail de M. Andry nous parait supérieur à la plupart de ceux qui l'ont précédé; tout en s'occupant des phénomènes purement physiques dont se composent uniquement tous les phénomènes qui appartiennent à l'auscultation, il n'oublie point qu'ils sont souvent sous la dépendance d'autres phénomènes d'une autre nature, et qui, pour n'être qu'imparfaitement appréciés, n'en ont pas moins une influence évidente.

Considéré sous le point de vue de l'exposition, ce travail ne pourrait être plus complet; les nombreuses discussions dont il est semé, au lieu de nuire, ajoutent au contraire à l'intérêt par la justesse avec laquelle on y fait la part des perfectionnemens réels et prétendus dont cette partie de la science a été l'objet depuis quelques années. Cependant, si nous tenions à être sévères envers l'auteur du MANUEL PRATIQUE D'AUSCULTATION, peut-être ne serait-il pas impossible d'y signaler, sinon de véritables lacunes, au moins quelques parties qui paraîtront négligées si on les compare avec beaucoup d'autres qui ont reçu un luxe réel de développement. Nous avons cherché en vain le résultat que fournissent la percussion et l'auscultation relativement à la lésion des poumons décrite récemment par MM. Legendre et Bailly, sous le nom d'état fœtal, et qui l'avait été déjà bien longtemps avant par le professeur Gœrg et plusieurs autres anatomistes allemands, sous le nom d'*atelectasie*. Peut-être aussi l'auteur aurait-il pu s'étendre un peu plus longuement sur les moyens de diagnostic fournis par les deux méthodes dans les cas d'anévrisme thoracique, d'infiltration tuberculeuse des poumons, et sur beaucoup d'autres points encore; mais cette remarque, qui a plutôt pour but de compléter notre rôle de critique que d'adresser des reproches sérieux à l'auteur, ne nous empêche pas de dire et de répéter que son travail offre toutes les conditions désirables d'un succès réel.

VARIÉTÉS.

— M. DELESTRE commencera, le lundi, 28 octobre, un nouveau cours clinique, théorique et pratique des affections des dents.

Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves. Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches, quai Conti, 5.

— DES LOIS DE LA VIE ORGANIQUE, OU RAISON DES PHÉNOMÈNES PAR LESQUELS ELLE SE MANIFESTE; par AUG. ROCHER, docteur en médecine. — Tome 1er. Principes et phénomènes de la nutrition. In-12.

Paris, au comptoir des imprimeurs unis, quai Malaquais, 15.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 44. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 2 NOVEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (GAZETTE DE SANTÉ et CLINIQUE DES HÔPITAUX réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DU CUIVRE ET DU PLOMB DANS LE CORPS DE L'HOMME. — ENCÉPHALOCÈLE.

Une grave question est depuis longtemps pendante à l'Académie des sciences. Le corps de l'homme renferme-t-il, à l'état normal, des substances toxiques telles que le cuivre et le plomb? Ces substances y peuvent-elles séjourner sans provoquer les accidens qui suivent ordinairement leur ingestion? Enfin, est-il possible, dans la supposition qu'il existe au sein de nos tissus une certaine quantité de cuivre et de plomb, de les distinguer des mêmes substances introduites accidentellement dans l'économie? On sent toute l'importance de ces questions, et sous le point de vue scientifique, et sous le point de vue judiciaire. Des chimistes renommés soutiennent l'une et l'autre thèse, et leurs conclusions sont également absolues. Avant d'entrer dans la discussion des faits, il ne sera pas sans intérêt de connaître d'une manière précise l'historique de la question.

Vauquelin, en travaillant sur le sang, trouva du cuivre; mais le sang avait été coagulé dans une bassine en cuivre, et ce savant chimiste fut porté à croire que le cuivre trouvé ne provenait que de la réaction de l'ammoniaque qui avait pu se développer. D'un autre côté, cet homme célèbre découvrit du cuivre dans une plante.

Plus tard, en 1817, Meissner annonçait l'existence du cuivre dans les cendres d'un grand nombre de végétaux, tant indigènes qu'exotiques; mais la quantité, dit-il, en est trop petite pour être évaluée.

En 1830, M. Sarzeau (de Rennes) retirait 5 milligrammes par kilogramme de cuivre du quinquina gris, 8 milligrammes par kilogramme du café Martinique; 4m,666 par kilogramme de froment; et il arrivait à cette conséquence que le poids du cuivre contenu dans le pain nécessaire pour alimenter la France pendant une année est de 3650 kilogrammes. Le même chimiste prouvait encore qu'en traitant convenablement du *sang de bœuf* on extrayait environ 1 milligramme de cuivre par kilogramme. On lit dans son mémoire le passage suivant: « Puisque le sang de bœuf contient du » cuivre, nécessairement il se trouve dans les muscles, les os, *dans toute* » *l'organisation*. Il est ainsi prouvé que la majeure partie des alimens » de l'homme renferme du cuivre: on ne peut guère élever de doutes » sur sa présence *dans le corps humain*. Les chimistes appelés à pro» noncer dans les cas d'empoisonnement se trouveront ainsi avertis de se » tenir sur leurs gardes, lorsqu'examinant des quantités assez fortes de » matières animales, ils ne rencontreront que des traces de cuivre. »

En 1839, MM. Herry et Devergie publièrent une note portant qu'il existe du cuivre et du plomb dans le corps de l'homme non empoisonné.

En 1840, M. Orfila fit connaître un moyen de distinguer, dans les recherches médico-légales, si le cuivre et le plomb obtenus à la suite d'une analyse médico-légale proviennent d'un empoisonnement ou de la petite portion de ces métaux qui existe naturellement dans le corps de l'homme. Ce moyen fort simple consiste à traiter le foie par l'eau distillée bouillante; au bout d'une demi-heure, l'eau a dissous une quantité de la pré-

Feuilleton.

BASES DU PROGRÈS DE LA SCIENCE DE L'HOMME.

(Fragment.)

M. le docteur Reveillé-Parise, si bien connu des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, est sur le point de publier un ouvrage des plus importans (1), et dont nous rendrons compte incessamment. Outre ce qui concerne la médecine et la chirurgie pratiques, on trouve dans cet ouvrage plusieurs morceaux de philosophie médicale frappés au coin des pensées les plus élevées. Nous sommes heureux de pouvoir en publier le fragment suivant, que l'auteur a bien voulu nous communiquer. Il s'agit de l'indispensable nécessité de l'alliance de la médecine avec la philosophie.

« .... Plus on réfléchit sur ces grands objets, et moins l'on conçoit l'éloignement d'un grand nombre de médecins pour les hautes études philosophiques. Pourquoi laisser à d'autres la plus belle partie de l'homme, ce qui le constitue réellement ce qu'il est? N'est-ce pas dire: nous vous abandonnons l'âme, l'intelligence; à nous le corps et le cadavre? Quel partage! Est-ce là revendiquer pour la médecine, la dignité, les prérogatives qui lui appartiennent? Le motif de ne rechercher que le certain, que le réel, que le positif est sans fondement; car est-il quelque chose de mathématiquement démontré dans la science? Loin de là; je dirai, avec un ancien, que la métaphysique est la *science des choses*, tandis que la physique est l'*étude des apparences*; or, ce n'est là ni un paradoxe, ni un jeu de l'esprit. Et qu'on ne s'imagine pas qu'au milieu de ces importantes recherches le médecin philosophe doué de jugement s'arrête dans d'oisives contemplations. L'esprit philosophique est naturellement ardent, attentif, scrutateur; les désirs de l'intelligence, sans cesse irrités par l'étude des phénomènes connus, tendent sans cesse à franchir les bornes. Le médecin philosophe connaît par excellence l'*art d'oser*, parce que nul ne sait mieux combiner l'*à priori* d'invention, le pressentiment intuitif des choses avec l'induction expérimentale; il a non seulement un profond sentiment d'admiration et d'amour, mais aussi cette conviction née de l'observation directe et de la studieuse exploration des faits. Ce qui constitue les belles renommées dans les sciences, ce sont les grandes vues, les aperçus justes, profonds et utiles. Or, ces qualités sont comme inhérentes à l'homme qui, par l'imagination et l'expérience, acquiert cette connaissance approfondie des lois de la vie que les livres ne donnent pas ou ne donnent qu'imparfaitement. Hippocrate, Galien, Harvey, Van Helmont, Stalh, Boerhaave, Borden, Haller, Barthez, Vicq-d'Azyr, Bichat, Cabanis, Broussais en sont des exemples, quoique à des titres divers.

» Qu'on ne craigne pas non plus que la partie pratique ou l'*art* souffre des étu-

(1) ÉTUDES DE L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par J.-H. Reveillé-Parise; 2 beaux vol. in-8°, avec des *fac-simile* de Corvisart, de Dupuytren, d'Alibert et de Broussais. (L'ouvrage est en vente.)

paration cuivreuse ou plombique qui a empoisonné, suffisante pour pouvoir être décelée, tandis que ce liquide n'exerce aucune action sur le cuivre et le plomb naturellement contenus dans le corps de l'homme; pour obtenir ces deux métaux, il faut incinérer l'organe et agir sur les cendres avec des acides assez énergiques.

En 1843, MM. Flandin et Danger nièrent l'existence et du cuivre et du plomb dans le corps de l'homme sain. A peu près à la même époque, M. Félix Boudet retirait, de 105 grammes du poumon d'un individu qui n'était pas mort empoisonné, un culot de cuivre métallique..

En août 1843, MM. Barse, Lanaux et Follin présentaient à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel ils réfutaient l'assertion de MM. Flandin et Danger; il résultait en effet de leurs expériences qu'en agissant sur une quantité convenable de matière, ils obtenaient du cuivre et du plomb.

Au commencement d'octobre 1844, MM. Flandin et Danger combattirent de nouveau les assertions des chimistes qui avaient adopté l'existence du cuivre et du plomb dans les individus sains; on n'en trouve pas, disaient-ils, alors même que l'on en a fait prendre à des chiens pendant quatorze mois; d'ailleurs la présence des poisons est incompatible avec l'état de santé. A cet égard, on leur avait déjà fait observer que le phosphore, la soude libre et certains acides vénéneux se trouvent dans l'économie animale sans que la santé soit dérangée.

Enfin, dans la séance du 28 octobre de l'Académie des sciences, MM. Barse, Lanaux et Follin d'un côté, et M. Devergie de l'autre, viennent d'insister plus que jamais sur la présence du cuivre dans l'organisme.

Telle est en quelque façon la généalogie des faits et des idées. La précision qui a dû être apportée dans les analyses de chacune des parties ne permet guère de penser que l'une ou l'autre se trompe absolument. Ainsi la revivification du métal effectuée dans la dernière expérience de M. Barse paraîtrait devoir lever tous les doutes. D'un autre côté cependant les résultats déjà obtenus, et peut-être prématurément annoncés par deux des membres de la commission de l'Académie des sciences, chargée de juger ce débat, sembleraient contredire le fait matériel produit par MM. Barse, Lanaux et Follin. Que dire de cette contradiction flagrante? N'est-il pas à présumer que les uns et les autres ont opéré sur des sujets appartenant à des catégories diverses, peut-être d'âge, de conditions et de professions différens? Il est inutile pour le moment de se livrer à d'autres conjectures. Peut-être la diversité des conditions de l'expérience expliquera-t-elle comme souvent la diversité des résultats, sans qu'il soit besoin pour cela de mettre en question l'habileté des expérimentateurs.

La discussion relative au cas d'encéphalocèle soulevée à l'Académie de médecine a été reprise à la dernière séance. Il est à regretter que, par des motifs inutiles à rechercher, on ait paru vouloir écarter et supprimer cette discussion. C'était un beau sujet scientifique et pratique, à l'occasion duquel il n'eût pas été difficile de dire des choses neuves et intéressantes. Mais l'espèce de discrédit dont le principal intéressé avait cru devoir frapper d'avance la discussion dans l'esprit de l'Académie et de son président en particulier, a nui aux développemens dont elle était susceptible. Cela est doublement à regretter; car, comme l'a très bien dit M. Blandin, il n'importait pas seulement de faire ressortir le vice et le danger de l'opération pratiquée, mais il fallait empêcher que cette opération, tentée en quelque sorte sous le patronage de l'Académie, ne pût être considérée plus tard comme revêtue de son approbation. Une confusion de langage a empêché de bien saisir la justesse et l'utilité de cette remarque. Cette circonstance, et d'autre part le caractère trop particulier donné à la discussion, l'ont fait avorter. Cependant quelques mots de M. Bégin l'avaient ramenée à son but véritable. Il ne s'agissait pas de savoir si M. Velpeau s'était trompé et si M. Blandin avait eu raison; mais il y avait à discuter une question de diagnostic et de pratique au sujet de l'encéphalocèle. Cette discussion eût montré sans doute pourquoi, sous l'un et l'autre rapport, M. Velpeau s'est fourvoyé, ce qui n'eût pas été d'une très grande importance; mais on eût pu abstraire du cas particulier des règles de conduite pour éviter d'autres méprises à l'avenir. La question a donc été posée, mais non discutée et encore moins résolue. A l'heure qu'il est, s'il survenait un nouvel exemple d'encéphalocèle, les praticiens, à supposer qu'ils n'eussent pour se conduire que ce qui a été dit et fait à l'Académie et par les Académiciens, courraient grand risque de se fourvoyer après eux. A défaut d'un débat contradictoire, qui eût nécessairement beaucoup mieux éclairé la question, voici quelques remarques propres à montrer les points principaux sur lesquels elle aurait pu porter.

M. Velpeau avait affirmé d'abord que la tumeur siégeait en dehors des enveloppes du cerveau. Il s'est assuré du contraire, et il est convenu qu'il avait été abusé par un examen inattentif et incomplet des parties. Quelques membres, sans voir la pièce, avaient soutenu que la collection de liquide devait s'être formée dans la cavité des méninges. Quels étaient leurs motifs et quels étaient ceux de M. Velpeau? Premier point à éclaircir. Or, on peut admettre, comme nous le disions dans un précédent article, que les collections considérables de liquide crânien sont généralement le résultat d'une hydrocéphalie des premiers temps de la vie intra-utérine. C'est un degré de la maladie qui, à un degré plus prononcé, produit la notencéphalie, la podencéphalie, et à un degré encore plus prononcé, l'anencéphalie. D'après cette doctrine, qu'il n'eût pas été difficile de rendre incontestable, il ne pouvait y avoir de doute sur la composition de la tumeur, son siége et ses rapports. L'hydropisie du cerveau, pas plus que celle de la poitrine ou du genou, ne se fait au dehors des cavités séreuses. Restait la question de diagnostic différentiel. Y a-t-il et peut-il y avoir au crâne des tumeurs avec lesquelles l'encéphalocèle soit susceptible d'être confondue?

La question pratique n'était pas moins importante à examiner, et elle était plus difficile à résoudre. Premièrement, faut-il opérer les encéphalocèles? Nul doute que si la tumeur ne contenait que du liquide, on ne dût dans tous les cas la vider par les procédés propres à empêcher l'entrée de l'air. Mais alors il ne s'agirait pas d'encéphalocèle proprement dite. Si, au contraire, ainsi que l'appellation l'indique, la tumeur, comme dans le cas opéré par M. Velpeau, renfermait à la fois du liquide et une portion du cerveau, l'indication serait plus complexe et moins précise, et elle varierait suivant les méthodes qu'on voudrait employer. Admettant, par exemple, qu'on fût réduit au procédé mis en usage par M. Velpeau, nous n'hésiterions pas à dire avec M. Blandin que dans tous les cas il ne valût mieux s'abstenir. Bien que le chirurgien de la Charité ait persisté dans la voie, suivant nous très fâcheuse, où il s'est engagé, il n'y avait ni raison théorique, ni fait pratique pour le défendre. On aura beau citer des exemples de destruction partielle du cerveau, d'absence même du cervelet, ces cas n'ont rien de commun avec l'amputation d'un lobe cérébral jusqu'à la cavité ventriculaire. Or c'est ce qui a été fait dans l'opé-

---

des métaphysiques même assidues. Aux yeux du médecin pénétré de philosophie, chez qui la science a tous les caractères, toute la force d'une croyance, il n'est pas de plus beau, de plus curieux, de plus grand problème qu'une maladie. Son traitement semble l'ambition la plus haute, le travail le plus grave, le plus religieux qu'il soit donné de concevoir et d'accomplir; conserver est presque aussi beau que créer. Les lois de la vie interverties, les élémens organiques tendant à d'autres sphères d'action, la douleur qui presse, la mort qui menace, le médecin invoqué comme un dieu tutélaire ne sont-ils pas des motifs bien dignes de concentrer l'attention? Ce n'est pas tout; il s'agit de remonter des effets aux causes et d'en rechercher les rapports, d'étudier les caractères, les phénomènes, les tendances de cette maladie, d'apprécier les forces de la vie aux prises avec le mal, d'en estimer l'intensité relative à la violence de l'attaque, de connaître à fond les moyens de l'art, d'en discerner les applications en raison des degrés de la maladie, des âges, des sexes, des différens types de l'organisme, des températures, des relations *cosmiques* de l'être vivant et souffrant avec la nature. N'est-ce pas là un objet digne des plus profondes réflexions pour le médecin éclairé de la lumière philosophique? D'ailleurs, ses études dans ce genre lui aident à obtenir d'importantes solutions. Habitué aux procédés de l'analyse, de l'abstraction, de la généralisation, à cette forte opération de l'intellect, qui élabore le parenchyme du fruit de la science, il saisit rapidement les liaisons des phénomènes, etc.

. . . .

» Souvent le médecin va plus loin que le philosophe; par l'étude de l'organisme, par celle des lois de la vie, en un mot, de notre être considéré sous le double rapport physiologique et intellectuel, il pénètre jusqu'à la source des faiblesses, de la sujétion, de l'impuissance de l'homme. Puis, s'il met en regard l'orgueil, les prétentions de quelques-uns, il les juge aussitôt au poids de leur valeur, c'est-à-dire du néant. Ne voyez-vous pas que les modes fugitifs de notre existence, tantôt heureuse, tantôt pénible, se succèdent, se poussent comme des ondes mobiles dans le torrent de la vie? Or, d'où viennent ces modes si changeans, si variables? des différences de l'organisme, quoique le *moi* qui persiste, le sens intime qui observe et s'observe, les juge toujours et quelquefois les domine. Le moindre dérangement nous agite et nous change; une petite portion du cerveau altérée, le système de l'entendement n'est plus le même. Un peu plus de bile, un peu plus de sang qu'il ne faut, un peu de sérosité épanchée ici plutôt que là, un peu plus ou moins de calorique, le cours d'un liquide ralenti ou augmenté, une fibre nerveuse presque imperceptible, rompue ou tiraillée; un vaisseau dilaté, comprimé, un atome de virus introduit dans la circulation, etc., voilà l'équilibre des forces détruit, la santé compromise. Cet homme qui se dit puissant, qui se croit pétri d'un limon plus pur que le reste de l'humanité, n'est qu'un misérable écrasé par la nécessité, et qui implore le secours de notre art. Devant le médecin, je le demande, à quoi se réduisent au fond ces extravagantes idées de grandeur, de puissance dont se flattent certains hommes? La déchéance est si prête de la prétention! Quoi de plus connu sous le rapport moral? Mais le médecin découvre les causes physiques, réelles de ces remarquables phénomènes; il les voit, il les touche pour ainsi dire avec ses sens, car il s'agit de l'homme de chair et de sang aussi bien que de l'être spirituel. C'est ainsi que les plus hauts problèmes de la destinée, que les grandes questions sociales se rattachent

ration de M. Velpeau. Tout le monde a pu s'assurer *de visu* que la portion amputée du lobe cérébral avait compris le quart ou le tiers du ventricule. Les deux tentatives faites antérieurement dans des nécessités plus urgentes, par MM. Baffos et Lallemand, n'étaient d'ailleurs pas propres à en encourager une troisième. Ainsi donc, pas plus en fait qu'en théorie, l'opération pratiquée par M. Velpeau n'était fondée. Elle l'était bien moins encore si l'on veut tenir compte des autres ressources que l'art mettait à la disposition du chirurgien. Sans rappeler ce qui a été dit dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, concernant la ponction sous-cutanée, on pouvait, en se tenant dans la voie d'une analogie très vulgaire, tendre vers un autre but, et réussir. Il y avait hernie d'une portion du cerveau à travers une ouverture assez étroite. Que fait-on en pareille circonstance pour les hernies intestinales? On ne pratique plus, comme aux temps barbares de la chirurgie, l'ablation de la tumeur, mais on débride l'ouverture, et on tente la réduction. Quoi de plus rationnel et nous ajouterons de plus facile que d'agrandir chez un si jeune sujet atteint de hernie cérébrale une ouverture déjà existante au crâne? Il eût donc été possible de favoriser, à l'aide d'un débridement crânien, la réduction de la portion herniée du cerveau. On veut bien reconnaître que la substance cérébrale ne se manie pas aussi aisément qu'un intestin; mais pour ceux qui admettent la possibilité de l'ablation partielle d'un lobe cérébral, cette objection n'en est pas une; la crainte et même la chance inévitable de contusionner ou d'érailler une circonvolution du cerveau, ne peut pas être une contr'indication au débridement et aux tentatives de réduction de la hernie cérébrale. Nous nous dispensons d'ajouter qu'il n'eût pas été impossible d'assurer à cette opération le bénéfice d'une méthode qui évite sûrement les accidens inflammatoires en soustrayant les plaies au contact permanent de l'air.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES RÉUNIS SOUS LA DÉNOMINATION COMMUNE D'AMAUROSE; par le docteur ALEXANDRE MAGNE, ancien élève particulier de Sanson, oculiste des indigens du premier arrondissement.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

SYMPTÔMES.

La cécité débute quelquefois instantanément; on l'a vue survenir dans l'espace de quelques jours et même de quelques heures; ceci est l'exception. La plupart du temps elle n'arrive que graduellement, suivant une marche lente qui dure des mois, des années. Les phénomènes primitifs consistent dans des douleurs de tête accompagnées quelquefois d'un état général d'engourdissement, de somnolence, de vertiges. L'œil est parfois douloureux; la sensibilité de la rétine est exagérée; le malade éprouve la sensation de points lumineux : taches, mouches, traînées brillantes, lignes, bandes, paquets de cheveux, araignées, réseaux de couleur variable, blanche ou noire, rouge, violette ou verte; ces diverses formes, suivant tous les mouvemens de l'œil, restent toujours dans le même rapport avec l'axe visuel et cessent de se mouvoir dès que l'œil reste immobile. Si la cécité n'occupe qu'une partie d'un seul œil (amaurose partielle des auteurs), que cet état soit dû à ce que telle ou telle partie de l'appareil visuel conserve des points non altérés, le malade ne voit aussi qu'une partie des objets: tantôt le centre, tantôt la circonférence, tantôt une seule moitié; il verra à se conduire si les rayons lumineux correspondent à l'endroit qui n'est pas encore envahi; dans le cas contraire, il sera complètement dans l'obscurité. Nous notons en passant cette cause de strabisme. On conçoit que quand la maladie envahit toute la rétine ou toute la substance cérébrale, ces taches se multiplient, s'étendent et se terminent par l'aveuglement total.

Il est facile de ne pas confondre ces taches avec d'autres filamens voltigeans que les auteurs ont considérés comme liés à une altération inconnue, laquelle altération j'ai eu occasion de reconnaître; elle consiste, ainsi que je l'indiquerai en son lieu, dans un état particulier des paupières, dans un épaississement et des granulations de la conjonctive palpébrale, et ces filamens disparaissent en même temps que la blépharite. Ils se distinguent des taches amaurotiques, en ce qu'au lieu d'être fixes ils sont mobiles, intermittens et voltigent constamment; le malade ne les aperçoit pas toujours; il est même obligé de fixer quelque temps les yeux sur un fond clair; elles apparaissent alors, oscillent pendant quelque temps et semblent retomber par leur propre poids, et ce qui paraîtrait singulier, c'est qu'elles se détachent en clair sur le fond clair lui-même où le malade les observe. Une personne que je traitais il y a deux ans les comparait à des stries d'eau gommeuse sur un verre transparent. Ce phénomène est parfaitement décrit par Darwin sous le nom de *spectres oculaires*. Quoi qu'il en soit, lorsqu'après avoir fixé un objet, ces petits corps sont tombés comme par leur propre poids, le malade ne les aperçoit plus; il est obligé de fermer les yeux avant de fixer de nouveau; alors le phénomène de la chute se manifeste comme la première fois. J'en ai dit assez pour qu'on ne puisse confondre ces corps voltigeans avec les taches amaurotiques; mais ces dernières sont aussi communes à la cataracte; et il est des cas où l'on serait fort embarrassé de se prononcer si les trois lumières de Sanson ne venaient lever les doutes.

Tous ces symptômes subjectifs appréciés seulement par le malade indiquent en général la nature inflammatoire de la maladie; la photophobie, le larmoiement, l'injection scléroticale semblent annoncer une irritation de la rétine. La plupart de ces symptômes manquent, si l'affection est due à l'action de causes asthéniques, directes ou indirectes; la marche en est ordinairement beaucoup plus lente; les taches sont d'un aspect sombre et n'ont rien des bluettes lumineuses indiquées plus haut; souvent il y a héméralopie au début. L'horreur de la lumière n'existe pas; joignez à ces signes un affaiblissement général si la maladie de l'œil est sympathique d'une asthénie de toute l'économie, comme cela a lieu dans la chlorose, comme on le remarque quand la présence de vers intestinaux a influé sur toute l'organisation par l'effet des mauvaises digestions; dans ce dernier cas, dit M. Pétrequin, le teint est jaune, la face bouffie, le ventre tendu et gonflé; il existe une certaine torpeur de la tête, des nausées, un sentiment de prurit aux narines et à la gorge; le sommeil est inquiet, interrompu par des spasmes du visage. Nous retrouvons donc dans les symptômes des différences aussi marquées que dans les causes, et sans sortir du domaine des faits, tout jusqu'ici nous a conduit à recon-

---

toujours aux grandes questions physiologico-morales. Et remarquez qu'il en fut de même à toutes les époques historiques. Dans tous les temps on a vu la modification organique, la cause morbide agir sourdement, puis ses effets éclater tout à coup et imprimer une direction particulière aux événemens. Sylla, l'effroi de Rome, dont un ancien a dit: *Sylla, tam felix! Crimen deorum*, croit vivre en repos après son étonnante et glorieuse abdication; il meurt tout à coup par la rupture d'un abcès ou d'un anévrisme. César aurait pu sauver sa vie de la conjuration ourdie contre lui; mais il n'ose se lever de son siége, un relâchement de corps le cloue à sa place, et il est égorgé. Pascal remarque qu'un petit gravier placé dans l'urètre de Cromwell change la destinée de l'empire. Le vainqueur de Malplaquet tombe dans l'enfance et l'imbécillité : que s'est-il passé? Quelques onces de sang épanché dans le cerveau ont opéré ce grand changement. Le czar Pierre est arrêté, jeune encore, dans ses gigantesques projets, par une inflammation de peu d'étendue, mais vive, au col de la vessie. Un coup de bec du vautour qui dévorait Napoléon sur son rocher produit une ulcération cancéreuse de l'estomac; et cet homme, qui connut toutes les extrémités des choses humaines, meurt là où il est, comme l'a dit un poète national, *la poussière de ses pieds était encore empreinte sur le bandeau des rois*. Assurément il n'est pas de praticien qui ne voie, dans les rangs inférieurs de la société, de pareils phénomènes; mais le médecin philosophe s'y arrête et les remarque; par la réflexion, il en mesure la gravité, l'étendue, la portée, il en tire des déductions saisissantes de clarté et d'évidence; c'est alors qu'il voit la vérité plus ou moins déguisée; c'est ainsi que, dans bien des cas, il lui est donné de soulever le masque humain pour voir la physionomie réelle.... Je le demande, est-il possible que le praticien qui voit chaque jour la vie et la mort promener leur faux et leur niveau sur l'humanité, qui, dans la médecine des hôpitaux, dans *la médecine des mansardes*, comme dans celle des palais, voit partout la souffrance et la maladie, chez l'enfant au berceau, chez l'homme dans sa pleine existence ou sur le bord du tombeau, ne sache pas à quoi s'en tenir sur une multitude de choses dont le point de vue est mensonger et la valeur fictive? Certes, le médecin qui n'en est pas là n'a jamais compris sa profession dans ce qu'elle a de plus élevé, dans l'ordre moral et philosophique.

» Cependant ne craignons pas de l'avouer, toutes grandes et importantes que soient les hautes études philosophiques, elles ont pour le médecin des inconvéniens qu'on ne saurait nier. Un des plus remarquables, c'est de manifester hautement la prédilection qu'on a pour de pareils travaux. Or, dès l'instant que le secret est divulgué, on vous croira entièrement voué au culte oisif et solitaire d'un idéal perdu dans le vague des hypothèses et des conceptions *à priori*. Vous passerez pour un rêveur, pour un esprit livré à de chimériques abstractions, incapable d'applications immédiates et pratiques. Les observateurs terre à terre, les disciples de cette école étroite et fataliste qui ne reconnaît que le fait matériel et isolé, le fait brutal, ne manqueront guère d'appuyer sur ce reproche; on ira même jusqu'à déplorer cette direction fatale donnée à vos travaux, à votre esprit. Et ces reproches auront du retentissement: le vulgaire pris dans tous les rangs est si dupe des mots, que cette opinion nuira à la confiance qu'il peut avoir en vous; autant vaudrait passer pour médecin-poète quoiqu'il y en ait eu d'illustres dans notre profession..... Que ce soit donc chez le médecin un sacr-

naître la nature sthénique et asthénique de l'amaurose; nous ne l'oublierons pas au traitement.

Parlons actuellement de l'état de la pupille et de l'iris; de tout temps les auteurs en ont été frappés; l'immobilité de l'iris et la dilatation de la pupille ont même été considérées comme caractères pathognomoniques et signalés dans la définition de l'amaurose. L'observation attentive est venue rectifier cette erreur; le plus souvent il est vrai ces deux signes existent; mais il n'est pas rare d'observer des cas dans lesquels la pupille est contractée, et où l'iris jouit encore de sa mobilité; il en est d'autre aussi où l'iris est sans mouvement et l'ouverture pupillaire extraordinairement rétrécie. Quoi qu'il en soit cette ouverture reste ordinairement noire, ce qui indique que la transparence du cristallin et du corps vitré est conservée. On s'assure de l'immobilité avec dilatation de l'iris en approchant de l'œil une bougie; cette lumière sera sans action et l'iris ne se contractera pas. Si l'un des yeux est sain ou légèrement affecté, on aura soin de le tenir couvert avant d'approcher la bougie de l'autre, parce que l'influence de la lumière sur l'œil sain pourrait se propager sympathiquement à l'œil malade et déterminer une contraction; ce qui induirait en erreur. S'il existe immobilité avec contraction, on applique le pouce sur la paupière supérieure abaissée; après quelques instans, on la relève vivement; l'obscurité a été sans action sur l'iris; il ne s'est pas dilaté.

On peut dire, bien que cette règle n'exclue pas les exceptions, qu'en général la dilatation de la pupille dénote une affection de nature asthénique et que sa contraction au contraire semble être le partage de celle qui est de nature inflammatoire; c'est dans ce dernier cas aussi qu'on remarque particulièrement l'irrégularité de la marge pupillaire, tantôt ovale, tantôt triangulaire, ou affectant une forme presque losangique, etc. La pupille, qui, le plus ordinairement, est d'un beau noir, présente quelquefois une couleur blanchâtre ou jaunâtre, quelquefois marbrée. Haller et Sanson l'ont vue sous la forme d'une large tache offrant quelques ramifications sanguines; peut-être était-ce là une trace d'iritis chronique, au moins est-il permis de le supposer.

L'œil de chat, variété d'amaurose créée par Beer, vient du reflet brillant que jette quelquefois l'œil dans l'obscurité, reflet analogue à celui que produit le *tapis* chez certains animaux. Du reste, la teinte qu'on aperçoit au fond de l'œil, quelle que soit sa forme ou sa couleur, est attribuée à une coloration morbide de la rétine. On a eu tort d'oublier que l'iritis aigu et chronique produit souvent le même aspect. Outre les symptômes que nous venons d'énumérer, il existe chez les individus dont la vision est entièrement abolie, une habitude extérieure, je pourrais dire caractéristique, et telle qu'à la première inspection on est tenté de porter un diagnostic; le malade marche la tête renversée en arrière, sa physionomie est immobile, son regard présente un air de stupeur et d'hébétude qui a quelque analogie avec les yeux d'émail des figures de cire; c'est le facies amaurotique. Il est un autre symptôme qui a été négligé jusqu'alors, et sur lequel M. Pétrequin appelle l'attention des praticiens, c'est la myopie. « La sphère d'activité de nos organes, dit l'auteur du TRAITÉ PRATIQUE DE L'AMAUROSE, change dans l'état pathologique, et s'il est quelques circonstances où elle semble augmenter en agrandissant son diamètre, il en est bien davantage où elle diminue et se rétrécit à mesure que l'action dynamique s'altère. L'existence organique subit aussi des détériorations successives, et il n'est pas étonnant que sa puissance de réaction décroisse dans des proportions similaires. Pour l'oculistique, ces analogies phénoménales sont un guide lumineux et fécond, comme je l'ai déjà signalé dans mon travail sur le ptérygion. Elles conduisent ici à une appréciation plus positive de quelques particularités de la vision; je ne m'occuperai que de ce qui concerne le sujet spécial de ce chapitre.

» A mesure que la faculté visuelle s'altère, j'ai dit que sa sphère d'activité diminue; parfois il arrive que la vue ne perd rien en netteté, elle reste lucide; mais le cercle optique se rétrécit, les distances se rapprochent, la portée visuelle change par l'affaiblissement de l'organe sensitif. Une circonstance plus ordinaire, c'est que, en même temps que le champ de la vision se raccourcit, la perception de la vision devient moins nette; les images sont confuses, un nuage enveloppe les objets, et les malades atteints de ce double dépérissement du sens cherchent dans des moyens extérieurs un remède ou un palliatif à leur infirmité; souvent ils ignorent la nature du mal qui les affecte, ils sont devenus réellement myopes, et, croyant n'être que cela, ils ont recours à des lunettes de forces différentes, et, comme elles ne pallient qu'incomplètement la perte de leur sensibilité oculaire, ils se trouvent forcés d'en venir à des numéros de plus en plus forts, mais toujours avec peu de résultats avantageux. J'en ai même connu qui avaient changé d'appartement, croyant que l'obscurité n'était pas en eux, mais hors d'eux. Ces phénomènes, qui apparaissent au début de la plupart des amauroses, se rencontrent encore à leur déclin, et alors que la vue revient, la sphère d'activité se mesure par de petites distances; la myopie succède à l'amaurose, de même qu'elle en précède le développement. De là une influence notable sur la vision; l'œil ne reprend pas sa vivacité, chez les amaurotiques, aussitôt que leur guérison s'opère; souvent la vue conserve longtemps encore une incertitude et une indécision toute particulière. C'est une circonstance que les auteurs n'ont point mentionnée et qu'il faut toujours prendre en considération pour le pronostic. »

Je crois, avec l'honorable confrère que je cite, que cette myopie ne se lie pas seulement à une différence des propriétés réfringentes des milieux de l'œil, mais qu'il faut en accuser surtout une cause toute vitale; il semble que la sphère d'activité du sens optique est bornée à un rayon minime.

Nous voici arrivés au point de peser la valeur intrinsèque de chaque signe, afin de pouvoir nous guider dans le diagnostic différentiel. La dilatation de la pupille et l'immobilité de l'iris ne sont pas, comme on l'avait dit pendant longtemps, des symptômes caractéristiques; l'une et l'autre s'observent dans la mydriasis ou paralysie de l'iris; on a vu en outre de jeunes conscrits qui, pour échapper à la loi, obtenaient ces phénomènes à l'aide de la jusquiame. Le strabisme, outre qu'il peut aussi être simulé, existe souvent indépendamment de toute autre affection. Ces deux signes n'ont donc qu'une valeur relative. La déformation de la pupille se remarque aussi dans l'iritis, dans les synéchies antérieure et postérieure, et dans certains cas de cataracte il sera facile de s'assurer que ce symptôme n'appartient pas à une adhérence capsulaire ou cornéale; l'absence de tout changement de l'iris, soit dans la couleur, soit dans la texture, etc., éloignera l'idée d'une iritis; dans ces cas, d'ailleurs, il ne peut guère arriver de confusion, les seules maladies qu'il est quelquefois difficile de distinguer de l'amaurose sont presque exclusivement la cataracte et le glaucôme. Ce dernier, à un degré avancé, présente, comme l'amaurose, l'immobilité de la pupille; mais l'opacité jaunâtre du glaucôme, dont le siége est situé immédiatement derrière le cristallin, la dureté et l'atrophie de

---

tuaire fermé que celui de l'ame qui se recueille, et s'élève jusqu'aux lois de la nature étudiées dans leur grandeur, dans leur magnificence, jusqu'aux principes des êtres et des intelligences. Soyez médecin philosophe, mais gardez-vous de passer pour tel, il y va de vos intérêts les plus chers et quelquefois les plus réels. *Cache ton savoir* est ici une règle aussi importante que celle qui recommande de cacher son bonheur. Comme une maîtresse chérie, cultivez, adorez la philosophie dans le silence du cabinet, dans le fond de votre conscience, en présence des grands spectacles de la nature; autrement les déboires, les injustices, les faux jugemens vous attendent et l'arbre de la science sera pour vous le véritable *mancenillier*.

» Cependant le danger le plus réel n'est pas là; avec de la fermeté d'esprit, on peut avoir une complète indépendance d'opinion; au fait, *medicus, vel philosophus, paucis contentus judicibus*; armé d'un principe aussi vrai, on se place à son rang, on méprise les dédains de la foule; d'ailleurs ne sait-on pas jusqu'à quel degré de profondeur vont l'estime et les amitiés de ce monde? Voici le véritable danger; c'est que l'habitude des jouissances pures et suprêmes que procure la recherche ou la possession de la vérité, dégoûte presque toujours du réel, de la vie commune et journalière; accoutumant l'esprit à une vie excentrique pour ainsi dire, elle le place inévitablement dans une sphère à part, élevée, ce qui rend exigeant, dédaigneux, froid sur une infinité de choses auxquelles le vulgaire attache du prix. Ces belles et nobles études sont si attrayantes par elles-mêmes, l'intelligence plane si haut et si librement, le cœur est si plein, la conscience tellement satisfaite, que le reste semble frappé d'indigence et d'inanité. Mais qu'on y prenne garde, cet épicuréisme d'extase et de méditation peut mener trop loin, car l'idéalisme est insatiable..... Le médecin surtout dont la profession offre d'immenses devoirs à remplir doit quelquefois combattre ces enivrantes voluptés de la méditation assidue et contemplative. Que parfois son cœur déborde en aspirations philosophiques, qu'il aime ces élans d'un ascétisme puissant et consolateur, où le conçoit, il y est conduit par l'étude de l'homme, ce type de perfection des œuvres de Dieu sur la terre. Mais qu'il se modère, qu'il s'arrête sur cette pente, afin que la science ne s'évapore pas en subtilités ontologiques ou en paradoxes sans vraisemblances.......

» Bien que la médecine soit à jamais liée à la philosophie, elle part cependant du point de vue d'une utilité plus immédiate; le médecin pense et agit, le philosophe cherche et contemple. Qu'un métaphysicien se livre exclusivement aux études psychologiques; toujours dignes d'intérêt, admirons ses travaux, écoutons sa voix, ne négligeons pas de nous pénétrer de ses principes; mais la loi suprême du devoir pour le médecin est de combattre la douleur, cette *Némésis* de l'humanité.... C'est ce que le vrai médecin ne doit jamais perdre de vue. Voilà pourquoi sans tomber dans l'idéalisme mystique, son existence doit être un mélange heureux de réflexion et d'activité, d'analyse et d'enthousiasme, de philosophie dogmatique et de philosophie pratique. Comme Lope de Vega, chacun de nous peut figurer sa vie sous l'image d'une barque portant silencieusement ses douleurs vers l'éternité; mais celle du médecin doit particulièrement jeter dans son cours les bienfaits, les soulagemens, les espérances, les consolations, et cela jusqu'au dernier temps fixé par la Providence, etc.........

l'œil empêcheront une méprise qui, malgré l'opinion de M. Marjolin, ne serait pas d'une médiocre importance.

C'est donc surtout avec la cataracte qu'il faut bien éviter de confondre l'amaurose, et je crois que l'état actuel de nos connaissances ne permet plus que l'erreur ait lieu : les taches *fixes* de diverse couleur et de forme variable appartiennent aussi bien à la cataracte qu'à l'amaurose; elles apparaissent dans le début de ces deux affections et peuvent être perçues pendant un temps plus ou moins long; la dilatation de la pupille et l'immobilité de l'iritis s'observent aussi, quoique plus rarement, dans la cataracte; dans ces deux cas, c'est la coloration du fond de l'œil qui est appelée à décider la question. Ordinairement, en effet, l'espace pupillaire est d'un beau noir dans l'amaurose, tandis que, dans la cataracte, l'opacité est dénotée par une couleur d'un blanc grisâtre. Mais, outre qu'il existe une espèce de cataracte qu'on appelle noire, et l'existence de cette cataracte ne peut plus être mise en doute depuis le mémoire que j'ai lu à l'Académie des sciences, outre cette cataracte noire, dis-je, nous savons déjà que l'amaurose peut offrir parfois un aspect blanc ou jaunâtre derrière la pupille. C'est dans ces circonstances que l'observateur se trouverait singulièrement embarrassé s'il n'avait un guide sûr, infaillible, quoi qu'on en ait dit (et j'ai eu l'honneur de le démontrer à l'Institut), dans le procédé découvert par Sanson; je veux parler du phénomène des trois lumières, à l'aide duquel on distinguera toujours l'amaurose, même d'une cataracte commençante. Ainsi, toutes les fois que devant un œil frappé de cécité on placera une bougie, si cette bougie se reflète trois fois dans l'œil, il n'y a pas à hésiter, c'est une amaurose.

Les deux symptômes principaux à l'aide desquels, et à l'absence de tout autre, on pourrait diagnostiquer une lésion d'une ou de plusieurs parties du système nerveux de la vision, sont donc, l'un subjectif ou perçu par le malade (en admettant qu'il n'ait aucun intérêt à tromper), c'est la diminution ou l'abolition de la vue; l'autre objectif, ou perçu par le chirurgien, c'est la transparence des milieux de l'œil.

PRONOSTIC.

Est-il possible de déterminer la durée de l'état amaurotique? assurément non. Il peut n'exister que pendant quelques heures et durer autant que la vie. Mais il est permis aujourd'hui d'établir un pronostic bien différent de celui qu'ont porté les oculistes de tous les temps sur une maladie qu'on a appelée *le tourment des médecins et l'opprobre de l'art*. Sanson le premier est venu nous dire qu'il ne fallait pas désespérer; il écrivait en 1829 : un fait qui n'est pas douteux, c'est la guérison obtenue par l'emploi méthodique des procédés de l'art; il y a loin de cette opinion à celle d'un célèbre oculiste du dix-huitième siècle: « C'est rechercher la pierre philosophale, dit maître Jean, que de vouloir chercher des remèdes pour guérir la goutte sereine; cette maladie est absolument incurable. »

Dans ces derniers temps, le chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon est venu donner à ces paroles un démenti formel en présentant trente et quelques observations de guérison tirées de sa pratique. Notre honorable confrère a rendu à la science un immense service, et je ne saurais trop recommander la méditation attentive de ses observations. On conçoit que le pronostic soit plus ou moins favorable, suivant la nature et les complications de l'altération existante; si la maladie oculaire est sympathique d'une affection curable, elle est par cela même facile à guérir; c'est ce qui a lieu, par exemple, pour la chlorose et la présence de vers dans l'intestin; le pronostic sera très grave au contraire si l'on est parvenu à reconnaître que l'état amaurotique est dû à une tumeur développée dans l'encéphale ou à une affection cérébrale invétérée.

Une question qui se rattache au pronostic est celle de la récidive; la pratique est encore venue nous rassurer à ce sujet; il est clair que si le malade se contentant d'une demi-guérison se livre de nouveau aux occupations, ou s'il ne veut pas se soustraire aux causes qui avaient déterminé sa cécité, il retombera probablement pour ne pas dire sûrement dans l'état où il était avant le traitement. Mais il est rare de rencontrer des personnes qui n'apprécient pas la valeur d'un sens qu'elles ont été sur le point de perdre; on leur fera comprendre que ce sens n'existe plus chez elles comme chez tout le monde; qu'il est pour elles la partie faible et mérite les plus grands ménagements; enfin on obtiendra de les faire persévérer dans le traitement, même longtemps après la guérison, et on ne les abandonnera à elles-mêmes que quand le temps aura confirmé les premiers résultats.

TRAITEMENT.

Il est entièrement basé sur l'appréciation des causes et du mode de lésion éprouvé par les tissus. Le chirurgien doit avant tout se préoccuper de débarrasser l'affection nerveuse oculaire de toutes les complications qui l'entourent. Si la cécité est sympathique d'une altération générale ou d'une maladie d'un organe plus ou moins éloigné, c'est contre ces états pathologiques qu'on doit diriger le traitement; et, quoique aucune médication ne soit appliquée à l'organe visuel, il y a lieu d'espérer que la vue reviendra alors que les complications ou les causes indirectes disparaîtront. Si ce résultat n'est pas obtenu, on sera toujours arrivé au point de n'avoir plus affaire qu'à l'appareil de la vision, et le traitement se réduira à combattre une irritation ou une asthénie nerveuse de l'œil.

En conséquence, si les règles sont supprimées, on aura recours à l'emploi des emménagogues; si leur suppression doit être attribuée à l'âge, on remplacera leur action par de petites saignées qu'on réitérera aussi souvent qu'il sera nécessaire; je ferai observer une fois pour toutes que, à moins qu'il n'existe des symptômes d'une violente inflammation, le succès dépendra plutôt de la récidive des évacuations sanguines que de la grande quantité de sang tirée tout d'un coup.

On favorisera le rappel d'anciennes hémorrhoïdes fluantes par l'application renouvelée tous les quinze jours environ de sangsues à l'anus, dont le nombre sera proportionné à la constitution du sujet. Dans l'intervalle, on aidera l'action des sangsues par des purgatifs drastiques, si l'état du tube digestif le permet. On remplacera un épistaxis supprimé par de petites saignées; on emploiera de même les sternutatoires, les sudorifiques, les purgatifs pour rappeler une rinhorrhée, une transpiration ou une diarrhée habituelle. Si l'état amaurotique est lié à la chlorose, c'est contre cette dernière que se dirigera la thérapeutique. Si la présence de vers dans l'intestin a été la cause déterminante, on aura recours aux anthelmintiques, mousse de Corse (*fucus helminthocortos*), fougère mâle (*nephrodium felix mas*), tanaisie (*tanacetum vulgare*), etc. On a des exemples d'une cécité complète due à la présence de lombrics, et dont l'expulsion amena brusquement la guérison. M. Pétrequin a vu, chez Lorresini, professeur d'oculistique à Padoue, un bocal renfermant plus de 60 ascarides lombricoïdes dont l'expulsion suffit pour guérir immédiatement une amaurotique âgée de 14 ans. S'est-on assuré que la masturbation a produit l'abolition de la vision; ou bien un excès de coït ou des pertes séminales réitérées; on s'occupera de triompher du mal par le régime et une médication appropriée en même temps qu'on usera de toute l'influence morale qu'on peut avoir sur le malade, pour lui faire comprendre toute l'impuissance de l'art, s'il ne renonce à ses funestes habitudes ou à ses passions désordonnées; pour les enfans on aura recours aux appareils disposés contre l'onanisme. Le traitement local variera aussi suivant qu'on aura à le diriger contre une inflammation ou une asthénie. Dans le premier cas, on éloignera l'action de toutes les causes qui agissent directement sur l'œil et le cerveau; le malade gardera le repos, portera des lunettes *teinte neutre* foncée. Des saignées de bras ou de pied seront pratiquées et secondées, s'il est nécessaire, par des ventouses appliquées aux tempes et au cou. Ces évacuations sanguines seront toujours, comme je l'ai déjà dit, proportionnées à la constitution du malade et au degré de l'inflammation; quand celle-ci est violente c'est le cas d'établir un dérivatif à la nuque, vésicatoire, cautère ou séton; ce dernier me paraît mériter la préférence. M. Gondret a retiré de bons effets de la cautérisation pratiquée vers l'angle supérieur de l'occipital avec la pommade ammoniacale. On associera à ces moyens l'emploi réitéré des purgatifs. Plus tard, on obtiendra un aide puissant dans l'application entre les deux épaules de ventouses, tantôt sèches, tantôt scarifiées. J'ai pu observer les bons résultats que Sanson mon maître a obtenus de ces applications; elles me sont aussi d'un grand secours, et je les emploie habituellement dans ma pratique; je les fais appliquer tous les trois ou quatre jours, et dans l'intervalle je prescris de légers laxatifs; en même temps je recommande tous les matins un bain de pieds dans l'eau salée, pendant la durée duquel on fait tomber sur le front et les yeux une douche d'eau froide. Lorsque les dernières traces de congestion ont entièrement disparu, on conseille de traiter l'ophthalmodynie persistante par les narcotiques. Storck a préconisé dans cette période la poudre ou l'extrait d'aconit à l'intérieur, et l'extrait de ciguë si l'amaurotique est disposé aux engorgements blancs. Je répète encore que cette médication doit être dirigée avec la plus grande persévérance et que les agens thérapeutiques ne seront abandonnés que successivement et longtemps après la cessation des symptômes. Lorsque l'irritation a cédé et que la cécité persiste, on doit attribuer la plupart du temps cette persistance à l'atonie de la rétine et de ses dépendances. La forme asthénique succède alors à la forme inflammatoire et réclame un traitement analogue à celui qu'il est rationnel d'employer quand la maladie a débuté par une asthénie. Au lieu de soustraire l'œil à l'influence de la lumière, il faut au contraire rechercher dans cet agent un stimulant de la rétine; on exposera donc le malade à un jour graduellement plus vif; on dirigera sur les yeux la vapeur du baume de Fioraventi, de certaines résines, telle que le benjoin; on frictionnera le front, les tempes et la base de l'orbite avec un morceau de flanelle imprégnée de la même vapeur. J'obtiens des effets plus prompts en étendant tous

les jours trois fois sur le front, les tempes et les paupières, à l'aide d'un pinceau de charpie, un liniment que je formule comme il suit :

Prenez :	Ammoniaque liquide	8	grammes.
	Alcoolé très concentré de noix vomique.	8	—
	Alcoolé de safran.........................	2	—
	Alcoolat de bergamotte...................	2	—
	Alcoolat de lavande.......................	4	—
	Ether acétique	4	—

Mais le topique curatif qui donne les plus beaux résultats est, sans contredit, l'application de vésicatoires volans ; il convient d'en promener trente, quarante et quelquefois jusqu'à soixante autour de la base du crâne ; ainsi que je l'ai fait pour une amaurotique que j'ai guérie il y a deux ans.. On accroît singulièrement l'efficacité de ces vésicatoires en les pansant chaque jour avec un ou deux centrigrammes de strychnine ; et, comme cette quantité de poudre est facile à perdre, M. Pétrequin conseille avec raison d'y joindre 5 à 10 centrigrammes de poudre de noix vomique. Le même chirurgien, dans l'intention d'agir sympathiquement sur la rétine, conseille de frictionner le front et les tempes avec la teinture alcoolique de noix vomique. J'oubliais de dire que l'on peut accroître succcessivement la dose de strychnine ; je l'ai portée jusqu'à 10 et 12 centigrammes par jour. Ces agens locaux ne doivent pas faire perdre de vue le traitement général : la nourriture sera fortifiante, composée de viandes rôties et de bon vin. Les eaux minérales toniques, les stimulans même, tels que l'extrait de pulsatille conseillée par Storck ; l'éther phosphorique, le phosphore, l'infusion d'arnica, l'esprit de corne de cerf succiné, etc., offriront au praticien des ressources qu'il emploiera toujours avec prudence, se rappelant que la plupart de ces substances sont des poisons très violens. Je dois mentionner en terminant que quelques chirurgiens attribuent à l'électricité d'heureux effets dans les cas dont il est question.

J'ai dit tout ce que je croyais utile relativement au traitement que l'on doit faire subir aux amaurotiques. On a pu remarquer que la thérapeutique ne peut être faite en général ; chaque cause, chaque complication en réclame une qui lui est propre, et la médication employée au début variant avec les symptômes, peut à la fin être remplacée par une médication entièrement opposée. Il n'existe donc pas un traitement anti-amaurotique, comme il n'existe pas davantage une entité morbide appelée amaurose ; nous retrouvons ainsi à la fin ce que nous avions dit en commençant. On se tromperait du reste si, après avoir lu ce mémoire, on croyait connaître à fond le traitement des différentes affections dans lesquelles on observe les symptômes amaurotiques. Il est des indications qui apparaissent chez l'un, qu'on ne retrouve pas chez un autre, mais qu'un chirurgien éclairé s'efforcera toujours de saisir et par lesquelles il sera rarement mis en défaut.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN CAS CURIEUX D'AFFECTION MULTIPLE DU POUMON, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MENSURATION THORACIQUE ; communiquée par M. E. Corbin, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Par des circonstances particulières, j'ai pu observer la malade dont je vais rapporter l'histoire à l'hôpital de la Charité pendant plus de vingt mois, d'abord dans les salles de M. Lerminier, ensuite à la Clinique. Je dois à l'obligeance de M. Giraldès, médecin brésilien, les détails relatifs au séjour de la malade à la Clinique, depuis le mois de juin 1829 jusqu'au mois de septembre de la même année. La mensuration a été pratiquée par M. le professeur Chomel, et les dimensions écrites sous sa dictée.

LARYNGITE ; TUBERCULES PULMONAIRES ; PNEUMO-THORAX DU CÔTÉ GAUCHE ; RÉSORPTION DU PNEUMO-THORAX ; HYDRO-THORAX ; RÉSORPTION DE L'HYDRO-THORAX ; NOUVEAU PNEUMO-THORAX ; MORT ; TUBERCULES ET CAVERNES DANS LES DEUX POUMONS ; ULCÉRATION A LA SURFACE DU POUMON GAUCHE, PAR SUITE DU RAMOLLISSEMENT DE L'UN DES TUBERCULES.

Obs. — Julie Moreau, fleuriste, âgée de 20 ans, non mariée, entra le 14 février 1829 à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Marthe, n° 7, service de M. Lerminier. Réglée à 12 ans, elle l'avait toujours bien été depuis, lorsque ses règles se supprimèrent, il y a environ un an, à la suite d'une frayeur ; c'est à cela qu'elle rapporte l'origine de toutes ses souffrances. De la fièvre, des vomissemens d'alimens et de bile, du dévoiement, se manifestèrent à la suite de cette suppression ; et, au bout de quinze jours, la malade entra une première fois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rullier. La suppression et les accidens qui l'avaient suivie furent combattus par les moyens appropriés, entre autres par des sangsues appliquées à l'hypogastre et à la vulve, des sinapismes aux jambes et des bains de siége. Les règles ne reparurent pas, les vomissemens cessèrent, le dévoiement persista ; de plus, la respiration devint gênée, et il survint une toux sèche et fatigante.

La malade s'ennuya du séjour de l'hôpital et en sortit dès qu'elle en eut la force. Son état resta le même, à part quelques intervalles de mieux, jusqu'au mois de janvier dernier. A cette époque (le froid cette année là était fort rigoureux), tous les symptômes augmentèrent d'intensité. La toux surtout devint plus fréquente, et il s'y joignit, il y a huit jours, une extinction de voix. C'est ce dernier accident qui détermine la malade à rentrer à l'hôpital.

Ses règles n'ont pas reparu ; elle a toujours eu du dévoiement et dit avoir beaucoup maigri. Elle est en effet très maigre, d'un tempérament lymphatique et nerveux, et elle a les pommettes rouges. Son pouls est petit et fréquent, sa voix presque éteinte, et elle dit souffrir beaucoup de la gorge. En examinant l'arrière-bouche, on n'aperçoit autre chose qu'une très petite excoriation superficielle au devant du pilier antérieur droit du voile du palais. La malade avale facilement les liquides ; seulement la déglutition occasionne souvent de la toux et quelquefois des vomissemens. La douleur de la gorge se prolonge en bas, beaucoup au dessous de l'arrière-bouche. Les résultats de la percussion et de l'auscultation sont ceux de l'état normal, si ce n'est que, sous les deux omoplates, la résonnance de la voix est plus forte que de coutume.

Ces circonstances réunies firent regarder le larynx comme le siége principal du mal, et, du 15 au 20 mars, on applique en plusieurs fois une quarantaine de sangsues sur les côtés de cet organe. On y joint des boissons et des gargarismes émolliens. Chaque application de sangsues produisit de l'amélioration, et, le 20, la voix était revenue. On applique vers le haut du sternum un vésicatoire volant, qui améliore encore l'état de la malade. Cependant la voix était restée rauque, lorsque, le 2 mars, Julie Moreau sortit pour la seconde fois de l'hôpital, sans s'inquiéter des règles qui n'avaient pas reparu, ni de la toux, du dévoiement et de la fièvre qui persistaient, quoiqu'à un moindre degré. Il y avait surtout chaque soir, de quatre à neuf heures, un redoublement marqué.

Trois mois et demi après, le 16 juin 1829, elle entra à la Clinique, salle Ste-Madelaine, n° 3.

Le dévoiement et la fièvre avaient cessé vers le commencement du mois d'avril. Inquiète de l'absence des règles, la malade, pour les rappeler, avait pris sans succès différens médicamens, entre autres du safran. Sous tous les autres rapports, la santé était redevenue presque parfaite. Quinze jours avant son entrée, la malade avait de l'appétit, digérait bien et toussait beaucoup moins. A cette époque, un soir qu'elle s'était couchée après avoir bien dîné, et sans s'être exposée à aucune cause de maladie, elle s'éveilla tout à coup avec une fièvre brûlante, de la toux et beaucoup de gêne dans la respiration. Cet état n'a fait qu'empirer depuis.

Maintenant elle est très faible, sa peau est chaude, son pouls bat 140 fois à la minute. Elle est très oppressée et se tient presque toujours sur son seant. Elle tousse beaucoup et la toux réveille sans cesse une douleur sous l'omoplate gauche. Cette douleur s'irradie quelquefois du même côté au moignon de l'épaule et au cou, dans la direction du plexus brachial et aux environs de la mamelle, quelquefois même au côté droit de la poitrine. Le crachoir contient des crachats d'un jaune verdâtre, pelotonnés et roulant les uns sur les autres ; la malade dit avoir rendu par la bouche, quelques jours auparavant, un peu de sang caillé.

Le côté gauche de la poitrine paraît plus ample que l'autre, tant en avant qu'en arrière ; il est surtout bombé en avant et en haut ; percuté, il donne partout un son très clair. En arrière, on entend partout, mais surtout à l'angle inférieur de l'omoplate, un souffle amphorique et métallique, comme si on soufflait dans un tube métallique dont les parois vibreraient. De temps en temps il se joint à ce souffle un tintement métallique qui ressemble au bruit de plusieurs petites gouttelettes tombant coup sur coup dans un vase de métal. La résonnance de la voix s'accompagne aussi d'un frémissement métallique. En avant, on n'entend que le bruit amphorique qui accompagne la respiration sans tintement ni voix métallique. A droite, la sonorité et la respiration sont à l'état normal.

D'après ces phénomènes, M. Chomel diagnostiqua un pneumo-thorax du côté gauche. On pouvait d'ailleurs supposer, d'après le tempérament et les antécédens, qu'il existait des tubercules et que la fonte d'un de ces tubercules, voisin de la surface du poumon, avait donné lieu à une ulcération et mis en communication les bronches et la cavité de la plèvre. M. Chomel prescrivit une potion gommeuse, une tisane pectorale, trois crêmes de riz, deux bouillons, et porta un pronostic très défavorable sur l'état de la malade.

Les symptômes restèrent à peu près les mêmes jusqu'au 23. Il y avait du sommeil, un peu d'appétit, des selles sans dévoiement, un peu moins de toux et fort peu d'expectoration. La dyspnee et l'essoufflement étaient habituels. Il y avait toujours, au côté gauche du cou, une douleur vive, sans aucune apparence d'inflammation. La malade se plaignait aussi de son ancien mal de gorge, sans qu'on découvrît aucune lésion dans l'arrière-bouche. Le côté gauche était de plus en plus bombé, et en bas les espaces intercostaux étaient devenus presque imperceptibles.

Ce jour là (23 juin), en percutant, on s'aperçut qu'en bas et en arrière la sonorité du côté gauche était beaucoup moins claire que les jours précédens. Il n'y avait plus, à ce niveau, de différence dans la sonorité des deux côtés. La respiration, faible et saccadée, n'était plus amphorique ; la voix et la toux conservaient ce caractère, quoiqu'à un moindre degré. On entendit en outre, dans la fosse sous-épineuse, de la pectoriloquie voilée, et, en faisant tousser la malade, on distingua à plusieurs reprises un gargouillement caverneux. Ainsi se trouvaient vérifiées les conjectures de la veille, qui attribuaient l'origine du

pneumo-thorax à l'existence et à la fonte de quelque tubercule. Ces conjectures se confirmèrent de plus en plus dans la suite.

La fièvre continuait. Il n'y avait qu'une selle en vingt-quatre heures. (Pot. gom.; gargarismes adoucissans; trois soupes; deux tasses de lait.)

Du 24 au 27. La sonorité devint de plus en plus obscure, et enfin tout à fait mate à la partie postérieure et inférieure du côté gauche; elle continua d'être très claire dans les autres points, surtout en avant et en haut. La malade se couche sur le côté gauche : quand elle essaie de se coucher à droite, elle étouffe et elle est obligée de changer de position. Elle sue beaucoup la nuit et dort très peu. L'insomnie cède à un demi-grain d'opium, qu'on ajoute à la potion.

Le 27, au matin, il y eut un vomissement de bile et trois ou quatre selles dans la journée; la nuit, la malade eut plus de fièvre et du délire.

Cependant elle était assez bien le 28, à l'heure de la visite, et on en profita pour mesurer la poitrine; voici quelles étaient ses dimensions :

MENSURATION CIRCULAIRE.

	Pieds.	Pouc.	Lig.
Circonférence de la poitrine au-dessous de la mamelle..	2	1	6
— du côté gauche..................	1	1	0
— du côté droit..................	1	0	6
Différence en plus au côté gauche..................	0	0	6

MENSURATION ANTÉRO-POSTÉRIEURE.

	Pieds.	Pouc.	Lig.
Diamètre antéro-postérieur au-dessous de la mamelle,			
du côté gauche..................		6	7
du côté droit..................		5	10
Différence en plus au côté gauche..................		0	9

Ce résultat ne surprit pas. On savait par la percussion qu'un épanchement liquide s'était ajouté depuis plusieurs jours au pneumo-thorax; on s'attendait à une dilatation considérable du côté gauche.

30 juin. Tous les symptômes se sont améliorés, à l'exception du délire, qui est presque continuel, même dans la journée. La malade est très faible. L'examen de la poitrine donne les mêmes résultats. On parvient à mieux circonscrire les limites de la matité; elle s'étend en arrière, de bas en haut, jusqu'au voisinage de la fosse sous-épineuse; là la sonorité est très claire et on entend de nouveau la respiration amphorique et le tintement métallique. Il y a toujours beaucoup de fièvre. (Mêmes prescriptions.)

8 juillet. L'état de la malade est resté à peu près le même. Il y a moins de toux et fort peu d'expectoration. La dyspnée diminue quelquefois et d'autres fois redevient excessive. La malade se plaint davantage de la gorge et sa voix est très affaiblie, sans qu'on aperçoive aucune lésion dans l'arrière-bouche. On constate aujourd'hui qu'au bas de la poitrine, en avant, le son est mat quand la malade est sur son séant, et redevient clair quand on la fait coucher. Il y a de l'appétit et les digestions se font bien.

Du 10 au 17, la température étant douce, il y eut une amélioration très prononcée sous tous les rapports. On accorda quelques alimens de plus, des œufs à la coque, du poisson, un peu de pain. Quoique la malade digérât bien, la maigreur était toujours excessive et les forces ne revenaient pas. On entendit le tintement métallique dans le creux de l'aisselle, qu'on avait peut-être négligé d'explorer jusqu'alors, et l'on constata une résonnance caverneuse de la voix vers l'angle supérieur et interne de l'omoplate.

Le 17, il y avait sur les parois de la bouche et sur la langue quelques petites plaques blanches, improprement appelées aphthes; la malade souffrait plus que de coutume de la gorge; elle avait eu trois ou quatre selles dans les 24 heures; ceta n'empêcha pas de lui accorder le quart de portion, de la volaille et une tasse de lait.

Je dirai ici une fois pour toutes que M. Chomel regardait comme nécessaire de nourrir la malade et de soutenir ses forces dans une affection qui paraissait devoir être longue, et l'issue fatale fut retardée au-delà de toutes les prévisions, et je ne doute pas que le régime alimentaire n'ait été pour beaucoup dans ce résultat. Si l'on eût tenu Julie Moreau à la diète, sous prétexte qu'elle avait la fièvre et que son pouls battait quelquefois 150, elle aurait eu dix fois le temps de mourir de faim, à la lettre, pendant les vingt mois que dura sa maladie.

23 juillet. Le dévoiement a continué; la malade se plaint de suer beaucoup de la poitrine, de la tête et des bras; sa faiblesse est extrême. Les taches blanches se sont multipliées dans la bouche, principalement sur les bords de la langue et sur le frein de la lèvre inférieure. On découvre aujourd'hui quelques sudamina sur la poitrine. Le pouls est petit et fréquent, la peau médiocrement chaude.

Le côté gauche de la poitrine reste dilaté et n'offre aucune apparence d'empâtement. Lorsque la malade se retourne dans son lit elle sent, vers le bas de ce côté, un liquide qui remue dans sa poitrine; c'est la première fois qu'elle accuse cette sensation. Les résultats de la percussion et de l'auscultation sont à peu près les mêmes; dans la fosse sus-épineuse, il y a du gargouillement, de la pectoriloquie avec résonnance amphorique de la voix et parfois du tintement métallique.

29. Les sudamina ont disparu; ils ont été remplacés par une éruption miliaire, qui occupe la face dorsale des avant-bras, et qui, suivant le dire de la malade, n'est abondante que le matin et disparaît en partie le soir. Il y a beaucoup moins d'aphthes dans la bouche.

On s'aperçoit que l'épanchement pleurétique du côté gauche a repoussé le cœur à droite. C'est seulement sous le sternum qu'on commence à percevoir ses battemens, qui continuent à se faire sentir sous les côtes du côté droit.

La malade accuse dans le flanc droit une douleur vive, qui augmente par la pression, et dont il est difficile de démêler la cause. Les digestions se font mieux et il n'y a plus de dévoiement.

Rien à noter dans le mois d'août, si ce n'est une légère différence dans les résultats de l'auscultation. En arrière du côté gauche, à la partie moyenne, on cessa d'entendre la respiration et la voix amphorique; le tintement métallique disparut aussi; la sonorité claire persista avec absence complète de bruit respiratoire. On continua d'entendre de temps en temps de la pectoriloquie et du gargouillement dans la fosse sus-épineuse.

Quoique le pouls continuât de battre habituellement 120, l'appétit resta bon et la malade put manger et digérer la demie. Tel était son état au commencement de septembre.

Dans le courant de ce mois, l'affection tuberculeuse parut s'être étendue au côté droit, resté sain jusqu'alors. On avait fréquemment examiné ce côté, on y avait trouvé partout, excepté dans les points occupés en dernier lieu par le cœur, une respiration bruyante, puérile et tout à fait pure. Il n'en était plus de même vers le milieu de septembre. Au sommet du poumon, tant en avant qu'en arrière, on distinguait, quoiqu'assez faiblement, du gargouillement, qu'on retrouvait dans différens points, et qui paraissait partir de plusieurs petites cavernes isolées les unes des autres.

La santé générale resta la même. Il y avait de la fièvre, des sueurs nocturnes, peu de toux et de crachats, point de douleur au côté droit. La malade continua de manger, recouvra quelques forces, se leva pendant une partie de la journée; et on cessa de l'observer aussi attentivement.

Le 18 novembre, presque tout le côté gauche, de bas en haut, était rempli par un liquide et rendait un son mat. En haut seulement, dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse, on retrouvait quelques traces de respiration, ou plutôt un souffle caverneux, avec pectoriloquie et gargouillement. A droite, la respiration était restée la même, puérile et pure partout, excepté en haut, où elle était mêlée de gargouillement, ou, pour adopter la nuance délicate indiquée par M. Chomel, de craquemens humides. Les battemens du cœur s'entendaient dans toute l'étendue de ce côté. Il y avait peu de toux, quelques crachats insignifians, et les fonctions digestives se faisaient bien.

Le 26 novembre on mesura de nouveau la poitrine, et voici ce qu'on trouva :

MENSURATION CIRCULAIRE.

	Pieds.	Pouces.	Lig.
Circonférence de la poitrine au-dessous de la mamelle...	2	0	0
— du côté gauche..................	1	0	0
— du côté droit..................	1	0	0
Différence..........	0	0	0
Circonférence de la poitrine au-dessus de la mamelle..	2	0	6
— du côté gauche..................	1	0	3
— du côté droit..................	1	0	3
Différence..........	0	0	0

MENSURATION ANTÉRO-POSTÉRIEURE.

	Pieds.	Pouces.	Lig.
Diamètre antéro-postérieur au-dessous de la mamelle,			
du côté gauche..................		5	10 1/4
du côté droit..................		6	2
Différence en moins du côté gauche..................		0	3 3/4
Diamètre antéro-postérieur au-dessus de la mamelle,			
du côté gauche..................		5	3
du côté droit..................		6	0
Différence en moins au côté gauche..................		0	9

Une partie de ces résultats ne saurait être comparée à ceux qu'on avait obtenus le 28 juin, époque de la première mensuration, parce qu'on avait négligé cette première fois de mesurer au-dessus de la mamelle. On ne fut amené que par hasard à prendre cette nouvelle mesure. Comme les deux côtés s'étaient trouvés égaux à la mensuration circulaire au-dessous de la mamelle, on voulut voir si la même égalité se retrouverait au-dessus, et c'est ce qui eut lieu.

En comparant ces deux modes de mensuration, on remarqua comme circonstance singulière que la mensuration circulaire donne des dimensions plus fortes au-dessus de la mamelle, plus faibles au-dessous; qu'au contraire, la mensuration antéro-postérieure donne des dimensions plus faibles au-dessus de la mamelle, plus fortes au-dessous, spécialement pour ce qui regarde le côté gauche. C'est une circonstance dont j'avoue qu'il m'est impossible de me rendre raison.

Si l'on compare les dimensions obtenues en juin et en novembre au-dessous de la mamelle, voici ce qu'on remarque relativement à la mensuration circulaire :

1° La circonférence totale de la poitrine (qui était au 28 juin de 2 pieds 1 p. 6 lig.) a diminué de 1 p. 6 lig.

2° Le côté gauche (qui avait en juin 6 lig. de plus que le droit) est devenu égal au droit.

On s'explique facilement la diminution de circonférence de la poitrine par l'amaigrissement progressif de la malade, pendant les cinq mois qui se sont écoulés entre les deux mensurations.

Il est plus difficile de comprendre comment le côté gauche, plus ample de 6 lig., à la première époque, était devenu égal au côté droit; car il est constant que l'épanchement liquide, qui n'occupait que la base de ce côté au 28 juin, n'avait cessé de faire des progrès entre les deux époques et remplissait, au 26 novembre, la presque totalité du côté, témoin les résultats de la percussion.

Il faut nécessairement admettre que l'épanchement gazeux, qui avait disparu au 26 novembre, occupait plus de place que l'épanchement liquide par lequel il avait été remplacé, soit que le liquide n'eût pas été exhalé en quantité égale au gaz qui disparaissait, soit qu'une partie du liquide eût été absorbée à mesure qu'il se produisait.

Quelle que soit l'explication qu'on adopte, il est certain qu'il y avait eu rétrécissement du côté gauche, non pas seulement par amaigrissement des parties molles, mais par diminution de volume dans les fluides gazeux ou liquides contenus à l'intérieur et par un resserrement proportionnel dans la cage osseuse. La chose est manifeste; le côté gauche (qui avait 1 pied 1 pouce au mois de juin) ayant perdu 1 pouce entier de circonférence, tandis que le droit (qui avait en juin 1 pied 6 lig.) n'avait perdu que 6 lig. En supposant que le côté malade ait maigri plus que l'autre, ce qui est fort douteux, la différence ne pourrait pas être de 6 lig.

Relativement à la mensuration antéro-postérieure, on remarque avec quelque étonnement au premier abord que le diamètre antéro-postérieur gauche (6 p. 7 lig. en juin) a diminué de 9 lignes moins un quart, et que le même diamètre au côté droit (5 p. 10 lig. en juin) a cru de 4 lignes.

Le premier de ces deux résultats doit s'expliquer, suivant moi, par l'absorption de l'épanchement et le rétrécissement du côté; le second par une double cause : 1° un surcroît d'action et par suite de développement dans le poumon droit (dont la respiration a toujours été puérile); 2° la déviation du cœur à droite.

C'est ici le lieu de faire remarquer combien il est utile de joindre la mensuration antéro-postérieure à la mensuration circulaire, la première méthode nous donnant des résultats fort différens de ceux obtenus par l'autre et, suivant moi, plus significatifs. Égalité des deux côtés, et en comparant les anciennes dimensions aux nouvelles, rétrécissemens d'un pouce à gauche et de 6 lig. à droite : voilà ce que dit la mensuration circulaire. Interversion dans les dimensions des deux côtés, le gauche s'étant rétréci de 9 lig., tandis que le droit augmentait de 4 : voilà ce que dit la mensuration antéro-postérieure.

Revenons à la malade. Le 28 novembre, on entendit du gargouillement caverneux sous la clavicule gauche. Le pouls battait 120. Les fonctions digestives étaient en bon état.

11 décembre. La malade se plaint d'une chaleur âcre et brûlante au-dessous du sternum, comme celle que produirait un fer chaud. Elle rend fréquemment, par une sorte de régurgitation, une certaine quantité de liquide clair et acide. Le premier repas fait disparaître cette incommodité, mais momentanément et quelquefois pour une demi-heure seulement. Elle n'en mange pas moins la demie, qu'elle digère sans colique et sans dévoiement. Elle ne se lève plus que rarement. Avant-hier elle a fait quelques pas, soutenue par deux personnes. A ce moment elle a éprouvé des battemens de cœur très forts qu'elle sentait dans le dos.

18. La malade a toujours des aigreurs et des vomissemens de mucosités. Elle se plaint d'une douleur profonde dans le côté droit de la poitrine, et cette douleur augmente quand elle respire fortement. Elle crache plus que de coutume. Sa voix est faible et elle a beaucoup de peine à parler. Le côté droit percuté rend un son clair. En auscultant, M. Chomel distingue dans ce côté, à la partie moyenne et postérieure, quelques craquemens humides, semblables à ceux qui ont été entendus au sommet à une autre époque.

Il n'y eut rien à noter dans l'état de la malade jusqu'au 31 janvier 1830, époque où l'on mesura pour la troisième fois la poitrine.

MENSURATION CIRCULAIRE.

	Pieds	Pouces	Lignes.
Circonférence totale de la poitrine au-dessous de la mamelle	1	11	6
Circonférence du côté gauche	0	11	9
— du côté droit	0	11	9
Différence	0	0	0

MENSURATION ANTÉRO-POSTÉRIEURE.

	Pouces.	Lignes.
Diamètre antéro-postérieur au-dessous de la mamelle, du côté gauche	5	7
du côté droit	5	11
Différence en moins au côté gauche	0	4
Diamètre antéro-postérieur au niveau de la mamelle (1), du côté gauche	5	7
du côté droit	6	1/2
Différence en moins au côté gauche	0	5 1/2

(1) Le sein, par suite de l'amaigrissement, avait diminué de volume : on prit la mesure sur le côté. Mes souvenirs ne sont plus assez présens pour que je puisse dire si ce fut en dedans ou en dehors, ce qui d'ailleurs ne me semble pas devoir entraîner une grande différence.

Cette fois les résultats de la mensuration circulaire, comparés à ceux qu'on avait obtenus le 26 novembre, un peu plus de deux mois avant, constatent une diminution d'un pouce dans la circonférence totale de la poitrine (qui était en novembre de 2 pieds, 6 lignes); diminution qui porte également sur les deux côtés (dont chacun avait en novembre 1 pied 3 lig. de circonférence) et qu'on ne peut guère attribuer par conséquent qu'au progrès de l'amaigrissement.

Je regrette du reste que, par des circonstances qui ne me sont plus présentes, on ait négligé de mesurer circulairement la poitrine au-dessus du sein, comme on l'avait fait le 26 novembre. Je regrette de même qu'on n'ait pas pris les diamètres de devant en arrière au-dessus du sein, au lieu de les prendre au niveau. Ces petites nuances suffisent pour rendre inutiles une partie des résultats des deux opérations, puisqu'ils ne sont plus comparables. Heureusement nous avons les diamètres au-dessous du sein, pris aux deux époques.

Le diamètre antéro-postérieur gauche a 4 lignes de moins que le droit : c'est à peu près la même différence qu'en novembre. (Il y avait alors 3 lig. 3/4 en plus à droite.) Mais il s'en faut bien que ces résultats soient identiques. Le 26 novembre, en comparant l'état des deux côtés à ce qu'ils avaient été précédemment, on a reconnu qu'il y avait eu dilatation à droite et rétrécissement à gauche par suite de causes indiquées en cet endroit. Cette fois les deux côtés ont diminué à peu près également; le gauche (qui donnait en novembre 5 pouces 10 l. 1/4) de 3 l. 1/4; le droit (qui donnait alors 6 pouces 2 lig.) de 3 lig., de telle sorte que le rapport des deux côtés est resté le même. Le droit a conservé les 4 lignes en plus qu'il avait au 26 novembre. Comme pour la mensuration circulaire, les changemens opérés dans l'intervalle s'expliquent par l'amaigrissement.

J'ai dit plus haut qu'il m'était impossible de rendre raison de la différence des dimensions obtenues au-dessus ou au-dessous du sein. J'éprouve le même embarras pour expliquer la différence d'une ligne et demie en plus trouvée au niveau du sein; car je suis certain que l'épaisseur du sein n'a pas été comprise, même en partie, dans le compas mensurateur.

Le reste de l'hiver se passa sans changemens remarquables. Les gargouillemens du côté droit devenaient de plus en plus sensibles et nombreux. Mais, comme la santé générale était un peu meilleure, le printemps venu, la malade profita du peu de forces qui lui restaient pour quitter l'hôpital. Elle sortit le 27 avril 1830, promettant de revenir si son état empirait.

C'est ce qu'elle fit le 5 septembre, plutôt sans doute à cause de l'épuisement de ses ressources que des progrès de sa maladie.

Son état général paraissait à peu près le même; mais l'affection tuberculeuse du côté droit avait marché. Au sommet, tant en avant qu'en arrière, dans une hauteur de trois doigts au moins, le son était devenu presque mat de ce côté; de l'autre côté, au sommet également, la sonorité était devenue claire dans une plus grande hauteur qu'à l'époque de la sortie; et dans le même point on entendait la respiration caverneuse, à laquelle se joignait parfois un tintement métallique, semblable au son d'une clochette.

Le 7, on mesure la poitrine.

MENSURATION CIRCULAIRE.

	Pied.	Pouc.	Lig.
Circonférence totale de la poitrine au-dessous de la mamelle	1	11	3
— du côté gauche	0	11	8
— du côté droit	0	11	7
Différence en plus au côté gauche	0	0	1
Circonférence totale de la poitrine au-dessus de la mamelle	2	0	0
— du côté gauche	1	0	3
— du côté droit	0	11	9
Différence en plus au côté gauche	0	0	6

MENSURATION ANTÉRO-POSTÉRIEURE.

Diamètre antéro-postérieur au-dessous de la mamelle, du côté gauche	5	7
du côté droit	5	10
Différence en moins du côté gauche	0	3
Diamètre antéro-postérieur au niveau de la mamelle, du côté gauche	5	7 1/2
du côté droit	5	10
Différence en moins au côté gauche	0	2 1/2

Mêmes regrets à exprimer que précédemment sur le défaut d'uniformité dans la manière de prendre les mesures; je ne saurais dire ce qui nous fit varier ainsi dans nos opérations.

Au premier coup-d'œil, les résultats donnés par les deux méthodes semblent contradictoires : 1 ligne en plus au côté gauche, au-dessous du sein; 6 lignes en plus au même côté, au-dessous du sein, voilà ce que constate la mensuration circulaire; 3 lignes en moins au côté gauche, au-dessous du sein; 2 lig. 1/2 et un peu plus en moins du même côté, au niveau du sein, voilà ce que montre la mensuration antéro-postérieure.

Mais si l'on compare ces résultats avec ceux qu'on avait obtenus le 31 janvier précédent, la contradiction cesse et les deux méthodes se retrouvent d'accord.

La circonférence totale de la poitrine, prise au-dessous de la mamelle (qui était en janvier de 1 pied 11 pouces 6 lignes), a subi une diminution de 3 lignes,

qu'il faut probablement attribuer à l'amaigrissement croissant de la malade.

Cette diminution a porté inégalement sur les deux côtés; elle a été moindre à gauche qu'à droite, et le côté gauche (égal au droit en janvier) a maintenant 1 ligne d'avantage.

Quant à la circonférence au-dessus du sein, comme on avait négligé de la prendre au 31 janvier, elle ne peut être l'objet d'une comparaison. On remarque cependant qu'à cette hauteur le côté gauche l'emporte encore sur le droit, et même d'une quantité plus considérable, de 6 lignes.

D'autre part, la mensuration antéro-postérieure au-dessous du sein nous montre le côté gauche ayant conservé exactement le même diamètre qu'en janvier (5 pouces 7 lignes); le droit ayant perdu 1 ligne (le diamètre antéro-postérieur était en janvier de 5 pouces 11 lignes), de sorte que le droit n'a plus que 3 lignes d'avantage, au lieu de 4.

Au niveau du sein, nous trouvons le diamètre antéro-postérieur gauche (5 pouces 7 lignes en janvier) plus fort d'1/2 ligne; le droit (6 pouces 1/2 ligne en janvier) plus faible de 2 lignes 1/2; de sorte que l'avantage du droit, qui était en janvier de 5 lignes 1/2, s'est réduit à 2 lignes 1/2.

Tous ces résultats sont analogues à ceux de la mensuration circulaire. Ils nous montrent le côté gauche ayant beaucoup moins perdu que le droit, ou peut-être s'étant légèrement dilaté, si nous voulons tenir compte de la 1/2 ligne en plus trouvée au niveau du sein, dans la mensuration de septembre.

En résumé, la circonférence du côté droit était égale en janvier à celle du gauche, et il a suffi que le côté droit diminuât de 1 ligne de plus pour que le gauche eût l'avantage. Les diamètres antéro-postérieurs du côté droit avaient plusieurs lignes de plus que ceux du côté gauche, et malgré la diminution plus forte qu'ont subie ces mêmes diamètres, ils ont encore conservé l'avantage.

Cet état stationnaire du côté gauche, pendant une période de sept mois et tandis que les dimensions du côté droit diminuaient notablement, s'explique par le double épanchement gazeux et liquide qu'il contenait. L'épanchement gazeux occupait alors plus de place qu'à l'époque de la sortie, ainsi que l'indiquaient la plus grande étendue de la sonorité et le retour du tintement métallique au sommet, et l'on s'aperçut bientôt qu'il avait encore de la tendance à s'accroître.

Le 15 septembre, tout le côté gauche donne un son clair; on entend partout la respiration amphorique et quelquefois du tintement métallique. Ainsi, tout ce qui restait de l'épanchement limpide s'est résorbé. La malade est devenue au même état qu'à l'époque de sa première entrée à la clinique : il n'y a plus qu'un pneumo-thorax. Elle tousse toujours, sue beaucoup la nuit, expectore en petite quantité des crachats qui s'étalent en plaques rondes sur le crachoir; elle mange avec appétit et n'a pas de dévoiement.

Le 23, le tintement métallique avait disparu. Il n'y avait plus que la respiration amphorique, et même parfois la respiration amphorique disparaissait aussi, et on ne retrouvait plus le même bruit qu'en faisant parler la malade. A cette différence près, son état était le même.

2 octobre. Depuis hier, la surface de la langue et toute la muqueuse buccale ont pris une teinte rouge-cerise, et sont parsemées çà et là de plaques d'un blanc laiteux, comme celles qu'on avait remarquées une première fois le 17 juillet de l'année précédente. La malade conserve quelques forces, quoiqu'elle n'ait plus que la peau sur les os. Sa voix est excessivement faible. On prescrit un collutoire avec le sirop de mûres.

A partir de cette époque, les forces déclinèrent rapidement. Les plaques blanches existaient toujours sur la langue; il y avait un peu de dévoiement et le pouls était plus fréquent que de coutume.

Le 22, au matin, il était petit, misérable, et en même temps il battait 140 fois. Vers trois heures, il y eut un accès de suffocation, avec un râle trachéal très bruyant; la malade fut obligée de se mettre sur son séant. Je fis appliquer aux jambes des sinapismes qui ne la soulagèrent aucunement. Elle expira à huit heures du soir.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort.

Extérieur. Les membres étaient excessivement amaigris, les mamelles et les muscles du thorax encore en assez bon état.

Le crâne ne fut point ouvert.

Poitrine. Avant de l'ouvrir, on appliqua au-dessus de la mamelle gauche un vase cylindrique en bois, dont on avait ôté le fond et qu'on avait rempli d'eau. On plongea ensuite un bistouri dans un des espaces intercostaux, et l'on vit une grande quantité de bulles d'air s'élever à la surface du liquide.

La moitié droite du thorax ayant été ouverte et soulevée, on vit que le médiastin était un peu refoulé à droite, mais surtout le cœur, dont les quatre cinquièmes au moins étaient à la droite du sternum.

La moitié gauche ayant été également enlevée, on trouva vides les cinq sixièmes inférieurs au moins de la cavité du thorax. Le poumon, refoulé en haut, n'était point accolé à la colonne vertébrale; il remplissait exactement le sommet de la poitrine et tenait de toute part aux parois par des adhérences très fermes. Toute la surface de cette cavité, y compris la portion inférieure du poumon, était revêtue par des fausses membranes d'un jaune pâle et légèrement verdâtre, rugueuses et granuleuses, enduites d'une petite couche de liquide puriforme. A part cet enduit, il n'y avait pas une goutte de liquide dans toute la cavité. Les fausses membranes, un peu plus ou un peu moins épaisses dans les différens points, avaient une épaisseur moyenne d'une ligne. Elles étaient généralement fibro-cartilagineuses ou même cartilagineuses dans quelques parties.

Antérieurement auprès du médiastin, à peu près au niveau de la troisième côte, il existait, à la surface du poumon, un bourbillon de matière caséeuse grisâtre, du volume d'une aveline; et tout autour il y avait une tache, en forme de zone, mélangée de gris et de noir. Après avoir préalablement rempli d'eau la cavité de la plèvre, on insuffla le poumon par les bronches, et d'un point de cette tache on vit sortir de grosses bulles d'air. On vida l'eau et l'on retrouva l'orifice d'où s'échappait cet air. Cet orifice était fort petit; l'extrémité la plus mince d'une sonde de poitrine n'y pouvait pas pénétrer.

Le poumon détaché et dépouillé d'une partie des fausses membranes n'avait pas tout à fait le volume du poing d'un homme de moyenne taille. Les deux lobes étaient fortement réunis par des fausses membranes; mais leurs extrémités antérieures et inférieures étaient séparées et figuraient deux cornes pointues longues de deux à trois pouces.

L'intérieur de ce poumon était converti en une vaste caverne à plusieurs loges, qui pouvait équivaloir à une pomme de reinette, en tenant compte des anfractuosités, et dans laquelle était contenue à peu près une cuillerée d'un liquide épais, ou plutôt d'une bouillie rougeâtre; probablement de la matière tuberculeuse ramollie mêlée à du sang. Les parois de la caverne étaient couvertes d'une couche de matière tuberculeuse demi concrète et au-dessous d'une fausse membrane fibro-celluleuse. Les brides étaient formées de vaisseaux et de débris de tissu pulmonaire. L'enveloppe de cette caverne n'avait guère que deux lignes d'épaisseur dans la plus grande partie de son étendue. Ce n'était qu'en bas et spécialement dans les extrémités des lobes détachées sous forme de cornes qu'on retrouvait une certaine épaisseur de parenchyme pulmonaire; ce parenchyme était d'un gris ardoisé, semblait avoir été condensé par la pression et ne crépitait pas. On y rencontra quelques petits noyaux tuberculeux.

Le poumon droit contenait beaucoup de tubercules crus ou ramollis. En haut il était criblé de cavernes de diverses grandeurs, dont quelques unes auraient pu loger une pomme d'api. Les parties antérieures et surtout inférieures (environ les trois cinquièmes) étaient saines comparativement; elles contenaient seulement quelques tubercules clair-semés, entourés de petits noyaux d'induration pulmonaire.

Voies aériennes. Les ventricules du larynx et la face postérieure de l'épiglotte étaient criblés de larges et profondes ulcérations. Les cordes vocales avaient disparu en grande partie; car, à bien dire, toute la surface du larynx, à la hauteur des ventricules, n'était plus qu'une ulcération. Il n'y avait pas une seule ulcération dans la trachée-artère, ni dans les bronches.

Le péricarde était sain; le cœur avait les dimensions normales.

Abdomen. Péritoine. Il y avait un demi verre de sérosité légèrement sanguinolente dans le bassin.

Tube digestif. L'estomac était sain. Dans l'intestin grêle il y avait des espaces de plusieurs pouces et quelques uns de près d'un pied, couverts d'une arborisation vasculaire tellement pressée, qu'elle donnait à la muqueuse une teinte violette uniforme. En approchant de la valvule iléo-cœcale on trouva sous la muqueuse quelques grains tuberculeux formant à l'intérieur de petites tumeurs rougeâtres, dont une partie commençait à s'ulcérer. Ces ulcérations qui se multipliaient comme les tubercules, à mesure qu'on s'approchait de la valvule, étaient jusque là très petites.

Une fois la valvule passée on trouva toute la surface de l'intestin couverte d'énormes ulcérations. Dans le cœcum, les ulcérations occupaient une beaucoup plus grande étendue que les parties saines; elles étaient un peu moins nombreuses dans le colon transverse et se multipliaient de nouveau dans le colon descendant et surtout dans le rectum. Ces ulcérations avaient un fond inégal, grisâtre, parsemé çà et là de grains tuberculeux; des bords irrégulièrement découpés, saillans et le plus souvent très injectés; quelques unes étaient couvertes d'une bouillie sanguinolente. On retrouvait aussi quelques grains tuberculeux dans les intervalles des ulcérations.

Le lobe gauche du foie paraissait avoir été déplacé et déformé par l'épanchement de la poitrine. Le bord postérieur de ce lobe, au lieu d'être convexe et dans une direction parallèle à celui du grand lobe, était aplati et dirigé obliquement d'arrière en avant et de droite à gauche. La direction des bords postérieurs des deux lobes aurait pu être représentée par deux lignes droites, formant un angle obtus, ouvert de 130 degrés ou environ.

Le tissu du foie était d'une teinte rouge foncée qui ne ressemblait nullement à celle des foies gras; il offrait cependant une certaine viscosité analogue à celle du savon, et il était en même temps très dense.

La rate, les reins, la vessie et la matrice n'ont offert aucune lésion.

Il y a beaucoup de circonstances remarquables dans cette observation, et elle pourrait donner matière à bien des réflexions. Je me bornerai à rappeler en deux mots la marche de la maladie, que le lecteur a pu perdre de vue, à cause de la multiplicité des détails.

Une laryngite aiguë a eu lieu peu de temps après une suppression des menstrues; des tubercules se sont développés dans le poumon gauche, et l'un de ces tubercules, en s'ulcérant, a donné lieu à une perforation du poumon. Il en est résulté un pneumo-thorax; la plèvre s'est enflammée; un épanchement liquide s'est formé dans sa cavité, et, en augmentant de bas en haut, a remplacé l'épanchement gazeux; puis l'épanchement liquide s'est résorbé, et l'épanchement gazeux a repris sa place. Pendant ces changemens, d'autres tubercules se sont formés dans le poumon droit, ont donné lieu à des cavernes, et la malade a succombé sous l'influence de ces lésions multipliées, auxquelles il faut joindre encore des ulcérations sans nombre dans les intestins.

La mensuration n'était point nécessaire pour établir le diagnostic : chaque fois qu'on l'a employée, les lésions étaient connues à l'avance. Mais elle a éclairé la marche de la maladie en constatant alternativement

la dilatation et le rétrécissement du côté gauche, siége de l'épanchement, et même quelques variations dans le côté droit. Peut-être aurait-elle donné des résultats plus nombreux et plus précieux, si elle eût été pratiquée plus fréquemment et plus uniformément.

J'ai expliqué en leur lieu les résultats de chaque opération; je ne crois pas pouvoir en tirer de conclusions générales, parce que je ne connais pas un assez grand nombre de faits analogues.

Dans des maladies longues comme celle-là, ou même beaucoup plus courtes, pourvu que la durée permette à l'observateur de mesurer la poitrine à diverses époques, je crois que la mensuration peut être utile et qu'elle révèlera bien des faits intéressans. On en trouve beaucoup dans l'ouvrage de M. Woillez, que je suis heureux de rappeler encore une fois. Malheureusement, de pareilles occasions sont rares pour le praticien.

IMPERFORATION DE L'ANUS CHEZ UN ENFANT DU SEXE MASCULIN, LE RECTUM S'OUVRANT DANS LA VESSIE ET LA VERGE, ADHÉRENCE AU SCROTUM; OPÉRATION FAITE VINGT-NEUF HEURES APRÈS LA NAISSANCE; observation communiquée par M. POTEL, D. M. à Brest.

OBS. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est né le 14 juillet 1844, à 6 heures du matin; la mère, femme Legall, âgée de 29 ans, a eu sept enfans bien conformés; l'accouchement n'a rien offert de particulier, si ce n'est que l'enfant est venu par les fesses. M. le docteur Guézennec, qui assistait cette femme, reconnut immédiatement un vice de conformation des parties génitales, et peu de momens après l'imperforation de l'anus. Il recommanda de conserver les linges de l'enfant, afin de bien juger la nature des évacuations qui pourraient avoir lieu par le canal de l'urètre.

A 6 heures du soir, nous le vîmes ensemble. Deux linges qui avaient été mouillés par les urines, présentaient une petite tache d'un vert foncé; en pressant l'extrémité de la verge, nous en fîmes sortir du méconium: plus de doute, il existait une communication entre le rectum et la vessie.

Voici ce que nous présenta l'examen des parties: pas d'anus, le raphé n'était point marqué; une simple dépression existait au point qu'aurait dû occuper l'ouverture anale; la verge, recourbée en bas et en arrière, était adhérente dans toute son étendue avec le scrotum qui, étant tiraillé en avant, formait du côté gauche une sorte de poche cutanée, située au niveau du pubis et dans laquelle se trouvait le testicule; le gland était à peu près libre d'adhérences, saillant, en partie découvert; le méat urinaire large, ses lèvres épaisses et renversées en dehors.

L'enfant était vigoureux, le cri fort, le ventre en bon état; il tétait bien; rien ne pressant, nous nous décidâmes à attendre jusqu'au lendemain et à nous adjoindre M. le professeur d'anatomie Maher, qui, un mois auparavant, nous présent, avait rétabli le cours des matières par les voies naturelles chez un enfant atteint d'une oblitération complète du rectum (anus bien conformé avec adhérence légère du pénis au scrotum et hypospadias).

Le 15 juillet, à 10 heures et demie du matin, MM. Maher, Guézennec et moi, examinâmes de nouveau l'enfant. Le méconium sortant en petite quantité par le méat urinaire, les linges de la nuit en étaient tachés. Son état était déjà changé; ballonnement du ventre, saillie prononcée à l'hypogastre; la verge infiltrée; la voix couverte, enrouée; la face exprimait la souffrance. L'opération ne pouvait être différée. Après nous être entretenus de la position de cet enfant et recherché ce qu'il y avait de mieux à faire dans son intérêt, nous priâmes la résolution de tenter le rétablissement du cours des matières par les voies naturelles. C'était le parti le plus sage et le plus rationnel: en effet, la non réussite n'avait aucun inconvénient et permettait toujours de recourir à l'opération de Littre ou à celle de Callisen, conseillée et pratiquée plusieurs fois avec succès par M. Amussat; la communication de l'intestin avec la vessie se faisait probablement par une ouverture étroite, le rectum devait être distendu par le méconium et plus facile à atteindre; d'un autre côté, cette communication donnait la certitude que l'intestin se prolongeait bas, et devait se rapprocher beaucoup du plancher du bassin et être accessible aux instrumens.

Procédé opératoire. — L'enfant, placé sur une table élevée, recouverte d'un oreiller garni, renversé sur le dos, les jambes écartées et portées en avant vers l'abdomen; je fis une incision cruciale, prenant le centre de la dépression qui indiquait l'endroit où devait exister l'anus, pour point de réunion des deux traits de bistouri dont l'étendue fut de 5 à 6 lignes (15 à 16 millimètres); peu à peu, à petits traits, le bistouri (légèrement convexe) pénétra plus profondément; m'arrêtant de temps en temps pour explorer les parties. Les tissus offraient peu de résistance, cédaient et remontaient devant le petit doigt introduit dans la plaie; pour conduire l'instrument tranchant je me guidais sur les tubérosités sciatiques et le coccyx. La fluctuation et la saillie formée par l'intestin distendu ne furent reconnues par aucun de nous; cela doit arriver souvent, aussi leur absence ne doit point arrêter l'opérateur. A 8 lignes environ (2 centimètres), le bistouri, le dos tourné du côté du scrotum, cessa tout-à-coup de trouver de la résistance, il fut retiré et aussitôt un corps arrondi ressemblant à une masse de tissu cellulaire noirâtre se présenta à l'ouverture extérieure, après l'avoir enlevé, nous reconnûmes que c'était du méconium endurci, compacte. Une sonde à femme est introduite et pénètre à plus de 2 pouces (6 centimètres), une injection est poussée à travers la sonde dans l'intestin. L'enfant fait quelques efforts de défécation et rend bientôt du méconium d'un vert foncé, moulé, de la grosseur du petit doigt d'un adulte: sa consistance est telle, qu'on peut aider à sa sortie par de douces frictions. Pendant cette évacuation, un peu d'urine jaunâtre, trouble, s'échappe par la verge; le méconium rendu, sous forme moulée, a une longueur de 4 pouces au moins (12 centimètres); une deuxième injection tiède est faite sans le secours de la sonde, un peu de liquide revient incolore par la verge. Après la sortie du méconium l'enfant rend des gaz.

L'ouverture est assez grande pour permettre, en forçant un peu, l'introduction du petit doigt que reconnaît en devant une tumeur arrondie qui nous a semblé être formée par la vessie; l'écoulement de sang est insignifiant.

Il est probable que le rectum communique avec la vessie par une ouverture étroite, et que la partie la plus liquide du méconium seule passe dans le réservoir de l'urine, ce qui explique la consistance de celui qui a été rendu par l'anus artificiel. Il paraît certain que l'intestin a été incisé, non à son extrémité, mais à la convexité de la courbure qu'il doit faire pour s'ouvrir dans la vessie; cette incision est large, à en juger par le volume des matières excrétées.

Deuxième jour, 16 juillet. Évacuations abondantes, physionomie bonne, respirant le calme, la voix plus nette; il tette bien et garde longtemps le sein; les urines claires; on ne voit plus de méconium au méat urinaire; la tuméfaction existant hier à l'hypogastre a disparu ainsi que l'infiltration des parties génitales; le sommeil a été bon; nous administrons un lavement; un petit jet d'urine s'échappe par la verge, résultat des efforts de défécation ou du contact de l'extrémité de la seringue sur la prostate ou le bas fond de la vessie. Pour nous assurer que ce n'est pas l'injection, un deuxième lavement est donné, il est rendu entièrement par l'anus avec du méconium. Supposant une oblitération commencée du trajet fistuleux recto-vésical, dans la crainte de détruire le travail salutaire de la nature, au lieu d'introduire une mèche, nous nous bornons à passer une sonde à femme à plusieurs reprises, ce qui se fait sans aucune difficulté; puis avec des ciseaux, courbes sur le plat, nous enlevons les quatre angles de peau de l'incision cruciale.

Troisième jour, 17 juillet. L'enfant est bien, a eu quelques tranchées; copieusement purgé et uriné. Après un lavement et le passage de la sonde à femme, une petite mèche huilée est introduite au-delà du rétrécissement avec recommandation de la laisser en place de 2 à 3 heures au plus. Le soir, passé une deuxième mèche.

Quatrième jour, 18 juillet. L'enfant va bien; mèche matin et soir; chaque fois que cette introduction a lieu, elle provoque la sortie d'urines claires.

Cinquième jour, 19 juillet. État satisfaisant; introduction facile matin et soir de la sonde et de la mèche.

Sixième jour, 20 juillet. Moins bien; la respiration un peu précipitée; prend difficilement et rarement le sein; mèche matin et soir.

Septième jour, 21 juillet. Tette peu dans la journée, mais le soir il prend le sein avec avidité et le conserve longtemps; évacuations abondantes en raison de son indisposition; suspendu la mèche; lavement.

Huitième jour, 22 juillet. A bien tetté la nuit; évacuations alvines abondantes, de couleur jaune verdâtre.

En pressant la verge, on fait suinter un peu de liquide jaunâtre, tachant le doigt et indiquant que la communication du rectum avec la vessie existe encore; difficulté d'introduction de la sonde à femme; ce n'est qu'après quelques tentatives qu'on parvient à lui faire franchir le point rétréci situé à près d'un pouce. Pendant ces essais, l'enfant rend à plusieurs reprises et en jet des urines claires et limpides; les dernières gouttes seules sont troubles. (Lavement; placé une mèche à deux pouces.)

Neuvième jour, 23 juillet. Va bien; une gouttelette jaunâtre au méat, urines claires et limpides; les évacuations alvines n'ont lieu qu'à certains intervalles, comme si les sphincters existaient; introduction de la mèche une fois seulement.

Dixième jour, 24 juillet. Dilatation du conduit artificiel avec des pinces à pansement, dont on écarte les branches en divers sens; une mèche.

Onzième jour, 25 juillet. Selles copieuses; urines claires et vers la fin elles entraînent quelques parcelles de matières fécales jaunâtres, consistantes, qui se sont allongées pour traverser l'urètre. Cessé les mèches, se bornant à la dilatation par les pinces une fois par jour.

Douzième jour, 26 juillet. Fortes tranchées dans la journée; le soir mieux. Pas de dilatation par les pinces.

Treizième jour, 27 juillet. Tette bien; le cri fort; dilatation par les pinces le matin.

Quatorzième et quinzième jours, 28 et 29. Va bien. (Pas de dilatation.)

Seizième jour, 30 juillet. Ses selles sont très vertes; introduction de la sonde et dilatation par les pinces.

Dix-septième jour, 31 juillet. Depuis le jour, tette peu, ne crie pas, anéantissement, face pâle, altérée; les extrémités tendent à se refroidir. (Fomentations émollientes sur l'abdomen, demi-lav. bis., frict. huile tiède.)

Dix-huitième jour, 1er août. La chaleur est revenue; il prend le sein et le conserve quelque temps.

Dix-neuvième jour, 2 août. Tette bien, dort, la chaleur normale.

Vingt et vingt-unième jour, 3 et 4 août. Bien.

Vingt-deuxième jour, 5 août. Dilatation par les pinces, ce qui n'avait pas eu lieu depuis le 30 juillet; introduction facile.

Vingt-septième jour, 10 août. Dilatation par les pinces; l'enfant reste faible et chétif, sans paraître souffrir; il se porte assez bien et prend le sein avec avidité.

Les 12 et 13 août, l'enfant eut quelques vomissemens que j'attribuai à une bouillie que la mère lui avait donnée ces deux jours; mais en examinant la

bouche, le lendemain, j'aperçus des plaques de muguet au voile du palais et sur la langue; elles s'étendirent bientôt à la face interne des joues, se confondirent de manière à ne plus laisser voir la muqueuse. Le petit malade ne prenait le sein qu'avec peine et à longs intervalles; presqu'en même temps survinrent sur plusieurs parties du corps, notamment sur les poignets, plusieurs doigts, le gros orteil gauche, les genoux, des pustules d'ecthyma.

Le 21 août, il ne restait plus de traces de muguet; les pustules étaient à peu près guéries, l'enfant tétait bien; mais il avait sensiblement dépéri; les selles avaient continué à être régulières, les urines claires, limpides et rendues en jets. Depuis cette époque, il s'est affaibli progressivement et a succombé le 14 septembre, deux mois après sa naissance.

Autopsie. M. Maher, qui nous avait assisté pendant l'opération étant absent, le docteur Guézennec et moi avons seuls procédé à l'autopsie; mais auparavant nous avons pratiqué l'opération de l'anus artificiel par les méthodes de Littre et de Callisen, modifiées par M. Amussat. Je dirai en passant que l'opération ne nous a présenté, dans les deux cas, aucune difficulté sérieuse; seulement dans la région iliaque, l'intestin grêle se présentait à l'ouverture et il nous a fallu plusieurs fois le déplacer, le refouler, pour atteindre le colon iliaque qui, à la vérité, n'était pas distendu par les matières comme il l'eût été sur le vivant. Dans l'opération pratiquée dans la région lombaire, après avoir mis à découvert le rein et l'avoir renversé en arrière, nous avons aperçu le colon descendant, quoiqu'à une assez grande profondeur, et nous avons pu le saisir et l'attirer au dehors sans intéresser le péritoine. Au reste, le choix du lieu où l'on opère ne doit pas être déterminé par les difficultés et les dangers de l'opération, mais bien par les résultats consécutifs. On devra prendre en considération les accidens, les incommodités, l'entretien de la propreté, etc., etc.

Passant ensuite à l'ouverture du cadavre, nous avons fait une incision semi-lunaire aux parois abdominales, au-dessus du pubis: la vessie, mise à découvert, était développée; une sonde à femme fut introduite dans le rectum, et un stylet droit dans le réservoir de l'urine par le canal de l'urètre; les deux instrumens ne se rencontrèrent pas dans la profondeur des parties. La vessie, incisée par sa partie supérieure, était dans l'état sain; nulle ouverture n'indiquait une communication avec le rectum. Pour faciliter nos recherches, nous enlevâmes toutes les parties contenues dans le bassin, en y comprenant les deux branches horizontales du pubis, les parties génitales et la peau au-delà de l'anus (Ces parties ont été conservées dans l'alcool et remises au professeur d'anatomie, etc.) Divisant alors le rectum de haut en bas, nous arrivâmes à un petit pertuis situé à la partie antérieure du rectum, très près de l'ouverture anale artificielle; cet orifice était en infundibulum garni de plis rayonnés et ressemblant parfaitement à un anus de petite dimension. Un stylet put y être introduit et pénétra dans le canal de l'urètre, derrière le gland; là se rencontraient les deux stylets; celui provenant de la vessie et celui engagé par l'ouverture naturelle de la paroi antérieure de l'intestin; tous les tissus étaient sains; le rectum était large, son ouverture artificielle bien établie.

Cet enfant pouvait donc vivre; l'opération avait complètement réussi; la partie la plus liquide des excrémens pouvait seule passer par l'extrémité de l'urètre. Depuis l'opération, les selles n'avaient jamais été interrompues ni gênées; elles n'avaient lieu qu'à des intervalles assez éloignés, ce qui supposait l'action contractile des sphincters. Nous nous étions bornés, pendant le dernier mois de l'existence, à passer tous les huit ou dix jours une sonde à femme et à dilater un peu l'ouverture extérieure.

Ce que nous avons trouvé à l'autopsie explique pourquoi les urines sortaient claires, ne se troublant parfois qu'à la fin de leur excrétion, et encore ne s'en apercevait-on qu'à des intervalles de plusieurs jours, au point que nous crûmes pendant quelque temps à l'oblitération du conduit fistuleux; cependant, quelques jours avant la mort, immédiatement après une excrétion abondante de matières fécales de bonne nature, en pressant sur la verge, nous en fîmes sortir un peu de matière ayant une consistance de purée.

Chez cet enfant, la nutrition ne se faisait pas; il était resté maigre et ne se développait pas, quoiqu'il tétât bien et que sa mère parût bonne nourrice.

La mort ne paraît pas avoir été le résultat de l'opération de l'anus artificiel; on est autorisé à l'attribuer au mauvais état des voies digestives qui s'est manifesté, au commencement du deuxième mois de l'existence de cet enfant, par un muguet très fort et des pustules d'ecthyma.

Cette observation me paraît très intéressante. Ces cas sont extrêmement rares; je n'en connais que deux: M. Amussat, dans son troisième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire (p. 20), rapporte un fait semblable, où l'enfant succomba 36 heures après l'opération, qu'il tenta sans résultat heureux. L'autopsie démontra que, par l'incision périnéale, il était parvenu à une très petite distance du rectum, qui était dilaté, formant une ampoule volumineuse terminée par une extrémité conique, ouverte dans le tissu entre les deux uretères par un pertuis étroit, égal à peu près à la moitié de l'ouverture du col de la vessie. Un enfant, dans le même cas, a été opéré par M. Legris, médecin de la marine à Brest, en 1813. M. Sirrand en parle dans sa thèse. Il mourut dix-sept jours après l'opération.

MONOMANIE SUICIDE; PHLEGMASIE CÉRÉBRALE N'AYANT PRÉSENTÉ PENDANT LA VIE D'AUTRE SYMPTÔME QUE CETTE MONOMANIE; observation communiquée par le docteur Edouard Petit, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hospice civil de Corbeil, etc.

Il est certains faits qui, quoiqu'isolés, n'en contiennent pas moins d'utiles renseignemens. Telle est, à notre avis, l'observation suivante:

Obs. — M. D..., officier de santé à Paris, est âgé de 43 ans; il est marié; il a un enfant de 5 ans.

D... est parvenu, sans éducation première, à surmonter de très grandes difficultés par un travail opiniâtre. Dans son quartier, il jouissait d'une bonne réputation et possédait une nombreuse clientelle.

Il parut cependant froissé de ne pouvoir continuer à remplir auprès de l'administration et auprès de la justice des fonctions, qui lui furent enlevées à cause de son titre; ensuite ayant été obligé de cesser son travail par le fait d'une fracture comminutive de la jambe droite et une déchirure de la saphène de la jambe gauche, il perdit une partie de sa clientelle.

En même temps, il apprécia combien il lui devenait impossible de mettre en pratique son activité ordinaire; ceci contribua à développer chez lui de la jalousie. Il devint jaloux des médecins et de sa femme.

Alors ses facultés morales s'altérèrent; il se crut poursuivi pour un crime imaginaire; il se voyait sans cesse entouré d'agens de police; il abandonna son domicile emportant avec lui une somme de 3,000 fr. Il revint avec son argent; puis partit de nouveau avec une moindre somme, ayant plusieurs fois menacé de se détruire.

Enfin, le 23 août, après avoir erré sans but depuis cinq à six jours, il s'arrêta dans une auberge où il dîna; pendant le dîner il but une bouteille de vin; il fut se coucher en recommandant qu'on l'éveillât de bonne heure parce qu'il avait affaire le lendemain.

La servante de l'auberge s'étant présentée à sa chambre le 24 de bon matin, et ayant ouvert sa porte trouva son corps par terre, baignant dans son sang. Elle s'écria tout aussitôt: Au secours, à l'assassin! le monsieur du n° 2 est assassiné!

Pendant que chacun s'empressait de se lever, M. D., recouvrant des forces et sa connaissance, s'échappa de l'auberge et fut se jeter dans la Seine, distante d'environ 100 mètres. Il faisait jour; des bateliers s'empressent de porter secours, et retirent notre homme de l'eau.

Lorsqu'on le portait de nouveau à l'auberge, il entendit dire qu'il fallait envoyer chercher le commissaire de police. M. D. réclama l'assistance du docteur Lionet, qu'il connaissait.

Celui-ci, qui ne pouvait soupçonner tout ce qui s'était passé, fit porter M. D. chez lui et me fit appeler pour concourir aux soins que cet état réclamait.

Mais à peine couché chez le docteur Lionet, M. D. lui confessa qu'avant d'essayer de se couper la gorge avec son rasoir il avait croqué et avalé environ 8 grammes de nitrate d'argent fondu.

Alors M. D. souffrait beaucoup de la bouche; la bouche et la langue étaient recouvertes d'une pellicule blanchâtre; il y avait sur les doigts et les mains des taches noirâtres abondantes, la soif était vive, elle était accompagnée de douleurs d'estomac, de coliques et de diarrhée alimentaire, muqueuse noirâtre.

M. D. se refusait d'abord à tous secours, et sur mes instances il se décida cependant à boire de l'eau salée, puis du lait.

Enfin, il consentit à se laisser panser. Les plaies de chaque côté du col, profondes en apparence, divisaient un tissu graisseux très épais; elles étaient le résultat de six coups de rasoir au moins, portés probablement à coups redoublés, trois de chaque côté du col.

Le docteur Lionet fit de chaque côté trois points de suture. Le malade continuait à boire et à prendre des lavemens; il nous demanda à être placé à l'hospice; nous l'y conduisîmes; il fut placé seul dans une petite chambre et confié à la garde d'un infirmier.

Le soir, sa femme et un de ses amis venaient le voir. La nuit fut calme sous le rapport mental, mais il ressentit de vives douleurs abdominales.

Le lendemain 25, il demanda et prit un bain; il en prenait souvent, nous dit-il; il craignait d'être atteint d'une maladie du cœur, ayant souvent des étourdissemens.

Le bain parut plutôt l'avoir agité que calmé.

Sa femme, qui avait été obligée de retourner à Paris, revint avec l'intention formelle de rester auprès de lui; mais ayant remarqué le soir qu'il s'agitait, elle n'osa pas exécuter sa résolution, elle le quitta le soir.

Dans la nuit, M. D. demanda où était sa montre, il voulait voir l'heure, et dans ce moment il s'empara adroitement du verre de cette montre. Ce fut avec ce verre de montre, qu'il avait bien caché sous ses couvertures, et après avoir dit qu'il voulait reposer, qu'il se coupa l'artère brachiale gauche.

L'infirmier, qui le croyait endormi, l'entendant ronfler péniblement, fut lui parler. Déjà M. D. avait perdu connaissance, et lorsque les sœurs furent auprès de lui, elles s'aperçurent qu'il n'était plus temps de lui porter secours, ce que confirma le docteur Lionet, qui avait été immédiatement appelé.

Le lendemain, vingt-huit heures après la mort, MM. les docteurs Petit père et fils, assistés de MM. les docteurs Lionet et Surbled, constatèrent les lésions suivantes:

Sugillations cadavériques sur le côté gauche du tronc et des membres, d'un brun violet.

Plaie à la saignée du bras gauche de 4 centimètres de longueur.

Deux centimètres de bâillement au centre, par retrait de la peau.

Cette plaie divise toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire jusqu'aux tendons; elle ouvre l'artère brachiale dans un quart environ de son diamètre. Cette plaie a été faite au moyen du verre de la montre.

Sur le col à gauche existe une autre plaie de 10 centimètres d'étendue. Cette plaie, profonde en apparence, à cause de l'épaisseur considérable du tissu graisseux, n'a pas pénétré jusqu'à l'artère carotide.

Il en est de même d'une troisième plaie de 12 centimètres d'étendue existante sur le côté droit du col.

Ces plaies, faites au moyen du rasoir, sont le résultat évident de six coups au moins, ce qui est prouvé par les stries extérieures de la peau, sur ou auprès des commissures de ces plaies.

A l'intérieur, nous trouvons la membrane muqueuse de l'estomac recouverte d'une couche d'un mucus noirâtre; mais, sous cette couche, cette membrane n'est pas rouge ni gonflée.

Seulement, à sa partie inférieure, il existe une escarre noire nacrée à son centre. Cette escarre est large de 1 centimètre environ et ne pénètre pas jusqu'à l'extérieur.

La muqueuse intestinale contient des mucosités noirâtres, sans être rouge.

Le foie paraît un peu plus dense que dans l'état sain.

La rate n'offre rien de remarquable, les poumons sont sains.

Le cœur, un peu gros, contient du sang spumeux.

Les méninges sont rouges, injectées; elles sont recouvertes d'une exsudation séreuse, puriforme, et parsemées de loin en loin de petites granulations miliaires.

La masse cérébrale est injectée.

Les plexus sont rouges et gonflés.

Nous avons recueilli une partie de l'estomac, et principalement celle sur laquelle existait l'escarre; nous avons séparément recueilli une portion du foie, une portion de la rate et une portion des poumons.

L'analyse de ces substances a été faite dans le laboratoire de M. Boucher, pharmacien, sous ses yeux, par son élève M. Lévesque; elle a fourni les résultats suivans :

Chaque substance a subi, pendant trois heures, sur le feu, l'action de l'eau distillée; cette décoction a été ensuite passée et clarifiée à l'aide du charbon animal, puis filtrée après son refroidissement.

Ces décoctions traitées : 1° par le chlorure de chaux liquide donnèrent un précipité assez abondant qui n'a paru être autre chose qu'un dépôt de matières animales.

Mais, dans le décoctum provenant de l'estomac et dans celui provenant du foie, on remarqua de petites paillettes peu nombreuses ayant le brillant de l'argent, et si minces, que la moindre oscillation de liquide les faisait se ployer sur elles-mêmes. Les paillettes pouvaient avoir 1 millimètre et demi de longueur. Ce phénomène ne se présenta pas lorsqu'on observa les décoctions de la rate et du poumon.

2° Dans de l'eau distillée acidulée par l'acide hydrochlorique, en laissant tomber quelques gouttes des décoctions, il se forma par les décoctions de l'estomac et du foie un précipité blanc.

Ce précipité fut plus abondamment fourni par la première de ces deux décoctions que par la seconde. Il n'eut pas lieu par les décoctions de la rate et du poumon.

3° En laissant tomber dans de l'eau distillée acidulée par l'acide hydrosulfurique un peu des décoctions, il ne se passa rien de remarquable par les décoctions du foie, de la rate et du poumon.

Mais par la décoction de l'estomac, l'ensemble du liquide présentait la particularité suivante. Lorsqu'on versait dans l'eau acidulée une partie de ce décoctum, elle remontait à la surface du liquide, et la masse de ce liquide présentait les trois nuances suivantes. A la partie inférieure, l'eau acidulée ne se colore pas; à la partie moyenne, le liquide prend une teinte noirâtre opaque; et, à la partie supérieure, une teinte brunâtre transparente; ce qui dénote la présence d'un sulfure d'argent.

4° Les mêmes liquides ont été soumis à l'action d'une petite lame de cuivre bien décapé; un précipité argentin très prononcé s'est manifesté par le liquide provenant de l'estomac; un précipité de même nature a été remarquable, mais bien moins sensiblement, par le liquide provenant de la décoction du foie. Le résultat a été nul par les décoctions de la rate et du poumon.

5° Plusieurs autres réactifs essayés n'ont pas donné de résultats.

Le temps et les moyens nous ont manqué pour donner à cette analyse plus d'étendue; mais, quelqu'imparfaite qu'elle soit, elle démontre cependant l'absorption du nitrate d'argent par sa présence dans le foie, dans l'espace de 80 heures de séjour dans le corps de l'homme.

Lorsque l'on considère les motifs qui ont affaibli le moral de M. D..., l'on s'explique parfaitement ses jalousies et sa monomanie suicide.

En effet, après un travail considérable, après avoir surmonté de très grandes difficultés, être arrêté dans son ambition par une fausse position qui n'avait pas été prévue, et dans ses intérêts les plus chers, par un accident très fâcheux, sont des causes que bien des hommes ne sauraient pas maîtriser.

D'autre part, l'existence incontestable, au moins par ses caractères anatomiques, d'une phlegmasie cérébrale intense qui ne cède pas à l'emploi d'un résolutif puissant et d'une saignée faite jusqu'à une défaillance prolongée, est un phénomène intéressant.

Ensuite, une inflammation de cette nature qui ne présente dans le vivant que le seul symptôme d'une monomanie suicide est aussi un fait peu commun.

Nous avions donc raison de dire d'abord que d'un fait isolé ressortaient souvent des renseignemens utiles.

Ainsi, il est incontestable que presque toujours la position des officiers de santé est fausse, mauvaise, qu'elle expose beaucoup tous ceux qui s'y trouvent, parce qu'à l'avance ils n'ont pas calculé les grands sacrifices d'amour-propre qu'ils doivent faire, et qui, malgré eux, plus tard, les révoltent toujours, parce que, dans beaucoup de localités, l'état d'infériorité dans lequel se trouvent des praticiens qui, souvent, deviennent habiles et parfois acquièrent un assez grand crédit, les oblige, à se ployer à des exigences auxquelles ils ne consentiraient pas s'ils avaient un caractère plus honoré.

Ce fait est donc un de ceux qui devraient militer en faveur d'une nouvelle organisation de l'exercice de la médecine, où ce titre devrait disparaître.

D'autre part, nous le répétons avec intention, comment une phlegmasie cérébrale si intense n'a-t-elle été signalée que par le symptôme de monomanie suicide? Et aussi les caractères anatomiques assignés aux phlegmasies cérébrales, ces signes, dans certaines circonstances, sont-ils bien distincts des signes de congestion?

Et comment cette phlegmasie n'a-t-elle pas été au moins modifiée par les événemens, par les accidens thérapeutiques auxquels le malade a été soumis?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE.

RECHERCHES SUR LES BLESSURES DES VAISSEAUX SANGUINS.

M. AMUSSAT communique un mémoire ayant pour titre : RECHERCHES SUR LES BLESSURES DES VAISSEAUX SANGUINS ET SPÉCIALEMENT SUR LA QUESTION SUIVANTE : QUELS SONT LES PHÉNOMÈNES QUE L'ON PEUT OBSERVER IMMÉDIATEMENT A L'EXTRÉMITÉ DES ARTÈRES ET DES VEINES COMPLÈTEMENT DIVISÉES DANS UNE GRANDE PLAIE TRANSVERSALE.

Ce mémoire de M. Amussat est un complément du travail qu'il a entrepris sur les blessures des vaisseaux; il est entièrement consacré à l'étude des phénomènes qui ont lieu à l'extrémité d'une artère complètement divisée, au milieu d'une grande plaie, lorsque l'artère dépourvue de ses soutiens est réduite à sa propre organisation et à ses propriétés particulières. Nous nous bornerons pour l'instant à en reproduire les conclusions :

1° Lorsqu'une artère coupée en travers dans une grande plaie cesse spontanément de donner du sang, c'est une erreur de croire que c'est par le spasme, l'éréthisme, la contraction de l'artère que ce phénomène survient comme on le professe généralement.

2° La cessation de l'hémorragie est produite par un obstacle physique, par un caillot sanguin qui ferme et obstrue complètement l'extrémité du vaisseau.

3° En observant une artère divisée complètement, on voit tout d'abord qu'elle donne à plein jet, et on distingue le bout du vaisseau saillant au-dessus du niveau de la plaie. Bientôt on observe une saillie rouge, conique et le jet diminue. Enfin il cesse entièrement, et l'on aperçoit alors une petite saillie rouge, mamelonnée, une sorte de moignon qui est soulevé à chaque pulsation du cœur. C'est le caillot spontané ou bouchon obturateur que l'on observe également sur l'homme comme sur les animaux (1).

4° Ce caillot spontané n'est pas simplement un bouchon, comme je l'avais d'abord supposé. C'est une espèce de capuchon ou cône creux, soudé et identifié

(1) Nous avions noté ce fait depuis longtemps dans nos expériences sur les plaies sous-cutanées. Peut-être même M. Amussat se souviendra-t-il que nous l'avions entretenu de ce mode d'occlusion des artères avant qu'il l'eût constaté de son côté. (J. G.)

avec le rebord ou le pourtour de l'ouverture artificielle et particulièrement à la membrane celluleuse. Il résulte de cette disposition que le tube artériel se prolonge dans le caillot et se termine en cul-de-sac. Si l'on coupe transversalement ce caillot conique à différentes distances entre son sommet et l'extrémité de l'artère divisée, on trouve un trou ou canal central dont le diamètre diminue à mesure qu'on s'éloigne de la section du vaisseau. Ce fait explique parfaitement la diminution progressive du jet de sang et l'obturation complète de l'artère.

5° Le fait de la formation du caillot spontané obturateur est d'une grande importance pratique pour les chirurgiens ; car, au lieu de chercher l'orifice béant d'une artère divisée comme on l'enseigne dans les cours et dans les livres, ils devront chercher un caillot et non pas une *lumière* artérielle, comme sur les cadavres après les manœuvres opératoires.

6° La difficulté de trouver un vaisseau obturé par un caillot lorsqu'on n'a pas appris à le reconnaître sur les animaux vivans et les accidens graves qui en résultent doivent engager les chirurgiens à faire des études auxquelles on ne peut se livrer ni dans les livres, ni sur le cadavre, ni en opérant sur l'homme, mais seulement en ayant recours aux vivisections.

7° Enfin, mes expériences et les faits observés sur l'homme prouvent qu'il ne faut pas trop se hâter d'abandonner les recherches auxquelles on s'est livré pour trouver un vaisseau que l'on croit obturé définitivement, car des hémorragies graves peuvent survenir malgré la compression et le tamponnement. Les faits malheureux abondent à l'appui de cette proposition.

DES MODIFICATIONS DU SANG DANS L'INFLAMMATION.

MM. Robert-Latour et Collignon adressent à l'Académie le résultat de quelques expériences entreprises dans le but de découvrir le lien physiologique par lequel s'enchaîne à l'inflammation aiguë l'excès de fibrine qui se trahit dans le sang obtenu par la phlébotomie. Ces expériences confirment d'un côté les résultats énoncés par les professeurs Andral et Gavarret ; et, d'un autre côté, elles établissent un point que ces savans ont négligé, savoir : que les modifications qui surgissent dans le sang à l'occasion d'une phlegmasie aiguë se rencontrent sensiblement les mêmes et dans le sang veineux et dans le sang artériel.

Sur un chien de 5 à 6 ans, de race griffonne, de taille élevée, MM. Robert-Latour et Collignon ont incisé la jugulaire pour obtenir 100 grammes de sang veineux, et au même instant ils ont tiré une égale quantité de sang artériel par l'artère brachiale qui a été ensuite soigneusement liée. Ces deux liquides ont été battus séparément et ont fourni de fibrine bien décolorée et séchée aussi bien que possible au papier joseph, le sang veineux 1 gr. 25, le sang artériel 1 gr. ; et après une dessiccation complète dans une étuve à 25 degrés seulement, ces deux fibrines n'ont plus présenté qu'un poids, la fibrine veineuse de 0,25, la fibrine artérielle de 0,20, ce qui est à peu près la moyenne énoncée par MM. Andral et Delafond pour l'espèce canine.

Après s'être ainsi assurés de la quantité de fibrine chez l'animal à l'état physiologique, les auteurs ont déterminé une pleuro-pneumonie par une injection dans la cavité thoracique d'un mélange d'alcool et d'eau ; et quatre jours après, alors que la respiration était embarrassée et très fréquente, que les pulsations artérielles montaient à 190 par minute, ils ont renouvelé leur expérience sur la même quantité de sang veineux et de sang artériel ; 100 grammes de sang veineux leur ont donné cette fois, en fibrine séchée au papier joseph, 2,20 ; et 100 grammes de sang artériel, 1,75. Ces deux fibrines, séchées à l'étuve dans les mêmes conditions que précédemment, n'ont plus pesé : la veineuse que 0,50, l'artérielle que 0,40.

Une expérience analogue a été faite sur un second chien âgé de 2 ans, chez lequel ils ont déterminé des phénomènes inflammatoires dans les poumons, et a fourni des résultats semblables.

Les auteurs concluent de ces recherches :

1° Que le sang artériel, comme le sang veineux, présente une augmentation de fibrine dès que surgit une inflammation fébrile ;

2° Que les changemens qui surviennent alors dans le sang sont la conséquence et non la cause de la maladie.

SUR LE CUIVRE ET LE PLOMB NATURELLEMENT CONTENUS DANS LES ORGANES DE L'HOMME.

M. Devergie envoie une note relative au cuivre et au plomb qui se trouvent naturellement contenus dans les organes de l'homme. Elle a pour objet de rappeler : 1° qu'il est, conjointement avec M. Hervy, l'auteur de cette démonstration ; 2° que si MM. Danger et Flandin nient l'existence de ces métaux dans ces organes, c'est qu'ils se servent, pour les rechercher, d'un procédé qui ne les met pas à nu ; 3° que la présence de ces métaux dans nos organes coïncide avec les recherches antérieures faites sur un grand nombres de végétaux ; 4° de faire connaître le procédé qu'il a suivi pour démontrer l'existence du cuivre et du plomb ; 5° de prouver que l'expression *normal* employée pour les qualifier est faussement appliquée et qu'il ne s'en est jamais servi.

— MM. J. Barse, Lanaux et E. Follin adressent la lettre suivante sur le même sujet.

Nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, dans la séance du 23 août 1843, un mémoire dans lequel nous établissions :

1° « Qu'il est possible que certaines substances considérées comme étant un poison pour l'homme existent dans l'économie humaine sans qu'on puisse supposer un empoisonnement. »

2° Qu'en analysant, par des procédés différens de ceux indiqués par quelques chimistes, le foie et le canal intestinal d'individus morts dans les hôpitaux de Paris, nous étions parvenus à y constater la présence du *cuivre* et du *plomb*.

Nous avons émis par conséquent l'opinion que des experts chargés d'analyser le cadavre d'un individu qui aurait succombé à une mort naturelle pourront trouver *peu* ou *beaucoup* d'une substance réputée vénéneuse, du cuivre et du plomb, par exemple.

En opposition avec notre mémoire, MM. Flandin et Danger ont établi, par des expériences faites sur des chiens, une *loi d'incompatibilité des substances vénéneuses avec l'état normal de l'homme*. Leur opinion serait en conséquence qu'il faudra croire à un empoisonnement dans tous les cas où, du foie d'un cadavre intact, des experts parviendront à extraire peu ou beaucoup de cuivre. MM. Flandin et Danger terminent celui de leurs mémoires qui a été lu le 30 septembre dernier par les phrases suivantes :

« Sur la question que nous avons portée devant l'Académie, M. Chevreul a déjà par deux fois exprimé son opinion, qu'il *a bien voulu* dire être conforme à la nôtre. C'est pour nous l'assurance que la savante compagnie voudra mettre un terme à des incertitudes qu'une polémique *cherchant parfois l'équivoque* n'a cessé d'entretenir, et qui se reproduiraient indubitablement encore, préjudiciables à la science et peut-être à la justice, au jour d'un procès criminel en cour d'assises. »

Nous venons, monsieur le président, exposer à l'Académie que les premières expériences qui appuient notre mémoire du 23 août 1843 viennent d'être répétées par nous et que du cuivre a été trouvé de nouveau dans le foie d'un individu mort dans l'un des hôpitaux de Paris.

Toutefois, d'après des expériences qui ont été indiquées et dont nous avons constaté l'exactitude, nous croyons qu'il est possible de reconnaître si le cuivre et le plomb trouvés dans un cadavre proviennent d'un empoisonnement qui a causé la mort ou si ces métaux existaient dans l'économie à l'état constitutionnel.

Nous persistons donc plus que jamais dans notre première opinion, et nous nous joignons à MM. Flandin et Danger pour adresser à l'Académie des sciences la prière de mettre un terme à des incertitudes qui, selon nous, entraîneraient la justice à accuser, à condamner peut-être des innocens.

Nous nous mettons donc aux ordres de la commission chargée de faire un rapport sur cette question, et nous venons solliciter la permission de la rendre témoin de nos expériences.

— Ces trois chimistes ont déposé sur le bureau de l'Académie des fragmens d'un tube en porcelaine sur les parois duquel il est facile de voir une fritte verdâtre qui contient du cuivre et provient de la moitié d'un foie incinéré par un courant d'air.

SYPHILIS CHEZ LES ANIMAUX.

M. Auzias-Turenne adresse la lettre suivante :

L'administration éclairée du Muséum d'histoire naturelle, si bienveillante quand il s'agit d'encourager les travaux utiles, ayant mis à ma disposition quelques singes, j'ai pu constater, par plusieurs expériences, la possibilité d'inoculer la syphilis à ces mammifères. J'ai consigné le résumé de ces expériences dans un paquet cacheté dont j'ai prié l'Académie d'accepter le dépôt dans sa séance du 30 septembre dernier.

Depuis cette époque, j'ai communiqué la syphilis au chat, au chien et au lapin.

Ces résultats ne sont que les prémisses de recherches que j'ai entreprises et que je me propose de soumettre, quand elles seront terminées, au jugement de l'Académie ; mais comme il s'agit d'un fait important que Hunter et ses successeurs ont en vain essayé de produire, je prie l'Académie de vouloir bien, en le faisant constater par une commission, m'honorer de son suffrage et de ses conseils.

KÉRATOPLASTIE.

M. le docteur Feldmann présente une note sur les résultats de deux expériences kératoplastiques qu'il a faites en présence de M. le professeur Blandin, le 12 octobre 1844, dans le laboratoire de M. Flourens qui a bien voulu continuer à favoriser ces tentatives expérimentales.

Ayant agi dans ses précédentes expériences d'après les divers modes opératoires qui ont été préconisés par les auteurs, M. Feldmann s'est considéré comme obligé d'examiner à son tour la méthode de M. Strauch de Saint-Pétersbourg. Il s'est en conséquence conformé à cette méthode dans la première de ses nouvelles expériences. Voici en quels termes M. Feldmann la rapporte :

M. Strauch avait proposé de commencer l'opération en faisant traverser par un fil toute la chambre antérieure de l'œil, de sorte que les deux bouts de ce fil restent pendans de chaque côté de la cornée ; d'exciser ensuite le lambeau cornéal à l'aide d'un couteau particulier, lequel doit présenter la forme de deux couteaux à cataracte adossés l'un à l'autre. L'excision faite, le fil étant mis à nu, on doit l'attirer hors de la chambre antérieure, le diviser pour former de chaque côté une ligature séparée ; puis il faut appliquer les bouts nouveaux des deux fils à la cornée étrangère, et l'on termine par les ligatures.

Les avantages de cette méthode devraient consister en ce que les deux ligatures sont appliquées avec une grande facilité avant qu'on ait excisé la cornée ; car on sait que l'application des sutures après l'excision est d'une difficulté extrême.

Malheureusement la méthode de M. Strauch, si ingénieuse qu'elle soit, offre de très grands inconvéniens.

Voici ce qui arrive quand on opère sur un œil sain. En faisant passer le fil à travers la chambre antérieure de l'œil, on donne issue à une grande partie de l'humeur aqueuse ; ce fil, passé derrière la cornée, s'y accole de suite, ainsi qu'à l'iris, de manière qu'il n'y a plus moyen d'exciser le lambeau cornéal à l'aide du couteau particulier, sans risquer de couper en même temps le fil ou de léser l'iris.

Dans une expérience que j'avais faite la veille, c'est-à-dire le 11 octobre, j'ai toutefois réussi à exciser un grand morceau de cornée en me servant principalement des ciseaux.

Mais en opérant sur un œil malade dont les parties antérieures sont parfaitement opaques, on perd de vue le fil qui se trouve dans l'œil, et on risque à chaque instant de le couper, ce qui m'est arrivé précisément dans ma première expérience du 12 octobre. Le fil, une fois coupé sans l'avoir préalablement attiré par sa partie moyenne, tout l'avantage de la méthode fut perdu. Je fus donc obligé de continuer l'opération en m'en tenant à mon procédé opératoire ordinaire.

Du reste, cette expérience offre cette circonstance particulière que l'œil opéré avait été soumis depuis trois mois à une préparation préalable. Je m'étais efforcé de déterminer un état morbide de la cornée; mais l'inflammation artificielle ayant dépassé les limites voulues ne laissa de l'œil qu'un moignon énorme. Cependant, la transplantation d'une cornée de lapin sur cet œil de lapin a réussi. J'ai donc pu faire avec succès la transplantation d'une cornée saine sur un œil dont les tissus avaient subi les changemens les plus considérables.

La seconde expérience a consisté à transplanter une cornée de chat sur l'œil d'un lapin. C'est dans cette expérience que j'ai suivi un bon conseil que M. le professeur Blandin a bien voulu me donner, savoir, d'exciser d'après ma méthode le lambeau cornéal, à l'aide du couteau à cataracte et à l'aide des ciseaux, mais de séparer les deux temps de la section par l'application des ligatures, en profitant du lambeau cornéal formé par le couteau pour fixer l'œil et pour faire saillir les bords cornéaux. Et, en effet, l'application des ligatures fut beaucoup plus facile que quand on la pratique après l'excision complète du lambeau cornéal.

La cornée de chat a pris sur l'œil du lapin.

Il se présente encore une différence entre les deux expériences que je viens de mentionner, en ce que, dans le cas de transplantation de la cornée de lapin sur un autre lapin, la vascularisation se développa plus rapidement que dans la transplantation de la cornée de chat sur l'œil d'un lapin.

SCOLOPENDRE RENDUE VIVANTE PAR LE NEZ.

M. le docteur DECERFZ (de la Châtre) rapporte un fait curieux d'expulsion spontanée d'une scolopendre qui avait séjourné pendant deux ans dans les fosses nasales d'une jeune personne de 19 ans, laquelle avait éprouvé durant ce temps une céphalalgie intense que rien n'avait pu calmer.

NOUVEAU MODE DE PANSEMENT DES PLAIES.

M. LAUGIER annonce qu'il vient de mettre en usage, à l'hôpital Beaujon, un mode de pansement des plaies suppurantes, qui lui donne les avantages de la réunion immédiate, quel que soit l'écartement de leurs bords, et à l'aide duquel la cicatrisation est obtenue avec une remarquable rapidité.

Le même pansement peut convenir aux plaies récentes dont les bords ne sont pas rapprochés, et tout fait présumer que pour celles dont les lèvres peuvent être réunies, il est préférable aux moyens ordinaires de réunion immédiate usités dans les hôpitaux, parce qu'il s'oppose plus exactement au contact de l'air et de tout corps sensible.

Ce pansement est d'une grande simplicité, puisqu'il suffit, pour le faire, d'une solution épaisse de gomme élastique, et d'un morceau de peau de baudruche.

Appliqué à des plaies en pleine suppuration et déjà couvertes de bourgeons charnus, il semble arrêter ou plutôt diminuer le travail de la suppuration, et accélérer celui de la cicatrisation.

M. Laugier énumère les cas et les avantages de ce nouveau procédé, qu'il croit supérieur à tous les autres (1).

TRAITEMENT DE LA GASTRALGIE PAR L'ÉBRANLEMENT NERVEUX.

M. DUCROS adresse un mémoire sur le traitement de la gastralgie et des névralgies du plexus cardiaque, par l'ébranlement nerveux de la branche pharyngienne des nerfs pneumo-gastriques.

Ce mémoire tend à prouver que ces maladies n'ont pas de médications plus efficaces que les applications pharyngiennes ammoniacales dont les effets portent essentiellement sur les plexus pharyngiens, et retentissent sur les nerfs pneumo-gastriques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le professeur Lallemand, de Montpellier, et M. Haime, professeur à l'École secondaire de médecine de Tours, tous deux correspondans de l'Académie, sont présens à la séance.

M. LE PRÉSIDENT invite MM. les membres des commissions désignées pour l'examen des travaux envoyés au concours pour les prix annuels de l'Académie, de hâter leurs rapports afin que la séance générale puisse avoir lieu avant la fin de l'année.

—Par suite des décès de MM. Double, appartenant à la section d'hygiène, Pelletier, de la section de chimie, et Edwards, de la section d'anatomie et physiologie, une place est déclarée vacante; l'Académie aura à procéder, en conséquence, dans la séance prochaine à la nomination d'une commission de 11 membres pris dans chacune des 11 sections.

SOURCE MINÉRALE SULFUREUSE DE LA RUE VENDOME.

M. HENRY est appelé à la tribune pour lire, au nom d'une commission spéciale désignée sur la demande du ministre du commerce, un rapport officiel sur la source d'eaux minérales sulfureuses découverte dans la propriété du sieur Lacarrière à la rue Vendôme (Marais).

Le rapporteur, après avoir rendu compte des divers essais auxquels s'est livrée la commission et des obstacles qui se sont opposés à ce qu'elle pût porter un jugement définitif sur la valeur de ces eaux, propose de répondre au ministre qu'il n'y a pas lieu d'accéder, quant à présent, à la demande de M. Lacarrière.

M. NACQUART : On a trouvé dans la même rue, à une assez grande distance de la maison en question, une vaste nappe d'eau sulfureuse. Ne serait-il pas naturel de penser qu'il doit y avoir une communauté d'origine entre cette nappe d'eau et la source que la commission a eu à examiner?

M. CAVENTOU : Il y a quelques années que, dans une maison située du côté opposé à la maison de M. Lacarrière, en faisant des travaux de maçonnerie d'une fondation, on se trouva gêné par des eaux sulfureuses qui jaillissaient du sol. A quelque temps de là, dans le même quartier, la même circonstance se reproduisit. J'ai réfléchi depuis, en rapprochant ces différens faits que la propriété sulfureuse de toutes ces eaux pourrait bien tenir à une cause tout accidentelle. A une époque assez reculée, sous Charles V ou Charles VI, cette partie du marais était une voirie. Plus tard, tout ce quartier était recouvert d'une immense quantité de remblais. Or tout le monde sait que toutes les fois que des matières organiques se trouvent en contact avec de l'eau et des sulfates calcaires il peut se former des hydrosulfates. Je suis assez porté à croire que c'est à quelque circonstance de ce genre qu'il faut attribuer la formation des eaux sulfureuses de la rue Vendôme. D'ailleurs, ces eaux eussent-elles les propriétés des eaux d'Enghien ou de Barèges, je ne vois pas trop qu'il y eût un très grand intérêt à les exploiter, si l'on tient compte surtout des difficultés d'une pareille exploitation au centre de la capitale. Ne fût-ce qu'à cause du voisinage des fosses d'aisances, je craindrais qu'elles n'offrissent pas toutes les garanties de pureté désirables. J'appuie en conséquence les conclusions du rapport, bien qu'elles ne soient pas, à mon avis, assez explicites.

M. CHEVALLIER appuie les conclusions, mais par d'autres motifs que ceux qu'a fait valoir M. Caventou. Il pense que le voisignage des montagnes qui sont situées au nord de Paris, et qui renferment une si grande quantité de sulfates calcaires, peut jusqu'à un certain point expliquer la formation de ces eaux sulfureuses; mais il ne croit point que l'odeur hydrosulfureuse de ces eaux doive être attribuée, ainsi qu'on l'a dit, au voisinage des fosses d'aisance, car dans ce cas toutes les eaux souterraines de Paris devraient exhaler la même odeur, ce qui n'est pas.

M. NACQUART voudrait qu'on n'invoquât que des motifs purement scientifiques et qu'on ne se préoccupât nullement dans une pareille question d'intérêts industriels; il loue la réserve dans laquelle s'est tenue la commission à cet égard.

MM. BOULLAY, CAVENTOU et HENRY ajoutent encore quelques mots; après quoi les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un second rapport officiel sur une source minérale récemment découverte dans une localité du département du Bas-Rhin.

TUMEUR ENCÉPHALOCÈLE.

M. LE PRÉSIDENT : L'ordre du jour appelait la suite de la discussion sur l'encéphalocèle, mais M. Velpeau m'ayant déclaré qu'il désirait ne pas donner suite à sa communication, l'Académie va passer outre, si personne ne réclame.

M. BLANDIN : La question dont il s'agit est trop importante pour que l'Académie n'ait pas intérêt à la discuter. Je réclame le maintien de l'ordre du jour.

UNE VOIX : Mais on ne peut pas discuter sur l'objet d'une communication du moment où l'auteur de cette communication s'y refuse. (Oh! oh!)

M. LE PRÉSIDENT : Le maintien de l'ordre du jour étant demandé sans opposition, j'accorde la parole à M. Blandin.

M. BLANDIN : M. Velpeau a avoué, dans la dernière séance, s'être trompé sur plusieurs points; nous devons lui savoir gré de cet aveu; mais il ne s'en est pas tenu là, il a voulu associer plusieurs d'entre nous à ses erreurs. Je ne suis pas disposé, pour ma part, à lui accorder ce genre de satisfaction. En fait, je ne me suis nullement trompé en ce qui concerne l'anatomie pathologique de cette tumeur; j'ai dit que cette tumeur devait contenir du liquide et une portion de l'encéphale renfermés dans une poche formée par les membranes du cerveau. M. Velpeau qui avait d'abord dit autrement est convenu ensuite que nous avions raison. Nous disions, alors que M. Velpeau affirmait le contraire, que si l'on ne voyait pas distinctement la continuité de la dure-mère sur toute la tumeur, cela

---

(1) Il y a plusieurs années déjà que M. J. Guérin a fait connaître le mode de pansement employé par M. Laugier. Indépendamment des titres imprimés dans lesquels cette méthode et les idées qui s'y rattachent ont été indiquées, M. J. Guérin rappellera qu'il y a deux ans il a fait à l'Hôtel-Dieu, dans le service temporaire de M. le docteur Maisonneuve, et de concert avec ce chirurgien, plusieurs applications du mode de pansement dont il s'agit. Il n'a différé d'en faire l'objet d'une publication détaillée qu'à cause de certains perfectionnemens qu'il a dû réaliser, et sans lesquels la méthode ne donne que des résultats incertains et incomplets.

tenait sans doute à ce qu'il s'était fait un éraillement à cette membrane par suite de la distension qu'elle avait dû subir. M. Velpeau est revenu sur la première opinion et se trouve actuellement d'accord avec nous, de sorte qu'il serait superflu d'insister davantage sur ce point. Il s'était agi ensuite de savoir quelle était la portion d'encéphale qui était contenue dans la tumeur. M. Velpeau dit que nous nous étions tous trompés en croyant que c'était le cervelet, qu'une dissection plus attentive lui avait démontré que c'était une portion du cerveau. Mais nous n'avions tous parlé de cervelet que d'après M. Velpeau lui-même qui avait eu seul tout le loisir d'examiner la tumeur. Il aurait donc mauvaise grace aujourd'hui à venir dire que nous avons commis tous la même erreur à cet égard.

J'aborde maintenant le point relatif à la convenance de l'opération. Le jour où le petit malade a été présenté à l'Académie, je me suis élevé avec quelques autres membres contre l'opération. L'enfant était d'une débilité extrême, la tumeur était énorme et contenait une partie d'encéphale qu'il fallait enlever; nous disions que l'ablation d'une pareille tumeur n'était point une opération rationnelle. Enfin nous rappelions que l'expérience n'était point favorable à une tentative de ce genre, que plusieurs opérations semblables avaient été faites sans succès, et que les chirurgiens prudens étaient tous d'accord sur ce point, qu'il ne fallait point répéter une semblable expérience. M. Velpeau nous répondit en disant qu'il était possible d'extirper cette tumeur. Mais ce n'est pas une raison; on peut tout enlever; tout est possible en chirurgie. L'enfant, ajoutait M. Velpeau, était voué à une mort certaine. C'est là une mauvaise raison qu'invoquent toujours les chirurgiens pour s'enhardir à faire une opération téméraire. De ce que l'enfant devait bientôt périr, ce n'était pas une raison pour le faire périr plus tôt. Sans doute, disait M. Velpeau pour justifier cette opération, il y a une portion du cervelet à enlever; mais ne peut-on pas vivre sans cervelet? Il existe effectivement des faits qui prouvent qu'on peut vivre malgré l'absence d'une partie plus ou moins grande du cerveau ou du cervelet; mais quelle différence n'y a-t-il pas entre un encéphale incomplet par vice natif, ou une portion d'encéphale violemment extirpée? Il s'appuyait aussi sur certains cas où des plaies du crâne, avec perte de substance du cerveau, n'ont point entraîné la mort. Mais des faits de ce genre n'ont été observés que sur des sujets adultes et forts. Veut-on les comparer avec les conditions où se trouvait cet enfant? Il n'y a évidemment aucune analogie.

Voilà ce qui s'est passé le jour de la présentation; d'un côté, je soutenais que l'opération que M. Velpeau se proposait de faire n'était point rationnelle; M. Velpeau, de son côté, soutenait la possibilité de cette opération, s'appuyant sur les motifs que je viens d'examiner. L'opération a été faite, on en connaît le résultat. Je n'examinerai pas la question du procédé; c'est une question qui importe peu pour le moment; quelque procédé que l'on eût employé, je ne doute pas que le résultat n'eût été le même. On a vu maintenant les pièces et l'on a pu se convaincre de l'exactitude de notre diagnostic, ainsi que de nos prévisions. Aussi n'ai-je pas été peu surpris, après l'événement et l'examen des pièces, de voir M. Velpeau soutenir encore que l'opération qu'il venait de faire était rationnelle et qu'il la referait encore, le cas échéant. Je ne comprends pas que dans l'espèce on puisse chercher à justifier une pareille opération.

En résumé, je tenais à prouver devant l'Académie que je ne m'étais trompé ni dans mon diagnostic, ni dans mes prévisions, et à protester contre une opération que je considère comme compromettante pour la dignité de l'art et de la médecine opératoire.

M. Bégin : Je serais fâché de voir une discussion semblable prendre un caractère de personnalité. Un fait a été présenté, une discussion préliminaire s'est élevée à cette occasion, chacun a émis son avis. Qu'importe maintenant que monsieur tel ou tel autre se soit trompé ou non; ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais bien d'éclairer la question de savoir si à l'avenir un cas pareil se présentant, on devrait ou non opérer. Voilà ce que la science nous demande et ce qui doit uniquement nous occuper.

M. Blandin (vivement) : Je demande la parole pour un fait personnel.

M. Velpeau : Et moi aussi.

M. Blandin : Je proteste contre toute intention de ma part de faire dégénérer cette discussion en personnalité. Mon seul but en prenant la parole a été de me justifier des erreurs que M. Velpeau a voulu mettre sur mon compte. Quant à la personnalité, si j'en ai laissé percer, c'est involontairement, et j'en fais amende honorable.

M. Velpeau : On sait que je suis peu susceptible en fait de personnalités; aussi n'est-ce pas pour cela que je prends la parole. Je crois que le fait en question n'a pas toute l'importance que lui prête M. Blandin. Lorsque l'enfant fut présenté à l'Académie, j'émis l'avis qu'il pouvait être utile de tenter quelque chose pour enlever cette tumeur, mais que ce ne serait, en tous cas, qu'avec très peu de chances de succès. M. Blandin me reproche maintenant d'avoir tenté l'opération. C'était un mauvais cas, j'en conviens, mais ce n'est point une raison pour proscrire absolument cette opération. La tumeur renfermait une grande quantité de liquide et une petite portion d'encéphale; je ne vois pas que l'excision d'une petite portion de cerveau doive absolument empêcher de vivre, d'autant plus que dans le cas auquel nous avions affaire, la portion d'encéphale herniée était devenue en quelque sorte étrangère à l'économie. Je crois d'ailleurs que la discussion sur ce cas particulier n'avancerait en rien la question.

M. Blandin ajoute quelques mots par lesquels il insiste sur l'importance d'une pareille discussion, l'Académie ne pouvant point par son silence paraître donner la sanction à l'opération contre laquelle il a dû s'élever. (La clôture.)

Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

PESTE.

M. Hamont lit la deuxième partie de son travail sur la peste.

Fidèle à sa promesse, M. Hamont a dit un mot des maladies qui atteignent les Egyptiens; les plus communes sont la dyssenterie, les fièvres intermittentes, la cachexie aqueuse, la lèpre boutonneuse, la lèpre blanche, puis la phthisie tuberculeuse, l'éléphantiasis des membres et l'éléphantiasis des bourses. M. Hamont déclare qu'en Egypte la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes peuvent se montrer simultanément sur un même individu.

Passant de là à la peste, M. Hamont récapitule toutes les conditions où se trouvent les Egyptiens, et de ses recherches, il résulte :

1° Que l'inondation seule n'occasionne point la peste;

2° Que le *kamessine* ou vent du sud, autre fléau qui pèse sur l'Egypte, ne peut, pris isolément, lui donner naissance;

3° Que la misère seule ne peut pas la faire surgir du milieu du Delta.

Mais, dit M. Hamont, l'inondation, la misère, les sépultures, les demeures des fellahs, ces amas d'ordures, de matières animales et végétales qui se corrompent autour d'eux, un certain degré de chaleur unie à un certain degré d'humidité, font naître la peste.

M. Hamont annonce que partout où ces conditions ont pu se réunir le fléau pestilentiel a pu se produire.

De là, il tire cette induction très importante, que la peste est l'œuvre de l'homme, et qu'il sera possible de l'empêcher de naître, si on peut parvenir à supprimer la cause qui l'a produite.

Des médecins ont écrit que la peste naissait sous l'empire d'un état particulier de l'atmosphère auquel ils ont donné le nom de constitution atmosphérique pestilentielle. M. Hamont a combattu cette opinion.

L'étiologie de la peste terminée, il fallait arriver aux quarantaines. Devions-nous supprimer ou conserver ces institutions? M. Hamont, s'étayant toujours de faits, résume ainsi ce qui a été dit et ses propres observations :

Tous les médecins admettent que la peste s'est portée d'orient en occident, par les hommes, par les marchandises, dans les bâtimens. Que cette affection se propage par infection ou par contagion, peu importe à M. Hamont : il constate un fait, la translation du mal et la peste communiquée à des gens des lazarets par des bâtimens récemment arrivés.

D'où il conclut qu'il faut des lazarets.

De nos jours, il y a quelque temps, on a demandé que tout bâtiment arrivé sain dans un port quelconque, et qui n'aurait pas eu d'attaque en mer, fût mis en libre pratique après 24 heures d'observation.

M. Hamont s'élève avec force contre cette mesure; il examine chacune des propositions émises par ses devanciers, et s'attache à en démontrer l'erreur.

Si la première proposition venait à prévaloir, voici ce qui arriverait. Des bâtimens arrivés sains à Livourne, à Naples, à Malte, etc., après six jours de traversée, pourraient avoir leur entrée le lendemain de l'arrivage.

Mais comme *il est démontré* que l'incubation peut durer huit jours et plus, on comprend ce que cette mesure aurait de dangereux. On a prétendu que l'Angleterre avait supprimé les quarantaines; il est bon de s'entendre sur ce point. L'Angleterre accorde libre pratique à des bâtimens immédiatement après leur arrivée, mais à ces conditions : 1° que les bâtimens avaient eu au moins quinze jours de traversée et que l'état sanitaire aura été prouvé parfait. Nous serions bien loin d'agir comme agit l'Angleterre, si nous laissions libre pratique à nos arrivages de suite après leur entrée dans les eaux du port, terme de leur voyage.

M. Hamont demande que tout bâtiment venu sain soit soumis à une quarantaine de quinze jours, voyage compris.

Que tout bâtiment qui aura eu des attaques en mer fasse une quarantaine dont la durée sera fixée par l'intendance sanitaire.

Après cet exposé, M. Hamont entre dans quelques détails pour établir ce point important, qu'il serait possible et qu'il est urgent d'assainir le Delta, ce qui amènerait la suppression de la peste. Il appelle sur cet objet toute l'attention de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LA THÉORIE ÉLÉMENTAIRE DE LA PRODUCTION DES TISSUS ACCIDENTELS; par le docteur A. DESORMEAUX. — Paris, 1844, 75 pages in-4°. (Dissertation inaugurale.)

On doit regarder comme une ère importante dans l'histoire des sciences physiologiques l'époque toute récente où les travaux de Schleiden et de Schwann mirent hors de doute un fait déjà pressenti avant eux, et proclamèrent comme une vérité scientifique que la première forme sous laquelle se montrent tous les tissus végétaux et animaux est la forme celluleuse. Pendant le court intervalle de temps qui s'est écoulé depuis la publication de la PHYTOGENESIS de Schleiden et le travail plus complet de Schwann, presque toutes les parties de la science ont été l'objet de recherches qui ne tardèrent pas à produire leurs résultats; l'anatomie pathologique elle-même n'a point été oubliée, et malgré les entraves dont l'application du microscope à l'étude de cette partie de la science est entourée, malgré la crainte, nous dirions presque la certitude de voir bon-

leverser encore ce sol si récemment agité, quelques hommes ont mis la main à l'œuvre et cherchent dans des régions jusqu'ici inconnues l'origine, le mode de développement de tous ces états morbides que nous ne connaissions que par des résultats grossiers où tous les élémens sont confondus ou au moins hors de la portée de notre vue. Les écrivains allemands ont ouvert la voie dans laquelle les médecins anglais sont entrés aussitôt. Peut-être nos compatriotes sont-ils un peu en retard sous ce rapport; mais, sans examiner si ce reproche qui nous est adressé est mérité, sans chercher, dans l'hypothèse où il le serait, quelle peut être la cause de cette différence, nous devons nous féliciter de voir cette école se compléter chez nous et de trouver parmi ceux qui se destinent à ces études toutes sérieuses et uniquement théoriques, au moins pour quelques années, un nom cher à la science et à l'école de Paris.

Il est peu de personnes qui n'aient entendu parler de la théorie des *cellules*, mais il y en a aussi bien peu qui aient fait quelque attention à cette théorie et qui surtout l'aient étudiée sérieusement. Aussi approuvons-nous très fort M. A. Desormeaux d'avoir exposé dans son avant-propos et dans ses prolégomènes les principaux élémens de cette théorie, avant de s'occuper du sujet spécial de son travail: DE LA PRODUCTION DES TISSUS ACCIDENTELS. Ne pouvant prétendre à reproduire par une analyse complète cette partie importante du mémoire que nous avons en main, nous nous bornerons à faire connaître brièvement quelques-uns des principaux phénomènes qu'a fait découvrir le microscope employé à la recherche des premiers signes et des premiers produits de la vie et quelques-unes des lois spéciales auxquelles ces organes en miniature sont soumis aussi bien que les masses les plus considérables. Bien que la cellule soit le point de départ de tous les phénomènes vitaux et de toutes les modifications organiques, et qu'elle soit le premier élément de la vie que l'homme puisse voir dans la matière, elle est cependant composée elle-même de trois élémens principaux, la membrane de la cellule, le noyau, le *nucleus*, qui se trouve sur un point de cette membrane et au milieu duquel est un corps plus petit encore, le *nucleolus*. Ces élémens, qui constituent, mais avec des caractères différens, le sang, le foie, le mucus et les autres produits organiques, éprouvent dans leur développement et leur disparition une série d'évolutions qui constituent leur existence. Les cellules primitives se propagent d'elles-mêmes et par reproduction de cellules qui sont semblables à elle-mêmes. Ces cellules naissent et vivent dans un liquide amorphe, que les microscopistes ont appelé le *cytoblastème*, lequel est fourni par les vaisseaux et contient probablement les élémens de vie et de nutrition que la cellule y puise continnellement. Ainsi, malgré l'immense progrès que la découverte des cellules et des lois qui les gouvernent semble avoir fait faire à la physiologie, la question si vivement agitée de nos jours sur la cause première des phénomènes vitaux paraît cependant n'avoir pas fait un pas de plus vers sa solution, et les deux opinions auxquelles elle a donné naissance conservent à peu près les mêmes positions relatives; l'une, qui cherche cette cause dans un principe particulier, mais modifié presqu'à l'infini dans son développement, reste encore enveloppée de cette obscurité mystérieuse que l'homme rencontre presque partout où il vent élever ses regards au-delà de la portée de ses sens; la seconde, dont les partisans croient chaque jour trouver l'origine de la vie dans l'action seule des lois chimico-physiques, persiste encore avec ses affirmations tant de fois démenties et incessamment reproduites. L'application du microscope n'a donc point diminué la difficulté; tout au plus l'a-t-elle déplacée ou plutôt éloignée, et aujourd'hui la vie est cachée derrière la cellule ou plutôt attachée au cytoblastème, comme elle l'était, il y a quelques années, pour nous, et comme elle l'est encore maintenant pour beaucoup, derrière le sang et le système nerveux.

Pour qu'on pût attendre de nouvelles révélations dans cette direction, il faudrait porter la vue plus loin encore, aller à la recherche d'un nouveau monde au-delà du monde cellulaire, dépasser enfin tout ce que nous pouvons, dans l'état actuel, attendre de nos sens et de nos instrumens les plus parfaits. Aujourd'hui, le besoin le plus pressant est de s'assurer des conquêtes déjà faites, de les explorer sous tous les points de vue, de signaler tout ce qu'elles peuvent avoir d'utile pour la science ou pour la pratique. D'ailleurs, n'y a-t-il pas encore une abîme entre la cellule révélée par le microscope et les organes tels que les sens nous les font voir? Bien que cet instrument d'optique ait permis déjà d'expliquer assez facilement, comme on le verra par les détails vraiment intéressans qu'offre sur ce point le travail de M. Desormeaux, la formation de la plupart des tissus ou produits par la transformation multipliée des cellules, il y a encore d'immenses recherches à faire sur ce point; il faut qu'on suive les cellules pendant toute leur existence, depuis leur premier degré de développement jusqu'à leur dissolution; il faut qu'on les voie pénétrer dans les tissus, s'y transformer, y fonctionner et qu'on suive ensuite leurs débris dans le torrent de la circulation, qui entraine à la fois un nombre immense d'existences à différens degrés d'évolution, et les restes de celles qui ont achevé leur temps. Avant que l'on songe à s'engager dans des contrées tout à fait inconnues, il faut que l'on s'assure de l'exactitude de toutes ces hypothèses et d'une foule d'autres auxquelles l'imagination, aidée du microscope, ne tardera pas à donner naissance.

C'est cette marche qu'a suivie M. Desormeaux, qui, après avoir exposé avec beaucoup d'exactitude un résumé de la théorie cellulaire, et avoir exposé rapidement les différentes classes de cellules admises par Schwann dans les tissus normaux, cherche à faire de lui-même l'application de cette théorie aux tissus accidentels, se servant des travaux déjà publiés sur ce sujet, et ajoutant aux observations qui y sont contenues, et surtout à celles de Moller, dont il adopte le plus souvent la manière de voir, des observations personnelles qui portent le cachet d'une instruction sérieuse et d'une bonne méthode d'observation. Enonçons d'une manière très sommaire les résultats auxquels il est arrivé sur ce point.

Nous avons déjà dit que les cellules se propagent d'elles-mêmes et par des cellules semblables à elles-mêmes; cette proposition est également applicable aux tissus normaux, aux tissus accidentels et même à ceux qui sont sans analogue dans l'économie. Une déviation dans la forme d'une cellule se reproduira dans toutes celles qui naîtront d'elles, soit que la cause première de cette déviation dépende d'un arrêt ou d'un excès de développement, soit que, remontant à un ordre pathologique plus élevé, on pense qu'elle se lie à une altération du cytoblastème ou du sang lui-même. Le point de départ des tissus anormaux est donc dans une cellule primitive qui se multiplie sous l'influence des vaisseaux et des nerfs du corps, mais sans se conformer aux lois de la nutrition générale. « Les tissus hétérogènes, dit M. Desormeaux, ne se distinguent pas, par leur production, des tissus sains; mais leurs élémens restent toujours indépendans de l'économie; c'est de l'économie qu'ils reçoivent la vie; mais ils vivent à leur manière; ils ont une existence à eux, dont ils parcourent les périodes, indépendamment de l'individu qui les porte; du moins ne subissent-ils que fort peu l'influence des états où il se trouve. »

Cette citation suffit pour faire voir tout ce qu'il y a d'élevé et d'intéressant à la fois dans les études microscopiques appliquées aux questions de physiologie et d'anatomie morbides quand surtout les résultats en sont présentés avec précision et clarté. Cette étude est une riche mine déjà exploitée par beaucoup de médecins étrangers la plupart à la France; mais nous pensons que les trésors qui en ont déjà été retirés n'acquerront toute leur valeur réelle et ne seront définitivement vulgarisés qu'après qu'ils auront été soumis à l'examen et à la critique si lucides et si positives de nos savans et de nos écrivains. Aussi, voyons-nous avec plaisir l'essai auquel vient de se livrer M. Desormeaux, et nous l'engageons à ne pas s'en tenir à ce premier travail. Probablement le temps est peu éloigné où tous les médecins feront des observations microscopiques, comme on faisait, il y a quelques années, de l'anatomie pathologique; il est bon que des hommes au coup d'œil juste, au jugement sévère, connaissant l'exacte portée de l'induction, sondent le terrain, constatent la possibilité des applications et détournent de ces erreurs funestes dans lesquelles les masses même éclairées se laissent quelquefois si facilement entraîner.

G.....t.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES RELATIVES A L'ACTION DES HUILES GRASSES SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE; lues à l'Académie royale de médecine de Bruxelles, par MM. Gluge et Thiernesse, membres de l'Académie.

Dans le cours des expériences que nous avons entreprises sur les animaux, depuis un an et demi, à l'École vétérinaire de Bruxelles, nous avons eu souvent en vue la détermination du mode d'action de certains médicamens encore peu connus, quoiqu'ils soient fréquemment et efficacement employés dans le traitement de plusieurs maladies.

Nous avons été amenés à ce genre d'expérimentation par l'idée que plusieurs substances médicamenteuses, presque totalement abandonnées aujourd'hui, et qui furent préconisées naguères par des hommes consciencieux, ne seraient peut-être jamais tombées dans l'oubli si leur prescription eût reposé sur des bases scientifiques bien établies; car la plupart des découvertes, qui ne peuvent être formulées en lois, d'après des principes rationnels, doivent se perdre inévitablement, après avoir été accueillies avec faveur par les uns et repoussées sans examen par les autres.

Si les matières médicales, malgré les importans travaux dont elles ont été enrichies depuis quelques années laissent encore tant à désirer sous le point de vue de l'action et des effets des substances médicamenteuses, cela tient, pensons-nous, à ce que l'on a trop négligé dans les expériences les ressources qu'offre la chimie pour ces sortes de recherches, et surtout l'emploi du microscope, dont nous nous sommes si avantageusement servis pour découvrir les altérations ou modifications organiques qui, à l'œil nu, nous échappent constamment.

Ayant pénétré dans cette voie d'expérimentation, nous venons vous communiquer aujourd'hui les résultats de nos recherches concernant l'action de l'huile d'olives et de l'huile de foie de morue sur les tissus animaux. Cette étude nous a été suggérée par l'intéressant mémoire que notre savant collègue, M. Burggraeve, vous a présenté dans une de vos précédentes séances.

Les expériences dont nous avons à vous entretenir ont été faites en présence de plusieurs élèves de l'École vétérinaire de Bruxelles, et notamment de M. le répétiteur Barbe, dont nous devons reconnaître ici le zèle intelligent avec lequel il nous a secondés.

Les animaux que nous y avons soumis ont constamment été logés dans un local bien aéré et y ont reçu leur nourriture habituelle; elle a consisté pour les chiens en viande, pain et lait coupé avec de l'eau.

Les autopsies ont été faites sur le lieu même, au cabinet de dissection de l'École vétérinaire.

Notre travail comprendra trois parties.

Feuilleton.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE MILAN.

Les congrès scientifiques, essayés depuis quelques années dans les différentes parties de l'Europe, n'ont pas obtenu le même succès partout. En France et en Angleterre, ces réunions n'ont guère frappé l'attention; en Allemagne et en Italie, au contraire, elles ont excité un intérêt général. Cette différence de résultat ne tient pas absolument aux hommes qui ont figuré dans ces sortes de tournois scientifiques, ni aux questions qu'on y a agitées. En France comme en Italie, en Angleterre comme en Allemagne, des noms célèbres ont prêté leur éclat aux réputations naissantes qui affluent d'ordinaire dans ces sortes de réunions. Des communications nouvelles et des discussions suivies n'ont pas plus manqué à Strasbourg qu'à Florence; mais l'attention est loin d'avoir été la même des deux côtés. La raison en est simple. Ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà, la France possède de grands centres scientifiques, des sociétés, des académies, qui accaparent et déflorent tous les sujets. En Allemagne et en Italie, on n'a ni l'Académie des sciences, ni l'Académie de médecine de Paris. Ajoutons que la presse allemande ou italienne est loin de prêter aux découvertes et aux travaux scientifiques les cent bouches de la renommée, toujours prêtes à célébrer les moindres innovations qui se font chez nous. Le fait est qu'aucune découverte, aucune idée importante n'a surgi des congrès de Strasbourg, de Nîmes ou d'Angers, qui n'eût déjà défrayé nos académies. Et combien celles qu'on y a produites n'avaient-elles pas perdu de leur intérêt en passant par les comptes-rendus de la presse périodique? Les produits de la science germanique ou italienne n'ont ni les mêmes avantages ni les mêmes inconvéniens. C'est certainement là une des raisons qui ont fait réussir les congrès scientifiques dans ces deux pays, alors que les efforts les plus fervens de nos compatriotes sont restés si complètement stériles. Deux faits récens viennent encore de déposer en faveur de ces remarques. Où a-t-on parlé du congrès de Nîmes? Il a eu lieu il y a trois mois: on le sait à peine; mais, ce qu'on sait encore moins, c'est le nom des savans qui s'y trouvaient, ce qu'ils y ont dit et fait. Quel contraste entre cette réunion, pour ainsi dire à huis-clos, et le congrès qui vient de réunir tous les savans d'Italie à Milan! A peine a-t-il terminé ses séances que déjà le bruit s'en est répandu partout, et que partout, dans la presse italienne, on trouve l'analyse des travaux de cette brillante *continuation* du congrès scientifique de Florence. Toutes les communications n'ont peut-être pas pour nous le même intérêt; cependant quelques-unes nous ont paru mériter une attention particulière.

Cette réunion était la sixième. Ses séances ont commencé le 12 septembre, et ont continué jusqu'à la fin du même mois. La ville, le grand nombre et la distinction des personnes qui s'y sont rencontrées, tout a contribué à donner à cette solennité le plus grand éclat. Le vice-roi, entouré des personnages les plus éminens du pays, a assisté à l'ouverture des séances.

Le congrès a été divisé en sept sections: 1° agronomie et technologie; 2° zoologie, anatomie et physiologie comparées; 3° physique et mathématiques;

Dans la première, que nous vous présentons aujourd'hui, nous cherchons à établir quels sont les organes sur lesquels les huiles grasses, et notamment l'huile d'olives et l'huile de foie de morue, font principalement sentir leur action ; quelles sont les modifications qu'elles déterminent, et jusqu'à quel point on peut en faire usage.

Dans la seconde partie, nous traiterons d'une manière plus spéciale de l'influence de ces huiles sur la fibrine, l'albumine et les globules du sang.

Dans la troisième, enfin, nous rendrons compte des travaux qui ont plus ou moins directement trait au même objet, et nous formulerons nos conclusions.

Nous aurions attendu que ces trois parties fussent achevées avant de vous en entretenir; mais nous avons pensé que, dans la discussion ouverte sur le mémoire de M. Burggraeve, les résultats que nous avons obtenus de nos premiers essais pourraient jeter quelque lumière sur la question.

Dans cette notice, nous exposons quatre séries d'expériences dans l'ordre suivant :

1° Injections d'huile d'olives dans la veine jugulaire externe.

2° Injections d'huile de foie de morue dans le même vaisseau.

3° Administration d'huile d'olives par la bouche, à doses égales et à doses augmentées tous les jours.

4° Administration d'huile de foie de morue par la même voie et de la même manière (1).

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

INJECTIONS D'HUILE D'OLIVES DANS LE SYSTÈME VEINEUX.

Exp. Ire. — Le 27 juin 1843, nous injectons 4 gros d'huile d'olives dans la jugulaire externe d'un chien noir, de race commune, âgé de 4 à 5 ans. L'animal ne manifeste pas la moindre souffrance pendant l'opération; mais quelques heures après l'avoir subie, il est triste, couché de tout son long sur la litière, respirant difficilement et faisant entendre des cris plaintifs.

Le 28, au matin, il souffre beaucoup moins ; il mange le pain et le lait qui lui sont présentés.

Le 29, la respiration a repris son rhythme normal, et le 30 l'animal est gai et bien portant.

Le 4 juillet, nous introduisons encore dans la jugulaire de ce chien 4 gros d'huile d'olives. Il en ressent tout de suite de l'accablement ; il crie, se débat, éprouve une grande gêne dans la respiration et dans la circulation, et trois heures plus tard il est mort.

L'autopsie de cet animal fut faite le lendemain, à midi ; nous observâmes un ramollissement et une décoloration notables du foie, lequel présentait, en outre, à sa surface, des spongiosités très prononcées, dues à l'isolement des grains hépatiques par le fluide graisseux accumulé entre eux et par la destruction partielle de la capsule de Glisson, ainsi que de la tunique péritonéale qui la tapisse. Au moyen du microscope et des réactions chimiques, nous constatâmes la présence d'une grande quantité de graisse dans l'intérieur de cet organe.

Nous ne remarquâmes aucune autre lésion importante dans l'économie de ce chien, si ce n'est la décoloration de la substance corticale des reins, la teinte noire, l'aspect luisant et la non coagulabilité du sang qui gorgeait le cœur, les vaisseaux et la rate dont le tissu était un peu ramolli.

Exp. II. — Le 15 juillet 1843, un chien barbet est soumis à la même expérience. Il ne manifeste aucun malaise après l'injection de 2 gros d'huile d'olives dans une de ses jugulaires externes. La même injection est répétée le 25 du même mois chez cet animal, qui cette fois devient souffrant peu temps après l'opération; il est abattu, crie et respire difficilement. Trois heures plus tard, il n'existe plus aucun trouble dans l'organisme.

Nous conservâmes ce chien, en apparence très sain, jusqu'au 9 novembre suivant, époque à laquelle une nouvelle dose de deux gros d'huile d'olives fut introduite dans une des jugulaires externes.

Pendant et après cette opération, il cria et se débattit beaucoup ; la dyspnée fut très forte, le pouls, accéléré d'abord, devint de plus en plus petit et s'effaça bientôt. Une heure après, l'animal n'existait plus.

Le lendemain, à deux heures, nous en fîmes l'autopsie ; nous ne rencontrâmes d'autre lésion que la dégénérescence graisseose du foie, dont la surface était lisse et jaunâtre. On reconnut à l'inspection microscopique qu'une grande quantité de graisse en occupait les cellules.

Les quatre cavités du cœur et les veines contenaient du sang noir très huileux et de consistance sirupeuse.

Exp. III. — Le 7 avril 1844, un chien noir, de forte taille, reçoit une dose de deux seringues (4 gros) d'huile d'olives dans une des jugulaires externes. Le lendemain il refuse toute nourriture et présente des tremblemens considérables, qui disparaissent insensiblement.

Le 14 du même mois, l'animal paraissant bien portant, nous lui injectons une nouvelle dose de trois seringues de la même huile dans la jugulaire opposée. Après avoir terminé cette opération, nous nous apercevons que le tube de la seringue s'est cassé, et, comme nous n'en retrouvons pas le morceau, nous présumons qu'il est resté dans le vaisseau.

Ce chien est immédiatement atteint d'une dyspnée assez forte, qui s'aggrave de plus en plus les jours suivans : il perd l'appétit, reste presque constamment couché et témoigne par ses gémissemens une vive douleur ; un engorgement considérable se développe dans la région où la veine a été ouverte, et la partie s'abcède au bout de quelque temps ; le pus qui s'en échappe est sanieux et fétide.

Cet animal étant mort le 24 avril, nous l'ouvrîmes le 25.

Nous retrouvâmes le morceau du tube de la seringue dans l'abcès qui communiquait avec la veine jugulaire, largement ulcérée vers ce point; en disséquant la peau, nous découvrîmes deux autres abcès dans l'épaisseur des parois thoraciques.

Dans le thorax, nous constatâmes la présence d'un liquide purulent, blanchâtre, peu abondant; des traces rouges dans plusieurs points des plèvres, et quelques adhérences établies entre la plèvre polmonaire et la plèvre costale, au moyen de pseudo-membranes peu organisées. Les poumons ne présentaient point d'altération sensible; l'un d'eux seulement était congestionné.

Le cœur paraissait avoir son volume normal, mais le tissu musculaire en était ramolli. Le ventricule gauche contenait un caillot de fibrine pure et dense, et les trois autres cavités étaient occupées par du sang noir non coagulé.

Le péritoine était rouge et contenait un liquide brunâtre en assez grande quantité ; point de lésion dans le tube gastro-intestinal. Le foie avait acquis un volume considérable et ne présentait plus cet aspect lisse et poli qui en caractérise la surface à l'état normal, les granulations étant disjointes presque partout.

La rate portait à sa base un engorgement circonscrit et de couleur brunâtre, résultant d'un travail hypertrophique.

Les reins étaient ramollis, au point que la membrane fibreuse s'en détachait aisément par une légère traction. La substance corticale était jaunâtre, et la couche tubuleuse présentait une coloration rouge très forte.

Le microscope nous fit constater dans le sang quelques gouttelettes d'huile

(1) Nous ferons remarquer que quelques-uns des chiens qui ont servi à nos expériences prenaient ces corps gras d'eux-mêmes, et que d'autres éprouvaient de la répugnance à le faire, ce qui nous obligeait à les leur administrer de force. Les huiles employées furent, à l'exception de quelques cas, que nous aurons soin d'indiquer, l'huile d'olives clarifiée et l'huile de foie de morue de couleur citrine.

4° chimie; 5° minéralogie et géologie; 6° botanique et physiologie végétale ; 7° sciences médicales. Chacune de ces sections a produit de nombreux et remarquables travaux. Nous ne pouvons même les indiquer ici. Nous sommes forcés de nous restreindre à ce qui est purement médical et chirurgical, tant les communications ont été nombreuses et variées.

PREMIÈRE PARTIE. — MÉDECINE.

M. le professeur PUCCINOTTI, président de la section des sciences médicales, a ouvert la première séance par un discours remarquable, dont nous extrayons les passages suivans :

Deux routes, dit-il, sont aujourd'hui ouvertes à la science : l'exposition des faits, élémens essentiels de toute science naturelle et de la médecine en particulier, et le rapprochement de ces faits qui peut seul produire les principes. Les sciences ont deux périodes : dans la première, on les soumet à des lois ; dans la seconde, ce sont les sciences elles-mêmes qui dictent des lois aux intelligences qui les cultivent. La première période donne naissance aux systèmes limités, exclusifs, qui n'allant pas au-delà des principes établis *à priori* paralysent l'observation et l'expérience. Dans la seconde, que l'auteur appelle actuelle, les autorités disparaissent, les chefs d'école sont embarrassans et même nuisibles, la science domine. Les déductions scientifiques de cette période représentent les vrais principes, offrent les élémens constitutifs des maladies, et il est de fait que la thérapeutique tire ses indications de ces élémens bien plus que de la théorie. Mais les savans ne sont pas toujours d'accord : nous avons à déplorer chaque année des dissidences dans les écoles; quelques personnes ne regardent un fait qu'à leur propre point de vue : l'erreur vient de ce que les faits sont envisagés arbitrairement ; de là des principes arbitraires qui donnent lieu à de fausses théories. L'auteur passe ensuite du général au particulier et se demande si aujourd'hui la médecine offre cette harmonie de principes.

Par exemple : on a voulu d'abord expliquer la fièvre typhoïde par la doctrine de l'irritation ; mais lorsqu'on a senti l'insuffisance de cette explication on a eu recours aux lésions anatomiques ; elles ont mis en lumière, il est vrai, la dothinentérie; mais les lésions matérielles que l'on rencontre dans cette maladie ne sont ni constantes ni proportionnées à la gravité des symptômes ; c'est ce qui conduisit à l'investigation des causes ; de là l'idée d'un miasme de l'altération du sang comme élément principal constituant la maladie ; la chimie acquit l'importance qu'elle mérite dans l'étude de ces sortes d'affections. Mais tout cela était insuffisant encore; la physiologie était destinée à éclairer cet obscur labyrinthe; on tint compte d'un autre élément de la maladie, les lésions fonctionnelles. Si l'on admettait impartialement le concours de tous ces élémens dans les fièvres typhoïdes, on aurait alors l'harmonie des principes.

L'auteur applique de semblables réflexions aux maladies exanthématiques ; il passe à l'inflammation et dit que les dogmes du dynamisme n'expliquent que la moitié du procédé de la maladie.

Il arrive ensuite à ces maladies appelées autrefois cachectiques, telles que la scrofule, la phthisie tuberculeuse, et il fait observer que l'élément anatomique domine pareillement ici ; mais que l'on ne peut rien expliquer avec son concours seulement. La recherche des causes, la nature du sang, les phases diverses, les

et une grande quantité de cristaux en aiguilles, dont nous ignorons encore la composition; à l'aide du même instrument, nous reconnûmes également des globules graisseux en petite proportion dans le tissu pulmonaire, et en proportion beaucoup plus forte dans le foie, ainsi que dans les reins : dans ceux-ci la matière grasse occupait en grande partie les canaux urinifères, aussi bien dans la substance médullaire que dans la corticale. Nous ferons néanmoins observer que, dans quelques points, la membrane de ces canaux était à peine visible et que les globules huileux y étaient extravasés.

Exp. IV. — Elle fut commencée le 23 avril 1844, par l'injection d'une dose de trois seringues (6 gros) d'huile d'olives dans la jugulaire d'un chien qui, après avoir subi cette opération, éprouva un peu de dyspnée et se trouva tout étourdi; mais le lendemain, tout le trouble avait disparu et l'animal se portait bien.

Nous répétâmes la même injection le 5 mai; le chien fut pris immédiatement après d'une forte gêne dans la respiration. La dyspnée augmenta les jours suivans, il perdit l'appétit, maigrit et mourut dans le marasme, le 25 du même mois.

L'autopsie fut faite le 26. Avant de pénétrer dans les grandes cavités splanchniques, nous notâmes la maigreur générale du sujet, la sécheresse de la peau et des poils, ainsi que la pâleur des muqueuses apparentes.

Thorax. Le poumon droit était rouge et légèrement engoué, le gauche se trouvait à l'état normal; les cavités droites du cœur contenaient, indépendamment d'une assez forte quantité de sang noir sirupeux, un caillot de fibrine pure, très ferme et engagé dans le ventricule; les cavités gauches ne contenaient guère que des caillots de même nature.

Abdomen. Le foie ne présentait rien de bien important à noter; on remarquait seulement quelques taches jaunâtres à sa surface et dans son intérieur; sa vésicule était gorgée de bile.

L'estomac contenait un liquide brun foncé; l'intestin grêle était garni, à sa surface muqueuse, d'un grand nombre d'ulcères profonds, à bords soulevés, et on y remarquait des pétéchies rouges, nombreuses surtout dans l'iléon.

Le gros intestin ne présentait aucune trace de ces altérations; il était rempli d'excrémens remarquables par leur aspect noir.

L'analyse microscopique du sang, pris dans le cœur, y démontra des globules irréguliers, mais on n'y découvrit point d'huile.

Le foie et les reins furent soumis au même examen, et on n'y constata pas la moindre trace de fluide graisseux.

L'huile avait donc disparu du sang et des organes dans lesquels elle se dépose toujours peu de temps après son introduction dans l'appareil circulatoire; l'espace de vingt jours, pendant lesquels on en suspendit l'usage, avait suffi pour son élimination.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

INJECTIONS D'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LES VEINES.

Exp. Ire. — Le 10 décembre 1843, un chien de forte taille, de race commune et d'un âge avancé, reçoit deux gros d'huile de poisson dans la jugulaire externe; il ne paraît d'abord pas en souffrir; mais le lendemain il se montre triste, refuse les alimens et éprouve de la dysnée. Le 12 il était mieux et le 13 tout trouble fonctionnel avait cessé.

Le 17, on lui injecte de nouveau 2 gros d'huile de morue dans une jugulaire; il en souffre fort peu et conserve une assez bonne santé jusqu'au 20, époque à laquelle il cesse de manger avec goût et commence à dépérir.

Le 30 il meurt.

A l'autopsie les poumons n'offrirent d'anormal que la présence de petites granulations denses à leur base.

Le cœur était rempli de caillots sanguins de consistance ferme.

Le foie était brun, dense et présentait quelques stries jaunes à sa surface. La vésicule hépatique contenait beaucoup de bile.

Considérablement engorgée, la rate représentait par sa forme une bouteille allongée, ayant 3 décimètres de longueur sur 1 décimètre de largeur à la base et 45 millimètres à la pointe. Elle était parsemée de petites taches d'un blanc jaunâtre à sa surface.

Les ganglions mésentériques étaient très volumineux et gorgés d'un liquide brun rougeâtre.

Par l'analyse microscopique, on constata l'existence de globules inflammatoires dans les granulations anormales que nous avons remarquées dans les poumons, un peu de fluide graisseux dans le foie et des produits d'exsudation dans les glandes mésentériques; on reconnut aussi l'état normal du sang, qui paraissait cependant être devenu plus riche en globules et en fibrine.

Exp. II. — Le 3 avril 1844, deux gros d'huile de foie de morue furent injectés par une jugulaire dans le torrent circulatoire d'un chien de petite taille, dans le système veineux duquel nous avions introduit sans résultat, le 21 janvier, de la matière d'un cancer encéphaloïde; une heure et demie après l'opération, cet animal avait cessé de vivre.

L'huile que nous employâmes pour cette expérience était trouble et très foncée; elle provenait probablement de poissons en état de putréfaction. Sa consistance étant très grande, elle n'aura pu franchir les capillaires pulmonaires, d'où est provenue la prompte asphyxie de l'animal, qui fut déterminée mécaniquement par la stase de ce liquide gras dans les poumons, comme le démontrent, du reste, les détails nécroscopiques que nous allons rapporter.

Les poumons étaient parsemés de taches et stries noires à l'extérieur et se trouvaient gorgés de sang noir et d'huile; celle-ci s'écoulait sous forme de petites gouttelettes des coupes qu'on pratiquait dans leur épaisseur. Ils ne présentaient point d'autre altération. Le foie contenait aussi une petite quantité de l'huile injectée, mais elle n'était pas épanchée dans les cellules.

Vu au microscope, le sang présentait quelques cristaux et des globules irréguliers, circonstance pathologique qui nous porta à admettre une prompte décomposition de ce liquide vivant, sous l'influence de l'huile mise en contact avec lui.

Exp. III. — Un chien dogue, de forte taille, reçoit le même jour, 3 avril 1844, 4 gros d'huile brune de poisson dans une des jugulaires. Comme le précédent, il meurt asphyxié une heure environ après l'opération.

Nous l'ouvrîmes immédiatement, et nous trouvâmes les poumons emphysémateux et gorgés de sang noir, mêlé à l'huile qui avait été injectée dans le système veineux. Il en était de même du cœur et des vaisseaux en général.

On découvrit dans le sang, au moyen du microscope, une immense quantité de cristaux, de globules irréguliers et de l'huile.

Le foie contenait aussi une certaine quantité de ce dernier fluide gras (1).

Exp. IV. — Le même jour, un autre chien, de taille moyenne, dans les poumons duquel nous avions insufflé de l'air, en décembre 1843 et en février 1844, dans le but de produire un emphysème, fut soumis à la même expérience. Il n'y survécut pas plus longtemps que les deux précédens, et il nous offrit à l'autopsie les mêmes altérations dans les poumons et dans le sang.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

ADMINISTRATION D'HUILE D'OLIVES A L'INTÉRIEUR PAR LA BOUCHE.

Exp. Ire. — Elle fut commencée le 21 février 1844, sur un chien de berger, par l'administration d'une cuillerée (2) d'huile d'olives, qui lui fut continuée les jours suivans, en augmentant cette dose d'une demi-cuillerée tous les jours, jusqu'au 26, époque à laquelle survint une inondation du vallon de la Senne, qui nous obligea de suspendre le cours de nos expériences. Ce ne fut que le 2 mars que nous pûmes reprendre l'administration de l'huile. Le même événement vint encore nous arrêter le 11 mars, mais nous y revînmes le 15. L'animal était bien

(1) On rencontra quelques ténias dans l'intestin grêle de ce chien. — Nous lui avions injecté quelques œufs de cet entozoaire dans une veine jugulaire quelques semaines auparavant.

(2) La contenance de notre cuiller est du tiers d'une once = 8 scrupules.

---

métastases qui se présentent ont fait connaître que les lésions fonctionnelles y sont pour beaucoup; que la trame organique peut être altérée secondairement par un élément préexistant à l'extérieur et qui pénètre dans l'organisme par la voie du sang, tandis que le sang n'en est point contaminé. On pourrait par ce moyen mettre d'accord les humoristes et les solidistes. Il en est de même des névroses. Quant aux maladies du cœur, l'auteur ne disconvient pas qu'à l'aide de l'auscultation et de la percussion on n'ait fait faire de sensibles progrès à leur diagnostic; néanmoins il pense que la thérapeutique ne saurait être complétée par la percussion, l'auscultation et l'anatomie pathologique; des diathèses préexistantes, telles que les affections herpétiques goutteuses, doivent être prises en considération. Il pense que par ce moyen la thérapeutique sera plus sûre et plus efficace. L'auteur entrevoit dans l'association de ces vues un nouvel exemple de l'harmonie qu'il proclame et à laquelle il voudrait qu'on sacrifiât tous ces systèmes et ces élémens dissidens.

Il montre ensuite la concordance de cette méthode de philosophie médicale avec la philosophie de Galilée et avec les principes de la vie universelle; car la vitalité ne vient pas de la matière, mais la pénètre et s'y modifie comme la lumière en traversant le prisme, de façon que la vie résultante n'est point autre que la vie primitive.

ALIMENTATION PAR LE BLÉ DE TURQUIE CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE LA PELLAGRE.

M. le docteur Balardini lit un mémoire sur ce sujet. Suivant cet auteur, la pellagre est devenue endémique depuis l'introduction de cette substance alimentaire dans le régime des habitans de la campagne. Cet aliment, dit-il, est aujourd'hui la nourriture presque exclusive de nos paysans, qui se nourrissaient autrefois avec du pain de seigle, de froment ou de millet.

L'opinion du docteur Balardini se résume dans les propositions suivantes :

1° L'origine de la pellagre n'est pas très ancienne. Ce mal était ignoré de nos bisaïeuls, et les médecins n'en font pas mention avant la moitié du siècle passé. Sa manifestation est contemporaine, ou, pour mieux dire, a suivi de près l'introduction du blé de Turquie, et, quel que soit l'endroit où elle ait paru d'abord, nous la voyons se répandre de la plaine aux montagnes, des monts aux vallées, et suivre pas à pas la propagation de cette nouvelle céréale. Ces faits sont positifs : ils reposent sur des documens tirés des archives et des registres officiels.

2° La pellagre devient de plus en plus pernicieuse et semble se renfermer dans la grande vallée du Pô, où le maïs est presque la nourriture exclusive du paysan; car c'est un fait constant que le pain et la polenta composés de cette céréale constituent bien les neuf dixièmes de l'alimentation des colons affamés.

3° Cette maladie ne domine pas dans divers pays et même dans toute la province supérieure de l'Italie, telle que la Valteline. Cette région, d'une part, est soumise aux influences auxquelles certains auteurs attribuent la pellagre, et, d'autre part, elle est exempte de la cause malfaisante du maïs, qu'on y cultive peu et que l'on y consomme en petite quantité; car, dans ce territoire montueux, on y recueille abondamment du seigle dont les habitans se nourrissent presque exclusivement. Ce fait a été constaté par un écrivain délégué pendant sept ans à la gestion des affaires sanitaires de cette province, et qui l'a consigné dans sa

portant; on continua l'usage de l'huile, en élevant chaque jour la dose d'une cuillerée. Le 1er avril, il était un peu accablé, mangeait moins bien et éprouvait de la dyspnée; on ne lui donna point d'huile. Le 2, on en recommença l'administration, qui fut encore interrompue le 9 et reprise le 10, jusqu'au 30 du même mois.

Quoique assez vigoureux encore, ce chien ne mangeait presque plus; il maigrissait sensiblement, respirait de plus en plus difficilement les jours suivans, et mourut le 14 mai.

L'autopsie en fut faite huit heures après la mort.

Les poumons étaient hépatisés, et il s'écoulait des coupes que l'on pratiquait dans leur épaisseur un liquide grisâtre mêlé à des gouttelettes d'huile.

Le cœur présentait un volume anormal assez considérable, dû en grande partie à la dilatation du ventricule droit, car le gauche était rétréci. Le premier contenait une masse de sang noir mélangé d'huile.

Le foie était rouge, volumineux, ramolli et poreux, et il avait sa vésicule gorgée de bile.

Les reins paraissaient sains; l'urine était trouble.

Le péritoine était rouge et chargé d'une grande quantité de graisse dans ses replis épiploïques.

L'estomac contenait du chyme bien élaboré.

Examen microscopique. Le sang présentait, au microscope, des globules irréguliers et un grand nombre de petits cristaux prismatiques.

Le foie contenait une immense quantité de fluide graisseux; mais la substance de cet organe était tellement ramollie qu'on n'en distinguait plus les cellules au moyen du microscope.

On découvrit aussi quelques gouttes d'huile dans l'urine, et, quoiqu'on en eût suspendu l'emploi depuis quinze jours, la muqueuse intestinale en était considérablement humectée, ce qui prouve que l'absorption de ce liquide gras ne se faisait plus.

Les reins en contenaient également beaucoup dans les canaux urinifères de leur tissu propre.

Exp. II. — Le 3 mars 1844, on soumet un chien de moyenne taille à la même expérience. On commence par lui faire avaler une demi-cuillerée d'huile d'olives, dose qu'on continue les jours suivans, en l'augmentant chaque fois d'une égale quantité, jusqu'au 25 avril, époque de la mort de l'animal.

On fit l'autopsie le 26; il existait une couche de graisse considérable sous la peau.

Les poumons étaient volumineux et hépatisés. Incisés, il s'en écoulait une matière sanguinolente et graisseuse.

Le cœur contenait du sang noir huileux, accumulé en plus grande partie dans les cavités droites que dans les gauches. La membrane endocarde était très colorée.

Le foie et les reins paraissaient être à l'état normal; mais l'examen microscopique qu'on en fit permit d'y reconnaître une forte proportion d'huile, qui occupait d'un côté les cellules hépatiques, et de l'autre les canaux urinifères.

La bile en contenait aussi et les poumons en étaient pénétrés.

La vessie était entièrement revenue sur elle-même; elle ne contenait pas une goutte d'urine, et sa muqueuse présentait à sa surface quelques taches rouges.

Exp. III. — Le 3 mars 1844, même administration d'huile d'olives à un autre chien. La dose est augmentée tous les jours d'une demi-cuillerée jusqu'au 11; on en suspend alors l'emploi, et on y revient le 15; le 22, il en prend 8 cuillerées et demie, et il continue à jouir d'une bonne santé.

Le 2 avril, cet animal ne mange presque plus et éprouve une assez forte dyspnée, se traduisant principalement par l'agitation des flancs. Ce trouble fonctionnel s'aggrave de plus en plus les jours suivans; on continue néanmoins l'administration de l'huile, dont la dose est portée, le 6 avril, à quinze cuillerées. Peu de temps après les avoir prises, ce chien mourut.

Nous en fîmes immédiatement l'autopsie et nous trouvâmes les poumons sains dans les lobes antérieurs, hépatisés dans les postérieurs et partout pénétrés d'huile.

Le cœur était ramolli et contenait du sang noir non coagulé, mêlé à beaucoup d'huile.

On ne remarqua d'autre lésion dans le tube gastro-intestinal que la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse de l'intestin grêle.

Le foie était volumineux, dense et gorgé de sang noir. Ses cellules ne contenaient qu'une faible quantité d'huile. On n'en retrouva pas dans la bile, qui était très foncée.

Les reins paraissaient plus volumineux qu'à l'état normal et ne contenaient cependant point de fluide graisseux dans leur tissu.

Exp. IV. — Le sujet de cette expérience est une petite chèvre, âgée d'environ un an. Elle prend deux cuillerées d'huile d'olives tous les jours, depuis le 1er juin 1844, et se nourrit de l'herbe qu'elle broute dans une prairie, où elle est mise du matin au soir. Sa santé n'ayant pas subi la moindre atteinte, et s'étant plutôt améliorée, nous nous proposons de la laisser vivre encore quelque temps, en continuant l'usage de l'huile. Nous ne pourrons donc rendre compte de cette observation que dans la seconde partie de notre travail.

Exp. V et VI. — Deux lapins furent soumis à l'usage de la même huile, l'un le 26 mai et l'autre le 4 juin 1844. Ils en prirent chacun une cuillerée par jour pendant environ trois semaines, sans en ressentir la moindre indisposition; mais, à partir de cette époque, ils commencèrent à dépérir, et dix à douze jours plus tard ils avaient cessé de vivre.

A l'autopsie on trouva chez tous les deux les mêmes altérations : la pneumonie lobulaire, des exsudations et une grande quantité d'huile dans les poumons, une proportion moindre de ce liquide gras dans le sang et dans le foie; les reins de l'un de ces animaux en contenaient aussi, tandis qu'on n'en trouva point chez l'autre.

QUATRIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

ADMINISTRATION D'HUILE DE FOIE DE MORUE A L'INTÉRIEUR.

Exp. Ire. — Le 11 janvier 1844, un chien de chasse reçoit une cuillerée d'huile de foie de morue. Cette dose est continuée et augmentée tous les jours d'une demi-cuillerée, jusqu'au 26 du même mois.

Le 27, cet animal ne mangeait plus et respirait difficilement. On suspendit l'administration de l'huile.

Le 28, il était moins souffrant.

Le 29, il avait recouvré un peu de gaîté et d'appétit et éprouva moins de dyspnée.

Le 30, il refusa de nouveau les alimens; il avait la face crispée, les yeux abattus et chassieux, les flancs creux et agités.

Le 1er février, les symptômes avaient encore acquis de l'intensité; l'animal maigrissait de plus en plus et était très accablé.

Le 4 du même mois, il était atteint de frissons assez forts, qui se renouvellent le 5 et ne reparaissent pas le 6. Les trois jours suivans, il se montre moins accablé et mange un peu de pain trempé dans du lait. Le 11, on le soumet de nouveau à l'usage d'huile de poisson, qu'on continue, en augmentant encore la dose d'une demi-cuillerée chaque jour; mais, le 17, il avait cessé de vivre.

Pendant les derniers jours, cet animal éprouvait une très forte dyspnée, accompagnée d'un râle peu sonore. Il toussait à peine et était dans un état de faiblesse et de maigreur extrêmes.

L'autopsie fut faite le 18 février; les bords libres des paupières étaient recouverts de chassie. Il n'existait point d'infiltration dans le tissu cellulaire. Les muscles étaient très rouges et très denses, et le cadavre exhalait une odeur particulière.

Le poumon gauche était affaissé et sain dans ses lobes postérieurs, rouge, marbré, dense, congestionné et légèrement hépatisé dans ses lobes antérieurs. Il s'écoulait des incisions pratiquées dans ces derniers, un liquide peu consistant

---

Topographie statistico-médicale de la province de Londrio-Milano, 1834. On peut le déduire également des relations d'office de tous les médecins qui ont été invités, à différentes reprises, à faire sur les lieux des recherches à ce sujet.

4o Cette maladie n'atteint pas les personnes aisées, ni les habitans des villes, ni ceux enfin qui font usage d'autres alimens; de plus, si elle n'est pas invétérée ou arrivée à un certain degré d'intensité, elle cède avec la cessation de cette pernicieuse nourriture. On peut voir ce fait fréquemment chez ceux qui changent de coutume et de pays, et quittent la charrue pour un autre état; si le mal n'a pas jeté chez eux de profondes racines, on les voit bientôt en être complétement délivrés, et retomber dans leur ancienne infirmité dès qu'ils retournent à leur première hygiène.

L'auteur cite à l'appui de sa thèse le traitement usité dans tous les grands hôpitaux, qui consiste seulement à substituer à l'alimentation par le maïs une nourriture animale aidée de bains généraux de lait.

5o Enfin, l'auteur trouve un argument à l'appui de son opinion dans la nature même du maïs et dans la fréquente altération ou maladie de cette plante, nommée ordinairement *verderame* (vert-de-gris). Cette altération provient d'une maturité imparfaite et de l'influence du climat, peu propice à cette plante indigène des pays chauds. L'altération dont il s'agit, et qui consiste en une fongosité parasite propre au maïs, modifie sensiblement ses propriétés chimiques et physiques et le rend délétère. Ce grain corrompu est précisément celui qu'on distribue aux ouvriers cultivateurs.

RAPPORT ET DISCUSSION SUR CE MÉMOIRE.

Le travail du docteur Balardini ayant été renvoyé à une commission, voici un extrait du rapport de cette commission et de la discussion qui s'en est suivie; c'est le docteur Rizzi qui parle au nom de la commission.

On n'a pas de documens suffisans, dit-il, pour établir la simultanéité de l'introduction du maïs avec le développement de la pellagre; il y a des pays, dans la haute et dans la basse Italie, où l'on fait, depuis longtemps un grand usage du maïs, sans que ces pays soient pour cela infectés de pellagre. Les paysans de la province de Biella en sont tout à fait exempts, quoique leur aliment principal soit le blé de Turquie. Les Valdostans, qui en sont infectés, se nourrissent exclusivement de marrons.

Dans la haute Lombardie, où l'on ne consomme que du maïs, la pellagre est beaucoup moins fréquente que dans la Lombardie du centre, où l'on y joint le millet et le seigle. Le nombre des cas de pellagre a augmenté sur le territoire de Lodi pendant les années 1839, 1840, 1841, après les inondations à la suite desquelles le froment a été, dans ce territoire, substitué au maïs. Des familles entières, venant des montagnes de Gênes et des environs de Trente, qui s'établissent en Lombardie, en sont tout à fait exemptes, quoiqu'elles n'aient eu, pendant de longues années, d'autre nourriture que le maïs.

Quant au troisième argument, la commission ne le trouve pas concluant; pour qu'il le fût, il devrait être prouvé que, dans la Valteline, le maïs n'entre pas pour une certaine quantité dans la nourriture quotidienne, alors qu'on peut déduire de son mémoire même qu'on en fait usage dans cette contrée, quoique

et huileux qui se présentait sous forme de bulles argentines. Le même liquide s'échappait aussi, mais en plus petite quantité, des points opposés. Moins affaissé, le poumon droit était rouge-brunâtre et hépatisé dans toute son étendue, une petite portion du lobe postérieur exceptée. Il contenait le même liquide que le poumon gauche.

La trachée-artère et les bronches étaient très dilatées.

Les cavités droites du cœur nous ont paru agrandies. Elles contenaient, ainsi que les veines, une grande quantité de sang noir, sirupeux et huileux, dans lequel on remarquait quelques stries rouges et des caillots de fibrines peu volumineux, mais très fermes. Les cavités gauches se trouvaient presque entièrement occupées par un caillot fibrineux, remarquable par son volume considérable, sa blancheur et sa forte densité. Il se continuait de l'oreillette dans le ventricule, et de celui-ci dans l'aorte et entre les languettes de la valvule mitrale, auxquelles il adhérait assez fortement.

Le foie ne présentait aucune altération, sous le triple rapport du volume, de la nuance et de la consistance. La coupe en était luisante et laissait échapper du sang sirupeux. La vésicule du fiel était en état de réplétion.

Rien d'anormal n'existait dans la rate ni dans les ganglions mésentériques. Nous en dirons autant de l'estomac dans lequel nous rencontrâmes quelques brins de paille et des alimens non digérés.

L'intestin grêle ne nous offrit non plus rien de bien remarquable, si ce n'est quelques ténias et des taches rouges sur la muqueuse. Ces taches existaient également dans le cœcum et dans le colon. Quant au rectum, il contenait des matières fécales, jaunâtres et liquides.

Les reins, quoique un peu congestionnés, paraissaient sains.

Le cerveau et le corps thyroïde étaient également exempts de toute altération.

Analyse microscopique. Les globules du sang avaient une conformation régulière; le tissu pulmonaire était rempli d'huile, qui, dans les parties saines des poumons, apparaissait avec une multitude de bulles d'air; tandis que dans les portions hépatisées, il existait, indépendamment du fluide gras, une matière d'exsudation qui se présentait sous forme de grains blanchâtres, comprimant les vésicules pulmonaires.

Les cellules hépathiques contenaient de petits globules, en apparence, composés de graisse, et, en outre, quelques rares gouttes d'huile.

On découvrit aussi quelques gouttelettes de ce liquide dans les glandes du mésentère, et on n'en trouva pas la plus petite quantité dans les organes encéphaliques.

Exp. II et III. — Elles furent commencées, le 31 janvier 1844, sur deux chiens, l'un roux, l'autre noir, par l'administration, à chacun, d'une demi-cuillerée d'huile de poisson. On réitéra cette dose, les jours suivans, en l'augmentant chaque fois de la même quantité.

Le 3 février, ces animaux ne présentaient point d'état maladif, si ce n'est des vomissemens qui reparurent pendant quelques jours.

Le 11 février, le chien roux était très abattu; il refusait la nourriture, avait les yeux chassieux et respirait avec difficulté. On continua l'usage de l'huile de morue, à dose augmentée tous les jours, jusqu'au 22 février suivant. A cette époque, il était dans un état voisin du marasme, respirait à peine et ne pouvait plus se tenir debout. Il mourut le 23.

Le noir n'était guère aussi affecté, ce qui tient, sans doute, à ce qu'il vomissait souvent l'huile, immédiatement après l'avoir prise. Nous l'auscultâmes le 24, et nous pûmes distinguer de la crépitation dans le poumon droit. A partir de ce jour, on le vit maigrir sensiblement: il ne mangeait plus, toussait beaucoup et respirait difficilement. Du 3 au 8 mars, on suspendit l'emploi du médicament. On le reprit le 9 et le 10, pour le suspendre encore du 11 au 15, époque à laquelle on recommença à lui en faire prendre jusqu'à sa mort qui survint le 18 de ce mois.

L'autopsie du premier de ces chiens, le roux, fut faite le 24 février, environ 24 heures après la mort.

Elle nous fournit à peu près les mêmes résultats que celle du chien de la première expérience de cette série: il n'y avait point d'infiltration dans le tissu cellulaire, et les muscles étaient très colorés et denses.

Rien d'anormal dans les plèvres; le poumon droit était hépatisé dans les lobes antérieurs et inférieurs et perméable dans un des lobes postérieurs. Les portions enflammées contenaient un liquide spumeux mêlé à un grand nombre de bulles d'huile. On retrouvait aussi le liquide graisseux, mais en petite quantité, dans les parties saines.

Le poumon gauche n'était enflammé que dans une portion peu étendue de l'extrémité antérieure, dans laquelle on constata l'existence du même liquide que dans le poumon droit.

Les cavités du cœur, ainsi que les gros vaisseaux qui communiquent avec elles, étaient occupées par du sang noir, sirupeux et huileux, dans lequel nageaient des caillots de fibrine pure et très ferme.

Le foie était légèrement congestionné.

Nous ne remarquâmes aucune lésion notable dans l'estomac, les intestins, la rate, les glandes mésentériques, ni dans le centre nerveux cérébro-spinal.

Le microscope nous permit de découvrir de l'huile dans les cellules du foie, dans les vésicules pulmonaires, etc.

Le chien noir fut ouvert le 19 mars. Ses organes étaient à peu près dans les mêmes conditions que ceux du chien précédent; et l'examen microscopique donna aussi les mêmes résultats.

Exp. IV. — Elle consiste, comme les trois précédentes, dans l'administration d'huile de foie de morue, avec cette différence qu'on en augmenta la dose de deux cuillerées, tous les jours, au lieu d'une demi-cuillerée.

Le chien qui a fait le sujet de cette expérience reçut la première cuillerée le 27 avril 1844. Le 16 mai, il était déjà très malade et éprouvait surtout une forte dyspnée. Il expira vers la fin de cette journée.

Le lendemain, 17, on procéda à l'examen nécroscopique du cadavre; la plèvre gauche était couverte d'exsudations et contenait une assez grande quantité de sérosité purulente.

Les deux poumons étaient hépatisés, mais inégalement. Le gauche présentait cette espèce de carnification portée à un plus haut degré que le droit.

Le sang recueilli dans le cœur et les gros vaisseaux était noir, huileux et n'offrait qu'un petit nombre de caillots fibrineux.

Le foie ne présentait de remarquable que son volume considérable et des taches jaunes à sa surface et dans son intérieur.

L'estomac contenait beaucoup d'huile; sa muqueuse, un peu rougie, portait un petit ulcère dans le sac droit du côté de la grande courbure.

La muqueuse de l'intestin grêle était garnie de petits ulcères, plus nombreux dans la région duodénale que vers l'iléon.

Dans le cœcum, cette même tunique présentait des éminences entourées d'une auréole; dans le colon et le rectum elle était très rouge.

On ne remarqua rien d'anormal dans le centre nerveux cérébro-spinal.

A l'aide du microscope on découvrit beaucoup d'huile et de la fibrine exsudées dans les poumons.

Les cellules du foie étaient également gorgées d'huile. On en rencontra aussi dans les canaux des reins et dans le sang, dont les globules étaient, du reste, très réguliers. On remarqua encore le même liquide gras dans les villosités intestinales.

Exp. V et VI. — Le 5 mars 1844, deux chiens de petite taille reçoivent chacun deux cuillerées d'huile de poisson: cette dose est continuée tous les jours jusqu'au 11, puis du 15 mars au 9 avril, sans que leur santé semble en souffrir notablement. Cependant ces animaux n'ont plus l'appétit aussi fort qu'auparavant et paraissent un peu maigris. Après une nouvelle suspension d'un jour, on recommence la même administration d'huile de morue, pour ne l'interrompre, chez l'un, que le 28 avril, deux jours avant de le sacrifier: on le tue le 30, et on en fait immédiatement l'autopsie.

La surface des poumons était parsemée de taches noires. Le lobe postérieur droit adhérait au diaphragme par une bride pseudo-membraneuse, et le lobe in-

modérément. D'après les recherches statistiques de la commission à ce sujet, il a été d'ailleurs établi qu'il entre 11,000 mesures de ce blé expédiés d'autres provinces dans la Valteline, sa propre récolte ne pouvant pas suffire à la consommation des habitans.

On admet en général la validité du quatrième argument du docteur Balardini; mais on cite quelques cas de pellagre développés dans le sein de familles aisées, et l'on fait remarquer qu'en supposant que l'usage du blé de Turquie soit l'unique cause de la pellagre, on devrait en pouvoir constater les effets, quoique réduits, chez les individus qui en usent modérément, ce qui n'a pas lieu. Quant à la dernière partie de cet argument, la commission fait remarquer que les causes qui modifient la nourriture des individus modifient en même temps les autres conditions hygiéniques auxquelles les auteurs attribuent la pellagre.

La remarque suivante diminue la force du dernier argument du docteur Balardini: c'est que, dans le royaume des Deux-Siciles, où le maïs parvient à une complète maturité, il est atteint également de la maladie dite *verderame*. De plus, on en fait une grande consommation; néanmoins la pellagre est presque inconnue dans ces contrées.

Après la lecture du rapport, il s'est élevé une discussion.

Le docteur Beretta dit avoir observé beaucoup de familles de Briance dont tous les membres étaient atteints de pellagre; chez quelques-uns de ces individus recueillis dans des familles plus aisées du pays, on voyait la maladie perdre de sa gravité et disparaître parfois entièrement. Les familles aisées se nourrissent du même maïs récolté dans le même pays et dans les mêmes circonstances, et elles sont pourtant à l'abri de cette infirmité. D'où le docteur Beretta conclut que la pellagre ne doit pas son origine au maïs, mais à toutes les causes réunies auxquelles on l'a attribuée jusqu'ici.

D'une autre part, les docteurs Lima, Trompeo, Speranza, le professeur Semmola, etc., font remarquer que la pellagre a lieu même dans les pays où l'on ne fait point usage du blé de Turquie.

Le docteur Bertelli ajoute que, même dans certaines provinces de la France, où certes on ne cultive pas le maïs, on rencontre des cas de pellagre.

Le professeur Corneliani pense que l'on confond la pellagre avec d'autres maladies.

A ce propos, le docteur Dubini assure qu'il a observé à Paris, à l'hôpital St-Louis, un cas très évident de pellagre.

Le docteur G.-C. Calderini présente quelques détails statistiques sur l'extension de la pellagre par voie d'hérédité. Il a tenu compte du nombre des personnes dont sont composées les familles de pellagreux des deux sexes admis dans l'année au traitement balnéaire. La somme totale des individus appartenant à des familles de pellagreux a été de 4168, desquels 756 pellagreux et 3430 non pellagreux; c'est-à-dire 1 cas de pellagre sur 4 individus. Ce chiffre pourrait être considéré comme la moyenne du degré de diffusion de la pellagre dans ces mêmes familles. Il résulte du même calcul une moyenne de 10 à 11 individus par chaque famille, y compris les malades et les bien portans. La moyenne du nombre des autres familles où la pellagre ne s'est point développée, et qui sont néanmoins dans les mêmes conditions de vie, permet de calculer le degré suivant lequel cette influence décime plus ou moins la population. Parcourant

férieur présentait de petites granulations grisâtres du volume d'un pois ordinaire.

Le sang était très coagulable, le foie plus jaune qu'à l'état normal; tous les autres organes contenns dans l'abdomen furent trouvés entièrement sains.

L'analyse microscopique décela dans le sang quelques rares gouttelettes d'huile; on en rencontra une plus grande quantité dans les poumons, sans qu'on pût déterminer si elle existait dans les vaisseaux ou dans les vésicules pulmonaires.

Les granulations mentionnées plus haut avaient pour base de l'huile et une matière exsudée par inflammation.

On ne remarqua que peu d'huile dans les cellules du foie, dans la bile et dans les canaux urinifères; on n'en trouva aucune trace dans l'urine.

Le deuxième chien continua à prendre de l'huile à la dose de deux cuillerées par jour, jusqu'au 21 mai, époque à laquelle nous cessâmes de lui en administrer; jusque-là on n'avait remarqué aucun trouble notable dans l'organisme. Cet animal, qui n'avait pas cessé de jouir d'une bonne santé, fut tué par strangulation, le 16 juin.

Autopsie. Les poumons étaient sains et ne contenaient point d'huile. Le sang n'en présentait pas non plus la moindre trace.

Quant au foie, il avait un volume considérable, était parsemé de taches jaunes et contenait quelques gouttes d'huile dans son parenchyme. Les reins n'en présentaient que quelques rares gouttelettes dans leurs canaux.

Bien que ce chien eût d'abord pris une énorme quantité d'huile, l'espace de trois semaines, pendant lesquelles on ne lui en administra pas, fut à peu près suffisant pour la faire disparaître des organes où on la retrouve le plus souvent. C'est ce qui fait qu'on n'en découvrit ni dans le sang, ni dans les poumons, et qu'on n'en remarqua qu'une très faible quantité dans le foie et les reins, d'où elle aurait aussi été éliminée, si on avait laissé vivre l'animal pendant plus longtemps.

Exp. VII. — Un petit chien prend tous les jours deux cuillerées d'huile de morue, du 25 avril au 5 mai 1844. Il ne paraît nullement en souffrir. On le sacrifie le 12, après une suspension du médicament pendant sept jours.

Les poumons ne présentaient d'autre lésion qu'une hépatisation grise dans le lobe postérieur du côté gauche, point où on découvrit, au moyen du microscope, la présence d'une grande quantité d'huile mêlée à une matière d'exsudation. Dans les lobes sains, on ne constata pas l'existence d'une seule goutte d'huile.

Le sang n'en contenait pas non plus, d'où il résulte que le corps gras commençait à disparaître des organes où il avait dû s'accumuler.

Exp. VIII. — On administre en trois doses, les 6, 7 et 8 mai, trois cuillerées d'huile de poissou à un chien de forte taille, et on le tue le 20.

Tous les organes étaient sains et aucun d'eux, de même que le sang, qu'on examina également au microscope, ne contenait la moindre quantité d'huile.

Exp. IX. — On donne chaque jour une cuillerée d'huile de morue à un lapin, du 26 mai au 1er juin. On le sacrifie alors, et on constate l'hépatisation de plusieurs lobes du poumon droit, dans les vésicules desquels il existait beaucoup d'huile et de la matière d'exsudation, tandis qu'on n'en distinguait point dans les parties non atteintes d'inflammation.

Le foie n'offrait aucune lésion importante. Ses cellules ne contenaient point d'huile; elles n'étaient occupées que par la substance granuleuse qu'on y rencontre toujours à l'état normal.

Les reins étaient exempts d'altération et dépourvus d'huile. Nous en dirons autant du tube gastro-intestinal et des autres organes abdominaux, qui tous nous ont paru très sains.

Exp. X et XI. — Le 3 juin 1844, on soumet deux autres lapins à l'usage de l'huile de poisson. Ils en reçoivent chacun une cuillerée par jour, qui leur ôte presque immédiatement l'appétit. L'un succomba le 7, et l'autre le 8 du même mois. Chez tous les deux, le sang recueilli dans le cœur contenait de l'huile. Les poumons étaient imperméables dans quelques points; on y constata, au moyen du microscope, la présence d'une grande quantité d'huile; mais on n'en retrouva ni dans le foie ni dans les reins.

L'épiploon gastro-splénique contenait, chez l'un, beaucoup d'hydatides qui s'y étaient sans doute développées avant notre expérience.

Exp. XII. — Une jeune chèvre rachitique et très débilitée, fut traitée par l'huile de morue, de couleur citrine, que nous lui donnâmes tous les jours, à dater du 24 mai 1844, à la dose de deux cuillerées (16 scrup.). On ne remarqua aucune amélioration dans la santé de cet animal qui, au contraire, devint de plus en plus faible, cessa de manger et mourut enfin le 15 juin.

A l'autopsie qui fut faite le 16, on trouva les poumons durs, presque entièrement carnifiés.

Le cœur et les gros vaisseaux contenaient des caillots sanguins très consistans.

Le foie était d'un rose pâle, luisant et rempli de caillots sanguins.

Les reins nous ont paru hypertrophiés, et nous n'avons rencontré aucune lésion dans le tube gastro-intestinal.

On constata, au moyen du microscope, des granulations jaunâtres, formées par une matière d'exsudation et un peu d'huile dans les poumons.

On rencontra aussi de l'huile dans le foie et dans les reins, mais en quantité proportionnellement beaucoup plus grande dans le premier. Le sang n'en montra pas la moindre trace.

RÉSUMÉ.

Il résulte, selon nous, des expériences dont nous venons de faire la relation :

1° Que l'huile d'olives et l'huile de poisson de couleur citrine ne présentent pas de différences appréciables dans leur action sur l'économie animale, soit qu'on les administre par la bouche ou par injections dans les veines, excepté dans quelques cas où la fibrine du sang et la chair musculaire ont acquis de la densité sous l'influence de l'huile de foie de morue, chez des chiens qui l'avaient prise à l'intérieur; mais ce résultat n'a pas été constant.

2° Que l'huile de poisson d'un brun foncé, non clarifiée, introduite dans le torrent circulatoire, détermine promptement l'asphyxie de l'animal et provoque une décomposition subite du sang, comme le prouvent suffisamment l'irrégularité des globules sanguins et l'existence des cristaux dont nous avons constaté la présence dans ce liquide, au moyen du microscope.

3° Que les huiles grasses, quelle que soit la voie par laquelle on les administre, ont une tendance naturelle à se déposer dans le foie, les poumons et les reins.

4° Que, dans ces organes, elles se déposent de deux manières différentes : elles s'épanchent dans les parenchymes, en transsudant à travers les capillaires sanguins, ou elles aboutissent par les mêmes voies dans les cellules biliaires, dans les vésicules pulmonaires et dans les canaux urinifères.

5° Que les animaux survivent longtemps à l'introduction de ces huiles dans le sang par une veine, même quand on réitère l'injection, en prenant la précaution de n'en administrer qu'une petite quantité à la fois : alors l'huile disparaît d'abord du sang et successivement des poumons, du foie et des reins.

6° Que les effets des huiles, administrées à l'intérieur, par la bouche, varient beaucoup suivant la dose plus ou moins forte que l'on en donne à la fois, et le laps de temps pendant lequel les animaux en prennent.

ensuite ces trois séries, il trouve bien remarquable de voir des familles de 5, 7 ou 9 personnes, toutes atteintes de pellagre, tandis que, dans des familles composées de 68 individus, il ne s'en trouve quelquefois qu'un seul.

L'auteur a ensuite séparé les plus proches parens de chaque malade, puis leur père et mère, les frères, les sœurs, les enfans. Il a distribué en deux séries les individus attaqués de la pellagre et ceux qui ne l'étaient pas, et il a trouvé 1157 pellagreux et 3093 individus sains, ce qui fait 3 individus sains sur 1 pellagreux. Plus haut, il avait trouvé, pour de moins proches parens, mais vivant néanmoins ensemble, une moyenne de 1 pellagreux sur 4; maintenant, parmi les conjoints de parenté intime, il en trouve 1 sur 3, ce qui prouve très évidemment que la pellagre se répand le plus facilement dans les familles, en raison de l'affinité de parentés des individus qui les composent. L'auteur déduit de cela que la pellagre se propage plutôt par voie héréditaire que par le seul fait des causes auxquelles on l'attribue, et qui pèsent indifféremment sur les personnes qui vivent ensemble : telles sont la misère, l'usage du mauvais froment, l'exposition à un soleil ardent, etc.

L'auteur ajoute que d'après un aperçu approximatif des cas répandus dans la province de Milan depuis 1830 jusqu'à 1838 il a déduit une moyenne des pellagreux qui est bien loin des proportions de 1 sur 3.

Ayant pris note de 3 ou 4 familles pour séparer celles qui n'avaient qu'un membre atteint de celles qui en avaient plusieurs, il a trouvé une moyenne de 5 à 3, ce qui prouve que la pellagre se trouve plus fréquemment multipliée dans les familles qu'isolée. Il pense que ces résultats confirment son opinion, annoncée l'année dernière dans son mémoire sur la pellagre, qui fait consister dans le vice héréditaire un des principaux moyens de propagation de cette maladie. Sur 477 couples appartenant à des familles de pellagreux, il en a trouvé 134 dont les deux époux étaient pellagreux et 343 dont il n'y avait de malade que le mari ou la femme, ce qui fait une proportion de 1 sur 2. Il en conclut que la pellagre se communique encore plus facilement entre mari et femme que de parens à enfans frères ou sœurs, puisque sur trois couples il s'en trouve un dont les deux individus sont pellagreux. Comment expliquer une telle diffusion de la pellagre, et disons-le, une diffusion si exceptionnelle parmi les conjoints sans conjecturer que la maladie peut être contagieuse.

Enfin pour compléter son étude sur la pellagre héréditaire, l'auteur a constaté cette année comme l'année dernière que le père pellagreux et la mère saine ont procréé plus souvent des enfans mâles atteints de la maladie, tandis que placés dans les conditions opposées ils ont procréé au contraire des filles atteintes du mal.

Dans un autre aperçu où il est question des aïeuls et des aïeules à l'égard de leurs petits-enfans, l'on remarque au contraire que de l'aïeul pellagreux et de l'aïeule saine, il procède plus souvent des enfans du sexe féminin, tandis que de l'aïeule pellagreuse et de l'aïeul sain il procède plutôt des mâles.

FIBRINE DU SANG DANS LES INFLAMMATIONS.

M. le docteur Polli a lu un mémoire sur ce sujet. Voici quelques-unes des conclusions de l'auteur :

1° L'on trouve souvent du sang liquide dans les cadavres, qui, même vingt-quatre ou vingt-six heures après la mort, subit la coagulation spontanée.

7° Que lorsqu'on augmente la dose tous les jours, les animaux perdent l'appétit, maigrissent, toussent, éprouvent beaucoup de dyspnée, et présentent enfin tous les symptômes d'une violente pneumonie à laquelle les chiens succombent dans l'espace d'environ un mois, et les lapins beaucoup plus tôt.

8° Que les lésions trouvées aux autopsies, sont, en effet, l'hépatisation totale ou partielle des poumons, l'accumulation d'un fluide graisseux dans le parenchyme de ces organes et, en outre, un dépôt de la même matière grasse dans le foie, les reins et le sang.

9° Que l'hépatisation des poumons est toujours, quant à l'étendue, en rapport avec la quantité d'huile introduite dans l'économie par les voies digestives.

10° Que ce liquide gras, quand on l'administre par la bouche, est absorbé par les villosités de l'intestin et se trouve ainsi introduit dans le sang avec lequel il circule pour arriver aux organes où il doit se déposer, à savoir : le foie, les poumons et les reins, où il détermine toutes les lésions que nous avons décrites et qui peuvent se résumer par les mots de : *poumons gras, foie gras* et *reins gras.*

11° Que de mauvaises digestions, telles que celles que nous avons viciées, en administrant de trop fortes proportions d'huile à certains chiens, peuvent occasionner une pneumonie particulière; circonstance qui avait été signalée par les anciens médecins sous le nom de *pneumonie bilieuse*, etc., et qui fut ensuite révoquée en doute, et niée même par nos contemporains; ce qu'on pourrait peut-être attribuer à l'esprit de système dont la science fut envahie et qui détourna souvent de la bonne route un si grand nombre d'observateurs distingués.

12° Que, lorsqu'une huile grasse est administrée en petite quantité et pendant un court laps de temps, elle disparaît insensiblement du sang et des organes où elle s'était fixée.

13° Que les animaux auxquels on en fait prendre à dose minime et égale tous les jours continuent à jouir d'une très bonne santé.

14° Que les huiles grasses ne subissent aucune transformation depuis leur introduction dans les villosités intestinales par absorption, ou dans les veines par injections, jusqu'à leur arrivée aux poumons, au foie et aux reins.

15° Que c'est seulement dans ces organes (poumons, foie et reins) que leur transformation s'opère, ce qui rend infiniment probable cette hypothèse, que les huiles grasses sont brûlées dans les poumons et transformées en bile dans le foie, et qu'elles concourent à la formation de l'urine dans les reins; mais tout est encore à prouver relativement à ce point de haute physiologie (1).

16° Que, quand on fait usage d'huiles à titre de médicament, il est nécessaire d'exercer les muscles ainsi que les poumons, et de ne pas les administrer sans prendre garde aux doses, comme on le fait encore très souvent; car si l'huile de foie de morue, par exemple, est un agent thérapeutique précieux, lorsqu'elle est prescrite avec discernement, elle pourrait, en peu de temps, compromettre la santé des personnes qui en prendraient sans quelque précaution et d'une manière inconsidérée. De là, selon nous, la nécessité de ne pas laisser au vulgaire le droit de prescrire ce médicament non plus que la plupart des autres.

17° Que l'huile de poisson, de couleur foncée, doit être proscrite par les médecins, quand même (ce qui paraît probable) les forces digestives pourraient détruire ou enlever, en partie, ses effets pernicieux.

18° Que les huiles grasses provoquent les mêmes modifications organiques, notamment la pneumonie graisseuse, chez les animaux herbivores que chez les carnivores (1).

(1) La quantité d'huile que nous avons trouvée dans la bile et dans l'urine était toujours minime, en comparaison de la masse qui s'était accumulée dans le foie et les reins.

(1) L'efficacité des émissions dans les catarrhes aigus des poumons ne s'expliquerait-elle pas par l'introduction d'une certaine quantité d'huile dans ces organes, laquelle s'opposerait au contact immédiat de l'air avec les tissus privés de leur épithélium par la maladie ?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De la température chez les enfans à l'état physiologique et pathologique*; par M. Roger. (Travail non terminé.) 2° *Etudes cliniques sur les maladies vénériennes*; par M. Deville. (DE LA VAGINITE GRANULEUSE.) 3° *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur*; par M. Valleix. 4° *De quelques hernies étranglées*; par M. Voillemier. (Rien d'intéressant. L'auteur insiste sur ce fait que l'étranglement a moins de gravité lorsqu'il ne porte que sur une portion du calibre de l'intestin; mais il ne tire de ces remarques aucune conclusion précise relativement à la pratique à suivre dans ces cas.) 5° *De la bronchotomie ou trachéotomie dans le traitement du croup*; par M. Jousset. 6° *Sur la micrographie appliquée à l'anatomie pathologique, à l'occasion d'un travail récent intitulé :* Icones histologiæ pathologiæ; par M. Gosselin. (Simple compte-rendu des travaux récens de M. Vogel.) 7° *Observation de concrétion polypiforme organisée, obstruant presque complètement l'infundibulum du ventricule droit du cœur et l'orifice de l'artère pulmonaire*; par M. Aran. 8° *Du varicocèle et de sa cure radicale*; par M. Hélot. 9° *Du développement simultané de la vaccine et de la variole, et des modifications qu'exercent ces deux éruptions l'une sur l'autre*; par M. Legendre. 10° *Essai d'une analyse thérapeutique des effets des quinquinas et du sulfate de quinine; des indications remplies par ces médicamens dans les maladies en général et de l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde*; par M. Jacquot. (Bonnes considérations pratiques, mais peu susceptibles d'analyse.)

DE LA VAGINITE GRANULEUSE; par M. DEVILLE.

La maladie que M. Deville décrit sous ce titre paraîtra véritablement

---

2° Toute espèce de sang se coagule avant de se putréfier ; il n'existe aucune portion de sang incoagulable, comme les anciens le croyaient.

3° Les principales modifications phlogistiques de la fibrine consistent dans une augmentation de quantité, dans une résistance à la coagulation et dans sa raréfaction.

4° Chacune de ces modifications paraît être le résultat d'un degré particulier d'intensité dans l'état inflammatoire. L'augmentation de quantité correspond au degré faible ; le retard de la coagulation à un degré plus élevé, et l'augmentation de la fibrine à l'intensité la plus grande de l'état inflammatoire, lequel cependant peut être très circonscrit.

Cette lecture a obtenu un grand succès.

Le même auteur a lu, dans une autre séance, un ESSAI SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR L'ANALYSE DU SANG, particulièrement à l'usage des cliniciens. Il en tire les conclusions suivantes :

1° Les quantités absolues des élémens du sang ne sont pas plus importantes pour l'étude de ses conditions pathologiques que les quantités relatives. Au contraire, ce n'est que sur les rapports de proportion et les modifications respectives que reposent toutes les inductions.

2° Les proportions des élémens du sang peuvent se calculer facilement et sûrement au moyen de l'aréomètre si on l'emploie convenablement.

3° L'analyse aréométrique du sang est la plus convenable pour la clinique. Sans altérer les composés du sang, sans essayer une séparation difficile, elle donne promptement et facilement les principaux résultats de l'analyse chimique.

Cette analyse aréométrique s'exécute comme il suit : 1° explorer le sang à peine sorti des vaisseaux et recueilli dans une éprouvette avec l'aréomètre et le thermomètre; 2° défibriner ce sang en le fouettant avec un faisceau d'osier et mesurer de nouveau sa densité avec l'aréomètre, après l'avoir ramené à sa température primitive au moyen du bain-marie; 3° décanter et séparer du cruor la partie séreuse qu'on a obtenue après l'avoir laissé reposer, l'explorer de nouveau par le moyen sus-indiqué; 4° séparer au moyen de l'ébullition l'albumine du sérum, auquel on aura préalablement ajouté de l'eau, et explorer ensuite la densité du liquide aqueux qui est resté. Il est clair qu'en soustrayant à mesure le chiffre des densités produites on aura le chiffre proportionnel de la fibrine, des globules, de l'albumine, des sels, etc., qui sont contenus dans une quantité de sang donnée; en répétant l'opération sur le sang de deux ou plusieurs saignées on aura des résultats qu'on pourra comparer entre eux.

SCORBUT.

Le docteur NOVELLIS d'Alexandrie lit un mémoire sur le scorbut qu'il attribue principalement à l'humidité. Le théâtre de ses observations est la prison d'Alexandrie dont les deux dortoirs sont placés, l'un dans un rez-de-chaussée assez humide, l'autre à un premier étage et sec. Il résulte de ses calculs que pour deux cas de scorbut arrivés au premier étage, il en a compté six à l'étage inférieur.

Afin d'apprécier la valeur de l'opinion vulgaire qui fait consister la cause du scorbut dans l'abus du sel marin, l'auteur a imaginé d'augmenter la dose de cette substance dans le pain distribué aux prisonniers. Or, loin que le nombre

nouvelle à la plupart de nos lecteurs. En effet, bien que M. Ricord l'eût déjà désignée par la dénomination de *psorélytrie* dans un travail inséré au JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, bien que nous ayons nous-mêmes entendu ce professeur mentionner avec détails la maladie dont il s'agit dans les leçons publiques qu'il donna pendant l'été de 1838 à l'école auxiliaire de médecine de M. Alph. Sanson, il est juste de reconnaître que la description *ex professo* que présente aujourd'hui M. Deville complète d'une manière aussi intéressante que fructueuse l'étude de cette affection. Interne à l'hôpital de Lourcine, l'auteur a pu l'observer 16 fois en assez peu de temps. Nous donnons donc avec confiance et comme résultat de recherches pratiques très bien dirigées, le résumé suivant de son mémoire.

Affection chronique, essentiellement chronique même à son début, se distinguant surtout par là de la vaginite simple qui commence ordinairement par une période d'acuité, la vaginite granuleuse n'est pas une affection très commune, quoiqu'on doive cependant présumer qu'on la reconnaîtra plus souvent à présent que l'attention va être éveillée sur la possibilité de son existence et sur ses caractères. La maladie consiste dans le développement sur la surface vaginale de granulations indolentes, d'un demi-millimètre à 2 millimètres de diamètre, tantôt isolées, tantôt et le plus souvent confluentes. Leur siége de préférence est dans la partie supérieure du vagin et sa face postérieure, quoique assez fréquemment elles tapissent ce conduit tout entier. Elles envahissent parfois le museau de tanche, mais se bornent alors toujours très rigoureusement à sa face externe. Le plus habituellement elles se placent sur le sommet et non dans l'intervalle des plis du vagin.

Un écoulement plus ou moins abondant accompagne le développement des granulations. Le liquide sécrété est ténu, non visqueux, assez épais, crémeux même, d'une couleur qui tient le milieu entre le verdâtre et le jaunâtre. La présence de ce liquide est un caractère constant de la maladie. Lorsqu'on voit, au spéculum, un aspect verdâtre ou blanc sale du fond du vagin, sur lequel ressortent de petits points rouges, lesquels ne sont autre chose que le sommet des granulations, on peut porter son diagnostic en toute assurance. La lésion est suffisamment différenciée d'avec la vaginite simple, ou le catarrhe utérin et même la métrite granuleuse; car, dans cette dernière maladie, les granulations n'occupent que la face interne du col, et, de plus, elles sont sujettes à s'ulcérer fréquemment, ce que l'auteur dit n'avoir jamais observé dans la vaginite granuleuse.

Les granulations que nous décrivons sont-elles un développement des follicules du vagin, ou bien une hypertrophie de ses papilles? Jusqu'ici, on ne pourrait guère répondre à cette question que par des hypothèses. Cependant les deux versions que nous venons d'énoncer ne paraissent pas très vraisemblables. En effet, d'un côté, si l'on s'en rapporte aux recherches de M. Giraldès, il n'existe pas de follicules dans la partie supérieure du vagin, là où se rencontrent surtout les granulations; de l'autre, ces granulations se prolongent jusque sur les caroncules myrtiformes, sur le col utérin et sur diverses parties du vagin où n'existent pas les papilles. On voit donc que la nature de la vaginite granuleuse est encore un mystère, comme du reste l'ophthalmie granuleuse avec laquelle elle a tant de rapports.

Parmi les causes de cette affection, il en est une extrêmement remarquable : c'est la coïncidence habituelle de la grossesse avec l'état pathologique dont nous nous occupons. Neuf malades sur quatorze étaient enceintes au moment où elles furent soumises à l'examen de l'auteur; et l'altération paraissait toujours ou presque toujours avoir commencé avec la grossesse ou depuis son début sans autre cause efficiente. Cette coexistence si fréquente avait d'abord fait regarder par M. Deville les granulations du vagin comme intimement liées à la gestation. Mais depuis il a pu en observer des cas bien tranchés et où il était impossible de supposer une grossesse antérieure, les malades ayant été constamment l'objet d'une surveillance vigilante. Peu de jours après l'accouchement, on voit ordinairement la maladie tendre spontanément à la guérison, et même disparaître parfois tout à fait.

Quant aux autres causes, l'âge et la constitution ne semblent posséder qu'une influence secondaire. Neuf des malades observées par M. Deville avaient des flueurs blanches avant l'époque la plus probable du début des granulations.

Pour M. Deville (et nous l'approuvons tout à fait en ceci), cette affection n'a aucun rapport avec les maladies syphilitiques, c'est-à-dire qu'elle n'est point susceptible de donner lieu consécutivement à des accidens généraux dénotant une infection de l'économie. Il pense même que dans certains cas elle peut se développer sans l'influence des rapports sexuels; que, pour parler plus exactement, elle n'est jamais syphilitique et n'est, quelquefois, pas même vénérienne. Cependant l'écoulement qui l'accompagne possède indubitablement la faculté de transmettre une affection blennorrhagique, soit du gland, soit de l'urètre à celui qui cohabiterait avec une femme atteinte de cette maladie.

D'après ce que nous avons dit des caractères physiques de cet état, on comprend qu'il ne peut jamais y avoir de difficulté sérieuse à le diagnostiquer lorsque les parties sont soumises à la vue au moyen du spéculum. Il ne serait guère plus difficile de le reconnaître, alors même qu'on se verrait réduit à n'user que du toucher. Le doigt introduit dans le vagin glisse entre deux parois dures, rugueuses, chagrinées d'une manière toute particulière, ce qui ne se sent de cette façon que dans la vaginite granuleuse. Il faut cependant prendre garde de confondre avec les granulations un état de sécheresse avec exagération des plis normaux du vagin qu'on observe chez certaines femmes vers la fin de la grossesse : la présence de l'écoulement suffirait pour faire éviter cette méprise.

Le traitement est des plus simples. Celui que M. Deville a trouvé préférable consiste dans des injections faites soir et matin avec une solution de 0,05 de nitrate d'argent cristallisé sur eau distillée 30 grammes. On fait précéder chacune d'elles d'une injection à l'eau tiède, destinée à débarrasser autant que possible la surface vaginale de la matière de l'écoulement. Quelques bains tièdes, tous les trois ou quatre jours, complètent le traitement. M. Deville permet à ses malades de demeurer assises ou accroupies pendant qu'elles font les injections. Nous comprenons fort bien que, dans un hôpital spécial, il devienne difficile, comme il le dit, de faire prendre à toutes les malades l'attitude généralement recommandée, dans laquelle le fond du vagin étant situé plus bas que son entrée, le liquide injecté séjourne quelque temps dans le conduit vulvo-utérin et se met en contact plus prolongé avec la surface malade. Mais nous ne pouvons plus partager son avis lorsqu'il affirme que cette attitude n'est point préférable à l'attitude assise, et cela par le simple motif qu'il *n'est pas nécessaire que le nitrate d'argent soit longtemps en contact avec des surfaces malades pour les modifier*. Nous espérons assez du bon esprit dont M. Deville a donné beaucoup de preuves dans ce travail, pour

---

des malades se soit accru, il a notablement diminué. Il prit ensuite huit scorbutiques malades au même degré et depuis le même temps. Il prescrivit à quatre d'entre eux le collutoire ordinaire de cochléaria, vinaigre, etc.; il donna aux autres quelques onces d'eau ordinaire dans laquelle on avait fait dissoudre une once de sel marin. Ces derniers guérirent en dix jours, tandis que la maladie des autres dura beaucoup plus longtemps. Depuis ce moment il a adopté cette méthode dans les nombreux cas de scorbut qu'il eut à traiter, et toujours il en a obtenu des résultats satisfaisans.

Afin de comparer expérimentalement la valeur du *nasturzio acquatico* et de la laitue officinale, il prescrivit l'usage de ces deux substances à un nombre égal de scorbutiques atteints au même degré, et il s'est ainsi convaincu que ces deux plantes ont la même propriété curative pourvu qu'elles soient employées récemment récoltées.

Quant à la contagion de cette maladie, il n'a aucun motif pour l'admettre : 1° parce qu'elle ne s'est jamais développée chez les infirmiers ou autres assistans; 2° parce que dans cette prison les condamnés sont enchaînés deux à deux, et que la maladie développée chez l'un n'a jamais atteint l'autre; il est vrai qu'on les a séparés immédiatement.

FOLIE DES IVROGNES.

Le professeur Fossali appelle l'attention de l'assemblée sur l'existence d'une maladie spéciale des ivrognes, différente du *delirium tremens*, et dont l'effet et le symptôme principal est une tendance morbide vers les liqueurs enivrantes plus forte que la volonté du malade. Il indique les auteurs auxquels ce symptôme n'a pas échappé et donne ensuite une description détaillée des phénomènes qui caractérisent la maladie. Indépendamment du trouble qui existe dans les fonctions organiques, il existe surtout des modifications très marquées dans les facultés intellectuelles et morales. Le caractère devient bilieux, atrabilaire; l'âme est abattue, avilie, et dans un état de contradiction perpétuelle, qui la fait passer presque simultanément de la jactance à la prostration de l'amour-propre. La sûreté et l'agilité des mouvemens musculaires est affaiblie; le corps est enclin à l'inertie; la sensibilité est émoussée autant au physique qu'au moral; les sens sont hallucinés et malades; la mémoire, le jugement, l'attention sont affaiblis; la volonté n'a plus qu'un but et devient l'humble instrument de l'impulsion morbide vers la fatale boisson. Il ne saurait classer autrement cette maladie que parmi les aliénations mentales et, comme Esquirol, parmi les monomanies, tant à cause du siége de la maladie, qu'à cause de ses alternatives de calme et de délire, et aussi parce que le malade, dans ce dernier état, devient dangereux à lui-même et à autrui. En conséquence, il propose un traitement psycho-thérapeutique, comme pour les fous, basé principalement sur la privation totale et coercitive des liqueurs alcooliques. On essaierait de joindre à ce moyen l'usage du fer, qui est regardé par l'auteur comme propre à guérir cette tendance morbide vers les boissons enivrantes. Il cite trois cas très récens de guérison obtenue par les moyens suivans : séquestration du malade, privation totale des liqueurs et traitement antiphlogistique. L'auteur termine par cette remarque importante. « Ce serait une noble mission, utile à l'humanité et conforme au but des congrès scientifiques, que de proclamer ouvertement l'existence du mal et son empire sur la volonté

penser qu'il nous saura bon gré de présenter quelques remarques contre son assertion. D'abord, il demeure bien prouvé, grâce aux expériences de M. Ricord, qu'une injection poussée dans le vagin pendant que la femme se tient *à cheval* sur une cuvette ne touche parfois en aucune manière le col utérin; de sorte que le caustique risquerait fort de ne pas atteindre la partie profonde du vagin (celle où, au dire même de M. Deville, les granulations siégent le plus fréquemment) si on permettait aux femmes de rester *accroupies* lorsqu'elles font l'injection. En second lieu, il ne saurait être indifférent pour l'intensité de l'action produite et conséquemment pour la rapidité de la guérison, que le contact du nitrate d'argent avec les tissus altérés soit de longue ou de courte durée. Tous les malades qui ont pratiqué les injections de nitrate d'argent pour une blennorrhagie urétrale diront que la douleur produite par l'abondance et la durée de l'écoulement qui en résulte est bien plus prononcée quand ce liquide a été retenu deux ou trois minutes que si on l'a laissé sortir au bout de 40 à 50 secondes. Et sans s'en rapporter aux souvenirs ni aux impressions des malades, n'est-il pas connu de tous les praticiens spéciaux que lorsqu'on traite un chancre par la cautérisation, l'aspect de la surface touchée de même que la durée de la cicatrisation, diffère entièrement, selon qu'on ne fait qu'appliquer le nitrate d'argent sur l'ulcère, ou qu'on le laisse au contraire en place jusqu'à ce que le malade n'en sente plus l'action!

Cette question vidée entre M. Deville et nous, nous souscrivons tout à fait au plan de traitement qu'il propose. Rappelons encore que l'état de grossesse ne lui a jamais semblé une contre-indication à l'emploi des injections, si ce n'est lorsque les malades étaient arrivées à terme. Et encore, s'il conseille de temporiser dans ce cas, ce n'est point par la crainte de voir le traitement déterminer alors quelque accident; c'est seulement parce qu'il n'aurait pas pu être continué pendant un temps suffisant et parce qu'on pouvait espérer que l'accouchement deviendrait la cause d'une guérison spontanée.

REVUE DES RECHERCHES MODERNES SUR LES MALADIES DU COEUR; par M. VALLEIX.

L'auteur se propose de publier une série d'articles sur les principales recherches dont les maladies du cœur ont été l'objet depuis Laënnec. Dans les deux premiers que nous avons sous les yeux, il aborde, après quelques considérations physiologiques, les travaux relatifs à la *péricardite* et à l'*endocardite*. Rien n'empêche que nous en disions dès à présent quelques mots sans attendre les articles à venir.

Pour ce qui regarde la péricardite, l'analyse critique, quoique faite dans un bon esprit, ne contient aucune idée ou considération nouvelle et qui mérite d'être notée. Seulement certaines prétentions de M. Bouillaud relatives au diagnostic de cette affection et à la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'inflammation du péricarde y sont relevées avec quelque vivacité, tandis qu'un hommage bien mérité est rendu au remarquable mémoire de M. Louis qui a le premier donné des bases certaines au diagnostic de la péricardite. On sait qu'un tel diagnostic paraissait à peu près impossible à Corvisart et à Laënnec; M. Louis a montré tout le parti qu'on pouvait tirer, à ce point de vue, de la matité précordiale croissant et décroissant avec la quantité de liquide épanché.

En s'occupant des recherches relatives à l'endocardite, M. Valleix exprime, chemin faisant, un regret fondé, et dont bien des travaux récens pourraient donner l'occasion. Ainsi qu'il le dit, ce qui nuit essentiellement au progrès de la pathologie et surtout à la pathologie du cœur, c'est l'absence de méthode dans ses descriptions; au lieu d'une distribution méthodique du sujet, au lieu d'une analyse exacte et raisonnée des faits, on se contente d'une description générale, vague, dans laquelle tous les faits sont pêle-mêle englobés. Ainsi, rien de plus variables et quelquefois de plus contradictoire que les signes attribués par les auteurs à l'endocardite. Tous ces signes, il est vrai, quelque différens qu'ils soient les uns des autres, ont été observés. Mais cela seul veut dire que l'affection du cœur offre des conditions multiples. Tant donc qu'on n'aura pas recherché ces conditions, tant qu'on n'aura pas mis chacune d'elles en rapport avec les symptômes spéciaux qui lui correspondent, le diagnostic restera livré à la confusion et la thérapeutique à l'arbitraire.

M. Valleix se livre encore à une longue discussion, dans laquelle nous ne pouvons entrer, sur cette question de pathogénie: *les altérations chroniques consécutives sont-elles toujours le résultat de l'inflammation?* Il est presque inutile de dire qu'il résout la question par la négative.

DE LA BRONCHOTOMIE OU TRACHÉOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DU CROUP; par M. JOUSSET.

M. Jousset ayant vu, pendant son internat à l'hôpital des Enfans, plusieurs opérations de trachéotomie suivies de mort, et plusieurs croups guéris par l'emploi exclusif des agens pharmaceutiques, s'inscrit résolument contre l'opinion de ceux qui font de la trachéotomie tout le traitement de l'angine croupale. Cette opinion, nous devons le dire tout d'abord à M. Jousset, n'est plus aujourd'hui professée ouvertement par personne; et si quelques médecins semblent encore incliner à la défendre dans leurs écrits, on leur rend assez généralement la justice bien méritée de penser que leur pratique n'est jamais en rapport avec ces règles théoriques tombées en désuétude. Quand on songe à la répugnance que le mot d'opération cause toujours aux parens et même aux gens de l'art dans une semblable maladie, on les absout facilement d'en avoir un peu exagéré l'urgence et étendu à l'excès la sphère d'application. Mais peu de lecteurs se méprennent sur la restriction qu'il convient de donner à l'interprétation de leurs préceptes; et l'on sait bien que s'ils demandent le plus, c'est afin d'être assurés d'obtenir le moins.

Soit que M. Jousset n'ait point pensé comme nous, soit qu'il ait cru ces ménagemens indignes de lui, toujours est-il qu'il déclare franchement la guerre à ce qu'il appelle *la doctrine* des auteurs qui proclament l'opération comme constituant tout le traitement du croup. Comme on le pressent bien, il n'a aucune peine à prouver: 1° que le croup confirmé peut guérir sans opération; 2° que la trachéotomie n'est un moyen innocent ni en lui même ni par ses suites; 3° qu'il n'est point démontré que la dyspnée dont le croup est la cause ait assez d'influence sur le développement de la pneumonie consécutive pour qu'on doive se hâter d'opérer, afin d'éviter cette source de dangers.

Toutefois, comme il ne reste pas, selon nous, moins évident, malgré ces considérations: 1° que sans opération un vrai croup guérit assez rarement; 2° que la trachéotomie n'est pas, à beaucoup près, un moyen aussi dangereux que veulent le persuader ceux qui affectent de regarder

---

du malade, et l'efficacité présumable de la privation coërcitive comme élément principal du traitement.»

HALEINE SUBACIDE DES MALADES FIÉVREUX.

Le docteur Alexandre Gamberini lit une note sur cette odeur *sui generis* pénétrante, tirant sur le subacide et propre à l'haleine des malades appellée vulgairement haleine fébrile, haleine forte. L'identité de ces émanations dans les diverses circonstances où il l'a étudiée l'ont conduit aux observations suivantes: que cette odeur, inhérente à l'haleine, est l'expression de ce qui se passe dans tout l'organisme. Ce même produit qui frappe notre odorat s'exhale du sang qui sort de la veine comme de celui qui demeure depuis plusieurs heures dans des vases dans lesquels il serait renfermé; et il s'en exhale jusqu'à ce que le sang lui-même tombe en putréfaction; il est inhérent aux urines; il l'est également aux sérosités de l'ampoule du vésicatoire; il l'est aux déjections alvines, et non à la sueur. Jusqu'ici, on n'a pas eu l'occasion de savoir si le lait en est exempt ou non. Quand ce principe corrompt le sang, il est possible de l'en séparer moyennant la distillation lente de sa sérosité délayée dans de l'eau. Le liquide limpide et incolore qu'on en obtient, et qui répand l'odeur dont nous parlons, a été combattu sans succès par divers réactifs chimiques. En attendant qu'on parvienne, s'il est possible, à le déterminer, il faut se borner à reconnaître la présence simultanée de cette émanation dans l'haleine, dans les urines et dans le sang, comme le caractère physique du fait lui-même.

L'auteur énumère ensuite les maladies où cette émanation peut se rencontrer, les circonstances d'âge, etc., qui en favorisent le développement. Ce symptôme se manifeste le plus souvent avec intensité, tandis qu'il ne se dissipe que par degrés, en quelques jours, par exemple. Il ne paraît que lorsque la maladie à laquelle il se joint a revêtu une certaine consistance, soit qu'elle vienne de se développer complétement, soit qu'elle ait atteint un certain degré d'intensité. C'est ainsi qu'il coïncide toujours avec le degré le plus grave de la maladie. Sa disparition, au début d'une maladie, peut être considérée comme d'un augure favorable. Tant qu'il existe, même à un léger degré, le sujet n'est pas exempt de maladie. Les assurances d'amélioration que peuvent donner les malades, le calme de leurs artères, le rétablissement apparent de la fonctionnalité, ne prouvent rien de tranquillisant en présence de ce symptôme. Sa prolongation, par exemple, au-delà de plusieurs semaines, peut faire craindre qu'il ne se prépare des lésions matérielles dans les cavités splanchniques.

L'auteur a présenté ensuite quelques conjectures sur le siége et le traitement de cette complication morbide.

THORACENTÈSE DANS LA PHTHISIE TUBERCULEUSE.

Le président communique une lettre du professeur Haees de Bone sur la perforation du thorax dans la phthisie pulmonaire, afin d'ouvrir une voie à la matière tuberculeuse. Il indique une opération à lui propre, qui a eu un bon succès, et ainsi que plusieurs autres du même professeur, et il déclare qu'il entend par sa déclaration prendre date de priorité sur M. Bricheteau, qui a publié un fait de même nature, mais sans succès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

comme causés par elle tous les cas de mort qui ont suivi son application; 3° que la dyspnée et les autres effets du croup ne sont pas sans influence sur les complications internes qui, comme l'a bien démontré M. Gromier, jouent un si grand rôle dans la terminaison de cette maladie, nous estimons que M. Jousset a sagement fait en se ralliant à la trachéotomie, *comme dernière ressource.* Voici, en somme, les conclusions de son travail :

« Appelé au début de la maladie, le praticien devra appliquer des sangsues sur le devant du cou, en assez grand nombre pour amener un état lipothymique; faire incessamment vomir le malade; enfin cautériser le fond du pharynx et des parties voisines de la glotte avec une dissolution concentrée de nitrate d'argent, afin d'empêcher l'extension de la fausse membrane, ou afin de modifier l'inflammation qui la produit, si cette fausse membrane s'étendait déjà dans le larynx. En commençant ce traitement, il faudra placer deux larges vésicatoires sur les cuisses.

» Lorsque les accès de suffocation commenceront à se montrer, il faudra suivre avec grand soin la marche de la maladie et les influences du traitement employé.

» Si les accès de suffocation, après avoir augmenté d'intensité pendant un certain temps, se maintiennent en même état ou diminuent, la trachéotomie ne sera nullement indiquée; mais au contraire, si les accès de suffocation se multiplient, en même temps qu'ils sont plus longs et plus intenses, si le traitement le plus énergique n'a pu le modifier, si les forces s'en vont et que l'asphyxie soit imminente, alors il ne faut plus hésiter à ouvrir la trachée, c'est le seul moyen qui puisse retarder la mort et même amener quelquefois une guérison complète.

» Donc, il faut pratiquer la trachéotomie quand les accès de suffocation croissant d'une manière incessante ne sont nullement modifiés par le traitement et menacent d'une mort prochaine, et dans ce cas seulement. »

OBSERVATION DE CONCRÉTION POLYPIFORME ORGANISÉE OBSTRUANT PRESQUE COMPLÈTEMENT L'INFUNDIBULUM DU VENTRICULE DROIT DU COEUR ET L'ORIFICE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE; par le docteur ARAN.

OBS. — Il s'agit d'une petite fille de trois ans et demi qui, à la suite d'une suppression brusque de gourmes à la tête vers l'âge de deux ans, est toujours restée un peu oppressée. Neuf jours avant son entrée à l'hôpital des Enfans malades, elle avait été prise de rougeole; mais l'éruption avait disparu au bout de vingt-quatre heures. A son entrée, le 21 juin, toux fréquente, râle muqueux à la partie postérieure des deux poumons; pouls à 132 pulsations, petit et faible (six ventouses scarifiées dans le dos). L'oppression augmente, l'enfant devient morose et taciturne. Le 4 juillet, matité au sommet des deux poumons en arrière, surtout à droite; râle crépitant; tous les signes d'une broncho-pneumonie double; 112 puls.; 32 respirations par minute (vésicatoire sur le thorax). Le 6 juillet, affaissement considérable, respiration rapide, 144 pulsations petites et très faibles; gargouillement au sommet des deux poumons. Le lendemain, insomnie, pupilles dilatées, refroidissement commençant de la peau. Jusqu'au 11 juillet, jour de la mort, yeux largement ouverts, vue éteinte, peau froide, face pâle, pouls filiforme; insensibilité à tout ce qui se passe autour d'elle; pas de réponses aux questions. Trois jours avant la mort, la joue droite se couvrit d'une plaque érysipélateuse qui avait disparu le lendemain.

AUTOPSIE. Granulations tuberculeuses au sommet des deux poumons, et de plus, à droite, une caverne contenant du pus de bonne nature et tapissée d'une fausse membrane de date assez ancienne. Rougeur générale des bronches.

L'infundibulum du ventricule droit fait une saillie notable au-dessus de la surface du cœur, et à travers l'épaisseur de la substance musculaire on reconnaît qu'il renferme un corps dur et résistant. A l'aide de précautions convenables, on met à découvert deux tumeurs : l'une située au-dessous de l'orifice de l'artère pulmonaire, arrondie, de couleur rosée, *semblable à un doigt qui aurait été introduit par la partie inférieure des ventricules*; l'autre, ayant la forme et le volume d'un œuf de pigeon, libre par sa partie supérieure qui est en rapport avec les valvules sygmoïdes, adhérant en bas à la partie antérieure, inférieure et latérale du ventricule droit par des prolongemens nombreux qui s'engagent sous les colonnes charnues et contractent des adhérences très étroites. Ces prolongemens sont d'une couleur rouge foncé et contrastant jusqu'à un certain point avec la couleur de la petite tumeur qui est d'un rosé clair, piquetée çà et là de rouge, de violet et de brun noirâtre. Sa surface est lisse excepté au niveau des adhérences. On peut en séparer plusieurs feuillets qu'on pourrait prendre pour autant de membranes d'enveloppe. Cette tumeur est creuse à l'intérieur. Ses parois ont près de 3 millim. d'épaisseur; sa cavité renferme une cuillerée à café d'un liquide pultacé rougeâtre. Sa surface interne est tomenteuse et présente sous l'eau l'aspect d'un gazon touffu. Cette tumeur n'est pas adhérente aux valvules sygmoïdes et tricuspide. Dans les points où l'adhérence aux parois ventriculaires est le plus intime, c'est-à-dire vers la partie inférieure du ventricule droit, il semble que la membrane interne du cœur se confonde avec le feuillet le plus externe de la tumeur. Cependant, lorsqu'on la détache, la membrane interne est tout à fait saine au-dessous.

Cette tumeur pèse 4 grammes et occupe au moins les cinq sixièmes de l'infundibulum. Plongée dans l'eau pendant deux jours, elle s'est complètement décolorée et ressemble assez bien à un kyste pseudo-membraneux de formation récente. — La substance musculaire du cœur et les valvules sont parfaitement saines.

Il est fort à regretter, sous le rapport du diagnostic, que le cœur n'ait pas été ausculté pendant la vie. En l'absence de péricardite, d'endocardite et de rugosités à la surface interne des cavités cardiaques, la production d'un bruit de souffle eût permis de préciser à peu près l'époque de la formation du caillot. C'était là une condition d'observation heureuse et assez rare, dont malheureusement on n'a pas profité. Mais tel qu'il est, et malgré le grand nombre d'exemples aujourd'hui acquis à la science de concrétions polypiformes du cœur, ce fait est encore assez intéressant pour mériter d'être rapporté avec détails. En effet, il ne s'agit pas de ces sortes de trames fibrineuses intriquées dans les colonnes charnues, ou même de ces caillots comme perdus au fond du ventricule ou de l'oreillette, et dont on peut raisonnablement expliquer la formation par un obstacle à la circulation pulmonaire. Ce n'était pas non plus un caillot tel qu'on en rencontre sur le trajet de l'arbre circulatoire, dans le cœur comme dans les vaisseaux, au niveau de surfaces rouges, rugueuses, enflammées ou altérées de toute autre manière. La concrétion existait au sommet du ventricule, près de l'orifice pulmonaire, dans un point sans cesse lavé par la colonne sanguine. La membrane interne du cœur en ce point *était tout à fait saine.* Le caillot y était, il est vrai, fortement adhérent; mais cette adhérence, il faut en être prévenu, n'est pas chose rare dans des cas de concrétions fibrineuses du cœur dont rien n'indique une existence antérieure aux derniers momens de la vie. L'exemple dont il s'agit est donc un de ceux où il semble que le sang se coagule pendant la vie en vertu d'un état pathologique encore indéterminé, mais qui lui est propre et qu'il ne reçoit pas en totalité du solide environnant ni des conditions mécaniques où il se trouve. Telle est aussi, avec toutes les réserves commandées par un sujet encore si obscur, l'opinion de M. Aran. « Cette jeune fille, dit-il, avait eu la rougeole quelque temps auparavant. Cette dernière maladie n'aurait-elle pas imprimé au sang une *altération*, en vertu de laquelle il aurait eu une tendance plus grande à se coaguler et à s'organiser ? » Ajoutons qu'une semblable altération aurait pu être facilitée par la présence de tubercules déjà anciens dans les deux poumons et l'inflammation récente des parenchymes.

DU VARICOCÈLE ET DE SA CURE RADICALE; par M. HÉLOT.

Ce travail, qui forme la première partie d'un mémoire où l'auteur se propose d'examiner les divers procédés opératoires imaginés pour la cure du varicocèle, est consacré principalement à la critique de l'étiologie généralement admise pour expliquer le développement de cette affection. M. Hélot nie l'influence que tout le monde reconnaît, dans ce sens, aux dispositions anatomiques particulières des vaisseaux testiculaires. La manière dont il justifie son opposition aux doctrines reçues mérite d'être mise sous les yeux du lecteur.

Il est assez communément professé que la situation déclive des veines spermatiques, leur longueur, la faiblesse de leurs parois, l'absence de valvules dans leur trajet, sont des circonstances qui concourent à expliquer la fréquence de leurs varices. « Mais, objecte à cela M. Hélot, pourquoi, chez tous les hommes, l'absence des valvules n'est-elle donc pas cause de varicocèle ? Pourquoi la longueur des veines, la pression de l'onde sanguine ne diminuent-elles pas toujours le ressort des parois vasculaires, de manière à rendre constamment nécessaire la production du varicocèle ? Pourquoi la position déclive, la pression exercée par le poids du testicule ne développent-elles pas fatalement cette maladie ?... » Pourquoi ? répondra sans doute le lecteur; probablement parce que, outre ces causes *prédisposantes* qui existent chez tous, il en est d'autres plus *directes*, particulières à certains individus et qui expliquent l'apparition de la maladie chez eux seulement. Par la même raison encore que, quoique tous les sujets soumis à l'action du froid humide ne prennent pas un rhumatisme, il n'était pas venu encore à la pensée d'un auteur de nier l'influence de l'humidité sur la production de cette maladie.

La puissance de ces causes anatomiques que nie M. Hélot est si évidente que là où on les trouve le plus fortement accentuées, l'affection est aussi beaucoup plus commune. C'est ainsi qu'on voit le varicocèle occuper presque constamment le côté gauche où le cours du sang veineux est plus difficile, vu l'espèce de longueur des vaisseaux et la manière dont leur tronc s'abouche dans la veine rénale. « Mais, dit M. Hélot, continuant son argumentation, si cette disposition anatomique est commune à tous les hommes, comment explique-t-elle le varicocèle de quelques-uns ? Puis, ces différences sont bien minimes pour qu'on puisse admettre une action si prononcée. » Quant à la constipation, M. Hélot ne peut consentir à l'admettre au nombre des causes; « car elle ne s'observe pas d'ordi-

paire chez les jeunes gens, lesquels sont les plus sujets au varicocèle ; et elle est au contraire très fréquente chez les vieillards, parmi lesquels on ne voit point se développer cette affection. » C'est toujours, comme on le voit, le même système ! M. Hélot refuse de croire qu'une cause ait la moindre influence toutes les fois qu'il ne peut, par cette seule cause, expliquer toute la maladie ! Nous avons cru devoir mettre le lecteur en garde contre ces raisonnemens, à cause surtout de la forme tranchante sous laquelle ils sont présentés et qui aurait pu, jusqu'à un certain point, surprendre des esprits non prévenus.

Une autre remarque plus juste de M. Hélot est la suivante, en vertu de laquelle il conclut à pratiquer l'opération pour la cure radicale beaucoup moins souvent qu'on ne le fait aujourd'hui. Il est positif que ce sont des jeunes gens qui réclament le plus souvent une opération pour les guérir du varicocèle. Il est positif également que les vieillards sont rarement atteints de cette affection. Ne voit-on pas là un motif pressant pour temporiser, pour confier, dans la plupart des cas, au temps seul, l'espoir d'une guérison que l'art chirurgical donnerait moins certaine et entourée de risques dont la gravité dépasse assurément de beaucoup celle des inconvéniens qui résultent de l'affection elle-même ?

DU DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ DE LA VACCINE ET DE LA VARIOLE, ET DES MODIFICATIONS QU'EXERCENT CES DEUX ÉRUPTIONS L'UNE SUR L'AUTRE ; par M. LEGENDRE.

L'auteur cherche à démontrer principalement, à l'aide d'observations qu'on voudrait voir plus nombreuses (l'auteur n'en rapporte que cinq et ne donne pas le résumé de celles qu'il paraît avoir à sa disposition) : 1° qu'une éruption variolique survenant un ou deux jours après le développement des pustules vaccinales, s'explique en général par l'existence d'une épidémie régnante ou le séjour dans un milieu infecté ; 2° que la vaccination pratiquée chez un enfant soumis à l'influence de la contagion variolique semble favoriser l'évolution de la variole ; 3° que les enfans au-dessus de 4 ans, vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, ne sont en général atteints que de variole modifiée ; 4° que les boutons de la vaccine développés pendant l'existence d'une variole marchent lentement et ne sont accompagnés ni d'aréole aussi marquée qu'à l'ordinaire ni d'engorgement sous-cutané ; 5° que la vaccination pratiquée pendant les prodrômes ou le premier jour de l'éruption variolique peut réussir, mais sans modifier la marche de la variole.

Ainsi, d'après M. Legendre, quand la variole n'est encore qu'à l'état d'incubation, elle peut être modifiée par la vaccine. Cette opinion, on le sait, est contraire à celle de plusieurs expérimentateurs habiles, et en particulier de M. Bousquet. Nous regrettons, encore une fois, que la contradiction, en matière si importante, ne repose pas sur des faits plus nombreux.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 comprennent les mémoires originaux suivans : 1° *Observation d'un cas remarquable de variole après la vaccine* ; par M. Corby. 2° *Etudes pratiques sur l'affection scrofuleuse chez les enfans* ; par M. Guiet. (Fin. — Rien qui mérite une mention plus étendue que l'article que nous avons déjà consacré à l'analyse de la première partie de ce travail.) 3° *Considérations pratiques sur les maladies cancéreuses* ; par M. Stéfani. 4° *Observation sur un accouchement laborieux* ; par M. Devilliers. (Obliquité de l'utérus ; présentation inclinée du sommet ; application du forceps au-dessus du détroit supérieur ; succès complet pour la mère et pour l'enfant.) 5° *De la métrorrhagie dans les derniers mois de la grossesse, et cas remarquable de métrorrhagie interne mortelle paraissant survenue à l'occasion d'une saignée* ; par M. Loir aîné. 6° *Coup d'œil sur le bruit de souffle des artères en général, et en particulier sur le bruit placentaire* ; par M. Stéfani. 7° *Ablation d'un carcinôme cutané de la tempe* ; par M. Trifet. 8° *Coup d'œil sur l'histoire de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours* ; par M. Renouard. (Exposition de la théorie de la coction et des crises.) 9° *Réflexions sur un article de M. Ronzet père, relatif au traitement du ver solitaire par la fougère mâle* ; par M. Mérat.

CAS REMARQUABLE DE VARIOLE APRÈS LA VACCINE ; par le docteur CORBY.

Sous ce titre se trouvent rangées en réalité plusieurs observations différentes. Il s'agit d'abord d'une dame qui, ayant été vaccinée seize ans auparavant et présentant encore aux deux bras des cicatrices non douteuses, contracte la variole, mais une variole bénigne, quoique assez confluente, et parcourant rapidement ses périodes. Il n'y eut pas même de suppuration. L'éruption avait commencé à poindre depuis deux jours seulement, quand la malade qui allaitait son enfant le fit vacciner. Cet enfant, qui continua à sucer le lait de sa mère et, avec lui, des boutons varioleux siégeant autour de son mamelon, ne contracta pas la variole et n'en présenta aucun symptôme local ou général ; l'éruption vaccinale se fit chez lui avec une parfaite régularité. Enfin, la sœur de la malade vaccinée avec succès depuis dix-neuf ans et présentant encore les cicatrices caractéristiques, lui prodigue des soins, couche dans sa chambre, la touche sans cesse et la main nue sans éprouver aucun symptôme. Par précaution, six jours après le début de l'éruption de sa sœur, elle se fait vacciner avec le vaccin de sa petite nièce. L'opération ne réussit pas. Aucune éruption ne s'est développée par la suite.

Les faits relatifs à la mère et à la sœur n'ont rien que de très ordinaire ; mais celui qui concerne l'enfant peut donner lieu à quelques remarques. Nous avons trouvé tout à l'heure, dans un travail de M. Legendre, cette conclusion : que la vaccination pratiquée chez un enfant soumis à l'influence de la contagion variolique *semble* favoriser l'évolution de la variole, mais en la modifiant. Or l'influence de la contagion ne pouvait être plus active, plus continue que dans le cas présent, et cependant la variole ne s'est pas développée. Il est juste toutefois de faire remarquer que la variole de la mère avait été modifiée par la vaccine. Alors se présente une autre question : la variole modifiée par la vaccine jouit-elle de propriétés contagieuses moindres que la variole franche qui se développe chez des individus non vaccinés ? Cela est extrêmement probable, sinon certain ; aussi ne peut-on pas tirer de ce fait, relativement aux effets de la vaccination, sous l'influence de la contagion variolique, les mêmes conséquences que si la variole de la mère eût été franche et fût arrivée à la période de suppuration.

CAS REMARQUABLE DE MÉTRORRHAGIE INTERNE MORTELLE PARAISSANT SURVENUE A LA SUITE D'UNE SAIGNÉE ; par M. LOIR aîné.

Les faits de métrorrhagie interne assez abondante pour causer la mort quoique sans augmentation bien prononcée dans le volume du ventre et sans écoulement de sang à l'extérieur, sont très rares dans la science. Madame Boivin en nie même la possibilité. L'exemple suivant, que publie M. Loir, nous paraît donc aussi instructif qu'il est intéressant par le ton de véracité qui règne dans le récit.

OBS. — La dame Darbet, âgée de 30 ans, fut saignée par M. Loir au septième mois d'une première grossesse pour des symptômes très prononcés de congestion cérébrale. On tira tout au plus deux palettes de sang. Quelques instans après, la malade éprouva un malaise subit et une sensation extraordinaire dans le bas-ventre ; elle dut même se coucher pour éviter de se trouver mal. Pendant cinq jours elle se plaignit de troubles dans la vue, d'affaissement, et remarqua que son enfant ne remuait plus. Cependant, au bout de ce temps (30 avril), M. Loir constata le souffle placentaire et les battemens du cœur du fœtus. Il conseilla le repos ; et la santé parut être rétablie.

Le 3 mai, Mme Darbet éprouva tout d'un coup, en se promenant, une sensation pénible dans le bas-ventre, un saisissement général, et fut sur le point de se trouver mal. Elle se plaignit dès-lors d'un sentiment qui ne la quitta plus, de pesanteur très incommode sur le rectum. A ces symptômes se joignirent une constriction et une anxiété extrêmes dans la région épigastrique, des douleurs de reins très pénibles ; pâleur, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités ; puis survinrent des nausées et des vomissemens.

M. Loir, appelé à ce moment, trouva le globe utérin s'élevant à peine jusqu'au-dessus de l'ombilic, mais arrondi, dur et devenu le siége de contractions obscures. L'orifice interne du col est fermé et très résistant. Nul écoulement de sang par le vagin. Les battemens du cœur du fœtus sont imperceptibles.

Ces phénomènes, d'abord attribués à une indigestion, allèrent en s'aggravant. Le trouble de la vue, les syncopes devinrent plus prononcés. La matrice, quoique n'ayant pas augmenté de grosseur, se durcissait davantage par momens et paraissait évidemment être le siége de contractions. Cet état se prolongea jusqu'au 5. M. Loir, qui attendait avec impatience que le col se dilatât et que le travail s'établît, jugea alors prudent de s'aider de l'avis d'un confrère ; mais celui-ci fut aussi porté à temporiser. Cependant, voyant la faiblesse augmenter, le pouls tomber, les yeux s'obscurcir, M. Loir dut prendre un parti. Il chercha à dilater le col en y portant le doigt à plusieurs reprises ; puis, la poche des eaux s'étant présentée, il la rompit pour accélérer le travail ; mais il ne s'écoula qu'une quantité minime de sérosité brunâtre. Les douleurs, loin de s'activer, s'éloignèrent au contraire. La dilatation ne faisait que des progrès très lents, malgré l'administration à intervalles assez rapprochés de plusieurs paquets de 5 décig. de seigle ergoté.

Enfin, le 5 au soir, la malade était sans connaissance, le pouls presque insensible, M. Loir se décida à terminer l'accouchement comme moyen extrême et unique de sauver la femme. Le col lui ayant paru trop résistant pour permettre l'introduction de la main, il le fendit à l'aide d'un bistouri boutonné, à droite et

à gauche. L'enfant fut alors amené sans difficulté; il était sans vie, le cordon deux fois enroulé autour du cou et extrêmement court. Avec l'enfant et après sa sortie, il s'échappa une quantité de caillots et de sang liquide noir, dont la quantité peut être évaluée à plusieurs litres. Le placenta, qu'on alla ensuite chercher, adhérait encore en partie. Il était entier, recouvert de sang intérieurement, et offrait à peu près vers son centre une large cavité remplie de caillots et dont le pourtour était ecchymosé; deux autres petits épanchemens du volume d'une noix existaient dans le voisinage; le sang y était infiltré sans communication à l'extérieur.

L'enfant, qui avait le développement d'un fœtus de huit mois, paraissait n'être mort que depuis quelques jours.

De toutes les suppositions qu'on peut faire pour expliquer la production de cette hémorragie, voici celle qui semble à M. Loir la plus vraisemblable, mais qu'il ne donne au reste qu'à titre d'hypothèse. La saignée, en déterminant la syncope chez la mère, peut certainement donner lieu à quelques mouvemens convulsifs chez le fœtus. Celui-ci, en s'agitant, aura brusquement tiraillé le cordnn, qui précisément se trouvait ici être très court. De là le décollement du placenta, l'exhalation sanguine et tous les accidens qui en ont été la conséquence.

Une observation ayant avec celle de M. Loir la plus grande analogie est citée par Baudelocque.

COUP-D'ŒIL SUR LE BRUIT DE SOUFFLE DES ARTÈRES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER SUR LE BRUIT PLACENTAIRE; par le docteur STÉFANI.

Le but de l'auteur est de démontrer que le bruit de souffle qu'on entend chez les femmes enceintes à partir du troisième mois ne se passe ni dans les vaisseaux dilatés de l'utérus, ni dans l'artère iliaque comprimée par la matrice, mais bien dans le placenta; que le bruit placentaire, bien distinct de ceux qui peuvent résulter accidentellement de la compression d'une grosse artère, se compose de deux temps: le premier, dit d'*insufflation*, doux, expansif, isochrone au pouls de la mère et correspondant probablement au passage du sang des extrémités des vaisseaux utérins dans les *aréoles du lieu de connexion* entre l'utérus et le placenta; le second, d'*aspiration*, répondant au passage du sang des aréoles dans les extrémités des vaisseaux ombilicaux. Ces caractères, ajoute-t-il, n'appartiennent à aucun des autres bruits qu'on observe pendant tout le temps de la gestation, tels que le bruit cardiaque du fœtus, le bruit amniotique décrit par M. Stolz, le bruit ombilical indiqué par M. Nœgelé fils, les bruits iliaque et aortique et l'*écho cardiaque* et *pulmonaire* de la mère.

Si les assertinns du docteur Stéfani se confirment, elles pourront jeter un nouveau jour sur une question encore obscure et très intéressante de physiologie; mais les argumens et observations dont il les appuie ne permettent pas encore de substituer son opininn à celle fort accréditée aujourd'hui qui place le siége du bruit dit placentaire dans les larges anastomoses qui existent entre les vaisseaux utérins pendant la grossesse.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA CHLOROSE SYPHILITIQUE ET DE SON TRAITEMENT; par M. RICORD.

On se préoccupe à tort, dans les maladies vénériennes, de l'idée qu'une seule lésion les constitue toujours et qu'un seul médicament, le mercure, doit constamment et exclusivement leur être opposé. Les remarques suivantes de M. Ricord tendent à combattre cette erreur, en même temps qu'elles enrichiront la thérapeutique spéciale d'une médication dont les bons résultats ont déjà été mis largement en évidence par la pratique de l'auteur.

M. Ricord pose d'abord en principe qu'un des premiers effets par lesquels la diathèse syphilitique est réalisée consiste dans une altération constante du sang. Or cette altération est-elle une augmentation ou une diminution des globules? C'est là une question qui domine toutes les autres. Dans le grand nombre de recherches qu'il a faites sur des sujets atteints de syphilis, avec M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, M. Ricord a toujours trouvé que le nombre des globules avait diminué dans des proportions variables, et qu'il pouvait même arriver au maximum de diminution possible dans l'anémie. Cet appauvrissement du sang est l'état que M. Ricord appelle chlorose syphilitique; et il a en effet de nombreux rapports avec les autres espèces de chlorose.

C'est à lui d'abord qu'il faut rapporter la colnratinn particulière que présente la peau chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle. Comme dans la chlorose, l'affaissement physique et moral indique un trouble de la circulation; le visage terne, l'œil éteint annoncent bien que le sang ne jouit plus de ses propriétés unrmales.

La chlorose syphilitique existe généralement avant qu'aucun symptôme secondaire nu tertiaire se soit déclaré. Dès cette époque on peut la reconnaître. Ses principaux caractères sont, outre l'aspect général que nous venons d'indiquer, un état de courbature générale, des douleurs avec exacerbations nocturnes siégeant dans le voisinage des articulatinns sans y déterminer ni gonflement, ni changement de couleur à la peau, et sans que la pressinn, ordinairement, les éveille ou les accroisse. Des céphalées, des névralgies de la cinquième paire, des paralysies du nerf facial sont encore des signes assez habituels de cet état. L'alopécie, l'engorgement des ganglinns cervicaux postérieurs ou latéraux et parfois seulement des ganglions mastoïdiens complètent cet ensemble de phénomènes, qui ne sont que rarement précédés ou accompagnés de mouvement fébrile.

Cet état particulier du sang, qui persiste et s'aggrave alors que l'infection syphilitique donne lieu aux accidens secondaires nu tertiaires connus, qui peut continuer à différens degrés après leur disparition et sous l'influence des modifications survenues dans l'économie par le fait du traitement ou de toute autre cause, offre toujours un élément de la plus haute importance dans les indications à remplir sous le point de vue du traitement.

Une première conséquence à tirer de ces considérations, c'est que, la syphilis étant une maladie anémique ou du moins toujours compliquée d'anémie, la méthode antiphlogistique est une méthode dangereuse, à part les phénomènes inflammatoires partiels et locaux qui peuvent exiger accidentellement quelques déplétions sanguines.

La seconde conséquence est la nécessité d'une alimentatinn réparatrice et des médications spéciales que l'expérience a démontré posséder une efficacité marquée contre la chlorose.

« Le traitement que j'ai adopté, dit M. Ricord, consiste dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indications.

» En général, je donne la préférence aux pilules de Vallet, 6 à 18 par jour et en trois doses. Je prescris en même temps le proto-iodure de mercure à la dose de 5 à 30 centigrammes, la tisane amère, faite avec une décoction de houblon nu de saponaire, bien préférable à la salsepareille.

» Dans les accidens de transitinn des symptômes secondaires aux symptômes tertiaires, les mercuriaux combinés à l'iodure de fer, et mieux encore à l'iodure de potassium, suffisent pour reconstituer le sang.

» On obtient le même résultat avec l'iodure de fer nu de potassium seuls, dans les cas d'accidens tertiaires. »

DU GOÎTRE CYSTIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. BOUCHACNURT.

D'après M. Bouchacourt, le goître cystique est dû tantôt au développement d'une poche séreuse morbide au sein du corps thyroïde, tantôt à la suppuration de l'un des ganglions lymphatiques qui sont placés autour ou dans l'intérieur de cette glande. Cette différence anatomique n'a pas cependant à ses yeux une grande importance relativement au traitement. Toutes les fois qu'un liquide paraît être contenu dans la tumeur, M. Bouchacourt préfère à l'incision la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant. Étendant à ce cas particulier une méthode qui compte déjà tant d'autres applications dans le traitement des collections séreuses ou séro-purulentes, c'est la solution iodée qu'il a employée, dans la proportion de une partie de teinture d'iode sur 2, 3, 4 ou 5 parties d'eau. Comme on le voit, c'est le même procédé, ce sont les mêmes agens que ceux vulgairement mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle. Mais, dans les tumeurs du cou, le résultat n'a pas été aussi simple qu'il l'est, ou, pour parler plus exactement, qu'il est réputé être après l'injection iodée dans la tunique vaginale. En effet, au lieu de cette bénignité de symptômes, de cette résolution presque sans tuméfaction et sans douleur, qu'on annonce être la suite constante de l'injection iodée, dans les deux cas de kystes du cou que rapporte M. Bouchacourt, la tumeur s'est enflammée après l'injection, du pus s'est formé dans son intérieur; et finalement on a été obligé de lui donner issue, chez l'une des malades, par une incision, chez l'autre, au moyen du cautère-potentiel. La guérison, pour avoir marché un peu plus lentement, n'en a cependant pas moins

été radicale dans les deux cas ; et ces faits sont bien propres à recommander puissamment une méthode qui se présente comme la seule capable de guérir sûrement une maladie contre les inconvéniens très réels de laquelle il n'existe actuellement dans la médecine que des remèdes impuissans ou dangereux.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE.

Cette séance a été entièrement consacrée à la discussion en comité secret sur la liste des candidats au fauteuil vacant dans la section de chimie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

M. LE PRÉSIDENT : La commission chargée de dresser une liste de présentation de candidats au titre de membres étrangers soumet à l'Académie l'embarras où elle se trouve pour dresser cette liste. Aux termes du réglement la liste doit porter trois noms au moins ou six au plus pour chaque place vacante. Or le nombre de places vacantes étant de sept, si la liste devait présenter six candidats pour chaque place, il en résulterait que l'Académie éprouverait peut-être quelque difficulté à faire un choix entre un si grand nombre de personnes. La commission désire en conséquence que l'Académie décide elle-même si elle veut que la liste soit fixée à trois ou à six noms par place.

MM. NACQUART et CORNAC font quelques observations que le bruit empêche d'arriver jusqu'à nous.

M. DUBOIS (d'Amiens) propose que la commission fasse un rapport spécial à l'Académie sur cette question. L'Académie adopte.

CANDIDATURE.

Sur l'invitation du président, l'Académie procède à la nomination par scrutin d'une commission de onze membres pour décider à quelle section appartiendra la prochaine nomination.

Après le dépouillement du scrutin, M. le président proclame les noms des membres qui ayant réuni la majorité relative des suffrages composent la commission.

Ce sont MM. Breschet, Lagneau, Villeneuve, Barthélemy, Boudet, Baffos, Louis, Ollivier (d'Angers), Richard, Chevallier et Caventou.

COMMISSION DU PRIX D'ARGENTEUIL.

M. LEROY-D'ETIOLLES adresse la lettre suivante :

Dans une des dernières séances de l'Académie, il a été question de la récusation de l'un des membres de la commission du prix d'Argenteuil et l'on a cru généralement que j'étais l'auteur de la lettre dans laquelle cette protestation est formulée : permettez-moi de réclamer contre une telle supposition. Il est vrai que j'aurais plus de motif que tout autre de récuser M. Civiale, non pas seulement à cause de nos vieilles et incessantes querelles à l'endroit de la lithotritie, mais surtout parce qu'il a manifesté à l'avance son opinion *sur le sujet même* qu'il est appelé à juger.

Il me serait permis après cela de n'avoir pas une entière confiance dans les dispositions de M. Civiale à mon égard ou du moins à l'égard de mes procédés de traitement des rétrécissemens de l'urètre ; j'en pourrais dire autant de celles d'un autre membre de la commission dont la plume, assure-t-on, aurait tracé ces lignes peu bienveillantes. Pourtant je compte avec l'Académie sur leur impartialité, et bien loin de m'associer à la demande en récusation dont on a parlé je sollicite instamment le maintien sur la liste des noms de M. Civiale et de celui que l'on dit être son collaborateur. L'Académie, je suppose, a pensé en les choisissant que du choc des opinions jaillirait la lumière ; certes si la rencontre des nôtres n'en produit pas, ce ne sera pas, comme on le voit, faute de se heurter.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES DÉPLACEMENS DE LA MATRICE.

M. VILLENEUVE fait en son nom et au nom de MM. Baudelocque et Bérard un rapport favorable sur un mémoire envoyé à l'Académie par M. Alquier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et ayant pour titre : D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES DÉPLACEMENS DE LA MATRICE.

La faiblesse de l'organe du rapporteur, qui lit au milieu du bruit des conversations particulières, ne nous permet pas de saisir un seul mot de ce rapport.

Les conclusions en sont adoptées sans discussion.

— MM. GERDY, A. BÉRARD et plusieurs personnes étrangères à l'Académie inscrits pour des rapports ou des lectures, successivement appelés, ne répondant pas à l'appel de leur nom, l'ordre d'inscription appelle M. Velpeau à la tribune pour un rapport.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. VELPEAU fait, au nom de la commission composée de MM. Baudelocque, Roux et Velpeau, rapporteur, le rapport suivant sur le travail de M. Malgaigne, intitulé : DE LA VALEUR RÉELLE DE L'ORTHOPÉDIE ET SPÉCIALEMENT DE LA MYOTOMIE RACHIDIENNE DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE.

(Nous publierons l'analyse de ce rapport dans le compte-rendu de la prochaine séance.)

M. LE PRÉSIDENT : Mon devoir m'oblige à mettre les conclusions de ce rapport aux voix ; mais je crois qu'il est convenable aussi que je fasse remarquer à l'Académie qu'un de nos collègues principalement intéressé dans ce rapport est absent, et que, pour cette raison, la discussion pourrait en être renvoyée à la prochaine séance.

M. DUMÉRIL : Ce renvoi me paraît nécessaire par une autre raison encore. L'Académie des sciences, qui, dans une autre circonstance, a eu à examiner les mêmes questions, a exprimé une opinion différente. Je crois qu'avant de voter sur les conclusions d'un semblable rapport, il serait nécessaire qu'on en pût prendre connaissance. Je demande en conséquence le renvoi de la discussion.

UNE VOIX : Qu'on fasse une seconde lecture dans la prochaine séance. (Oh ! oh !)

M. BARTHÉLEMY : L'absence d'un membre qui a intérêt à connaître le rapport et qui peut avoir des observations à faire est un motif suffisant pour faire ajourner le vote.

M. NACQUART : Puisque la commission même consent à ce renvoi, il n'y a qu'à le mettre aux voix ; mais avant je ferai remarquer que l'absence dont on se plaint n'aurait pas eu lieu probablement si l'ordre du jour de nos séances était déterminé d'avance. On aperçoit tous les jours les inconvéniens de l'ordre de choses actuel.

M. LE PRÉSIDENT : Je répondrai de nouveau à M. Nacquart que le conseil ne demanderait pas mieux d'obtempérer à ses désirs ; mais il ne connaît pas lui-même d'avance l'ordre du jour. Pour que cette mesure pût être adoptée, il faudrait préalablement changer toute la constitution intérieure de l'Académie.

M. LONDE : Dans son rapport, M. Velpeau a parlé de *clameurs* intéressées qui s'opposaient à l'investigation des faits ténotomiques. A qui s'adressent ces expressions ? Est-ce à quelques membres de l'Académie ? Dans ce cas, je demanderais leur suppression.

M. VELPEAU : Je ne tiens pas à maintenir cette phrase. On sait qu'il y a eu des clameurs intéressées ; que cela soit écrit ou non, peu importe.

M. MOREAU : Il est d'usage, lorsque personne ne demande la parole après la lecture d'un rapport, d'en mettre de suite les conclusions aux voix et de passer outre. C'est là un principe dont il serait dangereux de se départir. Si l'on agit autrement, on créera un précédent fâcheux pour l'avenir, et l'on se trouvera exposé à entraver les travaux de l'Académie toutes les fois qu'un membre intéressé dans une question sera absent. Je regrette que la personne qui est intéressée dans ce moment ne soit pas présente, mais ce n'est pas une raison pour ajourner le vote.

M. LE PRÉSIDENT : Il y avait ici une question de convenance. Il était dans mon droit, comme président, et je dirai même de mon devoir, d'en faire l'observation. Je ne crois pas avoir porté en cela la moindre atteinte au réglement.

M. ROCHOUX : Toute la question est, comme vient de le dire M. le président, une question de convenance. Cela ne peut pas constituer un précédent pour l'avenir. La circonstance qui se présente est toute particulière, et, quel que soit le parti que l'Académie prenne à cet égard, elle ne se trouvera nullement engagée. Je vote donc pour qu'on ne vote pas.

M. ROUX : Je ferai la même remarque que M. Rochoux. Il s'agit ici d'une circonstance tout à fait exceptionnelle, qui ne peut pas constituer un précédent. Je ne partage pas à cet égard la susceptibilité de M. Moreau. Il ne s'est pas présenté encore, que je sache, une circonstance pareille à celle-ci, où l'un des membres de l'Académie ait son intérêt personnel impliqué dans une question scientifique. Je ne doute pas d'ailleurs que la personne intéressée ne trouvât les termes du rapport si convenables qu'elle n'y donnât elle-même son adhésion. (Hilarité ; nombreux signes d'incrédulité.)

M. PARISET : On dit qu'une semblable situation ne s'est jamais présentée à l'Académie ; j'en demande pardon. Je rappellerai une circonstance analogue, où l'un des membres de l'Académie (c'était moi-même), à la suite d'une discussion scientifique dans laquelle ses opinions furent vivement attaquées, obtint que le vote de l'Académie fût suspendu jusqu'à ce qu'il pût présenter sa défense, ce qu'il fit, pense-t-il du moins, avec succès.

M. Girardin : Le vrai motif qui doit faire ajourner le vote sur les conclusions est l'importance scientifique de la question et la nécessité d'ouvrir à cette occasion une discussion approfondie.

M. Desportes : M. Velpeau a cité des observations de chirurgiens étrangers, et il les a récusées comme étant sans valeur. Quand on nie le témoignage de chirurgiens connus et recommandables, on devrait au moins énoncer les motifs sur lesquels on s'appuie pour les récuser. M. Velpeau n'a pas cru devoir s'en donner la peine. Je désirerais qu'il revînt sur cette partie de son rapport et qu'il lui donnât plus d'extension.

M. Barthélemy insiste de nouveau sur le renvoi à la séance prochaine, sur le double motif de la convenance et de l'intérêt scientifique de la question.

M. Velpeau : M. Desportes me blâme d'avoir rejeté des faits sans avoir suffisamment motivé ce rejet; mais je ne les ai pas précisément rejetés; j'ai seulement exprimé le regret de ne pouvoir me servir d'observations qui ne présentent point des détails suffisans pour établir une conviction.

M. Desportes : Pourquoi ne pas croire que des chirurgiens recommandables ne soient pas à même d'apprécier, tout comme vous, des résultats thérapeutiques?

M. Velpeau : Des chirurgiens du pays ont contesté la réalité de ces prétendus succès.

M. Desportes (murmures d'impatience) : Des chirurgiens étrangers sont compromis au sein de l'Académie sans que personne soit là pour les défendre. Je proteste contre un pareil procédé. J'insiste et je reviendrai là-dessus.

M. le Président : Personne ne demandant la parole, je mets aux voix le renvoi du vote à la prochaine séance.

L'Académie presque entière vote ce renvoi.

M. Bousquet : Je ferai remarquer que, contrairement aux usages et aux droits de l'Académie, qui veulent qu'un rapport fait devienne sa propriété, M. Velpeau refuse de déposer le sien.

M. Velpeau : Un rapport lu, discuté et adopté est, en effet, la propriété de l'Académie; mais un rapport qui a été simplement lu et dont la discussion est renvoyée à une prochaine séance, ce rapport est encore la propriété du rapporteur.

M. Pariset : Un rapport lu en séance n'appartient plus au rapporteur, il appartient à l'Académie. Je crois donc que M. Velpeau ne peut pas se refuser au dépôt.

M. le Président observe à M. Velpeau qu'il agit contre les usages de l'Académie.

M. Velpeau persiste dans son refus.

M. Nacquart demande que la discussion soit ouverte dès le commencement de la séance prochaine. (De toutes parts : Oui, oui.)

COMMUNICATION DE LA SYPHILIS AUX ANIMAUX.

M. Auzias-Turenne montre à l'Académie un des animaux auxquels il a inoculé le pus de chancres syphilitiques. C'est un jeune singe porteur de six à douze chancres parfaitement caractérisés. L'inoculation du premier de ces chancres date de dix jours, celle de quelques-uns de deux jours seulement; celle de tous les autres a été faite à des époques intermédiaires et variables.

Pour pratiquer ces inoculations, M. Auzias choisit un endroit où l'animal ne puisse se lécher.

Si l'animal est un singe, l'inoculation peut se faire, comme chez l'homme, par la piqûre d'une lancette dont la pointe a été trempée dans du pus chancreux. Tous les phénomènes consécutifs ressemblent alors entièrement ou presque entièrement à ce qu'ils sont chez l'homme.

Si l'animal est un chien, un chat, etc., voici le procédé que préfère M. Auzias :

1° Il fait avec un bistouri, ou des ciseaux, une écorchure qui permet un léger suintement de sang; il irrite au besoin l'endroit écorché et son voisinage.

2° Il dépose sur l'écorchure le pus chancreux, qui fait bientôt corps avec les gouttelettes de sang à demi-coagulées.

3° Il fait surveiller l'animal pendant quelques minutes pour qu'il ne puisse pas se frotter, puis il l'abandonne à lui-même.

4° Lorsque, vers le premier, le deuxième ou le troisième jour, se manifeste une croûte, il l'enlève de manière à irriter encore le siége de l'inoculation.

5° Il réitère cette ablation d'une croûte plusieurs jours de suite, c'est-à-dire jusqu'à ce que sous elle se montre un chancre avec tous les caractères indiqués par les syphilographes.

6° Celui-ci étant devenu bien apparent, ne laisse pas que de se couvrir d'une croûte. La rupture de cette croûte permet l'écoulement d'un pus abondant et très inoculable jusqu'à un nombre indéfini de générations.

D'après les expériences de M. Auzias, le chancre passe de l'homme à l'animal plus difficilement que de l'animal à lui-même. Aussi, quand une fois il avait obtenu un chancre, la reproduction s'effectuait souvent du jour au lendemain chez le même animal ou chez un animal de son espèce.

M. Auzias a jusqu'ici inoculé des chancres avec succès au singe, au chat, au chien et au lapin. Il n'a pas encore fait d'expériences sur d'autres animaux; mais il compte pouvoir les entreprendre incessamment, et être à même de présenter ensuite à l'Académie de nouveaux résultats.

APPAREILS DE FRACTURES DE JAMBE.

M. le docteur Rotté présente à l'Académie un appareil destiné : 1° à rendre fixe le double plan incliné dont quelques chirurgiens se servent encore dans les fractures du fémur et des membres inférieurs; 2° et à permettre l'extension continue sans faire éprouver au malade une gêne notable.

M. Martin présente une jambe mécanique.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La séance publique annuelle de la Faculté de Médecine de Paris a eu lieu lundi, sous la présidence de M. Orfila, doyen. M. le professeur Bouillaud, qui a prononcé le discours d'usage, avait pris pour sujet l'examen des progrès de la médecine en France depuis un demi siècle.

Les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

PRIX MONTYON.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner ce prix pour cette année, mais que MM. les docteurs Bouchut et Neucourt seraient honorablement mentionnés.

PRIX CORVISART.

Médaille d'or décernée à M. Lebled (Prosper-Victor), de Cormecy (Indre-et-Loire).

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier prix, décerné à M. Hérard (Hippolyte), de Sens (Yonne).
2e premier prix, à M. Gobelet (Adolphe), de Metz (Moselle).
3e premier prix, à M. Robin (Charles), de Jasseron (Ain).
1er second prix, à M. Bartali (Hector), de Sartène (Corse).
2e second prix, à M. Bidault (Louis-François), de Jacqueville (Eure).
3e second prix, à M. Vilmin (Alexandre), de Strasbourg (Bas-Rhin).

La Faculté a décidé qu'il ne serait pas accordé de prix cette année aux élèves sages-femmes.

PRIX FONDÉ PAR MONTYON.

Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille de la valeur de 400 fr., sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1845 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

PRIX FONDÉ PAR CORVISART.

La Faculté a arrêté pour prix de clinique à décerner en 1845 la question suivante :

« Traiter de l'albuminurie d'après les observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté. »

Du 15 août au 1er septembre 1845, chacun des concurrens remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné;
2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DESCRIPTION D'UN NOUVEL OSTÉOTOME A DEUX ROUES CIRCULAIRES, inventé par le docteur Broenner, interne de l'hôpital de Jules à Wurzbourg, en Bavière.

Un reproche que l'on adresse généralement aux scies circulaires, c'est de ne couper dans l'os que jusqu'à la profondeur que représente le rayon de l'instrument.

Ainsi, veut-on obtenir une incision profonde, il faut avoir une scie d'un diamètre considérable.

C'est là sans doute un inconvénient que présente l'instrument dont on s'est servi jusqu'à présent.

Pour obvier à ce reproche fondé, je conçus l'idée d'une scie circulaire à deux roues parallèles.

Cette scie, dont chacune des deux roues circulaires est du diamètre d'un pouce, pénètre jusqu'à la profondeur de trois pouces dans un os, par conséquent ne participe pas aux reproches adressés à la scie circulaire qui était en usage jusqu'aujourd'hui; car la scie circulaire connue, avec le même diamètre, ne pénétrerait que jusqu'à la profondeur d'un demi pouce, ainsi d'une profondeur six fois moins grande.

Cet instrument, que le dessin ci-joint représente dans la moitié de sa grandeur, se compose d'un support en acier (fig. 4) de 4½ pouces de longueur, de 1 pouce de largeur, et de l'épaisseur d'une ligne. La partie antérieure du support se termine par une languette (fig. 2) de la longueur d'un demi-pouce, d'une largeur un peu moindre et de l'épaisseur de 1 quart de ligne environ; ce prolongement est percé à son extrémité par une ouverture circulaire destinée à recevoir un axe (fig. 5 et 6). A droite de la languette terminative du support métallique s'adapte la roue désignée par la figure 8; à gauche est fixée la roue désignée par la figure 3. Ces deux roues sont unies solidement par l'axe désigné, de manière à ce qu'elles ne puissent se mouvoir qu'en même temps, tout en laissant un espace très mince entre elles. La roue placée à droite, roue destinée à scier l'os, est mise en mouvement par trois roues d'engrenages qui sont jointes les unes aux autres et qui, en dernier lieu, communiquent avec une large roue dentelée que la main de l'opérateur met en mouvement au moyen d'un arbre coudé.

Le manche de l'instrument a 5 pouces de longueur, 1 pouce et demi de largeur. Du côté gauche de l'instrument se trouve un point d'appui destiné à fixer l'instrument dans les parties sur lesquelles il doit agir.

Telle est la description de l'instrument, donnée d'après le dessin. L'auteur, depuis cette époque, l'a modifié dans son mécanisme tant en changeant les différens rapports de grandeur qui existent entre les roues motrices, qu'en y introduisant encore quelques petits perfectionnemens.

L'instrument entier donc est très simple dans sa construction, et d'un prix modique. Chaque homme expérimenté dans l'art reconnaîtra facilement qu'il n'est pas une modification d'un instrument existant déjà, mais que c'est une invention nouvelle basée sur une idée tout-à-fait originale. Cet instrument réunit, sur la scie circulaire, l'avantage de pénétrer à une grande profondeur, sans qu'on soit obligé de se servir d'un disque circulaire d'un diamètre immense.

Je croyais, avant de m'être servi de cet instrument, qu'entre les deux roues devait rester une lamelle osseuse très mince; mais lors de son application, je me suis convaincu, à ma grande satisfaction, qu'à cause du peu d'espace qui sépare les deux roues, cette lamelle disparaissait à mesure que j'avançais dans l'incision.

M. Luër, fabricant d'instrumens de chirurgie, a bien voulu se charger de la construction de cet instrument.

BIBLIOGRAPHIE.

GUIDE DU MÉDECIN-PRATICIEN, OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES; par le docteur VALLEIX; 4 volumes in-8°, contenant les maladies des voies respiratoires, les maladies des voies circulatoires et une partie des maladies des voies digestives. — Paris, 1841 à 1844. Chez Lenormant et Pagnerre, libraires, rue de Seine.

Il y a quelques jours à peine que nous rendions compte d'un ouvrage ayant, par le titre au moins, quelque analogie avec celui dont nous allons entretenir le lecteur, et dont il aurait pu avoir été question depuis longtemps dans les colonnes de ce journal, puisque le premier fascicule remonte au mois de novembre 1841; mais la rare apparition des livraisons, l'incertitude du succès d'un travail publié d'une manière aussi insolite, la nécessité d'en avoir sous les yeux une portion assez considérable pour pouvoir le juger avec une connaissance exacte et d'autres circonstances encore qu'il est inutile de rappeler nous avaient engagé à en remettre jusqu'ici l'examen. Aujourd'hui pourtant qu'arrivé au quatrième volume, cet ouvrage semble devoir être continué dans toutes les conditions où il a été commencé, nous devons le faire connaître et mettre le lecteur à même de le comparer avec les autres publications analogues et en grand nombre dont nous parlions dans l'article déjà cité. Nous renvoyons à cet article pour les considérations générales que nous y avons présentées sur le besoin qu'éprouve la génération médicale actuelle d'ouvrages élémentaires nouveaux et surtout d'ouvrages *pratiques*. Celui que nous avons en main ayant commencé à être publié à l'époque même où la réaction en faveur des ouvrages *pratiques* était la plus vive porte de nombreuses traces de cette direction exagérée. Autant les formules, la mention des médicamens et des médications étaient rares dans les ouvrages qui paraissaient pendant la période précédente, autant le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN contient de prescriptions pour chaque maladie ou chacune de ses périodes et, le plus souvent, sans indication thérapeutique autre que le nom de l'auteur ou de l'écrivain qui la cite avec le nombre des malades chez lesquels elle a réussi quand il est connu, ce qui est assez rare; autant le traitement occupait peu de place il y a quelques années dans l'historique de la plupart des maladies, autant il l'emporte dans celui de M. Valleix sur toutes les autres parties de cet historique réunies; l'auteur en éloignant, autant qu'il lui est possible, tout ce qui ressemble à la théorie, à la discussion, à la critique même, le plus souvent, et renvoyant les médications dont les succès sont douteux, à la formation de nouvelles séries de faits, à de nouvelles recherches numériques. Bien qu'aujourd'hui on soit un peu revenu de cet enthousiasme exagéré pour les formules thérapeutiques, et que l'on préfère généralement et avec raison une seule prescription avec ses indications puisées dans l'état des forces du sujet, dans la nature, la forme, l'époque de la maladie, dans les circonstances extérieures et même dans l'effet des médicamens déjà employés, à vingt formules rapportées de suite et sans autre critique que l'analyse numérique, il y a encore un certain nombre de médecins qui s'inquiétant peu des lois de la pathologie, préfèrent cette dernière méthode, et auxquels pourra convenir le GUIDE DU PRATICIEN.

Les deux premiers volumes sont consacrés aux maladies des voies respiratoires, qui sont exposées dans l'ordre suivant : l'épistaxis, le coryza, la laryngite sous ses différentes formes, et quelques pages sur l'aphonie complètent le premier volume, tandis que le second comprend l'hémoptysie, la bronchite et toutes ses variétés, la dilatation et le rétrécissement des bronches, l'emphysème pulmonaire, la pneumonie, la phthisie, l'asthme et la coqueluche. Ce que nous venons de dire du cadre que s'est tracé l'auteur et de la manière dont il l'a rempli peut, jusqu'à un certain point, nous dispenser d'examiner comment chacune de ces nombreuses questions a été traitée; nous nous bornerons donc à signaler *passim* quelques points spéciaux sur lesquels nous croirons devoir appeler l'attention, mais sans nous astreindre à suivre l'auteur pas à pas et à combattre ou à approuver son opinion sur toutes les questions importantes; d'ailleurs nous croyons pouvoir rappeler sans blesser ni la vérité ni même les convenances les plus exigeantes, que M. Valleix ayant été et étant probablement encore l'un des plus zélés et des plus distingués partisans de la méthode que l'on a désignée sous le nom de *numérique* et écrivant un traité de médecine pratique, il a cru pouvoir ne pas s'occuper des questions qui prêtent le plus à la controverse, apportant tous ses soins à énumérer et à comparer sous le point de vue numérique les différens mode de traitement conseillés par les auteurs. Malheureusement la méthode numérique appliquée à la thérapeutique n'a en-

core produit que pour un bien petit nombre de maladies, si nous en jugeons d'après l'auteur lui-même, les résultats positifs que l'on en attend. Par compensation, M. Valleix a, dans les quatre volumes déjà publiés, trouvé de très fréquentes occasions de signaler des vides à remplir à ceux qui voudront se livrer à ces sortes de travaux.

Comme il arrive au commencement de la plupart des ouvrages de longue haleine et publiés par parties détachées, celles qui forment le premier volume ont été traitées avec plus de développement que les suivantes, et pourtant, malgré l'extension donnée aux différentes médications employées contre le coryza aigu, nous avons été étonnés de ne trouver, parmi les infusions de violette ou de bourrache et autres préparations d'une énergie analogue, aucun des moyens qui réussissent si bien dans beaucoup de cas. Nous voulons parler des narcotiques et des stimulans administrés dès le début, et qui, employés par des praticiens familiarisés avec les diverses actions successives de ces médicamens sur l'économie, produiraient autant d'effet qu'ils le font chaque jour entre les mains de personnes étrangères à l'art. M. Valleix conseille, avec raison, l'opium au début de certaines bronchites. Il aurait pu en faire autant pour le coryza, que les émolliens qu'il recommande ont l'avantage de prolonger dans une proportion notable.

Puisque nous parlons de l'opium, si peu employé il y a quelques années, et dont on recommence aujourd'hui à apprécier les bienfaits, nous louerons l'auteur d'avoir signalé la pratique de M. Louis dans le traitement de l'emphysème par l'opium, qu'il aurait administré avec succès 26 fois sur 30. Cette méthode, qui est peu connue, au moins si nous en jugeons par la défiance avec laquelle beaucoup de médecins de la capitale l'emploient dans l'emphysème, est, d'après notre propre expérience, une conquête d'une haute valeur, quel qu'en soit l'auteur, et nous exprimons le regret sincère que M. Valleix, qui a consacré tant de pages à des formules trop souvent sans valeur comme sans critique, se soit borné à la mentionner en quelques lignes.

Nous signalerons encore, au mot *Emphysème*, l'opinion de l'auteur sur la cause de cette maladie, qu'il est bien près d'attribuer, avec Laënnec, à une simple cause mécanique, contradictoirement à l'opinion de M. Louis, qui y voyait le résultat d'une force primitive, semblable à celle qui préside au développement des organes creux. L'abandon de cette opinion, qui reposait sur des faits incomplets, est un progrès réel, qui permettra peut-être, jusqu'à un certain point, d'expliquer l'action de l'opium dans le traitement de l'emphysème. Nous rappellerons qu'à l'époque où cette opinion fut émise, nous la combattîmes comme opposée aux faits vus sous leur véritable jour. (GAZ. MÉD., 1837, p. 590.)

Nous aurions encore quelques points à signaler dans le deuxième volume, et regrettons par exemple que l'auteur ait à peine indiqué le caractère épidémique en faisant l'histoire des maladies qui le présentent souvent. Nous désirerions aussi répondre à quelques objections vagues élevées contre les conclusions d'un travail publié par l'un d'entre nous dans ce journal sur la *gangrène pulmonaire*. (GAZ. MÉD., 1836); mais le peu de développement que l'auteur a donné à sa critique nous dispense de ce soin.

Le troisième volume contient l'histoire des maladies des voies circulatoires, auxquelles l'auteur a ajouté, toujours sous le même titre, la pléthore, l'anémie, la chlorose, le scorbut, la syncope et la scrofule, qui auraient pu tout aussi bien être placées ailleurs, mais sans un avantage réel. Dans cette partie encore, nous trouvons des points importans à peine discutés, mais, en revanche, de longues et nombreuses formules, avec tous les détails nécessaires, non seulement pour leur préparation, mais encore sur la manière de les administrer. Ces détails, qu'il aurait peut-être été possible d'exposer d'une manière moins longue, ne sont cependant pas à dédaigner; nous avons souvent reproché aux auteurs de formulaires de s'en être complètement abstenus.

Le quatrième volume contient quelques-unes des maladies des voies digestives depuis l'hémorrhagie buccale jusqu'à l'œsophagite inclusivement, et y compris surtout les nombreuses variétés de la stomatite et de la pharyngite, qui remplissent à elles seules plus de la moitié du volume.

Nous avons de la peine à croire que cet ouvrage puisse être complété par deux volumes seulement, comme il nous semble que l'auteur en avait pris l'engagement, s'il continue à suivre la marche qu'il a observée jusqu'ici, bien qu'en diminuant cependant un peu, dans les deux derniers volumes, l'extension donnée, nous ne dirons pas à la thérapeutique, mais aux collections de formules. On aurait tort cependant de croire, d'après le nombre des formules réunies à la suite de chaque maladie, que l'auteur est un de ces polypharmaques qui gorgent leurs malades de médicamens. Au contraire, chaque formule ou chaque indication d'un traitement est suivie de l'expression d'un doute, soit sur son efficacité réelle, soit sur la convenance des cas où elle peut être employée; en sorte que celui qui lit avec attention cet ouvrages et tient compte à la fois du nombre de méthodes thérapeutiques mentionnées et des restrictions dont elles sont souvent accompagnées, doit être effrayé, au milieu de ce luxe thérapeutique, de la disette qu'y éprouve constamment le praticien; car, nous devons le dire, et nous finirons par là notre examen, l'auteur ne s'exagère point les richesses de la science, peut-être même les déprécie-t-il au-dessous de leur valeur réelle, et nous affirmerons, comme l'expression de notre conviction, qu'il restreint dans des limites trop étroites leurs progrès futurs, en renfermant leur avenir dans la simple observation. Quoi qu'il en soit, cette manière de voir est la preuve d'une direction consciencieuse, et à ce titre, comme à divers autres signalés déjà dans cette notice, nous croyons pouvoir recommander le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN à ceux en si grand nombre qui croient la médecine très avancée sous le point de vue pratique et à ceux aussi qui aiment les recherches faites avec bonne foi et une certaine indépendance.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Sestier, professeur agrégé, commencera, le lundi 11 novembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'École de médecine, le cours de pathologie médicale, en suppléance de M. le professeur Duméril, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivans. Ce cours sera spécialement consacré à l'étude des *maladies rapidement mortelles*. Nous croyons savoir que des recherches orignales et complètement inédites seront exposées par le professeur. Nous en reproduirons un résumé dans la GAZETTE MÉDICALE.

— DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE, résumant et complétant tous les faits présentés par les encyclopédies, les anciens dictionnaires scientifiques, les OEuvres complètes de Buffon, et les meilleurs Traités spéciaux sur les diverses branches des sciences naturelles; donnant la description des êtres et des divers phénomènes de la nature, l'étymologie et la définition des noms scientifiques, les principales applications des corps organiques et inorganiques à l'agriculture, à la médecine, aux arts industriels, etc.; ouvrage utile aux médecins, aux pharmaciens, aux agriculteurs, aux industriels, et généralement à tous les hommes désireux de s'initier aux merveilles de la nature; par MM. Arago, Bazin, Becquerel, Bibron, Blanchard, Boitard, de Brébisson, Ad. Brongniart, C. Broussais, Brullé, Chevrolat, Cordier, Decaisne, Delafosse, Deshayes, J. Desnoyers, Alcide et Charles d'Orbigny, Doyère, Dujardin, Dumas, Duponchel, Duvernoy, Milne-Edwards, Elie de Beaumont, Flourens, Gérard, Gervais, Is. Geoffroy-St-Hilaire, Al. de Humboldt, de Jussieu, de Lafresnaye, Laurillard, Lemaire, Léveillé, Lucas, Martin St-Ange, Montagne, Pelouze, Pelletan, C. Prévost, de Quatrefages, A. Richard, Rivière, Roulin, Spach, Valenciennes, etc.; dirigé par M. Charles d'Orbigny; et enrichi d'un magnifique Atlas de planches gravées sur acier.

En vente : tome V, 54e série.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION. — Le DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE formera 96 séries ou 8 gros tomes divisés chacun en deux volumes ou parties grand in-8°, à doubles colonnes, caractères neufs, tirés sur beau papier vélin satiné. Chaque volume, contenant la matière de quatre volumes ordinaires, est composé de six séries.

De belles planches, gravées sur acier par les plus habiles artistes de Paris, représentant un grand nombre de sujets et destinées surtout à faciliter l'intelligence des articles généraux, accompagneront les livraisons de texte. Ces planches, dessinées par nos meilleurs peintres d'histoire naturelle, formeront le plus bel atlas publié jusqu'à ce jour.

Prix de la série, paraissant tous les vingt jours et composée de 4 feuilles de texte et de 2 planches :

Texte sans planche..................	1 f.	» c.
— avec figures noires in-8°....	1	50
— — coloriées in-8°..	2	75
— — noires in-4°....	2	25
— — coloriées in-4°..	3	50

Pour la province (*franco* par la poste), 1 fr. 50 c. de plus par volume.

Avec la fin de chaque tome, il sera envoyé aux souscripteurs une couverture imprimée.

A la fin de l'ouvrage, un appendice indiquera le classement des planches.

On souscrit à Paris, au bureau principal des éditeurs, rue de Seine-St-Germain, 47.

Chez Langlois et Leclerq, rue de la Harpe, 81.

Et chez Fortin, Masson et Comp., place de l'École-de-Médecine, 1.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

PANSEMENT DES PLAIES PAR OCCLUSION DE LEUR SURFACE. — MYOTOMIE RACHIDIENNE.

Deux graves questions sont actuellement pendantes devant nos deux Académies: une nouvelle méthode de pansement des plaies devant l'Académie des sciences, et la myotomie rachidienne devant l'Académie de médecine.

Le pansement des plaies par occlusion de leur surface est peut-être le sujet le plus important de la chirurgie, si l'on a égard à l'élévation et à la généralité du but. Il ne s'agirait de rien moins que de chercher à ramener toutes les plaies découvertes aux conditions des plaies sous-cutanées qui, comme cela est bien établi aujourd'hui, jouissent de la propriété de s'organiser immédiatement sans inflammation suppurative. Or, une telle immunité donnée aux plaies découvertes, aux plaies qui, dans les conditions ordinaires, passent nécessairement par la suppuration pour se cicatriser, constituerait un des résultats les plus importans au point de vue de la science et de l'humanité. Une telle ambition est bien faite pour exciter l'émulation de bon nombre de personnes à la fois. Aussi ne sera-t-on pas surpris que trois chirurgiens se présentent presque spontanément, presque le même jour, pour faire enregistrer leurs vues et leurs essais dans cette nouvelle voie, et leurs droits à cette nouvelle conquête. M. Laugier d'une part, de l'autre M. Chassaignac, et en troisième lieu M. J. Guérin. Quoique mus tous trois par les mêmes idées, leur but est néanmoins aussi différent que leurs moyens. Tous trois sont pénétrés de l'idée que l'air exerce une action qui nuit et porte obstacle à la cicatrisation des plaies, mais ni l'un ni l'autre ne paraissent avoir la même opinion sur la nature et le degré de cette action. Ainsi, tandis que MM. Laugier et Chassaignac ne voient dans la présence de l'air qu'un modificateur de la suppuration et regardent ce dernier phénomène comme indispensablement lié au travail de cicatrisation des plaies exposées; M. J. Guérin, au contraire, regarde l'action de l'air comme la cause toute puissante de la suppuration; et la suppuration comme une période, comme un préliminaire susceptible d'être enjambé, d'être supprimé au profit du travail de cicatrisation immédiate. La conséquence qui résulte de cette différence de manière de voir se retrouve dans la différence de but et de moyens. MM. Laugier et Chassaignac n'aspirent qu'à modifier, qu'à hâter, qu'à simplifier la période et le travail de suppuration. M. Guérin tend à supprimer cette période. Les moyens imaginés par les trois chirurgiens sont, comme nous l'avons dit, en rapport avec leurs idées et leur but. M. Laugier applique une peau de baudruche gommée à la surface des plaies; M. Chassaignac les couvre de bandelettes à demeure; M. Guérin appli-

Feuilleton.

LE PAUVRE DE LA CAMPAGNE, ATTEINT DE MALADIE.

Lettre au docteur D...

Un illustre auteur du dernier siècle écrivait à un de ses amis: « Toutes les fois qu'un des frères gratifie le public de quelque bon ouvrage, auquel on applaudit, je me jette à genoux dans mon petit oratoire, je remercie Dieu et je m'écrie: *Dieu* des bons esprits, *Dieu* des esprits justes, *Dieu* des esprits aimables, répands ta miséricorde sur tous mes frères, que leurs travaux soient toujours bons et utiles, etc. » Et moi chétif, j'adresserai la même invocation à Dieu, pour vous prier, mon cher ami, de hâter vos travaux de statistique, de philosophie médicale, et de mettre enfin au jour l'ouvrage auquel vous travaillez si longtemps avec tant d'application, de savoir et de conscience. Je suis bien sûr que vous n'y oublierez pas le peuple des campagnes, dont on s'occupe si peu et si mal quand on veut bien s'en occuper. La société, en général, est essentiellement *oublieuse*, mais dans ce cas particulièrement; et pourtant il n'en est pas, je vous assure, qui soit plus digne d'intérêt. N'avez-vous jamais lu, mon ami, dans les mille journaux ou revues qui paraissent sans fin, ni relâche, ce qu'on dit en faveur des ouvriers; c'est à n'en plus finir, quoique avec des intentions diverses. On ne parle que de l'organisation du travail, que du nombre et de la misère des travailleurs, etc. Nous sommes loin de nous en plaindre, quoiqu'il y ait plus d'une fois, à cet égard, un charlatanisme de phraséologie philantropique, une manière de vanter son baume de régénération sociale dont on n'est dupe que quand on veut. Mais vous est-il arrivé de voir ces discoureurs parler du peuple des campagnes, de ses travaux, de ses besoins, de sa misère, de son isolement individuel, de son peu de ressource quand la maladie l'atteint et l'oppresse? Oh non! ce peuple-là ne compte pas; on dirait qu'il est effacé de la carte du pays, au moins de celle de certains écrivains. C'est pourtant ce peuple qui fait la racine de notre société; c'est lui qui forme la plus solide base de nos armées, de notre marine; c'est en lui que réside la sève la plus vigoureuse du corps social, que tant de causes épuisent et énervent. On l'a dit, et cela est éternellement vrai, la civilisation est sortie d'un champ de blé, comme le chêne est sorti d'un gland. Vérité souvent oubliée, parce que l'industrie, les industriels et l'industrialisme des grands centres occupent tout, envahissent tout, jusqu'à la trompette du journaliste, jusqu'aux discours académiques ou non de la capitale, des départemens et même des arrondissemens.

Mais, mon cher confrère, si les habitans des campagnes, petits agriculteurs, petits propriétaires, contribuables non censitaires, citoyens sans leur part proportionnelle au droit social, sont en général comme s'ils n'étaient pas, que dira-t-on de ces habitans, quand ils sont pauvres, lorsqu'ils manquent de tout, bien plus encore quand ils sont malades, souffrans, hors d'état de travailler ou plutôt de mendier? C'est peut-être le comble de ce qu'il est donné à l'homme de supporter de malheur dans ce monde. Vous en trouverez des preuves dans l'ouvrage

que *hermétiquement* des membranes à la surface des plaies dans le but de fermer tout accès à l'air. On conçoit facilement que les idées, le but et les moyens de ce dernier chirurgien, renferment les idées, le but et les moyens des deux premiers; car dans ce cas, qui veut et peut le plus, peut certainement le moins. C'est en effet ce qui résulte tout à la fois de l'origine, de la filiation et de la date des trois méthodes, ainsi que nous allons le démontrer en peu de mots.

L'idée sérieuse, scientifique, de soustraire les plaies à tout contact de l'air, date certainement de la méthode sous-cutanée. Toute prétention contraire est insoutenable. Il suffit pour s'en convaincre d'ouvrir tous les traités de chirurgie; les uns soutiennent l'innocuité absolue, les autres l'innocuité relative de l'action de l'air. Aucune doctrine entre ces propositions contradictoires n'avait été fixée. La méthode sous-cutanée a, la première, par ses nombreuses expériences et ses plus nombreuses applications sur l'homme, posé des conclusions certaines. De plus, elle a nettement signalé dès l'origine la possibilité et l'utilité de convertir toutes les plaies découvertes en plaies sous-cutanées: voilà le point de départ; puis sont venus les moyens de réalisation et d'exécution. L'époque, ensemencée des produits de la méthode-mère, a pu faire germer en plusieurs esprits à la fois les tentatives dont nous avons parlé; mais ces tentatives ne sont venues qu'après l'idée principale et comme inspiration de cette dernière; et puisqu'après les questions préalables de vérité, d'utilité et de nouveauté d'une méthode, il est permis de s'occuper de la question de priorité, nous dirons que cette dernière doit non seulement être jugée par la date certaine des titres, mais aussi par l'origine, la filiation et la signification particulière et précise des idées et des moyens. Cela dit, nous attendrons le développement des communications et des prétentions de chacun, persuadé que tout le monde souscrira aux prémisses que nous venons de poser.

La discussion ouverte à l'Académie de médecine n'est pas moins digne de fixer l'attention, quoique sous bien d'autres rapports. Nos lecteurs connaissent toutes les péripéties par lesquelles a déjà passé la myotomie rachidienne: il est inutile de les leur rappeler. Disons seulement que le rapport de la commission nommée pour examiner la communication de M. Malgaigne, réduite aux trois membres persévérans, soulève une foule de questions de science et de pratique, de choses et de personnes, de droits et de mœurs scientifiques et académiques. Elle est grosse d'avenir; souhaitons qu'elle ne soit pas grosse d'orages. Il est à regretter que M. Velpeau n'ait pas mis à profit dès l'abord les remarques si convenables et si élevées de M. Louis. On se le rappelle, cet honorable membre ne comprenait pas qu'un académicien bravât la récusation directe d'un de ses collègues, avec lequel il était en hostilité ouverte, et se fît malgré lui juge rapporteur d'un travail où celui-ci était personnellement en cause. Cette première fausse démarche en a amené et en amènera bien d'autres encore. M. Velpeau a d'abord fait son rapport en l'absence du membre qui était directement intéressé au débat. Puis il a refusé de lui communiquer cette pièce; puis enfin il la lui a laissé voir alors qu'il ne lui était plus possible de la cacher, juste la veille au soir du jour où elle était distribuée à tout le monde. Cela est bien fait pour justifier les remarques de M. Louis: on verra la suite. Quoi qu'il en soit, le rapport a été fait. C'est un modèle d'*adresse punique*, comme dit Montaigne: c'est un merveilleux assemblage de dehors scientifiques, graves, modérés, enveloppant la trame la plus perfide qui se soit imaginée. C'est un hommage rendu à la dignité et à l'impartialité de l'Académie; mais une embûche contre sa sagacité. Ce qu'il n'est pas permis de dire en face de ce corps savant, on peut l'écrire ici; or, ce rapport est une immense personnalité couverte des pieds à la tête du costume académique: on espère ainsi la faire arriver et admettre jusqu'au fond du sanctuaire de la science. Mais l'Académie n'est pas moins réfléchie que digne; elle examinera le fond après la forme, la figure sous le masque; et, il faut l'espérer, chaque chose sera remise à sa place.

La dernière séance a été consacrée aux premières explications de M. Guérin et à la première réplique de MM. Roux et Velpeau. Nous n'avons rien à dire ici des unes ni des autres. On les trouvera fidèlement reproduites au compte rendu; il suffira de les lire pour les juger. Ajoutons seulement que M. J. Guérin devant répondre à M. Velpeau dans la prochaine séance, nous nous abstenons d'indiquer ici en quoi la réplique de M. le rapporteur est d'accord avec tous ses précédens dans ce débat.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DES PLAIES OUVERTES PAR L'OCCLUSION HERMÉTIQUE DE LEUR SURFACE; adressée à l'Académie des sciences le 11 novembre 1844; par le docteur JULES GUÉRIN.

Monsieur le président,

Dès le mois de juillet 1839, dans le mémoire même où j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie mes premières expériences sur les plaies sous-cutanées, j'avais explicitement établi comme conséquences et applications de mes recherches:

« 1° Que le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées est le » même que celui de la réunion adhésive, le même que celui de la cica- » trisation des plaies qui suppurent. La condition essentielle de cette ci- » catrisation, disais-je, est la même dans les trois ordres de plaies: la » soustraction de leur surface au contact de l'air; d'où la condition es- » sentielle de la réunion par première intention des plaies, l'absence du » contact de l'air et l'indication pour l'obtenir, l'application hermétique » de leur surface et l'occlusion permanente de leurs bords.

» 2° Que les applications du phénomène de l'organisation immédiate » des plaies sous-cutanées sont de *ramener* toutes les plaies avec libre » communication à l'air aux *conditions* des plaies sous-cutanées (1). »

Ces deux propositions sont textuellement extraites des conclusions de mon premier mémoire sur les plaies sous-cutanées; dans le cours du mémoire, j'avais dit:

« La seconde conséquence qui résulte de la comparaison du phéno- » mène de la réunion immédiate avec ceux de l'organisation immédiate » des plaies sous-cutanées, c'est que la condition essentielle de cette réu- » nion, de cette organisation, est la même: c'est de soustraire exactement

(1) MÉM. SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES, GAZ. MÉD., 1840, p. 231. — ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, 1841, p. 70.

du docteur Munaret, DU MÉDECIN DES VILLES ET DU MÉDECIN DES CAMPAGNES, livre excellent, écrit d'ailleurs avec autant de goût que d'esprit, et que je vous recommande particulièrement. Les campagnes offrent, en effet, et plus qu'ailleurs, le contraste de l'opulence, du bien-être dans la classe riche et de l'infortune la plus profonde pour celui qui n'a rien, pas même l'usage de ses bras. A dire vrai, pourtant, le pauvre bien portant est peut-être moins malheureux que celui de la ville; mais tombe-t-il malade, il est dix fois plus pauvre, plus écrasé par le malheur. Tout lui est fermé, nulle ressource, aucun secours, aucun moyen ne lui est offert dans ses maux; il meurt dans la plus rigoureuse acception de la *mort du juste*, nu, abandonné, couché sur la cendre ou à peu près. Il ne faut donc pas s'étonner si ces malheureux tombent le plus souvent dans une sorte de crétinisme physique et moral qui fait toujours demander si la civilisation est aussi grande, aussi réelle et surtout aussi étendue qu'on le dit.

Il vous est arrivé sans doute, mon ami, de rencontrer dans la campagne, errans çà et là, des pauvres dont l'ensemble, l'aspect, inspirent à la fois la répugnance et la pitié; on les dirait d'une autre espèce que la nôtre, ce sont en quelque sorte des ruines humaines. Leur corps brisé, courbé par de longues souffrances, leur figure hâve, terreuse, leurs yeux caves, chassieux, sans expression, leurs membres amaigris, leur peau tannée, grisâtre, rugueuse, les distinguent tout d'abord. Ils ont des habits rapetassés en cent endroits avec du fil de toutes couleurs; leurs pieds sont enveloppés de haillons, car le sabot est du luxe pour eux; ils portent habituellement un bissac rempli de pain dur et moisi, n'étant pas toujours sûrs d'en avoir; ils couchent sous des hangars, dans des granges, dans des étables à pourceaux, quand toutefois la méfiante compassion du propriétaire veut bien le permettre. Mais il en est qui, pour ainsi dire à part de ces hordes errantes, sont stationnaires dans le bourg et le village; ceux-là ont une habitation, si toutefois on peut donner ce nom à un bouge obscur et infect. Vous savez qu'en général les habitans de la campagne, même aisés, n'ont pas pour leur demeure une hygiène bien entendue: de l'obscurité, de l'humidité, la malpropreté, le fumier devant la porte, la pluie et le vent de tous les côtés en sont les inconvéniens ordinaires. Mais jugez de ce que peut être cette habitation quand le locataire ne possède rien ou à peu près. Un sol boueux, humide, des murs bas, salpêtrés, mal joints, un toit crevassé, une porte basse, une ou deux petites fenêtres à carreaux brisés ou formés de papier huilé, des exhalaisons fétides, une odeur *sui generis*, en voilà le plan général. Dans l'intérieur, un triste grabat, deux ou trois ustensiles de cuisine ébréchés, rompus, quelques souquenilles pendues à un clou, une chaise défoncée ou une escabelle boiteuse devant un âtre, bien rarement échauffé, telle est l'esquisse abrégée de cette cahute, ou plutôt de ce wigwam des sauvages de notre civilisation. Tous, à la vérité ne sont pas réduits à un tel dénûment. Celui qui peut travailler, fouir la terre, battre en grange, charrier pour le compte d'autrui, glaner quelques épis, ramasser des feuilles, quelques branches d'arbres dans les bois voisins, en se cachant des gardes, peut encore vivoter, végéter; mais que la maladie arrive! or, vous savez si elle se fait attendre avec un pareil mode d'existence, alors la misère la plus horrible vient fondre sur le malheureux et sur sa famille, tout lui manque à la fois. Pour lui, *manger* était un problème déjà très difficile à résoudre, jugez de celui de *guérir*. Abri, soins, médicamens, nourriture, plus rien; et certes la célèbre inscription du Dante devient alors une terrible vérité, ou plutôt c'est un

» la surface des plaies à tout contact de l'air atmosphérique. Je ne m'arrêterai pas, disais-je, à indiquer les moyens de remplir cette indication : » il me suffira pour le moment de l'établir comme condition capitale et » certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis près de » deux siècles (1). »

Ces citations prouvent donc que, dès 1839, j'avais explicitement établi que les plaies extérieures pouvaient être ramenées aux conditions de cicatrisation immédiate des plaies sous-cutanées, en les affranchissant du contact de l'air.

Depuis cette époque, je n'ai pas cessé, dans mon enseignement, ma pratique et mes écrits, d'insister sur l'importance de cette application de mes idées. Différens ouvrages ou articles publiés depuis 1840 jusqu'à ce jour en font foi. Témoin les passages suivans : « La cause essentielle, » efficace de l'inflammation suppurative dans les plaies sous-cutanées et » toutes les *plaies ouvertes* est bien la présence et l'action de l'air. 2° En » conséquence de cette doctrine, il sera possible de convertir *toutes* les » *plaies ouvertes* en plaies sous-cutanées, et de leur procurer, comme à » celles-ci, le bénéfice de la cicatrisation sans inflammation suppurative. » (Gaz. Méd., Influence de l'air sur les plaies sous-cutanées, 1843, p. 183.) — Et cet autre passage :

« La cicatrisation des plaies sous-cutanées offre immédiatement le mode » terminal de la cicatrisation des plaies extérieures : c'est la cicatrisation » à l'air libre, moins les préliminaires, moins l'inflammation suppurative. » Or, la conséquence immédiate de cette idée, c'est qu'en soustrayant les » plaies ordinaires aux influences qui retardent leur cicatrisation, en les » ramenant à la condition des plaies sous-cutanées, on leur en procurera » tous les avantages. » (Programme des conférences sur la chirurgie sous-cutanée, mai 1844, p. 13, et Gazette Médicale, même année, p. 332.)

En ce qui concerne la réalisation de ces idées, j'ai fait, dans ma pratique publique et privée, des expériences nombreuses sur le pansement des plaies avec différentes espèces de membranes, d'appareils en baudruche, taffetas gommé, caoutchouc, dans le but d'enfermer les plaies découvertes pour les isoler, à l'aide d'une peau artificielle, du contact de l'air. J'ai traité, par cette méthode, des plaies récentes, des plaies suppurantes, des fractures compliquées, des ulcères, des brûlures, certaines maladies graves de la peau. Dès 1841, j'avais fait une série d'essais de ce genre dans le service temporaire de M. le docteur Maisonneuve, à l'Hôtel-Dieu. Toutes ces expériences sont de notoriété publique. Voici ce que j'imprimais à cet égard, dès le mois de janvier 1842 : « Quant aux appli- » cations de ces principes, je m'y livre depuis plusieurs années avec » une persévérance digne du but auquel j'aspire, et plusieurs ont été » faites publiquement dans mon service de l'hôpital des Enfans, et ré- » cemment encore à l'Hôtel-Dieu, pendant que M. le docteur Maison- » neuve remplaçait temporairement les chefs de service. Je dirai en pas- » sant que l'appareil en baudruche que l'auteur du mémoire a pris la » peine de décrire comme de son invention est précisément celui que » j'emploie depuis longtemps, et que j'ai employé publiquement à l'Hôtel- » Dieu pendant plus d'un mois. Depuis lors, j'ai apporté à cet appareil » des perfectionnemens propres à lui faire remplir plus exactement et » plus sûrement les indications de la méthode. » (Journal des connaissances médico-chirurgicales, janvier 1842, p. 26.) On trouvera, dans d'autres écrits antérieurs ou postérieurs à cette date, plusieurs allusions très explicites à mes expériences sur le pansement des plaies par occlusion hermétique de leur surface (1). Cette méthode, envisagée dans ses principes et dans ses applications, pouvait donc être considérée comme suffisamment établie, connue et indiquée.

(1) Gaz. Méd., 1840, p. 230. — Essais sur la méthode sous-cutanée, 1841, p. 66.

Cependant, mon honorable confrère, M. Laugier, a communiqué il y a quinze jours à l'Académie, comme entièrement nouveau, le mode de pansement qui consiste à couvrir les plaies d'une peau de baudruche, dans le but de les soustraire au contact de l'air. Je n'ai pas à m'expliquer ici sur la valeur du procédé, de la manière particulière de faire de M. Laugier; je me borne à signaler l'identité complète qui existe entre les idées et la méthode qu'il a crues nouvelles, et les idées et la méthode qui sont indiquées dans les passages de mes écrits reproduits plus haut; et pour ce qui concerne plus particulièrement et plus explicitement l'occlusion des plaies par des membranes faisant fonction de peau artificielle, voici l'extrait d'une note cachetée dont l'Académie a bien voulu recevoir le dépôt le 31 août 1840, extrait dont je prie M. le secrétaire perpétuel de vouloir bien vérifier l'exactitude, en décachetant mon paquet du 31 août, mais en passant sous silence ce qui, dans la même note, est relatif à d'autres expériences sur la cicatrisation des plaies.

Contenu du paquet cacheté déposé le 31 août 1840.

« Je dépose aujourd'hui (31 août 1840) cette annexe à mon précédent »paquet cacheté, exprimant comme résultat général de mes expériences, »que les brûlures, les ulcères, les plaies enflammées et suppurantes sont, »comme les *plaies simples*, puissamment modifiées dans le travail de »cicatrisation, lorsqu'elles sont enfermées et soustraites au contact de »l'air, soit par la soustraction pure et simple de ce fluide et l'application hermétique d'une membrane qui isole les tissus de son contact, »soit.... »

Cette communication n'a pas seulement pour objet d'établir une priorité qui ne saurait être méconnue, mais d'annoncer à l'Académie de nouveaux perfectionnemens et de nouvelles applications de ma méthode. En effet, j'ai non-seulement continué à traiter les plaies de toute nature par l'occlusion hermétique de leur surface, mais j'ai imaginé des moyens de rendre cette pratique beaucoup plus sûre et beaucoup plus efficace, surtout en ce qui concerne la cicatrisation immédiate des plaies récentes. Je serai prochainement en mesure de soumettre ces perfectionnemens à l'examen de l'Académie. J'indiquerai la condition spéciale et le moyen particulier à l'aide desquels il est possible d'assurer aux plaies découvertes récentes les avantages des plaies sous-cutanées, c'est-à-dire de les faire cicatriser en les affranchissant comme les plaies sous-cutanées du travail de l'inflammation suppurative. J'ai indiqué dans une nouvelle note cachetée, dont je prie l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt, l'énoncé de la condition et du moyen dont je veux parler.

Je ferai remarquer, en terminant, que par ce but et ce résultat entièrement nouveaux je me trouve dès aujourd'hui en complet désaccord

(1) Essais sur la méthode sous cutanée, 1841, Introduction, p. 1. — Gaz. Méd., 1843, p. 182, 183. — Id. 1844, p. 172 et 330, 331, 332, etc.

---

enfer que ce grand poète a oublié de décrire. On voudrait inventer qu'on serait au-dessous de la réalité. Mais soyez certain, mon ami, qu'il n'y a là aucune exagération : *Quod vidi testor*. Un peu plus ou un peu moins, on trouve de ces malheureux dans toutes les campagnes; pour peu qu'on les cherche, on les aura bientôt découverts.

Si vous demandez ce qu'on a fait jusqu'à présent pour soulager tant de maux, la réponse est courte et simple : rien, absolument rien; les prévoyances tutélaires de nos institutions n'ont pas été jusque-là. D'ailleurs pourquoi s'en étonner? Avec ce culte furieux de l'égoïsme qui n'a pour mobile que le *moi* et pour dieu que le succès, principal ressort de la société actuelle, il est difficile de penser à un tel état de misère; aussi, d'une part, l'incurie routinière; de l'autre, la vanité qui se soucie très peu du bien fait uniquement pour le bien, font que rien n'a changé à cet égard. Et puis, il faut le dire, il y a des gens qui n'ont ni oreilles pour entendre, ni ame pour comprendre. Le progrès se manifeste en tout, excepté sur ce point; le temps, ce véritable médecin homéopathe, parce qu'il guérit par l'emploi de lui-même, n'a apporté aucun remède, nul soulagement à cette plaie sociale. Toujours est-il qu'on ne comprend pas l'oubli total qui a été fait jusqu'à présent des pauvres de la campagne atteints de maladie. Dans les villes, la misère est grande, les malades nombreux, mais aussi que de ressources ne trouvent-ils pas dans une foule d'institutions de charité! Les *hôpitaux*, les *hospices*, les *bureaux de bienfaisance*, les *salles d'asile*, les *dispensaires*, les *associations* d'ouvriers, certaines *fondations* pieuses, etc., ne sont-ils pas autant de refuges pour le pauvre, pour l'infirme, brisé par l'âge ou par la maladie? Vous chercherez en vain de pareilles institutions dans les campagnes. Il est possible que la corruption des grandes villes, que l'*aria cattiva* de Paris et autres grands foyers de civilisation, produisent un grand nombre de malades; mais le travail excessif, mais les privations de tout genre, mais la misère extrême en sont aussi les sources, et rien n'est plus commun dans les campagnes. Les lois, les institutions modernes n'y ont jamais pensé. Certes, je suis de mon siècle, je n'ai nul sujet de regretter le temps d'autrefois; cependant je remarquerai que le pauvre de la campagne trouvait jadis des ressources dans le château du suzerain, dans les couvens voisins, ou dans quelques fondations particulières. Maintenant qu'ils aillent demander quelques secours aux petits propriétaires, au conseil municipal, et vous verrez l'accueil qu'ils y recevront : les centimes additionnels ne sont pas faits pour eux. Jadis ils étaient serfs d'un grand seigneur, maintenant ils sont serfs de la misère; qu'ont-ils gagné? A Dieu ne plaise pourtant que je désire qu'on établisse une loi de *paupérisme*, ce ver rongeur de l'Angleterre, pas même le *workhouse* ou maison de travail, où le pauvre mange du pain au prix de sa liberté; mais je voudrais qu'on n'oubliât pas que dans les campagnes, ce même pauvre frappé de la maladie n'a ni asile, ni ressources, ni secours.

Je vous entends, vous direz comme tant d'autres; pourquoi ces malheureux ne vont-ils pas dans les hôpitaux urbains, les portes en sont ouvertes à deux battans. D'abord, est-il donc facile d'y entrer? Pas autant qu'on le croit; le nombre, toujours croissant des malheureux s'y oppose. Même ici, comme partout, il y a encombrement, il y a concurrence; on se dispute un lit d'hôpital, peut-être finira-t-on par intriguer pour y arriver. Puis savez-vous que les grands hôpitaux sont éloignés des véritables campagnes; or le pauvre de celles-ci tient

d'idées et de moyens avec M. Laugier sur le véritable caractère de l'inflammation suppurative. Pour lui, cette phase de la cicatrisation des plaies serait nuile à la réunion des parties divisées et un produit de l'inflammation adhésive. Pour moi, c'est un préliminaire inséparable des conditions ordinaires des plaies exposées à l'air, mais qu'il sera facile et très avantageux de supprimer à l'aide du pansement des plaies par occlusion hermétique. Mais je dois ajouter que ce résultat ne saurait être obtenu à l'aide du pansement imparfait employé par M. Laugier.

CHIRURGIE PRATIQUE.

HISTOIRE D'UN CORPS ÉTRANGER QUI A SÉJOURNÉ PENDANT NEUF MOIS DANS LES VOIES AÉRIENNES SANS DÉTERMINER D'ACCIDENS; SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS SUR LA TRACHÉOTOMIE ET L'USAGE D'UNE NOUVELLE PINCE POUR FAVORISER L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DANS LES VOIES AÉRIENNES; lue à l'Académie royale de médecine par G.-E. Maslieurat-Lagémard, docteur en médecine, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, inspecteur des établissemens de bienfaisance du département de la Creuse, etc.

En soumettant cette observation au jugement de l'Académie, je sais qu'elle viendra à l'appui de beaucoup d'autres analogues, et bien qu'aucune observation chirurgicale n'ait concouru à la guérison de la malade qui en fait le sujet, je n'ai nullement l'intention de tirer de ce fait des conséquences qui pourraient conduire à imiter une semblable inaction. Je pense, au contraire, ainsi que Louis l'avait si judicieusement établi, que le chirurgien qui temporiserait pour attendre l'expulsion spontanée d'un corps étranger introduit dans les voies aériennes serait blâmable de sa timidité et de son ignorance.

Mais si le plus souvent des accidens redoutables apparaissent, il faut cependant convenir que quelquefois il ne faut pas trop se hâter d'agir, même quand on connaîtrait la cause du mal. A l'appui des faits qu'on a cités dans cette enceinte, je rapporterai le suivant, qui m'a été communiqué par mon estimable confrère et ami M. le docteur Montaudon-Baras de la Sonterraine (Creuse).

Obs. — La nommée Marguerite G..., couturière, âgée de 58 ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle, qui n'a jamais fait aucune maladie, se plaint qu'elle fut prise, il y a quatre mois environ, d'une toux violente, accompagnée de suffocation légère. Jamais, avant l'époque qu'elle indique, elle n'avait rien éprouvé de semblable.

Cette toux, qui revenait tous les huit ou dix jours, et qui durait chaque fois une ou deux minutes seulement, n'était accompagnée ni de fièvre, ni de crachats, ni d'expulsion de sang. Elle ne gênait en rien aucune des fonctions de la malade, dont l'appétit et l'embonpoint étaient parfaitement conservés. Elle consulta M. Montandon plutôt parce que cette toux l'ennuyait que parce qu'elle altérait sa santé.

Cet habile médecin l'interrogea avec tout le soin possible pour découvrir la cause présumée de cette indisposition, qui lui parut peu grave, et ni dans les antécédens de la malade, ni dans les réponses qu'elle lui fit, il ne put arriver à rien de certain.

Négligeant une étiologie que Marguerite ignorait elle-même, il examina la poitrine, et malgré toutes les précautions qu'il prit pour découvrir quelque lésion soit au moyen de l'auscultation, soit par la percussion, il ne put constater qu'un état parfaitement régulier de la respiration. Aussi porta-t-il un pronostic peu grave et se borna-t-il pour tout traitement à prescrire un régime adoucissant et quelques boissons gommeuses. Ce régime ne changea en rien ni la nature de la toux, ni son mode de reproduction. Il ne se développa, du reste, aucun nouveau symptôme.

Plusieurs examens des plus attentifs fournirent toujours les mêmes résultats; et alors, considérant la maladie comme une affection nerveuse, il ordonna des antispasmodiques qui ne produisirent pas plus d'amendemens dans les symptômes que ne l'avaient fait les adoucissans.

Cette femme, qui se portait parfaitement bien d'ailleurs, cessa tout traitement, et sans avoir la moindre inquiétude sur l'issue de sa maladie, elle se résigna à conserver la toux, qui avait toujours les mêmes caractères.

Il y avait trois ou quatre mois que M. Montaudon n'avait plus revu sa malade, lorsqu'un matin elle l'appela pour lui montrer une pierre qu'elle venait de cracher. En effet, sur son mouchoir, au milieu de quelques mucosités bronchiques, était déposé un petit calcul, du volume et de la forme d'une noisette, d'une couleur jaunâtre, et dont la surface était légèrement rugueuse. En fendant ce calcul, il s'en détacha une écaille qui permit de constater la présence d'un noyau de cerise enveloppé d'une couche calcaire, d'une épaisseur de deux millimètres environ.

C'est ce noyau de cerise, recouvert encore de la plus grande partie de son enveloppe, que je mets sous les yeux de l'Académie, qui jugera par elle-même de l'exactitude du fait que je rapporte.

Aussitôt après cet examen, cette femme se rappela que c'était en effet à l'époque où les cerises étaient mûres qu'elle avait éprouvé les premiers symptômes de sa maladie. Mais elle assura de nouveau qu'elle n'avait eu aucun accès de suffocation après en avoir mangé.

A dater de l'expulsion spontanée de ce corps étranger, la toux et les légers accès de suffocation se sont complètement dissipés et n'ont plus reparu.

Parmi les nombreuses observations que Louis rapporte dans son beau mémoire sur la bronchotomie, où il traite des corps étrangers dans la trachée-artère, il n'en est qu'une qui ressemble presqu'en tout point à celle dont je viens de rapporter l'histoire. Il l'a puisée dans les Ephémérides des curieux de la nature où il est dit qu'un des plus anciens des religieux de l'abaye de St-Martin ne put résister à la beauté d'une cerise; il inclina la branche de l'arbre et saisit le fruit avec la bouche. Après avoir séparé, par l'action des dents, la chair d'avec le noyau, il voulut avaler le tout précipitamment parce que le son des cloches l'appelait à l'église. Le noyau passa dans la trachée-artère: une toux violente et les plus grands efforts comme pour vomir furent les premiers symptômes de cet accident par lequel le religieux pensa mourir. Un sommeil de quelques heures succéda à cette terrible agitation, et le malade ne sentit plus le moindre mal pendant une année entière.

Au bout de ce temps, il fut attaqué d'une toux accompagnée de fièvre. Ces symptômes devinrent plus graves de jour en jour: le malade rejeta enfin une pierre du volume d'une noix muscade; elle était fermée extérieurement de matières tartreuses auxquelles le noyau de cerise servait de base. Une expectoration copieuse et purulente suivit la sortie de ce corps étranger et le malade mourut quelques jours après en marasme.

La cause des accidens est un noyau de cerise qui dans l'un comme

---

exclusivement au pays qu'il habite; son cœur, son ame, sa vie, sont pour ainsi dire inhérens à la terre qui l'a nourri. Toute triste, sale, noire et insalubre que soit sa chaumière, le pauvre de la campagne y est plus attaché peut-être qu'un riche banquier à son hôtel, et cet attachement ne finit qu'avec sa vie. Il faut bien des circonstances pour le forcer à s'en éloigner, et quand il s'y décide, le vif et profond regret qu'il éprouve, le sentiment pénible concentré au fond de son cœur, contrebalancent souvent le bien qu'on lui fait d'ailleurs. C'est un préjugé vivace, j'en conviens, mais qui a aussi un côté honorable et avantageux. Ce pauvre aimera mieux languir sur son misérable grabat; il est avec les siens, avec ses voisins, avec ses amis, avec ses commères; il est sous son toit, il aperçoit les arbres qu'il a vus dans sa jeunesse; le sourire du ciel et de la nature semble l'encourager et le soutenir; il entend le mouvement des travaux de la campagne, auquel il est accoutumé, il y prend part par la pensée; n'est-ce pas là un milieu favorable à sa santé, parce qu'il l'est à ses longues habitudes? Mais transportez subitement cet infortuné dans une salle d'un vaste hôpital; un incurable et fatal ennui le saisit aussitôt, il est déraciné, passez-moi cette expression, du sol qui l'a vu naître. Il aime donc mieux souffrir et languir que s'éloigner. Et remarquez que quel que soit le malheur, l'infirmité qui atteint le pauvre de la campagne, jamais il ne se suicide; il souffre, il se tait et attend tranquillement le dernier moment; au fait qu'a-t-il à regretter? On rapporte qu'un Vénitien transplanté dans le Nord disait: « Dieu est trop juste pour ne pas pardonner le suicide à Saint-Pétersbourg. » Que serait-ce pour une foule de malheureux qui languissent dans nos riches campagnes? mais cet attentat sur soi-même n'a jamais lieu. Je vois tous les jours un pauvre homme qui, étant tombé du haut d'une meule de blé très élevée, a éprouvé une forte contusion de la moëlle épinière lombaire, et par conséquent la paraplégie et la paralysie de la vessie et du rectum, maladie toujours longue et grave. Eh bien! cet homme est admirable de douceur, de patience et de résignation; chaque visite que je fais est pour moi une leçon de philosophie pratique; cet honoraire en vaut bien un autre.

De cette absence de tout secours résulte encore un grave inconvénient, c'est que les habitans pauvres de la campagne sont la proie du charlatanisme le plus grossier; c'est là le champ d'une abondante récolte pour le médecin d'urine, pour le rhabilleur, pour le charlatan forain, le rebouteur qui guérit tout avec des simples ou de la *graisse de chrétien*. Nos campagnes sont peuplées de ces assassins pourvus sans doute d'un brevet d'impunité, car personne ne les inquiète. C'est une filouterie continuelle; aussi le dernier pécule exprimé du sang et des sueurs du malheureux est-il bientôt dévoré par ces avides spéculateurs, exigeans, insolens, tout est à prix d'argent pour eux. Un de ces misérables était allé voir tout récemment une pauvre vieille femme; mais s'apercevant qu'il n'y avait aucun profit à en tirer, il sortit aussitôt en lui disant: il n'y a rien à faire; vous êtes trop vieille et *vous ne valez pas le raccommodage*. N'est-ce pas l'exploitation la plus scandaleuse, la plus inique que je connaisse de la crédulité publique?

Les seuls secours que le pauvre de la campagne malade peut obtenir viennent toujours du curé, de l'officier de santé et de quelques personnes aisées et charitables. Mais, comme vous le présumez, ces secours sont nécessairement précaires, éventuels. Les communes ne peuvent rien par elles-mêmes, leur faible budget étant absorbé par les chemins vicinaux, par la réparation des ponts, des

dans l'autre cas se recouvre d'une couche calcaire, séjourne un certain temps dans les voies aériennes et est expulsé spontanément; mais cependant malgré une si parfaite identité, il existe des différences que je dois signaler. Le religieux, au moment de la chute du corps étranger, faillit mourir de suffocation; Marguerite au contraire ne s'en aperçut pas. Le premier ne sentit plus le moindre mal pendant une année entière; tandis que la toux persista chez la seconde pendant tout le séjour du noyau: la santé de celle-là ne fut nullement dérangée: celui-ci mourut de marasme après une expectoration copieuse et purulente.

Cette absence de symptômes, cette expectoration qui termina la vie du malade firent penser à Louis que le noyau s'était logé de prime abord dans la substance même du poumon dans laquelle il avait déterminé un abcès. Chez notre malade au contraire la toux qui revenait tous les huit ou dix jours indiquait assez que le corps étranger était plus voisin de l'entrée des voies aériennes, et pouvait assez facilement être déplacé pour donner lieu aux légers symptômes qui décelaient sa présence. L'observation de Louis ne peut donc être rapprochée de celle que je rapporte que par l'enveloppe pierreuse qui recouvrait le noyau. C'est en effet la seule que j'ai pu trouver avec une production semblable.

Mais l'intérêt de ce fait n'existe pas seulement dans la particularité que je signale. Il s'agit de savoir s'il est possible de préciser par les symptômes le lieu qu'occupait le corps étranger, et de se rendre compte des phénomènes dont il a été accompagné pendant son séjour.

Louis consacre un assez long article de son mémoire pour démontrer la difficulté qu'un corps étranger introduit dans la trachée-artère éprouve à sortir, et il cite plusieurs observations pour démontrer que chaque fois que cette expulsion a eu lieu, le corps étranger n'avait pas franchi l'ouverture de la glotte; mais qu'il séjournait, soit sur les côtés de l'épiglotte, soit dans les ventricules du larynx. Cependant je dois dire qu'aucune des observations de Louis n'est assez concluante pour qu'il faille, sans plus ample examen, adopter son opinion sur ce sujet.

Dans aucun cas, en effet, on n'a pu constater la présence du corps étranger là où il le supposait arrêté, et il n'a jamais raisonné que par analogie pour déterminer ce siége. Chacun conviendra avec lui que lorsqu'un corps a franchi l'ouverture de la glotte, il est plus difficilement expulsé par la toux que lorsqu'il est dans les ventricules du larynx; mais cependant cette expulsion peut se faire surtout si ce corps n'est pas trop volumineux. Ceci est si vrai, que lui-même cite plusieurs faits où des fragmens de côtes, des bourdonnets de charpie provenant de l'intérieur ont pu être expulsés par la toux après avoir traversé la substance du poumon dans laquelle existaient des abcès. Si des masses aussi volumineuses ont pu être chassées à travers la glotte par une expiration brusque et forcée, pourquoi ne pas vouloir qu'un haricot, par exemple, ou un noyau de cerise, ne puisse l'être également? Cette possibilité, qui n'est pas fréquente, il faut en convenir, prouve-t-elle que le noyau que je montre à l'Académie ait eu pour siége la trachée-artère? Je ne le pense pas, j'ai voulu dire par là que la chose pouvait être, comme aussi il pouvait être logé dans un des ventricules du larynx; et c'est en effet l'hypothèse qui me paraît réunir en sa faveur le plus de probabilités.

Je crois que si ce noyau de cerise, au moment de son introduction dans les voies aériennes, avait franchi l'ouverture de la glotte, non seulement la malade s'en serait aperçue, mais encore aurait été prise de ces accès terribles de suffocation qui semblent menacer instantanément la vie des malades dont on nous a tracé l'histoire. Rien d'analogue ne s'est manifesté chez elle. Si par hasard ce passage avait eu lieu sans les accidens que j'indique, cette malade devait dès-lors se trouver dans les mêmes circonstances que le religieux de l'abbaye de St-Martin, qui n'éprouva rien pendant une année entière. Mais c'est précisément parce qu'il n'éprouva rien, ainsi que Louis le fait si judicieusement observer, qu'on a pu conclure que son noyau de cerise avait pénétré profondément dans la substance du poumon, où il était maintenu et dans laquelle il détermina la suppuration dont l'abondance opéra son dégagement et sa sortie.

Chez notre malade, au contraire, le noyau pouvait être déplacé et, dans ses mouvemens, déterminer un chatouillement ou une irritation légère qui devenait la cause de la petite toux qu'elle éprouvait. Pour produire si peu de désordres, il fallait supposer que ce noyau était dans quelqu'une des grosses bronches; car, s'il eût été dans la trachée, ses mouvemens trop fréquens se seraient opposés à la formation de son enveloppe calcaire, et l'auraient quelquefois appliqué contre l'ouverture de la glotte, position qu'il n'eût pu conserver sans produire la suffocation pathognomonique de semblables lésions.

Ces circonstances réunies me font donc penser que ce noyau avait pour siége un des ventricules du larynx. Chez quelques sujets, ces excavations latérales sont plus prononcées que chez d'autres, et cette femme pouvait avoir une semblable conformation. Dès-lors, il est facile de comprendre comment ce noyau a pu s'y loger, s'y maintenir dans une immobilité assez complète pour que le dépôt de l'enveloppe calcaire pût être opéré et laisser complètement libre l'ouverture de la glotte. L'irritation qu'il produisait dans ce point rend suffisamment compte de la toux qu'éprouvait la malade; et la facilité qu'il aura eu à se loger et à se maintenir dans le lieu que j'indique aura favorisé son expulsion spontanée.

Lorsqu'un corps étranger est introduit dans les voies aériennes, est-il facile de déterminer le lieu précis qu'il occupe? sa présence doit-elle produire des accidens variables comme sa position? et, dans tous les cas, faudra-t-il mettre en usage les mêmes moyens propres à l'amener au-dehors? Telles sont les diverses questions qui se rattachent encore à mon sujet, et dont la solution de chacune n'est pas également facile.

Pour Louis, que je me plais toujours à citer, en raison de son intéressant travail sur ce sujet et de la lucidité qu'il a donnée à la question, pour ce célèbre chirurgien, dis-je, les symptômes étaient moins intenses lorsque le corps étranger était placé au-dessus de la glotte que lorsqu'il occupait la trachée; et nous avons vu que lorsqu'il siégeait dans le parenchyme pulmonaire, il arrivait quelquefois que rien ne pouvait déceler sa présence.

Le fait que M. Renaudin a rapporté dernièrement d'un cadavre dans le poumon duquel on trouva un fragment de clou, sans que rien, pendant la vie, ait pu faire soupçonner son existence, vient encore à l'appui de cette manière de voir. Mais cependant, on serait dans une étrange erreur si l'on s'imaginait que Louis n'a voulu faire aucune exception en envisageant les choses d'une manière aussi générale. Il savait que, dans les ventricules comme dans le poumon, un corps étranger peut amener une suffocation imminente, et que sa présence, pour prévenir un aussi fâcheux résultat, réclame les secours les plus énergiques.

Je ne mets pas en doute que si la présence de ce corps dans quelque division bronchique enflammait les lobules pulmonaires circonvoisins et les faisait surtout passer à l'état de suppuration, que le degré de précision

---

édifices ruraux, etc. Autrefois, il n'en était pas ainsi: beaucoup de ces communes possédaient des biens qui pouvaient subvenir à leurs besoins. Qu'est-il arrivé? Napoléon, ce météore brillant et passager, cet homme dont l'histoire n'a pas encore pesé d'une main équitable le bien et le mal qu'il a fait à la France, pressé d'argent, ayant hâte de pousser ses conquêtes dont il ne nous reste que le bruit et la vanité, fit vendre une partie des biens communaux. Le remboursement en fut solennellement promis; mais cette promesse, comme tant d'autres, ne s'est jamais réalisée. Ainsi, la petite commune d'où je vous écris, possédait environ 22 acres de terre, pour me servir de l'ancienne mesure de terrain; quatorze furent vendues, le produit de la vente fut évalué à 15,000 francs, et la rente de 5 pour 100 était à 50 à cette époque. Or, jugez de la différence de valeur et par conséquent de la perte actuelle. Il en est résulté que la commune et celles qui l'avoisinent, étant à peu près ruinées, ne peuvent rien pour leurs besoins particuliers, bien moins encore pour soulager les malheureux atteints de maladie. Il existe trois hôpitaux dans les environs; mais savez-vous la condition pour y être admis? Il faut payer *un franc* par jour, à cause de l'insuffisance du revenu de ces établissemens. Un franc par jour! à un malheureux pour qui cinq sous assurés quotidiennement seraient une fortune! Alors que peut-il faire? que doit-il attendre et espérer de la miséricorde de l'esprit public? Pas le moindre secours régulier, assuré. Languir, souffrir, mourir, tel est son sort. Ce spectre décharné qu'on appelle misère est un témoignage de l'insuffisance et de l'ineptie de nos lois. En vérité, quand on voit de pareilles infortunes, croyez, mon ami, qu'on sait bientôt à quoi s'en tenir sur ce bourdonnement cacophonique, sur cet indécent batelage, que tout est au mieux dans notre société, que le peuple est heureux, content; enfin, que le vœu de Henri IV est définitivement accompli. Mais quiconque veut voir et toucher le fond de cette fantasmagorie, quiconque sait, comme Montaigne, « rabattre l'imposture des mots captieusement entrelacés, » découvrira bientôt la vérité. Il n'y a pire chose au monde que de couvrir le mensonge d'oripeaux déclamatoires.

Vous seriez, mon ami, dans une complète erreur, en pensant que le pauvre de la campagne, étant malade, n'est privé de secours que dans certains pays très peu fertiles. Un peu plus ou un peu moins, cette misère existe partout; je l'ai observée dans plusieurs cantons de l'heureuse Touraine, dans la Bourgogne, dans le Bourbonnais, etc. Le pays où je suis momentanément est des plus riches, la culture y est perfectionnée; tout y annonce l'aisance. C'est le pays jadis habité par l'abbé de Chaulieu, et les débris de son château sont à deux pas; en un mot, le pays que ce gracieux et célèbre épicurien a illustré par sa poésie:

Fontenay, lieu délicieux,
Où je vis d'abord la lumière,
Bientôt au bout de ma carrière,
Chez toi, je joindrai mes aïeux.

Muses, qui dans ce lieu champêtre,
Avec soin me fîtes nourrir,
Beaux arbres qui m'avez vu naître,
Bientôt vous me verrez mourir.

où sont portées aujourd'hui la percussion et l'auscultation ne le fît promptement reconnaître ; je ne mets pas en doute qu'une douleur violente et fixe à la partie moyenne de la trachée, par exemple, jointe surtout au mouvement de soupape qu'avait indiqué Dupuytren, ne précisât et le siége et l'immobilité du mal ; mais, à part ces cas aussi tranchés, le diagnostic deviendra souvent incertain et n'aura de probabilités que dans l'apparition préalable de symptômes sur lesquels surtout devra se baser la thérapeutique.

Après avoir démontré la nécessité de l'opération de la bronchotomie, énuméré les tristes résultats de son omission, Louis ajoute qu'il n'y a pas d'exemple qu'on l'ait administrée sans succès.

Ce peu de mots résume la conduite que le chirurgien doit tenir lorsqu'il a constaté la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. Cependant, sans avoir recours à cette opération, un assez grand nombre d'individus ont pu spontanément se débarrasser de parties qui paraissaient ne pouvoir être extraites que par le secours de moyens chirurgicaux.

Examinons jusqu'à quel point il serait prudent de tenir une conduite analogue sans compromettre la vie des malades ; car si, dans l'immense majorité des cas, l'opération que j'ai indiquée devient indispensable, il en est quelques-uns où elle peut être d'une inutilité absolue, et dès-lors évitée comme ne pouvant remédier en rien à l'affection contre laquelle on la met en usage.

Aurait-il fallu pratiquer la bronchotomie chez l'homme dont a parlé M. Renaudin, lorsque le clou qu'il avait dans le parenchyme du poumon s'y trouvait solidement implanté ? Assurément non ; car le corps étranger, maintenu dans sa position, n'aurait pu être extrait ni déplacé. Lorsque le noyau de cerise du religieux de l'abbaye de St-Martin avait déterminé autour de lui une collection purulente qui favorisa son expulsion, la bronchotomie devenait encore inutile.

Il me serait facile, à l'appui des faits que je viens de citer, d'en rapporter un grand nombre d'autres, où, après avoir bien constaté le passage d'un corps étranger dans la trachée, toute espèce de moyens chirurgicaux se trouvaient superflus pour en délivrer les malades. On doit surtout s'abstenir d'opérer quand on n'a pu déterminer d'une manière précise le point que ce corps occupe, et lorsque ce siége est assez éloigné des premières divisions bronchiques pour qu'il ne puisse se présenter lui-même à l'orifice de la plaie, ou être saisi par des pinces ou des tentes qu'on introduit par elle.

Dans un assez grand nombre d'observations où Louis a cru constater que le corps étranger était situé au-dessus de l'ouverture de la glotte, l'expulsion s'est faite spontanément au bout d'un temps plus ou moins éloigné, et celle que je viens de citer à l'Académie concourt à confirmer encore cette terminaison heureuse.

D'après de tels résultats, il semblerait qu'il faut s'abstenir de nouveau et attendre une issue aussi favorable ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et si, confiant dans une expulsion souvent très incertaine qui peut cependant avoir lieu, le chirurgien gardait une semblable expectation, sa conduite serait d'autant plus imprudente que, pour quelques succès, on compte une quantité effroyable de revers. Je ne crains donc pas de trop m'avancer, à l'abri d'ailleurs sous l'illustre renommée du secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, en conseillant l'opération d'une manière générale.

Mais cependant si, comme il est advenu chez notre malade, le corps étranger ne dévoilait sa présence que par des symptômes tellement légers que l'expectation ne fût préjudiciable en rien, j'attendrais, en me tenant toujours prêt d'agir au moindre phénomène de suffocation. Quelque légère, quelque peu grave que soit la bronchotomie, faut-il encore l'éviter quand elle est inutile et surtout quand l'accident qui paraît la réclamer ne compromet en rien la santé habituelle de l'individu. Et, sous ce rapport, on ne peut en avoir un exemple plus remarquable que celui de Marguerite, chez laquelle l'opération était si bien indiquée, mais seulement avec la connaissance exacte de son affection.

Ajoutons enfin que, lorsque ces accidens sont peu graves, il est quelques moyens dont il faut faire usage pour faciliter la sortie spontanée du corps introduit dans les voies aériennes. Comme ces moyens ne compromettent en rien la vie des malades, comme leur emploi est facile et à la portée de tous, on sera toujours à même, s'ils sont infructueux, de les suppléer par les moyens chirurgicaux.

Très souvent, en pareille circonstance, on a administré des vomitifs. Je blâme complètement leur usage et je crois qu'ils sont plus souvent nuisibles qu'avantageux. C'est, du reste, l'effet qu'ils produisirent chez la petite malade de Louis, contre l'avis duquel ils furent administrés. Il est, du reste, si facile de comprendre comment leur mode d'action est nuisible que je m'abstiens d'y insister plus longuement.

Il n'en est pas de même des sternutatoires ; car en provoquant l'éternuement, et par cela même une expiration brusque et violente, l'air exerce une pression sur le corps étranger du dedans au dehors et favorise son expulsion d'une manière d'autant plus puissante que le mouvement lui-même aura été plus actif et plus fort.

On a recommandé de faire prendre de l'huile d'olives aux malades, et dans l'observation que M. le docteur Lasserre-Payen a soumise à l'Académie, on paraît avoir retiré les effets les plus avantageux de ce moyen. L'huile doit surtout être utile lorsque le corps est à l'ouverture du larynx ou dans ses ventricules, parce qu'alors elle l'imbibe en quelque sorte, le rend plus glissant et favorise ainsi la sortie. S'il était dans la trachée, je ne comprendrais plus cette action avantageuse, à moins qu'on n'ait eu la précaution d'en introduire quelques gouttes dans le larynx pour déterminer l'effet que je viens de signaler. Je crois effectivement que chaque fois qu'on sera à même d'en faire usage, on devra prendre cette précaution préalable, qui, du reste, lorsqu'elle est faite avec prudence, ne peut donner lieu à aucun accident.

Mais si l'opération de la trachéotomie est jugée nécessaire doit-elle être pratiquée selon les règles ordinaires suivies jusqu'à ce jour ?

C'est une question que je vais très rapidement examiner en montrant tout ce qu'elle peut avoir de défectueux dans bien des circonstances.

Qu'on ouvre la trachée, le larynx, ou l'un et l'autre en même temps, le manuel opératoire sera toujours le même : il sera tel qu'il a été indiqué dans tous les ouvrages spéciaux et d'une manière plus particulière encore, plus claire et plus explicite, si je puis ainsi dire, dans la belle thèse de concours de mon excellent maître et ami M. le docteur Lenoir. Je ne puis mieux faire que de renvoyer à ce document précieux pour connaître les différens temps de l'opération, les parties à diviser, comme aussi celles que le chirurgien évitera ; pour prévenir enfin tous les accidens de quelque nature qu'ils soient qui peuvent accompagner ou suivre cette opération.

Mais la tâche du chirurgien est loin de se terminer toujours à l'ouver-

---

. Eh bien ! qui le croirait ? c'est dans *ce lieu délicieux* et le pays environnant, où ces vers pleins de charmes et tant de fois cités ont été écrits, que je vois une multitude de pauvres malades à peu près dénués de ressources et de secours. Je dis à peu près, car ils trouvent encore dans les sentimens pieux et élevés du curé, véritable pasteur évangélique, dont le cœur déborde sans cesse de bonnes œuvres et de charité, un appui, un protecteur qui ne les abandonnera jamais. Le malheur est, comme toujours, que ses moyens ne correspondent ni à sa ferveur, ni à l'immensité de son zèle.

Mais comment faire ? direz-vous ; comment briser ce mur d'airain qui semble envelopper de toutes parts le malheureux ? Mon cher ami, ici, comme en tout, il faut d'abord un vouloir bien prononcé dans l'autorité et dans les rangs supérieurs de la société. Si l'on consulte cet égoïsme à vues courtes, à moyens étroits, qui croit qu'on est arrivé aux limites du possible, et qu'au-delà on s'égare dans l'absurde et l'impraticable, il n'y a rien à faire ; mais va-t-on plus avant, est-on animé de cette noble passion du bien qui conçoit et exécute, on trouvera certainement des possibilités d'amélioration qui peuvent se changer en certitudes. Ne pourrait-on, par exemple, indépendamment d'un appel dans chaque pays à la bienfaisance des riches, faire voter par les conseils généraux quelques centimes additionnels dont l'emploi judicieux pourrait adoucir le cruel état des malheureux dont j'ai parlé ? Il y aurait, cet égard, trois moyens à adopter.

Le premier serait de mettre, au moyen de fonds affectés à cette dépense, les hôpitaux des petites villes à portée de recevoir les pauvres de la campagne atteints de maladie. De cette manière, le budget de ces hôpitaux ne serait pas très surchargé.

Le second, de fonder des hôpitaux cantonnaux. Il y a bien longtemps que les médecins ont demandé cette salutaire mesure de bienfaisance publique. Beaucoup d'institutions nouvelles établies à grands frais ne pourraient certainement entrer en comparaison d'utilité publique avec ces hôpitaux.

Le troisième, d'établir dans chaque village une maison de secours, avec une ou deux sœurs de charité, instruite dans la petite chirurgie, et munies d'une petite pharmacie. Si on pouvait mettre à leur disposition un peu de vin et de bon bouillon, on aurait fait un pas immense pour soulager l'humanité.

Tels sont, mon ami, les moyens que je proposerais pour adoucir, sinon pour cicatriser l'immense plaie sociale que je viens de signaler. La voie est ouverte, il n'y a qu'à l'élargir si l'on ne veut pas rester dans l'ornière de la routine et d'une coupable incurie. Vous sentez bien qu'il serait nécessaire de développer ces moyens pour en faciliter les applications. J'y reviendrai peut-être un jour ; pour le moment je ne puis que les indiquer. Mais le bien est comme la vérité, commençons par en jeter les germes : le temps, le progrès et les gens de bien le feront un jour prospérer. Personne n'est d'ailleurs contemporain du succès de son idée. Est-il néanmoins un plus bel emploi de ses travaux, de ses facultés et de sa fortune ? Celui qui fait croître deux brins d'herbe, où il n'en croissait qu'un, rend service aux hommes. Que doit-on dire quand il s'agit de soulager les pauvres, les souffre-douleurs de ce monde et les protégés du ciel ? *Vale iterum que vale.*

Fontenay-en-Vexin (Eure), 14 sept. 1844.

R. P.

ture artificielle des voies aériennes. Pour lui, le complément indispensable, nécessaire de son opération est l'extraction du corps étranger accidentellement introduit.

Celui qui penserait qu'après l'ouverture de la trachée l'expulsion de ce corps est toujours facile commettrait une très grave erreur ; il arrive souvent que dans les efforts de toux que fait le malade ce corps se présente seul à l'ouverture que vient de pratiquer le chirurgien, et est spontanément expulsé au dehors ; mais il arrive aussi, et plus rarement il est vrai, qu'après l'incision de la trachée le corps étranger ne se présente pas, malgré les tentatives nécessaires et prudentes qu'on fait avec une sonde ou un stylet.

Tous les chirurgiens jusqu'à ce jour ont fait un pansement à plat et ont attendu que les efforts du malade opérassent eux-mêmes cette expulsion qu'ils ne pouvaient obtenir. A aucun il n'est venu dans la pensée de placer une canule dans l'ouverture. Ils ont reconnu avec juste raison que si, dans des accès de suffocation, cette canule pouvait favoriser l'introduction de l'air par l'ouverture artificielle, elle devait en même temps avoir le dangereux inconvénient, soit de refouler le corps étranger du côté des divisions bronchiques, soit de s'opposer à sa sortie par son rebord inférieur et sa courbure.

Et cependant, après ce pansement à plat, nous voyons des corps étrangers n'être expulsés qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

M. Pescheux de Verneuil a pratiqué cette opération pour l'extraction d'un haricot introduit dans les voies aériennes d'un enfant de 6 ans. Une partie du haricot sortit par la bouche et une autre par la plaie le cinquième jour de l'opération.

Si, par un moyen approprié et sans offrir aucun danger par lui-même, l'ouverture de la trachée avait été maintenue béante, selon toutes les probabilités ce haricot serait sorti beaucoup plus promptement ; mais toujours cette ouverture aurait-elle permis de rechercher ce corps soit au-dessus soit au-dessous de l'ouverture, employant toutes les précautions que la prudence exige en pareille circonstance.

Le fait que rapporte M. Maisonneuve est plus remarquable encore. Après l'incision de la trachée, le noyau de prune qu'elle contenait ne se présenta pas ; il ne sortit que le lendemain, au moment même où M. Maisonneuve, avec un crochet mousse, écartait les lèvres de la plaie.

Si cet écartement avait été fait au moment de l'opération et de manière à être constamment maintenu, le noyau de prune aurait été beaucoup plus tôt expulsé, et sa présence ainsi prolongée, indépendamment des accidens de suffocation, pouvait bien ne pas être sans danger par suite de l'inflammation consécutive qui pouvait en être la conséquence.

Le fait de M. Kennedy est beaucoup plus grave encore, et démontre de la manière la plus positive l'urgence et la nécessité absolue de maintenir ouverte l'incision de la trachée lorsque ce corps ne s'y présente pas aussitôt après qu'elle est pratiquée.

Un enfant en mangeant une prune fut pris de suffocation. M. Kennedy reconnut la présence d'un noyau dans les voies aériennes, et, se fondant sur les symptômes éprouvés par le malade, il n'hésita pas à pratiquer la bronchotomie.

Cette opération non seulement ne procura pas l'issue du noyau, mais ne pouvait s'opposer, par suite du rapprochement des bords de la plaie, à la suffocation qui menaçait le malade. M. Kennedy, qui n'avait pas de canule à sa disposition, introduisit à plusieurs reprises un tuyau de plume qui chaque fois soulageait le malade par la facilité de respirer qu'il lui procurait ; mais le tuyau de plume ne pouvant être maintenu, le malade mourut de suffocation. Le noyau de prune fut trouvé placé immédiatement sous la fente de la glotte.

Je ne multiplierai pas davantage les exemples de ce genre. Le dernier que je viens de citer parle assez haut pour qu'il soit inutile d'en accumuler un plus grand nombre.

Il démontre, comme je l'ai déjà dit, l'indispensable nécessité où se trouve le chirurgien de maintenir ouverte l'incision qu'il a pratiquée à la trachée, non seulement pour favoriser l'expulsion au dehors du corps étranger ; mais encore pour faciliter les recherches qui pourraient le faire découvrir, et surtout pour s'opposer à une suffocation qui devient imminente lorsque ce corps est arrêté dans la partie supérieure du larynx, comme cela est arrivé dans l'exemple rapporté par M. Kennedy.

J'ai déjà dit que l'usage de la canule doit être prohibé dans des cas analogues. Chacun comprendra tous les inconvéniens inhérens à sa présence, sans qu'il soit nécessaire que je les passe successivement en revue. Je dirai seulement que, dans le cas rapporté plus haut, la canule aurait bien pu s'opposer à la suffocation qui détermina la mort du malade ; mais le noyau de prune n'en serait pas moins demeuré sous la fente de la glotte, et eût pu déterminer des accidens qui devaient nécessairement accompagner sa présence.

Le dilatateur de M. Gendron remplira-t-il l'indication que je signale ? Je ne le pense pas. Il le ferait tant qu'il serait maintenu en place ; mais c'est ce à quoi on ne peut pas arriver. Ses bords mousses glissent sur la muqueuse, et, malgré la vis de rappel, l'instrument se déplace au plus léger mouvement. C'est à cause de ce grave inconvénient qu'il n'a jamais pu être employé par M. le professeur Trousseau.

Si je ne m'abuse, je crois avoir résolu ce problème de la manière la plus simple et la plus facile.

On peut opérer de deux manières différentes cet écartement permanent des lèvres de la plaie : la première au moyen d'un appareil que la nécessité m'a suggéré à la première opération de trachéotomie que j'ai pratiquée pour un cas de croup. N'ayant ni canule, ni dilatateur à ma disposition, je me servis de deux épingles recourbées en crochet ; je les implantai sur chaque bord de la plaie ; et au moyen d'un fil je les fixai autour de la tête de l'enfant. L'ouverture de la trachée fut parfaitement maintenue et mon malade guérit.

Si M. Kennedy eût agi comme moi peut-être eût-il opéré l'extraction de son noyau de prune, ou du moins eût-il favorisé son expulsion au dehors après s'être assuré du lieu où il était implanté.

Je ne me suis pas dissimulé que ce moyen si simple et si facile offrait cependant un grave inconvénient ; afin que les fils qui tiennent les épingles écartées l'une de l'autre restent constamment tendus, il faut la plus grande, la plus minutieuse attention. Si, en effet, ils se relâchaient, les bords de la plaie se rapprocheraient, et alors le but ne serait plus atteint.

J'ai eu la douleur d'être témoin d'un fait de ce genre dans ma seconde opération de trachéotomie. Une demi-heure après l'application des épingles et de l'appareil, l'enfant rendit avec la plus grande facilité par l'ouverture de la trachée un tube de fausses membranes bifurqué inférieurement ; je l'ai présenté dans son entier à l'Académie lorsque j'eus l'honneur de lui faire part de ces deux observations qu'elle n'entendit pas sans intérêt. Le petit malade, qui avait 23 mois, respira parfaitement bien la nuit qui suivit l'opération, et tout me faisait espérer que ce bien continuerait, lorsque le matin sa mère pour faire son lit, le changer et lui donner à téter, dérangea l'appareil. Les bords de la plaie se rapprochèrent, et l'enfant mourut de suffocation avant mon arrivée. Je demeurais à deux lieues de chez lui.

Pour remédier à l'inconvénient que je signale, j'ai fait faire une pince à crochet qui remplit, je pense, très bien les indications qu'on veut atteindre soit dans le croup, comme je l'ai déjà fait, soit pour faciliter l'expulsion au dehors des corps étrangers introduits dans les voies aériennes.

Le mécanisme de cette pince est aussi simple que son application est sûre et facile.

Elle se compose d'une tige en fil de fer tournée en spirale par son milieu, de manière à rendre constamment écartées les deux extrémités et à les rapprocher à volonté par l'élasticité de ce milieu. Les deux extrémités sont garnies de trois petits crochets pointus recourbés en dehors. Ce sont ces crochets qui, implantés sur la face interne de la trachée, écartent seuls et d'une manière permanente les bords de la plaie.

On dirige en bas l'extrémité de la pince, qui offre un léger coude au milieu de ses branches, afin de la fixer avec un ruban, et même de graduer son écartement à volonté, au moyen d'un fil qui limiterait le degré d'écartement des branches.

Cette pièce offre de grands avantages sur celle de M. Gendron. Elle les doit à sa simplicité, à la facilité de son application et à la sûreté de son maintien au moyen des crochets aigus qui s'implantent dans la trachée (1).

Je ne pense pas que l'action de la pointe des crochets puisse produire le moindre effet fâcheux sur le tissu de la trachée. L'application de ces trois points détermine une irritation beaucoup moins vive que la compression permanente de la canule, et surtout leur action est beaucoup moins étendue. Je n'ai pas remarqué que l'implantation des épingles dont je me suis servi jusqu'à ce jour ait déterminé le moindre accident que quelques personnes ont eu l'air de reprocher à ma pince, reproche qui ne sera fait, je pense, par aucun chirurgien ayant l'habitude des grandes opérations et appréciant sainement des inconvéniens de ce genre, si tant est qu'ils soient des inconvéniens.

Je suis loin d'avoir la manie d'augmenter l'immense arsenal des instrumens de chirurgie ; mais j'ai grande confiance dans l'usage de celui que je viens de décrire, et d'ailleurs cette confiance m'est accordée encore par la faveur avec laquelle l'a accueillie l'Académie, et par l'usage que se proposent d'en faire mes dignes et excellens maîtres MM. les professeurs Blandin et A. Bérard ; je ne mets pas en doute que ces habiles chirurgiens ne fassent partager leur confiance à d'autres.

(1) Cette pièce se trouve chez M. Charrière, fabricant d'instrumens de chirurgie, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

CONCLUSIONS.

1° Il faut pratiquer l'ouverture artificielle des voies aériennes toutes les fois qu'un corps étranger, s'y trouvant accidentellement introduit, détermine par sa présence des accès de suffocation.

2° Si, après l'incision de la trachée ou du larynx, l'expulsion de ce corps ne se fait pas spontanément, la prudence exige de maintenir constamment ouvertes les lèvres de la plaie, afin de favoriser l'expulsion de ce corps, de favoriser son extraction, et de s'opposer à la suffocation et aux accidens consécutifs que peut déterminer son séjour trop longtemps prolongé.

3° Le moyen le plus sûr, pour maintenir cette ouverture d'une manière permanente, ainsi que le plus facile dans son exécution comme il est le plus avantageux dans ses résultats, est l'application des épingles, et mieux encore de la pince à érignes que je viens de décrire.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

IV. L'EXPÉRIENCE.

CAS DE SPINA BIFIDA ; ABLATION DE LA TUMEUR ; MORT ; par M. TAVIGNOT.

M. Tavignot rend compte d'une opération où l'application d'un procédé de son invention a été suivie de mort. Nous enregistrons avec intérêt ce fait instructif que l'anteur a publié avec une rare loyanté.

Obs. — Une petite fille, âgée de 6 jours, présentait à la régioo lombaire du rachis, et empiétant un peu sur la région sacrée, une tumeur du volume d'un gros œuf. Molle et élastique, elle disparaissait presque complètement sous l'influence d'une pression modérée. Pendant ces tentatives de réduction que d'ailleurs on ne prolongea pas longtemps, l'enfant cessait de pousser des cris et semblait comme engourdie. Dès qu'on discontinuait la pression, la tumeur reparaissait avec ses caractères ordinaires. L'hiatus par lequel le canal vertébral communique à l'extérieur paraissait, d'après le volume de la tumeur, avoir 5 à 6 centim. d'étendue et résulter par conséquent de l'absence de 2, 3 ou même 4 lames vertébrales. A la base de la tumeur, la peau était intacte; mais à sa partie centrale elle présentait une coloration grisâtre, et était détruite dans quelques points jusqu'à la couche la plus profonde du derme. Dans un pareil état, il était évident que la perforation de la poche rachidienne n'allait pas tarder à s'effectuer et que la mort en serait bientôt la conséquence.

Cinq jours après (août), M. Tavignot fit l'ablation de la tumeur par son procédé qui a déjà été décrit avec détail dans la GAZETTE MÉDICALE (1841, n° 36). Ce procédé, pour le dire en deux mots, comprend plusieurs temps qui s'exécutent dans la même séance. Après avoir serré la base de la tumeur avec un instrument semblable à une pince à disséquer, on excise la partie saillante un peu au-delà de cette pince, de manière à empêcher constamment la communication de la poche séreuse avec l'extérieur. Après cela, on coud les deux lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée. Puis on retire la pince compresseur, et l'opération est terminée.

L'opération fut pratiquée ainsi dans ce cas : sept aiguilles furent appliquées, et l'on décrivit avec des fils des 8 de chiffre autour d'elles.

Le 5, le résultat immédiat de l'opération paraissait très heureux. L'enfant n'avait pas souffert, et avait continué à boire et à prendre le sein comme auparavant; pas de fièvre, pas d'accidens convulsifs.

Le 9, le sujet fut pris d'une gêne assez grande de la respiration qui était devenue suspirieuse et comme saccadée, elle était accompagnée de gémissemens continuels. En examinant le dos, on put constater la régularité parfaite de la suture. Seulement, vers la partie moyenne de la plaie, on voyait suinter, par une des ouvertures des aiguilles, quelques gouttelettes d'un liquide laiteux; le trajet d'une épingle s'était agrandi par ulcération, et il établissait ainsi une ouverture du canal à l'extérieur, ouverture que l'on avait tant d'intérêt à éviter. Les accidens allèrent toujours en augmentant, et la malade mourut dans la soirée, quatre jours et demi après l'opération, sans avoir jamais présenté de paralysie des membres ni d'accidens convulsifs.

AUTOPSIE. Les lèvres de la plaie offraient une teinte d'un brun noirâtre; elles étaient baignées par un liquide séreux. Il a suffi d'une légère traction pour faire bailler la plaie qui, au premier coup d'œil, avait paru exactement réunie. La face interne de ses deux lèvres était recouverte par l'arachnoïde qui, à cet endroit, n'offrait ni injection ni fausse membrane. En écartant ces lèvres, on pénètre dans une cavité lisse et polie, également sans injection ni fausses membranes. Aux parois de cette cavité viennent encore adhérer quelques filets nerveux. Elle renferme en outre un liquide séreux grisâtre, comme celui qu'on avait vu suinter par la plaie.

Le canal rachidien, ouvert dans toute sa longueur, présente une rougeur ecchymotique sur la face antérieure des lames vertébrales, surtout à la partie moyenne du dos. La dure-mère ne paraît pas injectée; après l'avoir incisée, il s'écoule de la région dorsale un liquide épais, purulent, grisâtre, qui paraissait comprimé si l'on en juge par la force avec laquelle il tendait à s'échapper. Ce liquide s'arrêtait en haut près du trou occipital; en bas on en trouvait encore quelques traces dans la tumeur, quoique le liquide que celle-ci renfermait fût beaucoup plus fluide et moins purulent. La pie-mère rachidienne protégeait suffisamment la moelle épinière qui n'a paru avoir subi aucune altération.

Les deux poumons ont présenté dans les deux lobes *postérieurs* une hépatisation complete, signe non équivoque d'une pneumonie double au second degré.

— D'après ce qui précède, M. Tavignot pense « que cette enfant a dû succomber plus promptement par suite des progrès de la pneumonie, quoique la méningite rachidienne fût déjà assez étendue pour ne laisser aucun espoir de guérison. » Nous ne contesterons pas plus cette conclusion dans ce qu'elle a de consolant que dans ce qu'elle peut offrir d'affligeant pour l'auteur. Remarquons cependant que son procédé, quoique bon et constituant une amélioration réelle à la méthode de M. Dubourg, ne vant pas à beaucoup près à nos yeux la modification imaginée et heureusement appliquée par M. Beynard (voy. GAZ. MÉD., 1842, p. 202). L'idée de ce dernier médecin consiste à étreindre la tumeur à sa base et à ne faire la section de sa partie proéminente qu'*après* que l'oblitération a été obtenue à l'aide de cette compression continuée *pendant plusieurs jours*. Comme on le comprend bien, et comme l'événement l'a prouvé dans ce cas, cette précaution prévient bien plus sûrement que l'opération de M. Tavignot la sortie du liquide arachnoïdien et l'accès de l'air dans la tumeur; et nous ne doutons pas, ainsi que déjà nous avons eu occasion de l'exprimer, que le procédé de M. Beynard, aussi bien justifié par l'expérience que par l'induction, n'obtienne généralement la préférence.

M. Tavignot fait observer qu'à l'avenir, dans un cas semblable, il enleverait les aiguilles trois jours avant l'opération, afin d'empêcher que les plaies de leurs piqûres n'aient le temps de s'ulcérer et par suite de s'agrandir de manière à livrer passage aux liquides.

V. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux suivans : 1° *Thérapeutique des maladies de la peau*; par M. Gibert. (Leçons de l'hôpital St.-Louis; revue critique des moyens employés contre l'eczéma.) 2° *Observations de clinique chirurgicale*; par M. A. G. 3° *Indication de la saignée dans les maladies aiguës*; par M. Gourand. 4° *De l'opération de la cataracte faite sur un seul œil sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil opposé*; par M. Bérard. (Travail dont nous avons déjà donné l'analyse dans notre dernier compte-rendu des ANNALES D'OCULISTIQUE); 5° *Compte-rendu de la clinique d'accouchemens de Rennes*; par M. Godefroy. 6° *De la folie consécutive à la fièvre typhoïde*; par M. Simon. 7° *Thérapeutique de la pneumonie*; par M. Smith. 8° *Préparations de proto-iodure de fer*; par M. Bondet. 9° *Rage communiquée à un mulet*; par M. Rigal. 10° *Amputation du genou; succès*; par M. Blaquière. (On ampute, par la méthode circulaire, pour un sphacèle de la jambe remontant très haut et développé à la suite d'une brûlure. La gangrène envahit la manchette de peau qu'on avait réservé pour couvrir la plaie. Néanmoins une cicatrice très solide s'établit sur l'extrémité inférieure du fémur laissée à nu.) 11° *De l'emploi du sulfate de quinine dans quelques affections intermittentes périodiques*; par M. Millet. (Guérison par le sulfate de quinine d'une toux revenant tous les soirs, d'une diarrhée séreuse revenant toutes les nuits à la même heure, d'une douleur du bras revenant également toutes les nuits, d'un urticaire affectant le type quarte, et enfin d'un épistaxis revenant tous les matins.) 12° *Des affections cérébrales et typhoïdes*; par M. Bondet. (Compte-rendu clinique.) 13° *Du tremblement de l'iris*; par M. Tavignot. 14° *Quelques remarques sur les déviations de la colonne vertébrale*; par M. Gaillard. 15° *Thérapeutique du thrombus vulvaire*; par M. Godefroy. (L'auteur veut qu'on ouvre le foyer sanguin aussitôt que possible après le moment où il vient de se former. Cette pratique n'expose pas à une hémorragie telle qu'il soit difficile de l'arrêter, et elle provoque une guérison plus prompte.)

VICE DE CONFORMATION CONSIDÉRABLE AYANT CEPENDANT PERMIS UN ACCOUCHEMENT MANUEL ; par M. GODEFROY.

Les faits du genre de celui-ci ne sont point rares dans les archives de la science. Quoique évidemment exceptionnels, et, à ce titre, ne méritant pas de faire règle, ils n'en sont pas moins dignes d'être connus du jeune

praticien. Ne servissent-ils qu'à le rendre moins exclusif dans ses pronostics, moins absolument confiant dans les préceptes classiques, ils ne seraient perdus ni pour son instruction, ni pour son avenir professionnel !

Obs. I. — Une femme de 29 ans, primipare, n'étant ni bossue ni boiteuse, et ne présentant à l'œil aucun vice de conformation, fut admise le 8 mars à l'hôpital de Rennes. Elle était à terme et le travail avait commencé le matin à 3 heures ; le fœtus se présentait en première position du siége ; le travail marcha naturellement. Le 9, à 6 heures du matin, la dilatation était complète et le siége dans l'excavation. A 7 heures l'on rompit les membranes, afin d'accélérer le travail. Le siége parut à la vulve, et à 8 heures, le fœtus était expulsé jusqu'aux aisselles par les seules forces de la nature ; mais alors, malgré des douleurs fort énergiques, il n'avança plus, et M. Godefroy fut obligé de terminer l'accouchement artificiellement.

Ce fut à ce moment seulement qu'il s'aperçut des vices du détroit supérieur et de l'excavation. Il eut beaucoup de peine à engager la tête au détroit supérieur, et ce ne fut qu'après 3/4 d'heure de traction sur le col et le menton de l'enfant qu'il parvint à l'entraîner dans l'excavation. La tête franchit facilement le détroit inférieur ; comme on le pense, le fœtus était mort. Son poids était de 3300 grammes. Le diamètre occipito-mentonnier était de 13 centimètres, l'occipito-frontal de 12, le bi-pariétal de 9, le sous-occipito-bregmatique de 10. De l'angle antéro-inférieur d'un pariétal à l'autre, 85 millimètres. Cet angle du pariétal droit était fracturé et offrait à l'extérieur une ecchymose.

Deux mois après son accouchement, la malade mourut de colite terminée par une infiltration purulente sous-muqueuse.

Autopsie. Le bassin est trop petit dans toutes ses parties, et, le sacrum trop plat, est déjeté en arrière. Le coccyx est soudé au sacrum. Les détroits supérieur et inférieur sont plus viciés à droite qu'à gauche.

Grand bassin. De la partie interne du milieu de la crête iliaque d'un côté à l'autre, 22 centimètres. Entre les deux épines iliaques antéro-supérieures 23 centimètres. Entre les deux épines antéro-inférieures 23 centimètres. Du milieu de la crête iliaque au détroit supérieur 7 centimètres.

Détroit supérieur. Le détroit est réniforme. Diamètre antéro-postérieur, 7 cent.; transverse, 12 cent.; oblique gauche, 115 millim.; oblique droit, 105 ; sacro-cotyloïde gauche, 75 millim.; sacro-cotyloïde droit, 7 cent.

Excavation. Du milieu de la seconde pièce du sacrum au milieu de la symphyse pubienne, 10 cent.

Détroit inférieur. Le coccyx, entièrement ossifié et soudé au sacrum est déjeté à gauche. Diamètre du coccyx pubien, 10 cent.; transverse, 105 millim.; oblique gauche 105 ; oblique droit, 115 millimètres.

Comme on peut le voir par les détails très exacts de cette observation, la disproportion était grande entre les diamètres de l'ouverture et ceux du fœtus, qui, cependant, n'a pu le franchir. Il est fâcheux, ajoute M. Godefroy, que cette fille n'ait pas su qu'elle était mal faite et n'ait pas consulté pendant sa grossesse ; car un accouchement prématuré artificiel eût été le véritable moyen à employer dans ce cas.

OBSERVATION DE RAGE COMMUNIQUÉE A UN MULET; par M. RIGAL.

La rage, si commune et spontanée chez le chien et les autres carnivores, est le produit de l'inoculation dans les monodactyles et les didactyles, qui sont rarement atteints de cette terrible maladie. Que cette affection soit primitive ou secondaire, ses symptômes, sa marche, son intensité varient suivant les espèces d'animaux qu'elle attaque.

Obs. Le 11 juillet dernier, un chien lévrier, atteint de la rage, après avoir mordu un chien, s'élança sur un baudet et lui fit une morsure au-dessus de la narine gauche. Le chien le premier mordu n'a présenté jusqu'à ce jour aucun symptôme de cette maladie.

Quatre mois après, quoique la plaie produite par la dent du chien fût entièrement cicatrisée depuis longtemps et sans avoir paru nécessiter aucun soin, ce baudet, âgé de 8 ans, fortement constitué, refusa de boire, éprouva de la difficulté pour avaler les alimens et chercha à mordre le mulet avec lequel il était attelé à une charrue. Le lendemain, au moment où une femme lui présentait de la luzerne, ce baudet la saisit au bras gauche avec tant de force, qu'on ne pût lui faire lâcher prise qu'au bout de dix minutes, en lui serrant les naseaux. Le père de cette femme, qui avait mis sa main dans la gueule, fut blessé fortement à l'index gauche, et sa main fut couverte de bave.

Cet animal, que M. Rigal vit le lendemain, se livrait dans l'écurie à des mouvemens désordonnés, se roulait, se relevait aussitôt pour se rouler de nouveau ; il secouait la tête comme pour se délivrer d'un poids incommode ; une grande quantité de bave s'échappait par la bouche ; les yeux étaient hagards ; les flancs retroussés, presqu'immobiles. Il se précipitait avec fureur sur les objets qu'on lui présentait, les saisissait entre les dents en les tenant pendant longtemps, se ruait même sur les personnes. Les accès se succédèrent, se rapprochèrent ; des mouvemens convulsifs se firent remarquer aux membres, et enfin, après des souffrances atroces, l'animal succomba.

Il est très fâcheux que M. Rigal n'ait pu constater si la rage s'est développée ultérieurement sur les deux personnes mordues par ce baudet. La nature de la maladie étant chez lui bien évidente, c'eût été une belle occasion de vérifier ce qu'il y a d'exact dans ce principe professé par les docteurs Bader et Capello : « que la rage spontanée est la seule susceptible de se transmettre, et que lorsqu'un animal est atteint de rage qui lui a été communiquée (notamment s'il n'appartient pas au genre *canis et felis*), il ne possède pas la faculté de la transmettre lui-même par morsure à un autre animal. »

VI. JOURNAL DE CHIRURGIE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert* ; par M. Gerdy. 2° *Recherches sur la structure de l'utérus* ; par M. Jobert. (Voy., pour l'analyse de ce travail, Gaz. Méd., 1843, p. 128.) 3° *Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique* ; par M. Neucourt. (L'auteur a observé que, chez les amaurotiques, il y a diplopie au début de l'affection, et que cet accident disparaît à mesure que la cécité augmente. Il préfère l'administration à l'intérieur de la noix vomique à l'emploi de la strychnine déposée sur un vésicatoire.) 4° *Expériences sur la quantité de sang relativement à la masse du corps chez les mammifères* ; par M. Wanner. 5° *Etudes sur les deux grandes indications du traitement des arthralgies en général et sur la scapulalgie en particulier* ; par M. Caron. 6° *Lettre sur l'opération du bec-de-lièvre considéré dans ses divers états de simplicité et de complication* ; par M. Mirault (d'Angers). (Premier article.) 7° *Description d'un nouvel appareil pour la réduction des luxations* ; par M. Briguel. 8° *Sur l'amputation du coude-pied ou dans l'articulation tibio-tarsienne* ; par M. James Syme. (Extrait du London and Edinb. Monthly Journal. Voir Gaz. Méd., 1844, p. 24.)

RECHERCHES HISTORIQUES ET PRATIQUES SUR LE RENVERSEMENT DES CILS CONTRE LE GLOBE DE L'OEIL ET SUR LA POSSIBILITÉ D'ENLEVER UNE PAUPIÈRE TOUT ENTIÈRE ET AU MOINS UNE PARTIE DE L'AUTRE SANS QUE L'OEIL RESTE DÉCOUVERT; par M. GERDY.

La communication de M. Gerdy porte sur deux points distincts. En premier lieu, il professe que lorsqu'on n'a pu réussir à guérir l'entropion par d'autres procédés, il ne faut pas hésiter à exciser le bord libre de la paupière au delà des bulbes cilifères. Dans le but de justifier son conseil, il affirme que cette opération ne laisse pas ensuite l'œil à nu et ne cause pas de larmoiement. Puis il déclare que, même après qu'on a enlevé la totalité d'une paupière, l'œil ne reste pas découvert. A l'appui de cette assertion, il cite une observation où l'ablation simultanée de la paupière supérieure et d'une partie de l'inférieure, faite par lui pour un cancer de cette région, ne donna lieu à aucun accident. L'opéré, malgré cette énorme perte de substance, jouissait de la faculté de rapprocher assez l'un de l'autre les restes de ses deux paupières pour pouvoir cacher entièrement le globe oculaire. M. Gerdy conclut de là que, souvent dans ces cas, la blépharoplastie est une opération inutile, et qu'on peut fort bien s'abstenir de la pratiquer, puisque, grâce à l'effet des contractions réitérées de l'orbiculaire, on voit les débris palpébraux s'allonger graduellement et s'étendre en définitive assez pour remplir leurs fonctions habituelles de protection. Tout au moins ne devrait-on recourir à la blépharoplastie que plus tard, et quand l'expérience aurait démontré que la nature est impuissante à amener ce résultat.

— Nous trouvons à la fois, dans ces conclusions, de quoi louer l'auteur sur sa réserve et de quoi le blâmer sur l'excès contraire. Il est juste, en effet, de faire remarquer que M. Gerdy n'a pas exprimé ici contre la blépharoplastie faite après l'ablation des paupières une proscription absolue et générale ; mais nous ne pouvons toutefois approuver ce qu'il dit de la possibilité d'enlever toute la paupière sans que l'œil souffre d'un défaut de protection : nous ne pouvons l'approuver, quoique cette assertion paraisse être appuyée sur un fait. En analysant les détails de cette observation, on trouve effectivement que l'opéré ne pouvait habituellement fermer les paupières du côté mutilé qu'en *faisant un effort*. En second lieu, et quant à ce qui concerne les suites de cette opération, que l'auteur annonce comme ayant été innocente relativement à l'intégrité de l'œil, on ne lit pas sans étonnement, dans le texte même, que six semaines environ après l'opération, *une ulcération se développa sur la moitié interne de la cornée*. Enfin, et c'est l'objection capitale qu'inspire la lecture de cette observation, le malade a été perdu de vue deux mois après l'opération. Or, c'est justement à cette époque qu'il importait le plus de surveiller l'état des parties. Il y a en effet ici une distinction de la plus haute va-

leur, et qu'on est surpris de voir méconnue dans ce mémoire. Après une excision des paupières, les restes de ces organes s'allongent et s'étendent, il est vrai, comme M. Gerdy l'a observé, sous l'empire des contractions incessantes du muscle orbiculaire. Tout va donc de mieux en mieux durant cette période; et tant que la cicatrice est récente, on peut se flatter d'avoir assez de tissus pour couvrir l'œil. Mais alors commence la rétraction du tissu inodulaire; la scène change, l'état satisfaisant est remplacé par une réduction de plus en plus prononcée dans les dimensions de la partie. Or, le malade de M. Gerdy ayant cessé d'être observé précisément au moment où commençait cette seconde période, on pressent assez, d'après cette simple remarque, avec quelle réserve il convient d'accepter les conclusions déduites d'un fait semblable.

EXPÉRIENCES SUR LA QUANTITÉ DU SANG RELATIVEMENT A LA MASSE DU CORPS CHEZ LES MAMMIFÈRES, par M. WANNER.

Quelle est la quantité de sang chez l'homme adulte? Il n'est peut-être pas de question que le médecin s'entende plus souvent adresser; et il n'en est assurément aucune à laquelle il soit moins en état de répondre d'une manière satisfaisante. Une foule de causes empêchent même d'espérer qu'elle puisse jamais être résolue avec rigueur. Sans se dissimuler les difficultés du problème, sans se flatter d'en avoir trouvé une solution à l'abri de toute critique, M. Wanner livre à la publicité les recherches qu'il a faites sur ce sujet, et nous estimons que, pesées avec la même réserve que l'auteur a mise à les présenter, elles pourront éclairer la question.

De pareilles expériences ne pouvaient être faites sur l'homme; mais tous les jours elles se font en grand sur les animaux dans nos abattoirs. On sait avec quelle habileté se pratique la saignée des bêtes de boucherie, et avec quelle exactitude les chairs sont épuisées de sang. L'auteur s'est rendu à l'un des abattoirs de Paris; il a vu peser les animaux avant l'abattage; il a noté avec soin le poids du sang. Voici ce qu'il a obtenu.

Un bœuf du poids de 750 kilog. a donné 31,50 de sang; la proportion est de 1 sur 23,81; un peu plus de 4 pour 100.

Un antre bœuf pesant 700 kil. a donné 29,50 de sang; 1 sur 23,73; à peu de chose près la même proportion que le premier.

Une vache pesant 588 kilog. a donné 27 de sang; 1 sur 21,77; presque 5 sur 100.

Un mouton du poids de 50 kilog. a donné 2,50 de sang; le rapport est de 1 à 22,72; il tient le milieu entre les proportions précédentes.

Un autre mouton pesant 40 kilog. avait 2 kilog. de sang; proportion de 1 à 20, justement de 5 pour 100.

Sur un lapin, le rapport était de 1 sur 25.

La ressemblance des résultats sur des espèces si diverses autorise à penser que l'homme ne s'en écarterait pas beaucoup, et qu'on peut porter la quantité du sang qui l'alimente au vingt-cinquième au moins, au vingtième au plus de son poids.

Comme conséquences physiologiques de ces remarques, on trouve qu'un kilogramme de sang suffit à l'entretien de 20 à 25 kilog. de tissus de toute sorte, et qu'un sujet a d'autant plus de sang qu'il pèse davantage.

Comme conséquences pratiques, il suit de là qu'une saignée de deux palettes chez une femme pesant 50 kilog. dépouille autant l'économie qu'une saignée de quatre palettes chez un homme de 100 kil.

Chez un sujet pesant 50 kilog., une saignée de 2 livres ôte à l'individu environ moitié de son sang. Chez un enfant de 5 ans, qui pèse, terme moyen, 30 livres, 9 sangsues, tirant chacune une once de sang (1), épuisent autant qu'une saignée de 2 livres sur le sujet précédent.

Enfin, à la naissance, un enfant du poids de 6 livres n'ayant pas plus de 4 à 5 onces de sang, on voit combien il faut être réservé sur la saignée à pratiquer par le cordon ombilical dans les cas d'apoplexie, et combien une hémorragie en apparence fort légère peut être dangereuse en réalité.

— Nous ne ferons, au sujet de ce mémoire, qu'une seule réflexion, c'est que les conséquences pathologiques y sont beaucoup mieux justifiées que les conséquences physiologiques. Si l'on songe en effet à la manière dont l'auteur a expérimenté, on comprendra qu'il lui était bien plus facile d'apprécier la quantité de sang qu'un animal peut perdre avant de succomber que de déterminer la quantité totale qui est contenue dans son corps.

(1) Cette évaluation est évidemment exagérée. M. Bourgery apprécie à 2 gros et demi (10 grammes) la quantité de sang qu'une sangsue soustrait, soit pendant, soit après son application; et bien que la finesse de la peau chez l'enfant élève sans doute cette quantité, elle ne doit pas pouvoir la porter au delà du triple.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

DESCRIPTION D'UN NOUVEL APPAREIL POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS; par M. BRIGUEL.

Cet appareil se compose d'abord d'une tige ou levier en bois équarri d'un mètre de longueur sur 3 à 4 centimètres de largeur et d'épaisseur, renflé toutefois à sa partie moyenne et à son extrémité supérieure, où il y a 6 centimètres d'épaisseur. Le renflement du bout supérieur est traversé d'une mortaise dans laquelle joue une poulie de renvoi. Le renflement médian supporte un treuil transversal, qu'on met en mouvement à l'aide d'une manivelle, et sur lequel viendra s'enrouler le cordon tracteur. Ce treuil est muni d'une cheville d'arrêt à laquelle s'attache le cordon tracteur, et d'une roue dentée circulaire, sur laquelle s'ajuste une clavette, lorsqu'on veut arrêter et prolonger la traction, portée à un degré convenable. Enfin, l'autre bout du levier est armé au centre d'une pointe ou saillie en fer destinée à prendre un point d'appui sur le plastron, pièce dont il va être question.

Ce plastron est une plaque de cuir solide, de la forme d'un carré alongé, assez large pour répartir la pression sur un espace suffisant, assez bien rembourré pour ne pas blesser, surtout à raison de son mode d'agir. En effet, il porte dans son centre une petite plaque d'acier de deux ou trois millimètres d'épaisseur, percée d'un trou pour laisser passer la pointe en fer du levier; cette pointe, après avoir traversé ce trou, est reçue dans une cavité creusée dans l'épaisseur du plastron, véritable cavité articulaire sur laquelle le levier peut décrire des mouvemens orbiculaires. A l'extérieur, le plastron offre quatre anneaux, dans lesquels passent deux courroies solides destinées à le fixer sur la région voulue, comme sur la poitrine, par exemple.

Restent, enfin, et le bracelet pour embrasser le membre sur lequel on veut tirer, et le cordon qui sert à la traction. Le bracelet consiste en une plaque de cuir mou et un peu épais, muni de quatre courroies et de quatre boucles pour le serrer. Vers son milieu, il est parcouru de haut en bas par une autre courroie forte et solide, qui lui est solidement fixée, et qui supporte un anneau auquel vient s'attacher le cordon. Ce cordon est composé de 18 ficelles; il a une longueur d'un mètre et présente un œil à chaque extrémité. L'un de ces yeux sert à attacher le cordon à l'anneau du bracelet par un nœud coulant; l'autre fixe le cordon à la cheville d'arrêt du treuil.

L'appareil ainsi décrit, nous allons indiquer la manière dont on le place et dont on le fait agir, en prenant pour exemple la luxation du bras, comme la plus commune.

On commence par poser un bandage de corps maintenu par deux scapulaires. Le malade étant assis sur une chaise, on le fixe à celle-ci au moyen d'un linge plié en cravate, qu'on passe obliquement au-devant de la poitrine; puis, ramenant les deux chefs derrière le dos de la chemise, on les noue sur celui-ci.

Par-dessus le bandage de corps, on pose le plastron, que l'on fixe au moyen des deux courroies à boucles, plus ou moins sur le côté, selon le genre de luxation à laquelle on a affaire. Les choses ainsi disposées, et un aide ajoutant à la fixité du malade, déjà retenu par le lien de la chaise, en se plaçant derrière celle-ci, et maintenant avec les mains les environs de l'épaule malade, l'opérateur pose l'extrémité en fer de l'appareil armé de son cordon tracteur dans le trou du plastron, ayant soin de diriger le levier dans la direction selon laquelle la traction doit s'exercer. Alors, le plaçant sur son bras gauche si c'est le bras droit qui est luxé, et *vice versâ*, et tenant le bras luxé avec la main, il tourne de l'autre doucement le treuil. Lorsqu'il juge que la traction est suffisante, il abaisse la petite main ou clavette sur la roue dentée du treuil; puis, plaçant sa main disponible dans le creux de l'aisselle, il pousse la tête de l'humérus en face de sa cavité; puis, soulevant la petite clavette ou main, il lâche peu à peu le tracteur, jusqu'à ce que la tête de l'humérus rentre complètement et sans secousse dans sa cavité. On ôte alors l'appareil et on panse comme à l'ordinaire.

M. Briguel ne dit pas qu'il ait essayé son appareil sur le vivant, dans un cas de luxation. D'après lui, cet instrument a sur tous ceux imaginés jusqu'ici le grand avantage de pouvoir combiner le mouvement orbiculaire simultanément avec la traction. La faculté qu'il donne de tirer d'une manière continue lui assurerait une grande valeur dans les luxations anciennes; car le malade pourrait l'appliquer lui-même et en régler à volonté la puissance. Un dynamomètre s'y adapterait aisément et en facilitant l'usage en prévenant les effets d'une traction exagérée.

On pourrait craindre, au premier coup d'œil, que le tracteur, prenant son point d'appui sur l'une des parties du corps, n'exerçât sur celle-ci une pression fâcheuse. Mais M. Briguel affirme qu'en l'essayant sur soi-même ou sur quelqu'autre personne, on restera convaincu de l'innocuité de cette pression, qui, dit-il, est à peine sensible.

VII. JOURNAL DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches chimiques sur la sialorrhée ou flux salivaire ;* par M. Tanquerel des Planches. 2° *Etudes sur l'emploi thérapeutique de l'acide arsénieux, spécialement dans les fièvres intermittentes ;* par M. Jules Besuard. 3° *De la paracentèse thoracique dans la pleurésie ;* par M. Trousseau. 4° *De la terminaison de l'érysipèle ambulant par des abcès multiples ;* par M. Tanquerel. 5° *Recherches sur la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde, considérées dans leurs rapports avec les localités marécageuses ;* par M. Brunache (article non terminé.) 6° *De l'irritation spinale ;* par M. Ludwig Surck. (Nous rendrons compte prochainement du traité *ex professo* récemment publié par l'auteur sur ce sujet.)

SUR LA SIALORRHÉE OU FLUX SALIVAIRE, PAR M. TANQUEREL DES PLANCHES.

L'auteur, ayant observé quatre cas de sialorrhée, a fait quelques recherches historiques sur cette affection, et son mémoire n'est autre chose que le résumé succinct des faits de ce genre observés jusqu'ici. Il en résulte une histoire assez détaillée du flux salivaire fondée sur une vingtaine d'observations. Comme cette histoire ne contient rien qui ne se trouve dans les auteurs compulsés par M. Tanquerel, et que tout le monde peut consulter, nous n'avons pas à nous y arrêter. Nous noterons seulement ce qui nous a paru le plus intéressant dans les quatre observations nouvelles relatées à la fin du mémoire.

Dans une de ces observations (la troisième) le ptyalisme a paru prendre naissance sous l'influence de chagrins habituels ; le sujet était d'ailleurs un homme *éminemment impressionnable, sujet à des agitations nerveuses revenant à la moindre occasion.* Quelques observations qui nous sont propres nous portent en effet à penser que cette maladie a souvent sa source dans une affection du système nerveux. Cela est d'ailleurs évident dans un grand nombre des faits publiés. Il existe en outre des ptyalismes intermittens ; M. Rayer en a publié un exemple remarquable dans le tome XI du JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE. Or, on sait quel rapport unit les affections intermittentes aux affections nerveuses. Dans la quatrième observation, le ptyalisme est survenu pendant la convalescence d'une pneumonie, sans qu'on puisse lui attribuer un véritable caractère critique ; puisque dès avant son apparition la fièvre avait cessé, l'appétit était revenu. Dans les deux autres on n'a su à quelles circonstances rattacher la production de la maladie.

Dans la première observation, le ptyalisme, traité inutilement par l'eau de Vichy, la magnésie disparaît spontanément pendant une grossesse. Dans la seconde, il disparaît de lui-même et presque subitement en même temps que se déclarait un épiphora considérable, qui lui-même disparaît au bout de neuf mois à la suite d'une hémorrhagie utérine abondante et d'un flux hémorrhoïdal. Dans la troisième, aucun avantage ne fut retiré de l'emploi des évacuations sanguines locales et générales, des vomitifs et des purgatifs. Enfin le quatrième cas, recueilli dans le service de M. Rayer, est le seul qui ait cédé à l'emploi de moyens thérapeutiques. Le flux fut d'abord diminué par l'usage de la magnésie en poudre, d'abord à la dose de 4 gram. ; puis à celle de 8 gram., et définitivement guéri par l'administration de la poudre de charbon à la dose de 60 centig.

Nous noterons en dernier lieu que la salive du malade dont il vient d'être question fut examinée par M. Quévenne. Elle présentait au microscope des lamelles, des points noirs, des globules de mucus, des globules de matières grasses, et contenait une quantité considérable d'albumine et d'un extrait brun à odeur d'osmazôme. La ptyaline possédait une coloration jaunâtre terne, tandis que, retirée de la salive normale, elle est habituellement d'un gris blond.

DEUX NOUVEAUX CAS DE PARACENTÈSE DU THORAX, PRATIQUÉE DANS LA PÉRIODE EXTRÊME DE LA PLEURÉSIE AIGUE ; par M. TROUSSEAU.

Nous avons rendu compte de la première opération de thoracentèse pratiquée par M. Trousseau dans la période extrême de la pleurésie aiguë. L'auteur vient de publier deux nouvelles applications de cette méthode, l'une heureuse, l'autre malheureuse. Voici sommairement ces deux observations :

OBS. I. Une jeune dame était au 14e jour d'une pleurésie aiguë. Après tous les efforts de l'art, la malade menaçait de suffoquer. Face pâle, anxieuse, yeux largement ouverts, narines agitées de mouvemens violens ; respiration extrêmement difficile. Dilatation énorme et matité complète du côté gauche de la poitrine. Le cœur bat sous les cartilages du côté droit du sternum. Pouls misérable très fréquent. M. Trousseau fit entre la 7e et la 8e côtes une ponction à la peau en dehors de la mamelle. La peau fut relevée jusqu'à ce que la ponction correspondît à l'espace intercostal immédiatement supérieur, et alors introduisant dans la petite ouverture un gros trocart à paracentèse abdominale, il l'enfonça le long du bord supérieur de la côte inférieure, à trois centimètres de profondeur. Le dard retiré, le liquide jaillit avec impétuosité. Pour prévenir l'entrée de l'air on avait enroulé autour du pavillon de la canule un morceau de baudruche, qui, soulevée facilement par le jet du liquide, venait s'appliquer exactement contre l'ouverture de la canule, pendant les grandes inspirations. Tout se passa suivant les vues et au gré de l'opérateur. Après avoir évacué deux litres de liquide, il retira rapidement la canule, laissa tomber la peau dont l'ouverture fut couverte d'un morceau de taffetas. La malade fut soulagée aussitôt ; l'amélioration s'accrut graduellement, et la guérison était complète 16 jours après l'opération.

Ce second succès est bien fait pour donner de la confiance à l'auteur et à tous ceux qui voudraient employer la même méthode. Avant d'en dire nettement notre opinion, rapportons en peu de mots la seconde observation.

OBS. II. Une femme atteinte d'une fièvre puerpérale, de péritonite et de pleurésie, était au 13e jour de sa maladie. Face violacée, oppression extrême ; asphixie imminente. Pouls petit, fréquent, dépressible. La malade paraissait devoir succomber dans la journée. Malgré la gravité du cas et des complications, la thoracentèse fut résolue et pratiquée de la manière suivante. Incision et élévation de la peau, puis ponction dans l'espace intercostal supérieur. 1500 grammes de sérosité purulente sont évacués. Soulagement immédiat. 2 jours après répétition des accidens : nouvelle ponction. 2 litres de pus sont évacués. On n'avait pas pris la précaution de mettre la baudruche à l'orifice extérieur de la canule : des bulles d'air entrèrent dans la plèvre. Soulagement momentané ; nouvelle reprise des accidens : troisième ponction. Pus fétide, noircissant l'argent. — Pneumo-thorax consécutif ; mort le 4e jour de la dernière opération. — AUTOPSIE, pas de perforation pulmonaire : reste d'épanchement puriforme fétide.

L'auteur, se demandant quelle a pu être la cause de la mort, n'hésite pas à reconnaître que le défaut de précaution apporté à la seconde opération a favorisé l'entrée de l'air et la viciation du liquide par son contact. La gravité de la maladie a pu ajouter à l'effet de la viciation du pus ; mais la cause principale de la mort, c'est cette viciation ; l'auteur en convient avec une grande bonne foi. Cet aveu doit profiter à la méthode et aux malades.

La méthode, nous le reconnaissons, est incontestablement bonne. Elle a réussi deux fois évidemment dans des cas extrêmes ; il faut en féliciter l'auteur. Nous ne doutons pas qu'elle ne rende d'importans services à l'avenir. Mais, pour cela, il faut en assurer l'exécution contre toute chance d'accidens résultant de l'introduction de l'air. Rien de si facile. Le procédé mis en usage par M. Trousseau est la moitié de la méthode sous-cutanée : la peau relevée de plusieurs doigts pour placer les deux ouvertures extérieure et intérieure à plusieurs centimètres de distance, c'est le premier temps (imparfait peut-être) de la méthode sous-cutanée. Pourquoi ne pas prendre la méthode sous-cutanée tout entière : plis de la peau, ponction avec le trocart à robinet, et seringue aspirante ? M. Trousseau, qui, avec sa bonne foi et son désintéressement connus, a des premiers encouragé les applications de cette méthode, qui les a vues, aurait pu la mettre tout entière à contribution. Cela eût été plus facile et plus sûr que le procédé de M. Reybard sous-cutanisé. Si M. Trousseau et ses imitateurs se rendent à ce conseil, nul doute que la thoracentèse, dans la période extrême de la pleurésie aiguë, ne devienne une ressource des plus précieuses et des plus sûres dans les cas désespérés. Il y aurait une foule de considérations à faire valoir à cet égard ; nous y reviendrons.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE.

ÉLECTION.

L'Académie a procédé aujourd'hui à l'élection d'un membre pour la section de chimie, en remplacement de M. Darcet.

La section de chimie avait présenté dans le précédent comité secret la liste des candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Frémy.
En deuxième — M. Balard.
En troisième — M. Peligot.
En quatrième — M. Millon, M. Cahour *ex æquo.*

M. Peligot a fait savoir avant l'ouverture du scrutin qu'il retirait sa candidature.

Le nombre des membres présens était de 54, majorité 28.

M. Balard a obtenu 28 suffrages, M. Frémy 26; en conséquence M. Balard a été proclamé membre de l'Académie.

RÔLE DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS LA VÉGÉTATION.

M. BOUSSINGAULT adresse, par l'entremise de M. Dumas, une note en réponse aux résultats communiqués par M. Schultz, qui, s'ils étaient exacts, renverseraient complètement les idées admises aujourd'hui sur le rôle important que joue l'acide carbonique dans les phénomènes de la végétation. Suivant M. Schultz, l'acide carbonique ne serait *presque pas* décomposé par les plantes; l'oxigène qu'elles exhalent sous l'influence solaire n'aurait pas cet acide pour origine, mais bien des composés organiques contenus dans les sucs des végétaux, comme les acides tartrique, oxalique. M. Boussingault a répété ces expériences et il a vu que les feuilles fraîches mises en présence de l'acide carbonique, occasionnent un abondant dégagement de gaz oxigène, tandis que les mêmes feuilles ne donnent lieu qu'à un dégagement gazeux tout à fait insignifiant quand elles sont plongées soit dans l'eau pure, soit dans diverses dissolutions.

M. Boussingault pense que la différence des résultats obtenus dans les deux cas tient à la grande facilité avec laquelle les feuilles s'altèrent. Si les expériences sont prolongées au-delà de quelques heures, il se fait un dégagement d'acide carbonique qui n'est plus le résultat d'une exhalation normale, mais le produit d'une décomposition commençante. Il pense que c'est là la cause de l'erreur qu'il signale dans les résultats obtenus par M. Schultz.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DES REPTILES.

M. DUVERNOY lit la suite de son grand mémoire sur les organes génito-urinaires des reptiles et leurs produits. Ce troisième fragment est consacré à l'étude de l'appareil de la génération chez les salamandres et les tritons.

FORMATION DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

M. MILNE EDWARDS présente, au nom de MM. Prévost et Lebert, docteurs en médecine, les conclusions des recherches faites par ces deux savans sur la formation des organes de la circulation et du sang dans l'embryon du poulet.

PANSEMENT DES PLAIES PAR OCCLUSION.

M. J. GUÉRIN adresse une lettre sur ce sujet. (Voir ci-contre.)

M. LAUGIER écrit en réponse à une réclamation de M. J. Guérin, insérée dans l'avant-dernier no de la GAZETTE MÉDICALE, pour faire remarquer la différence qui existe, dit-il, entre l'abri tégumentaire que lui, M. Laugier, cherche à donner aux plaies et l'application d'une sorte de ventouse dans laquelle M. Guérin embrasse la surface de la plaie et dont le résultat nécessaire et immédiat, suivant M. Laugier, serait l'écoulement du sang dû à la diminution de la pression de l'air. Il ne pense pas d'ailleurs que M. Guérin soit fondé à réclamer pour lui l'idée de soustraire les plaies à l'action de l'air. Ce principe chirurgical étant connu, ajoute-t-il, on peut différer par les moyens de le réaliser, et c'est ce qui aurait lieu dans cette circonstance (1).

M. CHASSAIGNAC, dans une note sur le même sujet, informe l'Académie que depuis près de trois ans il a mis en pratique dans divers hôpitaux un mode de pansement des plaies qu'il a désigné sous le nom de *pansement par occlusion*. Voici en quoi il consiste : une plaie récente étant donnée, on construit sur la partie blessée une cuirasse avec le sparadrap de diachylon découpé en bandelettes qui se recouvrent par imbrication. Cette sorte de tégument nouveau est enveloppé lui-même d'un linge enduit de cérat et criblé de trous, recouvert de charpie soutenue par des compresses et des bandes. Ce pansement doit rester en place huit à dix jours. Si l'abondance de la suppuration l'exige, on renouvelle les pièces extérieures du pansement jusqu'au linge cératé inclusivement, mais sans toucher à la cuirasse de sparadrap; si elle s'affaiblit on la soutient par l'addition de bandelettes supplémentaires, et l'on se borne à en laver la surface avec un liquide renfermant quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée ou du jus de citron. Pendant les huit ou dix premiers jours, le moyen de surveiller assidument l'état de la blessure dérobée aux agens extérieurs par la cuirasse emplastique consiste dans des pressions exploratives douces exercées soit sur la plaie elle-même à travers l'appareil, soit sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et sanguins, les gaînes des tendons, les grands cordons nerveux qui se trouvent dans le champ d'irradiation des parties blessées. S'il y a imminence d'accidens inflammatoires une forte application de sangsues faite à distance de la blessure ou dans son voisinage sur les aboutissans lymphatiques et sanguins de la partie blessée lui a constamment suffi jusqu'à présent pour faire avorter les accidens de l'inflammation.

Pour enlever cette cuirasse au bout du huitième ou dixième jour, on glisse au-dessous d'elle une sonde cannelée dans la rainure de laquelle on conduit les ciseaux servant à diviser le sparadrap.

Le double but du pansement par occlusion est donc 1° de tenir la surface de la plaie constamment recouverte ; 2° d'assurer aux produits de la plaie un libre écoulement.

(1) Si M. Laugier avait vu l'appareil de M. Guérin, ou plutôt s'il eût simplement réfléchi que cet appareil est une membrane éminemment souple et flexible, s'appliquant hermétiquement, en vertu même de la pression atmosphérique, sur les surfaces qu'elle recouvre, il se serait épargné un non sens qu'il est inutile de relever autrement.

INFLUENCE DE LA FRÉQUENCE DES MOUVEMENS RESPIRATOIRES SUR L'EXHALATION DE L'ACIDE CARBONIQUE.

M. le docteur CHARLES VIERORDT (de Carlsruhe) présente un mémoire contenant les résultats des recherches qu'il a faites touchant l'influence de la fréquence des mouvemens respiratoires sur l'exhalation de l'acide carbonique.

L'auteur a fait lui-même 94 expériences qui lui ont fourni les résultats suivans :

Si 100 volumes d'air expiré par 12 expirations faites dans une minute contiennent............ 4,3 d'acide carbonique,
on reçoit par 24 expirations dans une minute........ 3,5 —
— 48 — — .... 3,1 —
— 96 — — .... 2,9 —

Si enfin le nombre des mouvemens respiratoires monte dans une minute jusqu'à 130 — 150, l'air expiré contient entre 2,9 0/0 et 2,8 0/0 d'acide carbonique, de manière que pour 192 expirations, on peut compter la quantité d'acide carbonique = 2,8 0/0.

Lorsqu'on prolonge les expirations, en n'en faisant que 6 par minute, on trouve la quantité de l'acide carbonique = 5,9 0/0.

Ainsi, la durée des expirations a une influence très grande sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air expiré.

Chaque expiration, quelle que soit sa durée, fournit une quantité constante d'acide carbonique, et y ajoute une autre qui est précisément proportionnelle à la durée des mouvemens respiratoires.

La quantité d'acide carbonique exhalé par des expirations d'une durée telle que l'on veut est égale à la quantité d'acide carbonique exhalé par des expirations de la durée la plus courte, plus une autre quantité qui s'exprime par la différence entre la durée de l'expiration cherchée et la durée de l'expiration la plus courte, divisée par 10 fois la durée de l'expiration la plus courte. Il va sans dire que la quantité absolue de l'acide carbonique exhalé par des expirations très fréquentes est beaucoup supérieure à celle qu'on expire par des expirations très prolongées.

Ces expériences prouvent principalement, dit l'auteur, que le changement des gaz entre les cellules pulmonaires et le sang se fait d'après la loi de la diffusion des gaz.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MÉDICAMENS.

M. POISEUILLE adresse un travail sous ce titre destiné à faire suite aux recherches qu'il a fait connaître en 1843 sur l'écoulement du sang dans les capillaires des animaux vivans sous l'influence de certaines substances. Dans ce nouveau travail, M. Poiseuille se propose de fixer l'attention de l'Académie sur l'étude des médicamens considérés dans l'intimité même de nos organes. Il s'agit, dit-il, dans ces nouvelles recherches, de déterminer les phénomènes qui accompagnent l'ingestion d'une substance dans le canal alimentaire. Une substance liquide ingérée dans l'estomac, dit l'auteur, se trouve en contact avec l'épithélium de la muqueuse intestinale, elle le pénètre, et bientôt est mise en rapport avec les capillaires des villosités. Il naît de ce contact un échange réciproque des liquides qui baignent des deux côtés les parois des vaisseaux capillaires; c'est-à-dire que tandis qu'une portion du sérum du sang passera à travers les parois des capillaires pour aller trouver le liquide introduit dans le canal intestinal, une portion de ce dernier liquide pénétrera en même temps les parois des vaisseaux pour aller se mêler au sang contenu dans les capillaires et se répandre dans le torrent circulatoire. Ce double courant est tout à fait analogue au phénomène décrit par M. Dutrochet dans son TRAITÉ DE L'ENDOSMOSE. Si les deux courans sont d'égale intensité il n'y aura ni augmentation, ni diminution du liquide que contient le canal intestinal; si l'un des courans l'emporte sur l'autre, par exemple, si le courant du sérum du sang vers la cavité de l'intestin a une intensité plus grande que celui qui porte le liquide ingéré vers le sérum des capillaires, il y aura alors accumulation de liquides dans l'intestin, provocation de l'intestin à se contracter, pour rejeter au-dessus ce surcroît de liquides, et par suite la substance qui aura produit cet effet sera *purgative*. Un résultat opposé aura lieu si le courant du liquide ingéré vers le sérum des capillaires est plus considérable que celui du sérum vers la cavité de l'intestin.

Cette opinion est le résultat de faits nombreux, dont les détails beaucoup trop longs pour être reproduits ici sont contenus dans le mémoire de M. Poiseuille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. BOUVIER demande la parole sur sa rédaction. Le procès verbal, dit-il, fait dire à M. Duméril que l'Académie des sciences a exprimé sur cette question une opinion différente de celle qui est exprimée dans le rapport de la commission.

Je demande si c'est bien réellement ce qu'a dit M. Duméril, car je ne sache pas que l'Académie des sciences ait eu à s'occuper de cette question.

M. LE SECRÉTAIRE : M. Duméril a dit effectivement que l'Académie des sciences avait exprimé une opinion qui pouvait être différente de celle de la commission. J'en appellerai à son souvenir s'il est présent à la séance. (M. Duméril est absent; personne ne réclame à sa place.)

M. le Président : M. Bouvier est-il satisfait de l'explication ?

M. Bouvier : Il suffit que M. le secrétaire affirme avoir entendu ainsi ; mais je ferai remarquer cependant que l'assertion de M. Duméril n'implique nullement l'exactitude du fait.

M. Cornac : D'après l'interprétation que le procès-verbal donne à la décision de l'Académie relativement à la candidature des associés étrangers, il semblerait que la commission chargée de la présentation serait seule arbitre dans cette question. Ce n'est pas ainsi que l'a entendu l'Académie. La question a été renvoyée à la commission non pas pour qu'elle décide, mais pour qu'elle fasse un rapport.

M. le Secrétaire donne lecture du passage du procès-verbal auquel M. Cornac fait allusion ; c'est effectivement dans ce sens qu'il est rédigé. La réclamation reste par conséquent sans objet.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

Nous reproduisons ici textuellement le rapport qui a été lu par M. Velpeau dans la précédente séance sur le mémoire de M. Malgaine, ayant pour titre : De la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la ténotomie rachidienne dans le traitement des déviations latérales de l'épine. (Commissaires : MM. Baudelocque, Roux et Velpeau, rapporteur.)

L'Académie n'a point oublié sans doute l'espèce d'orage suscité dans cette enceinte par la lecture du mémoire de M. Malgaigne. Elle se souvient encore des difficultés apportées par quelques uns de ses membres à la composition d'une commission chargée d'examiner ce travail. Pénétrés de l'importance de la question, nous n'avons pas cru cependant devoir reculer devant la mission qui nous était imposée. Il nous a semblé que quelques désagrémens personnels n'étaient point de nature à empêcher un corps savant de procéder à la recherche de vérités qui peuvent intéresser la science. Nous nous sommes donc mis à l'œuvre, et nous venons aujourd'hui vous soumettre le résultat de nos recherches.

Disons d'abord ce que renferme le mémoire de M. Malgaigne.

A. *Analyse du Mémoire.* — Etant d'opinion que les courbures latérales de l'épine ne peuvent pas être redressées *complètement*, l'auteur, qui sait que le contraire est soutenu par une infinité de personnes et généralement admis, a pensé que le moment était venu de voir qui a raison ou qui a tort sur ce point, de lui ou de ses antagonistes. La myotomie ou la ténotomie rachidienne dont on a beaucoup vanté les heureux effets depuis quelques années, lui a paru devoir être examinée, avant tout, quant à sa valeur réelle : aussi est-ce à cette opération qu'il s'attaque principalement.

1° Jusqu'ici, les faits orthopédiques annoncés appartenaient à des établissemens privés ; ils étaient d'ailleurs, ou étrangers à la ténotomie, ou relatés d'une manière si vague, qu'il n'y avait guère lieu de les soumettre à un examen scientifique. M. Malgaigne ne s'est occupé que de ceux qui ont été recueillis en public, sous la sauvegarde, en quelque sorte, des hôpitaux de Paris. Ayant vu par un relevé, dont les matériaux ont été puisés dans un de ces établissemens, que sur 155 cas de déviation de l'épine, on en avait guéri 24, il s'est mis à la recherche de ces dernières, mais sans que les investigations auxquelles il a pu se livrer lui aient permis, assure-t-il, d'en constater aucun. Sur 35 des malades admis dans le service indiqué, les seuls qu'il ait pu retrouver, ou qui appartinssent à la catégorie des courbures vertébrales, il n'en a pas rencontré un seul qui fût complètement redressé.

2° Confirmé dans son opinion par ce premier examen des faits, M. Malgaigne se livre ensuite à la recherche des causes des difformités, afin de voir si elles ne deviendraient pas une indication de la ténotomie rachidienne. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de l'hypothèse, qui veut que *le plus grand nombre des déviations latérales du rachis soient le produit de la rétraction musculaire active* (Gaz. Méd., 1839, page 404, 1re colonne), l'auteur passe en revue 17 malades. Sur ce nombre, il n'en a trouvé que quatre qui eussent eu des convulsions dans leur enfance. Encore ne voit-il guère de rapport entre l'époque de ces convulsions et celle de l'apparition de la difformité chez les jeunes personnes qui en étaient affectées.

Chez les autres malades, la déviation paraissait s'être développée sous l'influence de l'hérédité, de mauvaises attitudes, du rachitisme, de la cessation d'un écoulement vaginal, ou de circonstances tout-à-fait inconnues.

Ne trouvant rien non plus de ce côté qui vînt à l'appui de la doctrine en question, M. Malgaigne a recherché s'il existait véritablement *des cordes tendues, des tendons, des muscles raccourcis, rétractés*, soit chez les malades qui avaient été opérés, soit chez ceux qui n'avaient point été soumis à la myotomie, et il affirme n'avoir rien rencontré de semblable à ce que la théorie qu'il combat exigeait.

Fort de ce double fait, à savoir que les déviations examinées par lui paraissaient étrangères à une lésion primitive des centres nerveux, à une rétraction active du système musculaire, et que les malades soumis à l'opération conservaient leur difformité, M. Malgaigne n'hésite point à conclure que la ténotomie est pour le moins inutile dans le traitement des déviations latérales du rachis.

3° Comme les malades opérés qu'il a observés ont été soumis en même temps à l'action des lits, des machines orthopédiques pendant assez longtemps ; comme d'un autre côté, des résultats aussi heureux que ceux qu'il a pu constater ont été obtenus, selon lui, sans l'intervention de la myotomie, au Bureau central des hôpitaux par M. Duval, dans divers établissemens particuliers par MM. Bouvier, Tavernier, etc., M. Malgaigne soutient qu'aucun fait ne prouve, jusqu'à présent, que la ténotomie soit en droit de réclamer la moindre part dans l'amélioration survenue chez certains malades.

4° Enfin, examinant jusqu'à quel point la myotomie rachidienne est innocente dans la pratique, M. Malgaigne convient tout d'abord qu'elle n'a été suivie chez aucun malade de suppuration notable. Peu douloureuse en général, elle cause cependant parfois des souffrances assez fortes. Chez une jeune fille, la douleur devint plus aiguë deux heures après qu'au moment même. S'il n'en reste aucune trace dans le plus grand nombre des cas, elle laisse aussi parfois dans la région traversée par le ténotome une sensibilité assez vive, que le mouvement ou la pression exaspère. Quelquefois encore ces douleurs reviennent par intervalle ou à l'occasion des changemens de temps. Au demeurant, elles n'ont jamais rien de bien pénible.

Après l'opération, *la force des muscles* reste amoindrie d'une manière sensible chez quelques malades seulement.

L'une des jeunes filles examinées par l'auteur éprouve bientôt de la courbature quand elle se tient debout ; une autre se plaint de faiblesse dans les reins ; une troisième entend comme une sorte de *craquement* dans les régions opérées. Il en est une qui a de la peine à se baisser pour mettre ses souliers, ou à se relever en soulevant un fardeau. Il est pourtant vrai que la plupart n'ont point éprouvé de changement sous ce point de vue.

En résumé, la myotomie rachidienne paraît à M. Malgaigne une opération plutôt nuisible qu'utile dans le traitement des déviations latérales de l'épine, et il trouve, d'après l'examen auquel il vient de se livrer, que les principes sont ici parfaitement d'accord avec les faits.

B. *Discussion.* — Tel est en substance le mémoire de M. Malgaigne. Voyons maintenant jusqu'à quel point l'auteur de ce mémoire peut avoir raison.

L'Académie ne doit point se le dissimuler ; la question est à la fois une des plus importantes et des plus délicates de la pratique chirurgicale. Le nombre des sujets atteints de déviation latérale du rachis est considérable. C'est une difformité qui, sans compromettre la vie, fait le désespoir des familles : aussi met-on tout en œuvre pour la corriger, pour en guérir ou pour la masquer. Des établissemens nombreux, entretenus à grands frais, ont été créés dans presque toutes les capitales de l'Europe et dans une foule de villes moins importantes, en vue de ce genre de maladie. Si, d'une part, les jeunes filles et leurs parens ont un désir aussi vif que naturel de trouver dans les traitemens qu'on leur propose un remède efficace, les chefs de ces établissemens ont, d'autre part, un intérêt très grand à ce que le public croie à la possibilité du redressement, de guérisons réelles de pareilles difformités.

Aux premières annonces de ces guérisons par les moyens orthopédiques, les médecins n'eurent d'abord aucune raison de ne pas y croire ; mais au bout de quelques années, des doutes commencèrent à se faire jour, et ces doutes, il faut bien l'avouer, ont été remplacés par l'incrédulité dans l'esprit de beaucoup de praticiens, depuis un certain temps, depuis surtout qu'un médecin qui a longtemps dirigé lui-même un établissement orthopédique s'est avisé de publier, qu'on ne redressait point les déviations latérales du rachis et de mettre les autres orthopédistes au défi de lui montrer une seule de ces déviations complètement redressée !

Il n'en est pas enfin des difformités du rachis comme des maladies en général, ni même comme des autres difformités. Règle commune, aucun motif ne porte les malades qu'on a traités d'une gastrite, d'une péritonite ou d'une fracture, à faire croire qu'il ne reste plus aucune trace de leur indisposition, quand ils souffrent réellement encore. C'est tout le contraire pour les difformités de la colonne vertébrale. A l'âge de quinze ou dix-huit ans, les intérêts de famille, des raisons de toute sorte que nous n'avons pas besoin de d'énumérer, font que la jeune fille prend souvent ses désirs pour la réalité, et croit volontiers être droite malgré sa difformité. En supposant qu'elle ne se fasse point illusion elle-même, elle ne manque pas au moins de masquer, autant que possible, par tous les artifices imaginables de toilette ou d'attitude, la déviation dont elle est affectée. Il en résulte, que si on l'a soumise à quelque traitement, elle reste fort disposée à soutenir que ce traitement a produit chez elle une guérison complète, et bien peu conviendront qu'il ne leur a été d'aucun secours, qu'elles sont aussi bossues qu'auparavant.

L'intérêt comme les désirs du chirurgien, des malades et de la famille de ces derniers, s'accordent ainsi parfaitement pour établir que la médication est véritablement efficace, qu'elle a eu un succès complet. Si l'on ajoute à ces sentimens, qui n'ont rien en eux-mêmes de répréhensible, les motifs dont l'ignorance et la mauvaise foi peuvent se servir, il sera facile de comprendre le vague, l'incertitude où la science en est encore sur ce point aujourd'hui, et le besoin réel de soumettre la question au flambeau d'une analyse rigoureuse, d'un examen sérieux.

Si on ne nous avait entretenus que d'une question purement scientifique, de science simplement spéculative, ou encore d'une de ces questions dont l'application reste confinée dans un très petit cercle, nous eussions pu la laisser dans l'ombre, garder sur elle un silence protecteur ; mais il s'agit d'un fait d'un extrême gravité, d'un fait qui, par la manière dont il a voulu s'imposer un instant naguère, a imprimé à la profession une secousse si vive, que le monde médical en est encore tout ému : d'un fait ou plutôt d'un problème dont la solution n'importe pas moins à l'ensemble de la société, à tout le monde, qu'à la science, aux praticiens, aux médecins proprement dits. Ajoutons que le chaos d'assertions, d'observations contradictoires invoquées à son occasion et dont on assourdit depuis dix ans les académiciens renferme en réalité une inconnue, et que cette inconnue qu'il s'agit de dégager de mettre à nu, qu'il faut absolument aborder, que cette *inconnue*, disons-nous, est *la vérité*.

Nous avons d'ailleurs pensé qu'il ne serait pas impossible d'atteindre le but, en faisant abstraction des individualités qu'on y a malheureusement rattachées, et qu'il appartenait à l'Académie de se placer pour juger un si grave sujet au dessus des animosités, des petits amours-propres, des intérêts personnels enfin qui tendent à l'obscurcir, qui, faut-il le dire, sont déjà parvenus à discréditer le fond même du débat. Toutes ces raisons et d'autres encore nous ont donc empêchés de passer outre, et nous allons entrer, sans autre préambule, dans le cœur du sujet.

Notre marche, ici, est d'ailleurs toute tracée par la division du travail qui

nous est soumis et que nous avons indiquée au commencement de ce rapport.

§ I. Résultats cliniques fournis par la myotomie rachidienne. — La ténotomie, en général, avait à peine pris droit de domicile dans la pratique, que déjà on avait songé aux applications variées qu'il serait permis d'en faire. Le fait capital une fois admis, il n'était pas douteux qu'on ne tarderait point à en tirer, à en indiquer du moins toutes les conséquences possibles. Aussi un jeune chirurgien de Strasbourg, M. Held, imprimait-il en 1836 que la ténotomie devait être appliquée *à toutes les difformités occasionnées par la rétraction musculaire.* « Nous pensons, dit-il, qu'une opération aussi simple et aussi légère doit être généralisée et *appliquée à tous les cas de difformité dépendant de la contracture ou du raccourcissement musculaire.* » (Held, 1836, p. 59.)

L'auteur, pour donner plus de force à sa proposition, souligne soigneusement la phrase que nous venons de citer. C'était là, comme on voit, une formule aussi générale que possible et à laquelle les applications, quelles qu'elles soient, de la ténotomie échapperont difficilement.

Nous-même n'avons pas craint d'avancer, en 1837 et 1838, que la ténotomie « s'applique ou peut s'appliquer à *tous* les tendons et aux muscles longs qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important. » (Méd. opérat., tome 1, page 538.)

Toutefois, ce n'étaient encore là que des formules générales, embrassant la question dans toute son étendue, sans préciser, d'une manière spéciale, l'idée de la myotomie rachidienne. Mais cette idée, soit qu'elle ait été rendue publique antérieurement, soit qu'elle résulte de ses propres réflexions, fut introduite dans la presse par un chirurgien de Breslau, M. Pauli, au commencement de 1838 (page 377). Effectivement, M. Pauli, énumérant les bienfaits de la ténotomie, trouve qu'il serait rationnel de l'appliquer aux *déviations latérales de l'épine*, et ne voit pas pourquoi les muscles long dorsal, sacro-lombaire, grand dorsal, etc., ne seraient pas attaqués par la ténotomie dans certains cas de difformité de la colonne vertébrale. Aujourd'hui, les suppositions de M. Pauli se sont réalisées. Des faits nombreux permettent d'en juger, jusqu'à un certain point, le mérite.

Des exemples de myotomie rachidienne ont, en effet, été publiés, à l'heure qu'il est, par une foule de personnes. Outre ceux qui ont été annoncés en France, nous en avons trouvé une assez longue série à l'étranger. S'il fallait prendre à la lettre les observations qui les concernent, la valeur de la myotomie rachidienne serait du reste bientôt décidée. Ainsi :

M. Braid, qui pratique en Angleterre, a opéré quatre malades. Chez l'un une courbure latérale *considérable* disparut *immédiatement*; les trois autres, qui étaient âgés de 14, de 20 ou 22 ans, ne furent pas moins heureux.

Un autre praticien anglais, M. Child, cite à son tour trois opérations semblables. L'un de ses malades avait une courbure de 9 centimètres de flèche; les trois opérés n'en sont pas moins guéris, au dire de M. Child, et assez promptement.

M. Whithead n'a pas été moins heureux que les deux chirurgiens précédens, chez un jeune homme âgé de 20 ans; il en est de même de M. Laycock, pour un autre cas.

M. Cooks, M. Hunter, ont aussi eu recours à la myotomie rachidienne, avec succès.

Si de l'Angleterre nous passons à l'Allemagne, nous verrons, 1° que M. Klein de Greussen a réussi sur six malades, et que, dans deux cas, le redressement eut lieu *sur-le-champ*.

2° 24 sujets ont été traités de la sorte par M. Cammerer. Il semble même que ce dernier praticien ait divisé les tendons ou les muscles, non sur la concavité, mais sur la convexité de la courbure.

3° Un orthopédiste de Canstadt, M. Hein, cite 58 cas de ténotomie rachidienne, suivis de guérison chez 21 malades et de simple amélioration chez les 37 autres.

A cette liste déjà longue, nous pourrions ajouter MM. Neumann, Behrend, etc., qui relatent aussi des exemples de guérison obtenue par la myotomie rachidienne.

Un fait frappe de prime-abord dans ces observations : c'est qu'elles sont si incomplètes, si vagues, qu'elles se réduisent véritablement à de pures assertions. Nulle part, on ne voit d'une manière précise le degré de redressement obtenu, l'indication exacte de la difformité avant l'opération, la preuve que les malades ont été soumis ensuite à un rigoureux examen.

Quand on voit, d'autre part, les opérateurs dire, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple, la plus naturelle, que des courbures énormes se sont dissipées à l'instant même par le fait de la ténotomie, il est bien permis de se demander si les auteurs de pareilles annonces ont parlé sérieusement, ont bien pesé toutes les conséquences du fait qu'ils avançaient.

De telles observations n'étaient pas de nature, on le pense bien, à élucider la question; et comme il n'est pas possible de contrôler à Paris les faits publiés en Angleterre et en Allemagne, nous nous sommes vus, quoique à regret, dans la nécessité de mettre de côté tous ces matériaux, pourtant si nombreux et, sans doute, d'une valeur absolue, considérable. Nous n'en avons du reste que plus vivement senti le besoin de réviser les faits qu'il nous serait donné d'approcher matériellement.

Nous avons donc pris le parti de rechercher les personnes indiquées par M. Malgaigne comme ayant été traitées de déviation latérale de l'épine, bien convaincu que c'était aujourd'hui le seul moyen de savoir au juste à quoi se réduisent les résultats acquis de la myotomie rachidienne.

Le relevé qui a servi d'indication première à M. Malgaigne annonce, il est vrai, 155 cas; mais sur ce nombre, il n'y en a que 57 qui eussent été traités. Les autres n'ayant fait que passer dans le service ou à la consultation publique, M. Malgaigne ne s'en est pas occupé. Voulant procéder avec rigueur dans son appréciation, il a mis de côté : 1° les malades sortis depuis quatre ans; 2° ceux qu'il n'a point retrouvés; 3° ceux qui ont été opérés à la consultation; 4° ceux qui ont été opérés pour autre chose; 5° et ceux qui sont restés moins de quarante jours à l'hôpital. Il ne tient ainsi compte en définitive que de vingt-quatre observations.

La commission n'est point parvenue sans peine à retrouver, à *voir* les jeunes filles dont il vient d'être question. Depuis leur sortie de l'hôpital, ces jeunes personnes ont été visitées un assez grand nombre de fois par divers médecins ou chirurgiens. Si elles se sont prêtées d'abord d'assez bonne grace aux recherches dont elles étaient l'objet, il en est qui ont fini par en être plus ou moins contrariées, et même par s'y refuser nettement. L'auteur du mémoire n'a pu nous en amener que deux. Une circulaire adressée aux autres par le président de la commission en a fait venir deux nouvelles. C'est alors que pour compléter notre travail, il a fallu nous rendre à leur domicile. Là nous avons appris que les unes n'avaient point répondu à notre invitation parce qu'elles étaient indisposées; d'autres parce qu'elles craignaient d'être examinées en public ou soumises à quelque nouvelle opération; d'autres par des motifs de pudeur ou de timidité faciles à comprendre; quelques unes uniquement enfin parce qu'elles ne se souciaient plus de montrer leur dos.

Pour rassurer l'Académie sur les risques prétendus qu'aurait courus sa dignité par ces visites domiciliaires, nous dirons tout d'abord que votre commission n'a été mal reçue nulle part. Dans un seul cas, le père de la jeune malade n'a voulu donner aucun renseignement. Partout ailleurs nous avons pu voir, examiner les jeunes filles elles-mêmes ou obtenir des parens les notions qu'ils pouvaient nous donner. Nous nous sommes procuré de la sorte une partie des éclaircissemens nécessaires à la solution du principal problème posé d'abord par M. Malgaigne, et nous avons acquis la certitude que, sous ce rapport, ses observations, à part quelques faits de détail d'un intérêt très secondaire, sont parfaitement exactes, qu'aucun des malades qu'il a cités n'a obtenu un redressement *complet* de sa difformité.

Pour savoir à quoi nous en tenir sur ce chapitre, nous avons d'ailleurs éprouvé d'assez grandes difficultés. Soit par défaut d'intelligence, soit par suite d'illusions, soit par crainte de l'opinion publique, soit par l'effet de suggestions étrangères, les malades ou les parens nous ont donné si souvent des renseignemens contradictoires, que nous avons bientôt reconnu la nécessité de ne guère en tenir compte. Avec quelques uns il suffisait de poser les questions plutôt de telle façon que de telle autre, pour que les réponses de la même personne fussent tout à fait opposées à deux minutes de distance. Chez d'autres, la mère parlait souvent dans un sens et la fille d'une manière toute différente; de telle sorte qu'il n'eût point été difficile de leur faire certifier le blanc et le noir alternativement. Du reste, comme nous cherchions uniquement à savoir si leur colonne était droite ou non, nous avons fini par faire abstraction de ce que pouvaient nous dire les personnes intéressées, et par ne nous en rapporter qu'au témoignage de nos yeux en ce qui concerne les faits susceptibles d'interprétations diverses.

Ajoutons que certaines de ces pauvres jeunes filles ont paru effrayées de la publicité qu'on pourrait donner à leur observation. Sous ce point de vue, les craintes de quelques unes d'entre elles nous ont même portés à taire dans notre travail leur nom et leur adresse, à ne les désigner que par le numéro qu'il nous a fallu leur appliquer. Ainsi les nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, qui correspondent à la majeure partie des observations de M. Malgaigne, représentent autant de jeune filles qui ont été traitées à l'hôpital et dont l'épine vertébrale n'est certainement pas droite.

S'ensuit-il que la myotomie rachidienne n'ait été utile à aucun de ces malades? Non, sans doute. S'il est vrai que plusieurs des jeunes opérées soient maintenant aussi difformes ou plus difformes qu'avant l'opération, il l'est aussi que la déviation de quelques autres a notablement diminué.

C'est là un fait que M. Malgaigne s'est d'ailleurs plu tout le premier à signaler. Mais une autre difficulté se présente. La question est complexe ici : les malades traités par la myotomie ont été soumis aussi à l'emploi des lits, des machines, des corsets orthopédiques; et qui peut dire que l'amélioration constatée n'appartient pas aux moyens mécaniques simples, plutôt qu'à la ténotomie? L'embarras est d'autant plus sérieux que, d'après certains orthopédistes, les déviations *du premier et du second degré sont presque toutes complètement curables* par les ressources simples de la mécanique ou sans opération.

Nous sommes obligés de l'avouer, il y a là un obstacle presque insurmontable, et nous craignons bien qu'on ne soit de longtemps en mesure de faire la juste part, dans ces traitemens complexes, et de la myotomie et des autres moyens employés concurremment.

S'il était vrai, par exemple, que les résultats de la ténotomie ne fussent pas plus avantageux ailleurs que chez les malades observés par nous; si, en d'autres termes, ce que nous avons vu devait être considéré comme le type, comme la moyenne de ce que peut produire l'opération, on ne s'éloignerait guère de la vérité en concluant que cette opération est inutile; car il est incontestable que dans les établissemens où les déviations sont traitées sans l'intervention de la ténotomie, on obtient des résultat au moins aussi avantageux que ceux qu'il nous a été donné de constater.

§ II. La myotomie rachidienne est-elle une opération rationnelle? — Quand même il serait démontré que la ténotomie n'a été d'aucun secours dans les cas cités par M. Malgaigne, nous ne serions pas en droit de refuser pour cela toute efficacité à cette opération. Il se peut, en effet, que des malades plus heureux existent, quoiqu'ils n'aient été rencontrés ni par l'auteur du mémoire, ni par nous. Il se pourrait aussi que l'opération eût été sans succès entre les mains d'un praticien, quoiqu'elle fût susceptible d'une grande efficacité étant pratiquée par d'autres. Il y a donc lieu d'examiner jusqu'à quel point elle est d'ailleurs rationnelle, d'accord avec les principes de l'anatomie pathologique et de la mécanique.

Nous trouvons, comme M. Malgaigne, que la théorie de Méry ou de Morgagni et de Delpech, qui tend à rapporter les déviations du rachis à une contracture

des muscles, soit sous l'influence d'une lésion des centres nerveux, soit par toute autre cause, n'est soutenable que pour un certain nombre de cas ; mais nous n'admettons pas que les courbures rachidiennes restent dépourvues de raideur musculaire chez tous les sujets.

Dans les difformités latérales de l'épine, trois faits ne doivent jamais être perdus de vue :

1° Une courbure du rachis en entraîne ordinairement une ou deux autres en sens inverse.

2° Dans les déviations de l'épine, le corps des vertèbres ne tarde pas à se déplacer, à subir un mouvement de rotation qui l'éloigne de la ligne médiane et de la direction des apophyses épineuses.

3° Les muscles ou les tendons placés dans la concavité des courbures, finissent généralement, quand même ils ne seraient point affectés de contracture active ou convulsive dès le principe, par se raccourcir secondairement, pour se mettre en rapport avec la nouvelle forme et la longueur nouvelle de la colonne épinière.

Pour que les trois courbures dépendissent de la rétraction des muscles, ne faudrait-il pas admettre que le muscle sacro-lombaire ou le long dorsal qui jouerait le principal rôle dans cette difformité, fût rétracté, contracturé ou raccourci sur différens points alternes et opposés de sa longueur à droite et à gauche ? On conçoit combien une pareille supposition est peu plausible, peu satisfaisante pour l'esprit.

Les muscles qui viennent d'être nommés, étant formés d'une infinité de faisceaux, distincts par leurs tendons, permettraient à la rigueur de comprendre qu'un ou plusieurs de ces faisceaux puissent se raccourcir quand les autres restent souples ; mais si cela était, il devrait, ce semble, en résulter une courbure unique, et non les trois courbures qu'on observe presque constamment chez les personnes affectées de déviation latérale de l'épine.

Quant à la rotation du corps des vertèbres, c'est, il faut bien en convenir, l'obstacle le plus grand au redressement de la colonne, obstacle tel, qu'arrivé à un certain degré, il rend ce redressement, sinon tout à fait impossible, du moins très difficile. Aussi, les chirurgiens qui ont fait une étude approfondie de l'anatomie du rachis et des formes que revêt cette colonne dans le cas de déviation de la taille, ne se font-ils que difficilement illusion sur la puissance de l'art en pareil cas.

Il est vrai que si les muscles des gouttières vertébrales se trouvent raccourcis, n'importe comment, on ne voit pas pourquoi, *à priori*, leur section ne serait pas invoquée dans le traitement des déviations de l'épine, pourquoi, en divisant ces muscles, on ne rendrait pas plus facile l'action des machines et autres ressources orthopédiques dont l'utilité a déjà été sanctionnée par la pratique. Seulement il importe de ne pas s'abuser sur la valeur de la ténotomie en pareil cas, de ne s'y décider qu'autant qu'il aura été possible de constater *matériellement* l'existence de cordes raides ou tendues sur le côté concave de la déviation, non pas sous l'influence de certaines attitudes actives, mais bien pendant que, par un effort extérieur, on cherche à redresser la courbure.

Il faut songer encore à cette particularité, savoir, qu'après avoir coupé un faisceau du sacro-lombaire, dans un point, je suppose, on peut craindre que d'autres faisceaux du même muscle soient raccourcis ailleurs ou plus profondément ; que la même chose peut être dite du long dorsal, du transversaire épineux, etc.

On ne devrait point oublier non plus que si les muscles dont les points d'attache ont été rapprochés par les courbures de la colonne vertébrale jouent ici un rôle, il en doit être de même des tissus fibreux, des ligamens en particulier. En détruisant la résistance de quelques cordes musculaires, on ne fait, au demeurant, disparaître qu'un des points, qu'un des élémens de la maladie, des obstacles au redressement du rachis.

Relativement aux *inconvéniens*, aux *dangers* de l'opération, sans les nier absolument, nous croyons pourtant qu'ils se réduisent généralement à peu de chose. Nous ajouterons même que la ténotomie, au point de vue du manuel opératoire, est plus facile et moins redoutable encore le long du rachis que partout ailleurs. Là, point de vaisseaux volumineux, point de gaînes fibreuses ou synoviales, point de nerfs, rien d'important, en un mot, qui puisse être atteint par l'instrument ; de la peau jusqu'aux os, il n'y a réellement que les tissus cellulo-fibreux et musculaires, et par conséquent impossibilité de se fourvoyer en opérant ; aucun ménagement délicat à prendre en manœuvrant avec le couteau.

Si dans ce point, comme ailleurs, il peut se faire des épanchemens de sang, si l'érysipèle et la suppuration peuvent prendre la piqûre pour point de départ, il est certain que ce sont des accidens rares, et dont la gravité n'a rien eu de sérieux jusqu'à présent. Quant à la douleur dont quelques jeunes personnes ont parlé, et à la faiblesse qui a persisté chez quelques autres, elles ne constituent pas un accident assez fréquent, assez gênant pour contre-indiquer l'opération, si l'efficacité de cette dernière était d'ailleurs bien démontrée.

Résumé. 1° Les observations contenues dans le mémoire de M. Malgaigne sont très exactes.

2° Ces observations se rapportent à des sujets traités pendant plus ou moins longtemps pour des déviations latérales de l'épine qui persistent encore.

3° Ce résultat, contraire à ce qui a été dit en France, à ce que quelques praticiens semblent croire, n'est pas d'accord non plus avec les résultats annoncés, soit en Angleterre, soit en Allemagne, par un certain nombre de chirurgiens.

4° Les faits publiés à l'étranger sont trop incomplets, trop vaguement exposés, trop contraires à ce qu'indique l'anatomie pathologique et la mécanique pour inspirer une grande confiance.

5° Dès lors il y a lieu de n'accepter aucun fait de ce genre, sans l'avoir soumis à un contrôle rigoureux et *authentique*.

6° Rien jusqu'à présent ne justifie l'opinion de ceux qui attribuent *le plus grand nombre des courbures latérales du rachis* à une rétraction convulsive ou active du système musculaire.

7° Le raccourcissement secondaire de certains muscles dans la concavité des courbures doit cependant empêcher de rejeter, *à priori*, la myotomie rachidienne, d'une manière absolue.

8° Cette opération n'expose d'ailleurs qu'à de très légers inconvéniens.

9° Les effets de la ténotomie ont d'autant plus besoin d'être surveillés ici, qu'il n'est pas possible de les invoquer seuls, que les moyens mécaniques doivent toujours leur venir en aide.

10° Immédiatement après l'opération, du sang infiltré, une tuméfaction traumatique quelconque, pourrait à la rigueur en imposer, en comblant momentanément la concavité de la courbure.

11° S'il est vrai que les déviations latérales du rachis soient susceptibles d'être *simulées*, il l'est aussi qu'elles peuvent être *dissimulées*, jusqu'à un certain point, par de certaines attitudes.

12° Aussi les plâtres pris sur nature, avant et après le traitement, sont-ils loin d'avoir, en pareil cas, la valeur que quelques personnes leur attribuent.

13° Il faut dire encore que, d'après nos recherches, l'amélioration qui a semblé résulter de la myotomie ou des moyens orthopédiques qu'on y avait associés ne s'est pas toujours maintenue, que souvent même elle a fini par disparaître complètement.

14° Une dernière remarque, c'est que, chez nombre de jeunes filles, l'amélioration qui a fini par se manifester a pu dépendre autant des efforts spontanés de l'organisme, des progrès de l'âge, des exercices gymnastiques, d'un plus grand embonpoint amené par le régime, etc., que de la myotomie ou des extensions qu'elles avaient subies.

Conclusions. — Au demeurant, nous croyons être justes en déclarant :

1° Que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique, en montrant sous leur véritable jour des faits présentés jusque-là d'une manière inexacte ou incomplète.

2° Que des remercîmens lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des vérités dont la connaissance n'importe pas moins à la sécurité des familles qu'à la science et à la dignité de notre profession.

3° Qu'il convient d'imprimer son travail dans le prochain volume des mémoires de l'Académie.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Velpeau. M. Velpeau occupe la tribune.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. Guérin, de sa place : Je désirerais parler à la tribune. La faiblesse de ma voix ne me permettrait pas de faire entendre les explications que j'ai l'intention de donner à l'Académie. M. Velpeau fait un mouvement pour céder la place à M. Guérin.

M. le Président : M. Velpeau peut rester ; il y a place pour deux à la tribune. (Longue explosion de rires.) M. Guérin monte à la tribune et s'assied à côté de M. Velpeau.

M. J. Guérin : Dans un chapitre sur les ruses de guerre, Montaigne rapporte que les peuples qu'on appelait barbares n'entreprenaient la guerre qu'après l'avoir dénoncée, et souvent après avoir désigné l'heure et le lieu de la bataille ; le même auteur ajoute que les anciens du sénat regardaient comme contraire aux formes vraiment romaines toute infraction à cette règle. M. le rapporteur de la commission, qui ne veut rien avoir de commun avec les barbares, ni sans doute avec les anciens du sénat, n'a pas cru devoir me laisser connaître qu'il lirait son rapport dans la dernière séance. Bien plus, il n'a pas trouvé convenable de mettre à ma disposition, quoique je la lui eusse fait demander directement, cette pièce, où je suis personnellement en cause. Ce n'est qu'hier à minuit qu'une épreuve du Bulletin m'est parvenue. Mais j'ai été complètement dédommagé de ce procédé par la décision de l'Académie, qui a bien voulu renvoyer la discussion du rapport à la séance d'aujourd'hui. Je la remercie sincèrement de cette marque de déférence et d'impartialité.

Il m'importe d'autant plus de soumettre le rapport de la commission à un examen rigoureux qu'il a paru se tenir davantage dans la ligne et les formes scientifiques. J'en ai été frappé moi-même à une première lecture. Mais l'Académie sait bien que les apparences sont quelquefois trompeuses. Sous les dehors les plus inoffensifs, les plus innocens, se cachent souvent des intentions qui n'ont pas le même caractère, et, pour me servir d'un comparant académique, je dirai que le rapport pourrait bien ressembler à ces plantes où l'on trouve des principes dangereux associés à des substances alimentaires. L'Académie a donc intérêt à connaître, sous toutes ses faces, la pièce que l'on présente à son approbation.

Ce rapport soulève d'abord une série de questions de science : l'origine de la théorie de la rétraction, l'étiologie particulière des déviations de l'épine, l'historique de la myotomie rachidienne, la myotomie considérée sous le rapport de ses indications, de ses dangers, de son efficacité. Toutes ces questions ont reçu dans le rapport une solution qui est loin de s'accorder avec ma manière de voir ; mais je ne crois pas que ce soit le moment de les examiner toutes ; je m'en réfère pour la plupart à ce que j'en ai dit lors de la discussion sur la ténotomie. M. le rapporteur a exprimé alors les mêmes prétentions et les mêmes idées qu'aujourd'hui. Je n'ai rien à ajouter pour le moment aux explications que j'ai présentées à cette époque.

Mais le rapport soulève un autre ordre de questions, des questions de forme, de convenance, de procédés scientifiques, qui sont comme à peine indiquées sur un second plan, mais qui, pour ces motifs même, ont besoin d'être mieux mises en lumière.

Jusqu'à quel point la science doit-elle encourager l'enquête au domicile des malades d'un confrère ? Quel profit peut-elle retirer de cette espèce d'investigation forcée ? Est-il dans les convenances et les droits de l'Académie d'accepter la mission de juger la véracité d'un de ses membres. Toutes ces questions sont implicitement résolues dans le rapport : quoique je ne veuille point les traiter, je crois devoir les mettre en évidence, afin que l'Académie connaisse bien la na-

ture, l'étendue et la portée des conclusions que l'on soumet à son vote. Pour aujourd'hui, je me renfermerai simplement dans l'examen des faits, parce que d'eux seuls ils éclaireront, s'ils ne résolvent pas, toutes les questions.

Les faits qui font la base du mémoire sur la valeur de la myotomie rachidienne peuvent être envisagés sous le rapport de leur *origine*, de leur *nombre* et de leur *qualité*.

Sous le rapport de leur origine, il importe de rappeler qu'ils ont été puisés dans ma pratique sans ma participation et sans les renseignemens qui auraient pu en faire apprécier la véritable valeur au point de vue du diagnostic et du traitement. Cette remarque n'a d'autre but que de montrer l'insuffisance et l'incertitude de tels matériaux, et d'expliquer les méprises dans lesquelles est tombé l'auteur du mémoire, ainsi que l'Académie aura bientôt l'occasion de s'en convaincre.

Sous le point de vue de leur *nombre*, la question est beaucoup plus importante. L'Académie voudra bien se rappeler qu'il y a dix huit mois je publiai un relevé numérique de mon service de l'hôpital des Enfans, portant que sur 155 cas de déviation de l'épine, traités depuis quatre ans, il y avait eu 24 guérisons, 28 améliorations, 4 sans amélioration aucune, 1 mort et 98 cas dont le traitement n'était pas terminé, ou n'avait pas été continué, ou dont les sujets, partis de Paris ou perdus dans Paris, n'avaient pas été revus depuis leur traitement. L'ensemble de ces chiffres n'indiquait que des rapports de nombre et ne présentait aucun renseignement, ni nominal, ni pathologique. Or, l'auteur du mémoire étant parvenu à se procurer les noms et adresses de 24 de mes 155 malades, a prétendu, à l'aide de ces 24 cas, prouver l'inutilité de la myotomie et l'inexactitude de mon relevé. J'ai répondu que quel que pût être l'état de ces malades, puisque de mon propre aveu je reconnaissais qu'il n'y avait eu que 24 guérisons sur 155 cas, il fallait bien que les 131 restans ne fussent pas guéris. En supposant, ai-je dit, que les 24 cas allégués par l'auteur du mémoire ne fussent réellement pas guéris, il y aurait donc, avant de conclure contre les 24 guérisons annoncées, à rechercher et à représenter le restant des 131 non guérisons reconnues. Cet argument reproduit naguère devant l'Académie par un homme à l'autorité de parole et à la sincérité de conviction duquel vous vous plaisez à rendre hommage comme moi, est tout puissant. Voyons comment l'auteur du mémoire et après lui la commission ont fait pour en détruire l'autorité.

L'auteur du mémoire a prétendu que les 24 cas ne portaient pas sur la totalité des 155 cas de relevé, mais sur 57 cas seulement. Pour justifier cette prétention, il a, d'une part, élagué un certain nombre de cas qui pouvaient être considérés, suivant lui, comme appartenant à la catégorie des traitemens incomplets, et, de l'autre, il a prétendu n'avoir fait entrer sérieusement en ligne de compte que des cas appartenant aux 57 traitemens complets du relevé. Examinons à ces deux points de vue les cas élagués et les cas conservés.

Une première catégorie de cas élagués renferme les nommés *Pape*, *Chateau* et *Schanz* : ces sujets étaient atteints d'*excurvations* tuberculeuses. L'auteur le reconnaît lui-même. Mais alors pourquoi les donner comme des cas de déviations qu'on élague, comme faisant partie des 155 du relevé? A l'occasion de la nommée Schantz, je me permettrai incidemment une petite remarque qui n'est pas sans intérêt. Cette jeune fille avait, indépendamment de son excurvation tuberculeuse, un strabisme double divergent, dont je l'ai parfaitement guérie. Elle a été portée au relevé parmi les guérisons de strabisme. L'auteur du mémoire n'a point parlé de cette guérison, parce que, sans doute, il ne l'a pas vue, et il ne l'a pas vue, parce que ce ne sont pas des guérisons qu'il cherchait. Mais, en revanche, il a tenu compte de l'excurvation tuberculeuse, qu'il a fait figurer dans son mémoire parmi les cas de déviation qu'il a soigneusement élagués. Une deuxième catégorie renferme les nommées Wilson et Valin. La première a été traitée pour une déviation des genoux; la seconde devait être soumise à la herniotomie sous-cutanée, et elle a été renvoyée du service sans avoir subi d'opération. Déjà l'auteur du mémoire avait en d'autres circonstances signalé lui-même ces deux cas comme cas de ténotomie des genoux et de herniotomie. Pourquoi les faire figurer de nouveau ici comme des cas de déviation de l'épine qu'on élague pour faire preuve de rigueur et de précision? Une troisième catégorie de sujets renferme, dit l'auteur du mémoire, les cas de déviations restés trop peu de temps à l'hôpital pour avoir pu être classés parmi les traitemens complets. Cette liste commence par les nommés *Cuvillier* et *Figat*. Or le premier est un enfant rachitique entré dans le service pour des courbures de jambes; la seconde est une petite fille atteinte d'excurvation tuberculeuse énorme. Ces deux cas, auxquels il serait possible d'en ajouter d'autres, ne sont donc pas plus que les précédens des cas de déviations de l'épine faisant partie des 155 cas du relevé, et dont l'élagation agrandisse le moins du monde la base des calculs de l'auteur du mémoire. Ma conclusion est donc sur ce premier chef que les 24 cas qu'il a cités sont bien empruntés à la totalité des 155 cas du relevé, et non seulement à une fraction déterminée de ce nombre. Voyons maintenant la seconde prétention de l'auteur du mémoire, savoir si les 24 cas cités par lui sont réellement empruntés aux 57 cas du relevé formant les 24 guéris, les 28 améliorés, les 4 insuccès déterminés, et le cas de mort indiqué. Avant d'aller plus loin, que l'Académie veuille bien se rappeler que la catégorie des 98, en dehors de laquelle l'auteur du mémoire prétend avoir puisé, ne comprend que des résultats incomplets, et se compose des sujets dont le traitement n'était pas terminé, dont le traitement n'avait pas été achevé ou n'avait pas eu lieu, et de ceux enfin qui n'avaient pas été revus depuis la fin de leur traitement, et par conséquent dont les résultats réels n'avaient pu être précisés. Eh bien! je prétends moi, contrairement aux affirmations de l'auteur du mémoire, que ses 24 cas sont empruntés pour la plupart à cette catégorie de résultats incomplets. La preuve la voici : elle est fournie par l'auteur lui-même.

« Quelques-uns des sujets que nous avons examinés, dit-il, portaient des appareils et retournaient encore à la consultation de M. Guérin » — donc leur traitement n'était pas terminé. Quelques autres ont interrompu brusquement leur traitement ou n'ont pas voulu le terminer; témoin la fille Henry. D'autres, toujours de l'aveu de l'auteur du mémoire, sont dans les départemens, ou bien on ne sait où (Rose Berand, Célina Lefèvre, Marguerettaz). Il en est enfin qui sont morts : Anaïs Bouley. Ces malades n'ont donc point été revues. Donc des sujets qui portaient des appareils et retournaient à la consultation n'avaient pas fini leur traitement (catégorie des 98); donc des sujets qui n'avaient pas voulu le continuer ne l'avaient pas achevé (catégorie des 98); donc des sujets en Normandie ou je ne sais où, ou morts en 1841 ou 1842, n'avaient pu être revus en 1843 (catégorie des 98); donc tous ces malades appartenaient aux 98 cas de résultats incomplets du relevé; donc les 24 cas allégués par l'auteur du mémoire portaient sur la totalité des 155 cas, et non pas seulement, comme il l'a prétendu, sur les 57 traitemens déterminés.

Qu'a fait la commission pour sortir de cette difficulté? J'ai regret de le dire, elle n'y a pris aucunement garde; elle a accepté les calculs de l'auteur, elle les a même en quelque façon perfectionnés : elle a renchéri sur lui. Là où les faits l'avaient forcé de s'arrêter, elle a passé outre : elle a remplacé le doute par l'affirmation. Voici, à l'égard des cas élagués et des cas conservés, comment elle s'exprime : « Sur 35 des malades admis dans le service indiqué, » les seuls qu'il ait pu retrouver, ou qui *appartinssent à la catégorie des » courbures vertébrales*, il n'en a pas rencontré un seul qui fût complète» ment redressé. » Or vous savez si Schanz, Chateau, Pape, Wilson, Valin, Cuvillier, Figat, avaient des déviations de l'épine, ou avaient été reçus pour ces difformités. Sur le second point, c'est-à-dire relativement aux 24 cas conservés, le rapport s'exprime comme il suit : « Le relevé qui a servi d'indication pre» mière à M. Malgaigne annonce il est vrai 155 cas; mais sur ce nombre il » *n'y en a que 57 qui aient été traités*; les autres n'ayant fait que *passer* » dans le service ou à la consultation publique, M. Malgaigne ne s'en est pas » occupé. » Vous le voyez, tous les doutes, toutes les difficultés sont résolus par cette affirmation : de preuves point. Quelques lignes plus bas le rapport tombe, il est vrai, dans une contradiction formelle de ce qu'il vient de dire. « M. Mal» gaigne, voulant procéder avec *rigueur* dans son appréciation, a mis de côté : » 1° les malades qu'il *n'a point retrouvés*; 2° ceux qui ont été *opérés* à la con» sultation (1). » Vous comprendrez difficilement la rigueur qu'il y a à ne pas tenir compte des malades qu'on n'a point retrouvés ou qui ont été opérés à la consultation; comme si ces deux circonstances de n'avoir point été retrouvés ou d'avoir été opérés à la consultation empêchaient qu'ils eussent été traités.

Voilà, Messieurs, pour les faits envisagés sous le rapport de leur *nombre* : voyons-les sous le rapport de leur *qualité*.

Jusqu'ici j'ai supposé que les 24 cas cités avaient été *vus* et *examinés* par l'auteur du mémoire et par la commission. Quant à l'auteur du mémoire, je sais, de renseignemens certains, qu'à l'époque de sa lecture devant l'Académie, il n'avait vu réellement que 11 des 24 sujets qu'il avait dit avoir examinés. Mais qu'importe, si la commission a suppléé à cet examen incomplet, si elle a vu et réellement examiné les 24 cas dont il s'agit. Ici, Messieurs, j'éprouve un très grand embarras. Dans le rapport de la commission, le mot *voir* est imprimé en italiques comme pour lui donner une signification et une portée exceptionnelles. La commission aurait-elle voulu dire par là que pour elle le mot voir a une signification autre que celle qu'il a dans le langage scientifique? L'Académie va en juger. Des 24 malades que la commission a dit avoir *vus* et *examinés*, 3 n'ont pas reçu la visite de la commission, 5 sont en province, 2 ont refusé de se laisser voir, et 2 sont mortes : total 12. Reste donc 12 cas que la commission aurait vus et examinés. La première liste se termine par la nommée *Célina Lefèvre*; or, en parlant de cette jeune fille, l'auteur du mémoire dit qu'il n'a pu la voir, mais qu'il a sur elle des renseignemens *authentiques*, qu'elle a encore *aujourd'hui* une bosse des plus considérables. Eh bien! cette jeune fille est morte depuis trois ans, de fièvre typhoïde, à l'hôpital Necker, où elle a été transférée de l'hôpital des Enfans, après quelques semaines d'admission dans le service orthopédique. L'Académie appréciera l'authenticité des faits allégués par l'auteur du mémoire et constatés par la commission. La liste des 12 sujets vus par la commission se termine par la nommée Clotilde Thierry; or, cette jeune fille a bien été reçue dans le service orthopédique, mais elle n'y a jamais subi d'opération. Ce cas, comme le précédent, n'a donc pu être porté parmi les traitemens complets et encore moins parmi les guérisons. Cependant le rapport ne dit rien de l'un ni de l'autre; c'est que la commission a pensé sans doute que je suppléerais à son silence; je tâcherai de répondre à son attente.

J'arrive maintenant aux 12 malades vus et examinés par la commission. Ici ces mots commencent à se rapprocher du sens qu'on leur attache ordinairement; mais l'Académie va juger si c'est le sens véritablement scientifique. La commission est allée en effet chez les malades; elles les a vus ou aperçus, par devant ou par derrière, de près ou à distance, par dessus les vêtemens ou à nu : la plupart des malades ne voulant pas se prêter à cet examen. Je ne puis, à cet égard, entrer dans d'autres détails : ils ne seraient pas toujours de nature à être reproduits dans cette enceinte. Mais l'Académie en sait assez pour apprécier la qualité comme le nombre des faits sur lesquels est basé le travail de la commission.

Pour résumer donc cette première partie de mon argumentation, je dirai : 1° que les faits allégués par l'auteur du mémoire pour élargir la base de ses calculs n'appartiennent point, pour la plupart, aux 155 cas de mon relevé; 2° que les 24 qu'il a cités ne portent pas sur les 57 cas de traitemens déterminés, mais sur la totalité des 155 cas, et en grande partie sur la catégorie des 98 résultats incomplets; 3° que, des 24 cas déclarés parfaitement conformes à ce qu'en a dit l'auteur du mémoire, la commission n'en a réellement vu et pu voir que 12. Voyons maintenant les inductions qu'elle a tirées de ces 12 cas, ou si l'on veut des 24 cas. Ces inductions sont de deux sortes : 1° les unes relatives à l'efficacité de

(1) BULLET. DE L'ACAD., 15 et 30 nov., p. 197 et 204.

la myotomie rachidienne et à tout ce qui concerne cette opération ; 2° les autres relatives à l'exactitude, à la véracité de la méthode.

Pour juger de l'efficacité de la myotomie rachidienne avec les seuls faits vus et examinés par elle, la commission aurait dû connaître l'état des sujets avant et après le traitement. Or, elle ne pouvait pourvoir à cette nécessité indispensable que par des renseignemens sur l'état antérieur des sujets, ou par des plâtres. Des renseignemens, ni mes collaborateurs ni moi n'en avons fourni d'aucune espèce. D'autre part, la commission a déclaré n'avoir point voulu s'en rapporter aux parens ni aux malades; enfin, elle a dit que des plâtres n'auraient été d'aucune valeur. Sur quoi donc s'est-elle fondée pour apprécier les changemens produits par l'opération? Je ne sais vraiment : elle ne l'a pas dit; il est donc à croire que, sur le vu seul d'une difformité, elle a pu déterminer l'état où était le malade avant le traitement, et le changement produit par l'opération. Ce serait une méthode aussi précieuse que nouvelle. Mais, jusqu'à plus ample informé, j'aurai le regret de ne pas admettre ses résultats comme parfaitement rigoureux, ni même ceux qu'elle a déclarés favorables à la myotomie rachidienne. Elle a bien voulu reconnaître en effet que, sur plusieurs des sujets examinés par elle, elle avait constaté des améliorations *notables*. La manière dont elle a procédé ne permet pas plus à la myotomie rachidienne d'accepter ses éloges que ses critiques.

Quant aux dangers de la méthode, la commission ne s'est pas très nettement expliquée sur ce point.

Parmi les faits cependant allégués par l'auteur du mémoire, il en est un sur lequel elle aurait pu prendre et donner des renseignemens. En parlant des suites fâcheuses de la myotomie rachidienne, l'auteur parle d'une claudication survenue chez la nommée Pauline Dumont à la suite de la myotomie. Or, cette jeune fille, à son entrée à l'hôpital, était affectée d'une luxation congéni-

Les inductions relatives à l'exactitude, à la véracité de la myotomie rachidienne, peuvent être parfaitement appréciées par l'Académie. Le relevé porte 24 guérisons et 131 non guérisons; la commission oppose aux 24 succès déclarés, 24 insuccès allégués, dont 12 seulement ont été vus et examinés. Je l'ai dit et je le répète, ce n'est qu'à l'aide d'une induction hasardée et offensante qu'on peut mettre les 24 insuccès allégués en opposition avec les 24 succès déclarés, alors que le relevé reconnaît explicitement l'existence de 131 non guérisons, parmi lesquelles les cas cités par l'auteur du mémoire trouvent naturellement place. Mais, pour donner à cette partie de son rapport une autorité que les chiffres et les faits lui refusaient, la commission a cité tous les cas d'opération de myotomie rachidienne pratiquée par un assez grand nombre de chirurgiens étrangers.
tale du fémur ; voilà la claudication produite par la myotomie.

Mais, chose singulière, aucun de ces chirurgiens ne dit de mal de la myotomie rachidienne; la plupart, au contraire, affirment qu'entre leurs mains elle a produit des résultats décisifs. C'est pour cela sans doute qu'aucun n'a trouvé grâce devant la commission : elle en a fait une exécution générale. Je la remercie cependant de m'avoir mis en si bonne compagnie; c'est une attention délicate de sa part. Mais à la liste assez nombreuse et assez exacte qu'elle a donnée, il manque un nom et un nom célèbre : c'est celui de M. Dieffenbach, qui, lui aussi, a pratiqué la myotomie rachidienne, et, dit-il, avec succès. La commission le rétablira sans doute sur sa liste.

Ici se termine, Messieurs, la première partie de ma tâche. Après avoir démontré la nullité des données sur lesquelles se sont appuyés l'auteur du mémoire et la commission; après avoir démoli pièce par pièce tout l'échafaudage de leur édifice, je veux aller au devant d'une objection qu'on ne manquera pas de produire. Cette réponse, dira-t-on, n'est pas une démonstration directe de l'efficacité ni de la véracité de la myotomie rachidienne. C'est simplement une défense de l'une et de l'autre, tendant à montrer l'impuissance et la nullité des attaques dont elles ont été l'objet. Pour prouver directement et péremptoirement ce que l'on conteste sans motif, je devrais, je le reconnais, ne pas me borner à réduire ces motifs au néant ; je devrais opposer les faits aux dénégations, montrer des guérisons là où l'on signale des insuccès; en un mot, je devrais donner à mes adversaires le moyen de me juger et de me rendre justice avec une entière connaissance de cause. Mais, Messieurs, veuillez bien le remarquer, ceci est une autre question. On est venu mettre en cause devant vous la myotomie rachidienne: c'est à ceux qui introduisent cette accusation à la prouver. Quant à moi, je n'ai pas à me justifier devant eux, parce que je ne leur reconnais pas le droit de m'accuser et de me juger. Cette prétention, dégagée des circonstances où elle a pris naissance, pourra paraître mal fondée ; mais l'Académie n'a pas besoin que je lui rappelle ces circonstances; et pour la mettre à même de mieux juger le caractère de ma position, il suffira de la transporter, de l'appliquer à un autre de ses membres. Que M. Roux, par exemple... (Mouvement d'interruption.) Que l'Académie se rassure : je saurai rester dans les termes de la plus stricte convenance. Mais, pour apprécier exactement la nature et la portée du fait qu'elle doit juger, je crois qu'il est bon de le dégager des circonstances particulières et des passions qui en obscurcissent le véritable caractère. Il arrivera une époque où le fait exceptionnel sera jugé en l'absence des intérêts et des passions qui l'obscurcissent : il est donc bon que je montre par une application générale ce qu'il en faut penser en principe. — Je suppose donc que M. Roux, dont l'habileté spéciale pour l'opération de la cataracte est aussi bien établie que la bonne foi scientifique...

M. Roux (avec vivacité) : Habileté oui, mais spéciale non ; je n'exerce aucune spécialité!

M. J. Guérin : Habileté particulière. (On rit.) Je suppose donc que quelque étranger, mu par un sentiment qui n'aurait rien de commun avec l'amour de la science et de la vérité, prenant tous les cas où M. Roux n'a pas réussi (et il y en a un grand nombre), vînt soumettre sa pratique et sa véracité à une enquête devant l'Académie, et, à défaut de preuves suffisantes, le sommât de fournir et de vous fournir les moyens de le juger. Vous reconnaîtrait-il ce droit? Vous le reconnaîtriez-vous, vous l'arrogeriez-vous? La réponse à cette question n'est pas douteuse. Eh bien! cette réponse, c'est la mienne, c'est mon droit; c'est en vertu de ce droit que j'ai résisté, et, sous ce rapport, je dois rendre justice à mes adversaires, ils étaient bien sûrs que je résisterais et ils ont tiré bon parti de ma résistance. Mais enfin si, oubliant tout sentiment d'indépendance et d'amour-propre, je me décidais à me soumettre aux prétentions et aux exigences de mes adversaires, croyez-vous qu'ils me rendraient justice? La théorie et l'expérience ne me permettent pas de l'espérer. Justice de leur part est impossible; non qu'ils me la refusassent contre leurs convictions, mais parce que leurs yeux et leur esprit fascinés ne pourraient voir ni admettre les faits qui la dicteraient. Que je leur montre des guérisons, ils ne les verront pas, ils n'en voudront pas voir, c'est la loi. L'Académie pourra se rappeler une circonstance où elle en a eu la preuve irréfragable. Un jour, je lui présentai deux jeunes filles auxquelles j'avais redressé les doigts. La plupart des membres parurent frappés du résultat. Cependant quelques-uns n'y virent qu'un nouveau malheur, qu'un *revers grave*, c'est le mot consacré. On insinua même qu'il y avait eu surprise. On me somma de soumettre les deux opérées à une commission; je résistai à cette sommation, mais je priai un certain nombre de nos collègues, tous hommes aussi élevés par le savoir que par le caractère, de s'assurer de l'état des sujets, et ils déclarèrent qu'il y avait eu résultat heureux, bienfait, progrès de l'art; ce qui n'empêcha pas les adversaires de continuer, après comme avant, à ne voir dans le résultat de ces opérations, qu'un insuccès, un revers, un malheur. Eh bien! que je soumette à ces difficiles appréciateurs des guérisons de déviations de l'épine : vous verrez s'il y en a d'assez parfaites, d'assez idéales, pour résister au scalpel et à la loupe de leurs préventions. Mais, Messieurs, vous le remarquerez, ils ont même rendu toute démonstration impossible; ils ne veulent point de renseignemens des personnes intéressées; ils refusent toute autorité aux plâtres pris avant le traitement; comment établirais-je qu'il y avait déviation là où il y a guérison?

Est-ce à dire, Messieurs, que je me refuse à tout contrôle, à toute contradiction, que j'annonce des merveilles que je cache avec le plus grand soin? J'ai prouvé surabondamment le contraire. Il y a 18 mois à peine, je demandai à l'Académie une commission pour constater les résultats de mes opérations de myotomie rachidienne; l'Académie ne crut pas devoir adhérer à ma demande. Un peu plus tard, je sollicitai du conseil général des hôpitaux une commission pour constater et vérifier tous les résultats de ma pratique, de la myotomie rachidienne aussi bien que de toutes mes opérations. Cette commission, composée des hommes les plus éminens de la science, dira un jour ce qu'elle pense de la myotomie rachidienne comme de tout le reste; si les intérêts de la science seuls animent donc mes adversaires, qu'ils prennent patience, ils auront un jour et bientôt satisfaction.

Mais, Messieurs, si nous sortons du fait particulier pour nous élever jusqu'au principe, voulez-vous me permettre de vous dire toute ma pensée : c'est que j'ai déjà trop accordé à ces exigences, à ces violences de la critique armée; c'est que si j'avais à juger ma conduite dans un autre, je la blâmerais comme ayant déjà trop sacrifié à ces exigences, qui ne sont pas absolument inspirées par l'intérêt de la science et de la vérité. Pour moi, si j'avais à formuler les devoirs du savant sur ce point, à mettre son indépendance d'accord avec son respect pour l'opinion, je lui dirais de faire connaître avec le plus grand soin les méthodes et procédés qu'il emploie, les circonstances et conditions où il les emploie; de mettre tout le monde à même de répéter ce qu'il fait, mais rien de plus. On n'en demande pas davantage aux chimistes et aux physiciens. On ne leur enjoint pas de prouver qu'ils ont fait telle ou telle découverte, à telle heure, en présence de telle personne, avec telle substance provenant de tel ou tel endroit; on ne leur demande que le moyen de vérification scientifique, parce que la vérité et la véracité de leurs découvertes ne s'établissent pas sur la preuve testimoniale, mais d'après l'expérience : l'expérience est la seule preuve scientifique. Tout autre ordre de preuves morales ou testimoniales ne peuvent servir qu'à favoriser les passions ou les intérêts des partis. Tels sont les principes que j'ai toujours professés, et dans lesquels, quoi qu'on fasse et dise, j'ai résolu de persister, et j'espère avec l'assentiment des vrais savans et de l'Académie.

(Ce discours est suivi d'une grande agitation. Un membre applaudit. Tumulte et marques d'improbation aux tribunes.)

M. Roux : Mon intention, en demandant la parole, n'est pas de défendre le rapport, je laisse ce soin au rapporteur lui-même. Mais je dois répondre à une personnalité directe qui m'a été adressée, personnalité, je m'empresse de le reconnaître, qui n'a rien d'offensant, loin de là; qui est au contraire obligeante, trop obligeante même. M. Guérin m'a interpellé pour savoir si, dans le cas où l'on me sommerait de produire tous les faits de ma pratique relatifs à l'opération de la cataracte, je me soumettrais à une semblable injonction. Oui, Messieurs, je m'y soumettrais. Ç'a été là le caractère de toute ma vie et ce doit être le caractère de tout homme de science. (Très bien.) Toutes les fois que des faits peuvent être utiles et contribuer aux progrès de la science, (M. Guérin : Ce n'est pas de cela qu'il s'agit.) favorables ou défavorables, ils doivent être mis au grand jour. Je n'ai jamais hésité, tout le monde le sait, à publier avec la même franchise les faits heureux de ma pratique comme les revers et les malheurs qui ont pu m'arriver. Je ne peux donc accepter l'espèce de retraite que fait M. Guérin sur un principe, à mon avis, aussi contraire aux véritables intérêts de la science. Je rappellerai à cette occasion qu'avant de procéder à l'examen que la commission a eu à faire, j'ai demandé moi-même à M. Guérin de nous prêter son concours; ma demande fut mal accueillie. Si M. Guérin le voulait, il serait temps encore, il pourrait, en rompant son silence, produire des élémens utiles à la solution d'une question importante.

M. Castel : (Attention.) Je tondis de ce pré la largeur de ma langue. (Explosion de rires.) Telle était l'épigraphe d'un pamphlet publié, il y a un demi-siècle, pour l'apologie du charlatanisme, pamphlet peu moral, sans doute, mais fort spirituel. L'auteur disait aux médecins de son temps : Vous blâmez les charlatans, vous leur reprochez d'attirer le public par leurs annonces et par toutes sortes de moyens à leur usage; mais n'avez-vous pas vous-mêmes vos prôneurs dans les salons? Nous avons les affiches, et vous, n'avez-vous pas le *Journal de Bouil-*

lon, le *Mercure de France*, et même le *Journal de Médecine*? Vos portraits ne sont-ils point pompeusement étalés sur les quais et devant les boutiques des libraires? (Rire prolongé.) Vous voyez donc bien qu'entre vous et nous il n'y a de différence que dans les moyens seulement.

Je me hâte de sortir de cette digression pour arriver au rapport. Je trouve une telle contradiction entre les prémisses et les conclusions, que j'adopte les premières et rejette les autres.

Dans les prémisses, tout est sage, prudent, modéré; on s'y exprime avec réserve, même avec doute. Le rapport est fait, en un mot, avec un talent que j'aurais voulu voir appliquer à un autre usage.

Dans les conclusions, tout est affirmation et hostilité; ce qu'on propose est un acte d'agression contre un de vos collègues.

Lorsque dans d'autres circonstances des procédés nouveaux ont été présentés à l'Académie, a-t-on demandé une enquête? Il y a quelques années, on fit grand bruit des succès de la trachéotomie dans l'angine croupale; avons-nous dit alors: donnez-nous vos preuves? Avons-nous songé à courir au domicile des malades? Nullement, nous nous en reposons sur le jugement du temps et de l'expérience, et effectivement la question, à la longue, se trouve toujours jugée. D'ailleurs la médecine a besoin de tolérance. (On rit.) Je demande donc que le rapport soit inséré textuellement dans le bulletin, mais je repousse les conclusions et je vote pour que le mémoire de M. Malgaigne ne soit inséré ni dans le bulletin, ni ailleurs.

M. Velpeau : M. Guérin a rendu, jusqu'à un certain point, justice au rapport, en louant sa modération et son caractère scientifique. Comme lui, je tâcherai de rester dans les strictes limites des convenances académiques.

La question dont il s'agit n'est pas une question ordinaire. Quoi qu'en dise M. Castel, il n'y a point parité avec le cas qu'il vient de rappeler. Dans les maladies aiguës, il y a une marche et une solution qu'il faut avoir suivies pour apprécier les effets d'une méthode thérapeutique. Il n'en est pas de même pour les difformités. Ici les résultats peuvent être appréciés à chaque instant et par tout le monde.

M. Guérin montre une susceptibilité que je ne comprends pas. Il prend toujours en mauvaise part les doutes que l'on élève sur ses résultats. Pour mon compte, je ne me formaliserais pas d'une chose pareille; je ne traiterais pas d'ennemis ceux qui m'imputeraient une erreur, car je me crois faillible; et même quand l'erreur m'est connue, je la proclame. C'est ce que j'ai fait dernièrement encore à propos de la tumeur hydrencéphalique qui a occupé l'Académie.

Je ne répondrai pas à ce qu'a dit M. Guérin touchant les ruses de guerre, et la convenance qu'il peut y avoir à prévenir d'avance son adversaire du jour et de l'heure de la bataille. Je ferai remarquer qu'il ne s'agissait pas ici de M. Guérin, mais d'un rapport sur un mémoire de M. Malgaigne dans lequel M. Guérin se trouvait intéressé; mais d'autres que lui se trouvent également intéressés, il aurait donc fallu les prévenir aussi. Ce n'est ni dans les usages ni dans les antécédens de l'Académie. Quant au reproche qui m'a été fait de n'avoir point déposé mon rapport, je dois dire que je n'ai fait en cela qu'obtempérer au désir de la Commission. J'ai fait imprimer le rapport et je me suis empressé d'en envoyer une épreuve à M. Guerin.

Toujours dominé par cette idée qu'on veut le contrarier, M. Guérin accuse M. Malgaigne d'avoir recueilli ses faits dans le relevé total des 155 sur lequel il a établi plusieurs catégories, d'avoir fait une élimination fallacieuse, et de ne pas prouver que les 24 cas qu'il rapporte appartiennent réellement à la catégorie des malades portés comme guéris. Tout cela plaît à dire à M. Guérin. L'élimination faite par M. Malgaigne l'a été avec toute raison, avec des motifs péremptoires, et s'il ne s'est arrêté qu'à 24 malades, c'est qu'il n'a pu avoir de renseignemens que sur ceux-là.

Mais M. Guérin feint de croire que les 24 malades de M. Malgaigne ont été pris dans la catégorie des 98. Cela est inexact. Tous ces 24 malades ont été traités à l'hôpital et y ont séjourné un temps plus ou moins long. Pour s'assurer du fait, M. Malgaigne a pris toutes les précautions possibles. D'abord il a éliminé tous les malades non affectés de déviation ou pour lesquels il n'était pas certain qu'ils eussent été traités à l'hôpital. Son chiffre primitif a donc été réduit à 24 malades. Or, le nombre de sujets qui ont été traités à l'hôpital pour des déviations de l'épine ne dépasse guère le chiffre de 40. Ce serait donc 24 sujets sur 40 qui n'auraient pas été redressés. Il n'est pas probable que les autres soient dans de meilleures conditions.

M. Guerin a dit que mademoiselle Thierry n'avait pas été opérée. Cela est vrai; mais il n'est pas question seulement de sujets opérés, mais de sujets traités. Eh bien! elle n'est pas droite. C'est là l'important.

Vous le voyez, Messieurs, nous n'avons pas pu trouver de gens redressés. M. Guérin a cité une malade morte depuis trois ans et néanmoins portée dans le relevé de M. Malgaigne. Le fait est vrai quant à la mort de la malade; mais était-elle redressée, ce qui est l'essentiel? Non, et j'ai des renseignemens précis à cet égard, fournis par la personne qui en a fait l'autopsie. Quant à Pauline Dumont, qui n'est plus à Paris, voici les renseignemens fournis par M. le docteur Picard, de Joigny, où se trouve la malade. (M. Velpeau lit une lettre de ce médecin, de laquelle il résulte que Pauline Dumont serait aussi déviée qu'avant l'opération.) Ainsi encore, Mlle Lechner est une de celles que M. Guérin considère comme guéries. M. Malgaigne est convenu effectivement que c'était une de celles qui avaient retiré le plus d'avantage de la myotomie, mais qu'elle ne pouvait pas cependant être considérée comme guérie; et en effet elle n'est pas entièrement redressée, car elle porte deux légères saillies au dos, une en haut et l'autre en bas. Vous le voyez, c'est donc à tort que M. Guérin accuse M. Malgaigne d'inexactitude; ce qu'il a vu, il l'a bien réellement vu, et votre commission aussi.

M. Guérin nous reproche de n'avoir vu les malades qu'à distance. D'abord cela n'est pas exact pour toutes; mais d'ailleurs, qu'est-ce que cela prouve? que si la bosse est très apparente à distance, c'est qu'elle est très grosse. (Hilarité.) Il assure que plusieurs autres malades n'ont pas voulu nous tourner le dos; c'est sans doute par politesse; mais ces pauvres filles, que nous les regardassions par devant, par derrière ou par côté, auraient fait de vains efforts pour dissimuler leur difformité. (Nouvelle hilarité.)

M. Guérin assure que nous n'avons vu que onze malades; il est fort mal renseigné à ce sujet. Nous en avons vu beaucoup plus que M. Guérin ne le croit. Tout cela sera prouvé si M. Guérin le desire. (M. Guérin, citez les noms.)

M. Guérin nous reproche de n'avoir pas répondu à toutes les assertions de M. Malgaigne. En vérité c'est un soin que nous n'avons pas voulu prendre. Il y a dans ce travail des discussions dogmatiques dont la solution est encore impossible, et que nous n'avons pas voulu aborder. Le point capital, que l'Académie ne le perde pas de vue, était de savoir si les faits indiqués par lui étaient tels qu'il l'avait dit; si les malades étaient guéris ou non, et voilà tout. Or, sur ce point, la commission est arrivée aux résultats que vous savez.

M. Guérin m'a reproché d'avoir oublié Dieffenbach dans mon historique: cela est vrai; mais j'ai écrit à M. Dieffenbach pour lui demander ses résultats et son opinion; il ne m'a pas encore répondu.

M. Guérin revient souvent à cet argument: Qui de vous, dit-il, aux chirurgiens, consentirait, si on niait ses résultats, si on blâmait sa pratique, à se soumettre à une enquête que l'on voudrait lui imposer? Mais oui, sans doute, s'il s'agissait d'une opération nouvelle importante, si j'assurais que je guéris là où d'autres échouent, si j'annonçais des merveilles inconnues à mes confrères. Quel autre moyen aurais-je de convaincre les incrédules?

M. Guérin dit qu'il a voulu se donner le plaisir d'une commission il y a deux ans. Mais d'abord cette commission il la demandait pour mettre ses résultats en parallèle avec ceux de M. Bouvier (Signes de dénégation de M. Guérin); ce que l'Académie ne pouvait pas accepter. Il se donna le plaisir d'une sorte d'enquête, dans laquelle il fit entrer tous ses adhérens. Je ne récuse ni l'impartialité, ni le talent, ni la bonne foi de mes collègues. Mais enfin puisqu'on parle du danger des inimitiés, il faut bien aussi penser un peu au danger des amitiés. Il faut de tout dans une commission, des ennemis pour tempérer l'enthousiasme des amis, des amis pour imposer une limite à la prévention. De ce mélange naît une commission propre à voir et à dire la vérité. Mais dans l'enquête de M. Guérin il n'y avait pas d'opposans. Quand le Christ voulut faire cesser l'incrédulité de saint Thomas, appela-t-il saint Pierre ou les autres apôtres? Non, mais des incrédules comme lui qui avaient vu et touché ses plaies.

Quant à la commission des hôpitaux dont M. Guérin parle sans cesse, même réserve de ma part sur son talent et son caractère; mais encore là, pas d'opposans. D'ailleurs, cette commission publiera-t-elle son rapport? L'administration des hôpitaux consentira-t-elle à cette publication? Il lui faudra peut-être cinq ou six ans pour faire un rapport; tandis que nous avons ici des faits *complets*, des faits acquis sur lesquels l'Académie peut, en connaissance de cause, formuler son jugement.

Qu'est-ce, en définitive, que cette plainte amère d'inquisition qu'on fait subir à M. Guérin? Une simple investigation scientifique, raisonnable. Cela se fait partout, en chimie, en physique, en toutes les sciences. Tout le monde y gagne, car c'est là un besoin réel des sciences.

M. Guérin demande la parole.

M. le Président fait remarquer qu'il est cinq heures passées.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se sépare au milieu de la plus vive agitation.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

MONOMANIE D'IVRESSE PAR SUITE D'INCONDUITE ET D'UNE PRÉDISPOSITION NERVEUSE; RAPPORT MÉDICO-LÉGAL POUR OBTENIR L'INTERDICTION, communiqué par M. Girard, médecin de l'Asile des Aliénés d'Auxerre.

Admise par Pinel sous la dénomination de manie sans délire, plus tard par Esquirol, par Marc, avec restriction par M. Foville qui dit n'en avoir jamais vu trois exemples bien caractérisés, niée pendant longtemps par la magistrature et une religion mal entendue, la monomanie instinctive, qui détruit le libre arbitre et porte l'intelligence à la servir, est assez rare pour mériter une sérieuse attention. Le médecin doit donc saisir avec empresssement toutes les circonstances qui peuvent éclairer une question si importante pour l'humanité; et comme les meilleures consistent dans la publicité de faits bien observés, je pense qu'on ne lira pas sans intérêt le rapport médico-légal ci-joint.

Rapport. — M. J... est enfant unique; il est âgé de 35 ans; ses cheveux et sa barbe sont noirs, ses yeux gris, sa taille au-dessus de la moyenne; son front est petit; son attitude et sa physionomie expriment la mobilité, l'inquiétude. Il est né d'une mère morte à 70 ans de dysenterie aiguë et d'un père qui a été frappé par deux attaques d'apoplexie, à 70 ans et à 75 ans. Il ne compte point dans sa famille de personnes atteintes de folie ou de maladies convulsives.

M. J..., pendant sa première jeunesse, était doux, timide, irrésolu, sans fermeté; il avait des habitudes d'ordre, de propreté, de sobriété, mais des mœurs peu chastes; faisant du reste avec succès ses études classiques, et paraissant attaché à sa famille, qui a toujours eu pour lui une tendresse mêlée de faiblesse.

A 19 ans, M. J... quitta le collége de Tonnerre où il était élève interne pour

suivre un cours de rhétorique dans le même établissement, en qualité d'externe. A cette époque, il se livra particulièrement à la boisson pour laquelle il n'avait manifesté jusque-là aucun penchant bien prononcé. Il perdit sa facilité, son goût pour l'étude, ses habitudes d'ordre, mais à un faible degré puisqu'il prit son grade de bachelier ès-lettres à Paris.

A 20 ans, M. J... revint dans son pays où il entra chez un notaire en qualité de clerc; il y resta peu de temps, cédant toujours à son amour pour le vin.

Dans l'espace de trois ans, il travailla successivement chez des hommes d'affaires à Auxerre, à Sens, à Troyes, à Paris. Ce fut dans cette dernière ville qu'âgé de 24 ans et s'abandonnant plus que jamais à ses malheureux penchans, il s'engagea dans l'état militaire où il servit environ un an comme simple soldat.

Rentré dans son pays, M. J... travailla chez un notaire pendant un an, puis pendant un même laps de temps en qualité de postulant au surnumérariat de l'enregistrement, chez le receveur de Brienon. Fatigué de ce genre d'existence, donnant cours à ses goûts dépravés, M. J... cessa toute occupation durant plusieurs mois.

A 29 ans, son père tenta de nouveau de le mettre dans une étude à Corbeil où il resta environ trois mois. Ce fut alors que de lui-même, obsédé par ses passions auxquelles il n'avait pas la force de résister, il se détermina à s'embarquer comme passager sur un navire de commerce qui faisait voile pour les grandes Indes. Pendant la traversée, M. J... fut soumis à une sobriété forcée; mais arrivé à Batavia il sentit plus que jamais l'aiguillon de ses désirs passés et les satisfit avec rage.

Onze mois environ après son départ, il rentra dans sa famille où l'on put constater un véritable progrès dans ses entraînemens. Il perdit jusqu'aux habitudes de propreté et vendit même ses chemises pour satisfaire son déplorable penchant.

Ne pouvant plus supporter une telle conduite, les parens de M. J... se décidèrent à le faire admettre dans l'asile des aliénés d'Auxerre, le 5 novembre 1842. Voici à cet égard ce que m'écrivait un des magistrats les plus respectables de son pays. Je cite ce passage de sa lettre, car il exprime avec exactitude et avec énergie la situation dans laquelle se trouvait M. J...

« Vous avez reçu depuis quelque temps dans l'établissement dont la direction vous est confiée M. J... qui rend ses parens très malheureux. Pensez-vous pouvoir le conserver? C'est tout ce qu'ils désirent; car leur fils fait en même temps leur honte et leur désespoir; ayant reçu de l'éducation, il s'est abruti au dernier degré; ivre, et il l'est toujours quand on lui donne à boire, il ne connaît plus rien; il vole, il frappe même sa mère, qui ne voit que lui, son père, etc. Tous les huit jours il vend les habits qu'on lui a donnés pour se revêtir, et on le trouve fréquemment couché soit sur la route, soit dans la rue, soit sur un fumier. Que faire d'un tel sujet quand déjà cet abrutissement dure depuis sept à huit ans? Il semble que la Providence veille sur lui pour le préserver de tous maux, de tout accident. »

Du reste, M. J... avait conscience de sa triste position puisqu'il réclama les soins dus à sa maladie. Examiné avec attention à son entrée dans l'asile, nous constatâmes les symptômes suivans :

Affaiblissement marqué des facultés intellectuelles et affectives, sensibilité physique émoussée, bégaiement, marche chancelante, douleurs dans les membres, œil éteint, face jaunâtre, inappétence, soif, chaleur intestinale, céphalalgie, insomnie mêlée de rêves, de cauchemars, de sursauts; remords vagues, dégoût de lui-même et de la vie, idées de suicide empêché par la pusillanimité. La vie commune, réglée, le travail en plein air, une direction morale ferme et douce, un régime convenable, unis aux moyens pharmaceutiques appropriés, améliorèrent bientôt la position de M. J... Le 20 novembre, nous constations la disparition du bégaiement et des crampes, le retour du sommeil, de la sensibilité et de l'intelligence. Le malade, qui avait une conscience nette sur son état passé et présent, commençait à gémir sur sa situation. Insensiblement M. J.... recouvra ses facultés au point de nous faire penser que quelques sorties pourraient lui être accordées, ce qui eut lieu le mois suivant; mais il nous fut ramené ivre. Depuis lors, nouvelles espérances, nouvelles tentatives, évasions fréquentes constamment suivies de rechutes. Cependant il faut dire que, pendant les mois de septembre, octobre et novembre, il n'abusa point des nombreuses sorties qui lui furent accordées. Le traitement moral consistait à éclairer la raison par les préceptes d'une saine philosophie; à fortifier l'intelligence par un travail intellectuel modéré; à exciter l'amour-propre du malade par l'espoir de reconquérir, à l'aide d'une conduite honorable, l'estime et la considération publiques; à stimuler son affection pour sa famille, en provoquant de part et d'autre des lettres pleines de sentimens; à encourager ses efforts par l'espérance de la liberté, par la crainte de la douleur et de l'humiliation; enfin à fortifier la volonté par une gymnastique graduée de cette faculté naturellement affaiblie, et à pénétrer le malade de la vérité de ce principe; qu'à force de vouloir fortement, on finit par vouloir aisément.

Malgré l'emploi persévérant de ces moyens, M. J..... revenu à ses habitudes d'ordre, de sobriété, de propreté, de douceur et de travail dans l'intérieur de l'asile, sachant être assez maître de lui pour résister à ses penchans et à ses goûts, est cependant pris à certains intervalles de désirs immodérés de boisson. Ces désirs, véritables accès de dipsomanie, s'annoncent par un malaise général, une inquiétude dans les membres, une vivacité dans le regard, une agitation avec loquacité, insomnie, chaleurs intestinales et cutanées, accélération du pouls, sécheresse de la gorge, qui sont portés au point de subjuguer la volonté. Alors il se trouve malheureux, déraisonne si on le contrarie, demande à sortir, et ne trouve de calme et de repos que dans la large satisfaction de sa passion dominante. Bientôt succède l'ivresse entraînant avec elle le cortége momentané des symptômes que nous avons constatés à son entrée dans l'asile, et que l'on prendrait pour un commencement de paralysie générale, si l'on n'en connaissait la cause. Cet état se complique d'érections douloureuses, accompagnées de violens désirs de satisfaire ses passions érotiques. Après l'accès, M. J... redevient calme, reprend ses habitudes d'ordre, de propreté, et manifeste un profond dégoût pour les boissons alcooliques, et une horreur sur son affreuse position, comme à l'époque de son entrée dans l'asile. Du reste, l'explosion des accès ne nous a point paru affecter d'intermittence périodique bien régulière.

Nous transcrivons deux lettres de ce malheureux à sa famille, parce qu'elles expriment son état.

« Mes chers parens,

» Après un mois d'une punition bien humiliante, mais bien méritée il est vrai; M. le directeur, dont j'avais abusé de la confiance, vient de me donner une nouvelle preuve de sa clémence et de sa bonté, en oubliant ma conduite passée et me réintégrant dans ma position première. Je dois lui en témoigner ma reconnaissance que j'étais loin de m'attendre à une pareille faveur; aussi ferai-je tous mes efforts pour reconquérir son estime, en évitant la moindre occasion de retomber dans mon affreux penchant. J'ai fait le serment de ne boire que de l'eau et je serai de parole; car le vin cause en moi une telle irritation que je ne suis plus maître de mes actions, et par conséquent incapable de me gouverner. Et vous, mes bons parens, vous à qui j'ai causé tant de chagrins et d'amertume, veuillez me pardonner cette faute; croyez à mon repentir sincère et à la ferme résolution où je suis de ne plus porter en votre ame la désolation; cette idée seule suffira pour me rappeler à la voie de l'honneur et de la raison; puissiez-vous par là recouvrer le calme et la tranquillité.

» Je suis, etc.

» Hospice départemental d'Auxerre, le 9 janvier 1843. »

« Mon cher papa,

» Ainsi que je te l'ai écrit hier par la voie du courrier, M. le directeur me fit part jeudi dernier d'une lettre de M. Y., qui lui annonçait que, par suite d'une grave indisposition survenue dans l'état de ta santé, tu désirais me voir, et que Monsieur voulût bien, en conséquence, m'accorder la permission de prendre ce soir la voiture de Troyes, qui me transporterait directement à la maison.

» Je profitai donc d'une sortie provisoire qui m'avait été accordée par le médecin interne pour aller assurer ma place. Chemin faisant, je rencontrai le maire de..., qui m'invita à monter dans sa voiture; j'acceptai son offre, et j'arrivai à ... à six heures environ. Je me rendis chez mon cousin L... père, qui m'engagea à dîner avec lui; j'eus la faiblesse de me rendre à son invitation; je bus à mon repas et je manquai la voiture. Je me vis dans la nécessité de coucher. Le lendemain, je fus voir mes autres parens; mais craignant que ce retard ne t'indisposât, je restai avec eux la journée du vendredi et celle du samedi, incertain du parti que je devais prendre, ou de me rendre auprès de toi, ou de retourner à Auxerre. Après avoir réfléchi une partie de la nuit, je me décidai, le dimanche matin, à me rendre à l'établissement, et je priai mon cousin P. de vouloir bien m'y accompagner et de m'excuser auprès de M. le directeur; ce qu'il fit en effet. Il m'a promis d'aller te voir mercredi prochain et de te confirmer en tout point ce que j'avance. Je te prie de me pardonner cette faiblesse et de croire que si je ne me suis pas rendu le lendemain auprès de toi, c'est que j'ai véritablement craint d'aggraver ta position, en ne pouvant m'excuser de ce retard, bien facile cependant à expliquer d'après la malheureuse passion qui a sur moi tant d'empire, que j'ai encore pu y succomber momentanément, d'autant plus que quelques verres de vin suffisent pour compromettre ma raison en provoquant chez moi une excitation presque momentanée. J'y renonce pour la vie; j'en fais le serment. Tel est l'avis de ces Messieurs. Je tiendrai parole. L'expérience vient encore de m'apprendre malheureusement que cette fatale liqueur est pour moi un poison, puisque la quantité la plus faible détermine en moi l'ivresse et détruit mon libre arbitre.

» Adieu, etc.

» Hospice départemental d'Auxerre, 4 décembre 1843. »

Il résulte des faits mentionnés ci-dessus :

1° Que M. J... est atteint de monomanie d'ivresse qui le prive, à certains intervalles, de sa raison et de son libre arbitre, et le rend irresponsable de ses actes, comme il le déclare lui-même contre ses intérêts.

2° Que jusqu'à ce que la guérison soit bien constatée, il y a nécessité, dans l'intérêt de la sûreté publique et de la sienne, de le tenir renfermé dans un asile d'aliénés.

Ce rapport soulève une multitude de questions intéressantes au point de vue médico-légal. Il prouve la nécessité de réprimer de bonne heure ses penchans, et par suite l'importance et les bienfaits de l'éducation religieuse, morale et professionnelle. Ainsi, enfant unique, appartenant à une famille respectable, mais faible, héritant d'une sensibilité qui le prédispose à céder aux impressions extérieures, M. J... subit la fâcheuse influence de jeunes gens adonnés à l'intempérance. Il contracte à Tonnerre l'habitude de l'ivresse et du libertinage, qui jette dans son organisme le germe fatal de la folie. Ce germe, loin d'être étouffé à son origine, se développe et produit le vice de l'ivrognerie, qui se transforme en dipsomanie, véritable état pathologique qui commande la réclusion de ce malheureux dans un asile d'aliénés. Là, ni l'intérêt du malade à vaincre sa passion dominante, ni l'espérance de recouvrer sa liberté, l'estime et la considération publiques, ni la crainte de l'interdiction qui le menace, ni la tendresse, les supplications d'une famille désolée, ni les remontrances du médecin, ni l'humiliation inhérente à sa position, ni les préceptes de la religion, joints aux efforts tentés sur lui-même, ne peuvent maîtriser son aveugle penchant. En proie au délire de sa passion, le malade emploie toutes les ruses pour la satisfaire. Et, chose remarquable, fait psychologique important, il conserve assez de jugement, assez d'empire

sur lui-même, pour se contenir devant les surveillans, et ne se livrer à ses goûts dépravés qu'après s'être soustrait par la fuite aux regards qui le gênent.

Cette observation confirme la justesse du mémoire de M. Esquirol, qui crée un genre particulier d'aliénation mentale, sous la dénomination de monomanie d'ivresse; elle prête un appui à la saine philosophie, en établissant comme un fait probable que M. J... aurait pu éviter le coup qui l'a frappé s'il eût appris dès son enfance à vaincre ses désirs et à se diriger avec fermeté et avec raison, conformément aux règles de la morale, quoique nous admettions, avec ce savant, Marc et tous les bons observateurs, que la dipsomanie puisse résulter d'une modification fonctionnelle, directement ou indirectement indépendante de la volonté, comme on le voit chez certaines femmes à l'âge où elles cessent d'être réglées, ou à l'époque de la grossesse, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

MÉMOIRES DE CHIRURGIE PRATIQUE, COMPRENANT LA CATARACTE, L'IRITIS ET LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR; par M. PAMARD, 1 vol. in-8°, avec planches. — 1844, Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Depuis quelques années, on ne saurait le nier, la presse médicale des départemens a pris une activité rapidement croissante. Non seulement les recueils périodiques y sont proportionnellement tout aussi multipliés qu'à Paris, mais encore des monographies de la plus haute portée comme des œuvres de longue haleine s'y entreprennent et s'y achèvent; de sorte que la province peut aujourd'hui citer comme émanés de son sein des ouvrages importans sur presque toutes les branches des sciences médicales. Il existe à cette heure, outre les trois facultés, plusieurs centres intellectuels tels que Lyon, Bordeaux, Nantes, Tours, etc., où la médecine tient le haut rang et qui continuent avec ardeur ce grand travail de civilisation scientifique. La GAZETTE MÉDICALE, qui revendique comme un de ses titres les plus chers celui d'avoir l'une des premières contribué à l'extension de ce mouvement médical, s'empresse d'y applaudir et d'en signaler les progrès toutes fois que l'occasion lui en est offerte par quelque publication de ce genre.

M. Pamard est l'héritier d'un nom depuis longtemps célèbre dans la la pratique et dans la science. L'opuscule qu'il vient de publier est destiné à faire connaître les résultats obtenus dans sa clinique sur trois points importans de pathologie chirurgicale, la cataracte, l'iritis et les fractures du col du fémur.

Le premier chapitre traite de la cataracte et de son extraction par un procédé particulier. Après avoir insisté pour faire sentir toutes les difficultés du manuel opératoire en général, il décrit la méthode qu'il emploie habituellement et dont l'invention remonte à 1755. Plusieurs instrumens sont nécessaires pour l'exécuter. Le premier est le trèfle ou la *pique de Pamard*, que son inventeur, Pierre Pamard, présenta en 1755 à l'Académie royale de chirurgie; il sert à fixer le globe. Le couteau que notre auteur préfère est celui d'Antoine Pamard, son père; il a la forme d'une demi-feuille de myrthe. Pour l'ouverture de la cristalloïde, il adopte la petite serpette de Boyer. Dans les cas difficiles d'extraction de la cataracte, il a imaginé un double crochet fort ingénieux qui se ferme et s'ouvre à volonté. Ce n'est qu'en cas de spasme des paupières qu'il emploie un spéculum; c'est celui d'Antoine Pamard, qui consiste en une sorte de pince à anneaux ouverts.

M. Pamard se place derrière le malade pour opérer l'œil droit. Il s'étonne, et à bon droit selon nous, que M. Malgaigne ait donné ce précepte comme nouveau comme le rappelle notre auteur. M. Pétrequin a prouvé par des recherches historiques que telle était déjà la pratique de Buzzi et Baratta (1818), de Montain de Lyon (1812), de Scarpa, de Benj. Bell (1796), de Bertrandi (1765), de Sharp (1741). M. Pamard ajoute que son grand père agissait ainsi dès l'année 1755. — Voici maintenant le manuel de l'opération qu'il pratique le plus usuellement. La main gauche armée du trèfle et la droite du couteau, le chirurgien attaque l'œil avec les deux instrumens à la fois. Ils sont portés sur la cornée à deux points diamètralement opposés, un peu au-dessus d'une ligne qui diviserait la cornée en deux moitiés égales. Le trèfle doit piquer la cornée transparente à 2 millim. de sa jonction avec la sclérotique, et le couteau à 1 millimètre de cette membrane; il l'incise dans l'étendue des 5/12 de sa circonférence. L'organe, de cette manière, est rendu parfaitement immobile et l'application du trèfle n'est ni dangereuse ni douloureuse. Après l'opération, l'auteur ferme l'œil et proscrit absolument l'usage où sont la plupart des opérateurs de montrer au malade un objet pour lui donner le plaisir de le voir et pour le faire s'assurer qu'il a recouvré la vision. Souvent cette jouissance anticipée de la lumière se paie ensuite bien cher.

M. Pamard termine en rapportant une centaine d'observations destinées à montrer les avantages de sa méthode. Il n'opère qu'un seul œil le même jour, et néanmoins, après l'extraction, il les couvre tous les deux d'un bandeau. Il n'a que très rarement observé la fonte purulente de l'œil à la suite de l'application de son procédé opératoire.

L'iritis forme le sujet du second chapitre. C'est un mémoire qui, primitivement, fut couronné par la société médico-pratique de Paris, au concours de 1835. Il renferme d'intéressantes recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'iris. L'auteur le considère comme formé de deux membranes distinctes dont l'une serait séreuse et l'autre musculeuse. Il remarque qu'elles peuvent être isolément ou simultanément enflammées; mais la séreuse joue le principal rôle dans les phlegmasies de l'œil; et comme elle est commune à d'autres parties essentielles de l'organe, cette disposition expose à une propagation très rapide de la maladie, à des adhérences anormales très fâcheuses, etc. Cette manière de voir lui semble aussi susceptible d'expliquer facilement les avantages du mercure dans ce cas. Il regarde cet agent comme très utile dans toutes les formes de l'iritis, et il attribue ses effets non à son action dérivative sur le tube digestif, mais à l'influence de l'hypersécrétion salivaire que son usage détermine. Il est cependant quelques points sur lesquels nous ne saurions partager l'opinion de l'auteur; c'est ainsi qu'il considère l'action des topiques comme nulle; c'est ainsi qu'il pense que le contact de l'air sur l'œil est utile, et qu'il proscrit les saignées locales comme funestes. Nous pensons au contraire que les onctions autour de l'orbite avec la pommade belladonée ne sont pas sans avantages dans l'iritis; que la présence de l'air et de la lumière ne peut être que très fâcheuse, et qu'il faut toujours protéger l'œil avec un bandeau. Enfin, contre l'avis de M. Pamard, nous croyons que la saignée générale est rarement indiquée dans cette affection; et l'expérience clinique a prouvé l'efficacité des sangsues placées au bas du cou et derrière les oreilles. Malgré ces dissidences peu nombreuses, nous reconnaissons avec empressement que ce mémoire contient des conseils que les hommes de l'art déjà expérimentés liront avec un profit réel.

Le troisième et dernier chapitre renferme la description d'un nouvel appareil pour les fractures du col du fémur. Trois planches annexées au volume rendent plus facile l'intelligence de sa construction et de son mécanisme. L'auteur discute d'abord les appareils qu'on a employés jusqu'ici et ne manque pas de faire ressortir les désavantages inhérens à chacun d'eux. Il condamne la demi-flexion et préfère placer le membre dans la position étendue. L'appareil se compose de deux attelles solides, longues, que réunit en haut un bras de levier coudé. Leur extrémité supérieure est fixée autour du tronc à l'aide d'une ceinture en toile; l'inférieure est destinée à recevoir deux douilles à l'aide desquelles on pratique l'extension sur le membre, et cela au moyen d'une semelle qu'on a préalablement fixée au pied. Les attelles trouvant un point d'appui dans les goussets de la ceinture, maintenue elle-même par les sous-cuisses, sont arrêtées quand elles tendent à remonter, et l'écrou agit sur la semelle au moyen d'un crochet à vis. Il résulte de là que le pied est porté en bas sans éprouver la moindre déviation, et par une action douce et uniforme. On a en outre l'avantage de tenir le membre entièrement à découvert, dans le cas où des plaies exigeraient une surveillance et des pansemens plus ou moins fréquemment réitérés. — L'auteur assure avoir ainsi guéri nombre de fractures du col sans difformité ni raccourcissement, et il rapporte plusieurs observations à l'appui. Cet appareil mérite d'être essayé: on voit aisément en quoi il diffère de ceux employés vulgairement dans nos hôpitaux, et en quoi il leur ressemble. Les succès que l'auteur dit avoir obtenus avec lui plaident assurément d'une manière très puissante en sa faveur.

Son Alt. Sérénis. Monseig. le duc de Nassau vient d'envoyer à M. le docteur Fauconneau du Fresne une bague enrichie de diamens, comme témoignage de sa satisfaction, au sujet de la NOTICE MÉDICALE que ce médecin a publiée sur les bains d'Ems. La GAZETTE MÉDICALE a annoncé cette notice.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 47. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 23 NOVEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

> Faut-il gémir, faut-il chanter?
>
> Lamartine.

Le débat sur la myotomie est clos, l'Académie a voté. La scieoce sait-elle, et pouvons-oons dire ce qu'elle a voté? Les adversaires de la myotomie ne manqueront pas de crier victoire; ils n'avaient pas attendu l'accomplissement des faits pour cela; ils ne changeront donc rien à leur siége. Mais nous qui n'avons pas les mêmes motifs, nous rapporterons d'abord les faits, puis on verra ce qu'il faut en penser.

La Gazette Médicale a publié textuellement le rapport et les conclusions de la commission. On sait que le rapport est considéré comme l'œuvre et l'opinion propre de la commission et du rapporteur en particulier; les conclusions seules expriment l'opinion de l'Académie. Or, après les dernières explications de M. Guérin et une réplique de M. Velpeau, M. Bégin a fait ressortir ce que les conclusions présentées ao vote de l'Académie avaient d'arbitraire à l'endroit de la question scientifique, de blâmable quant à l'approbation donnée aux actes de l'auteur du mémoire et à la proposition d'insérer son travail dans les mémoires de l'Académie. Il a proposé de remplacer les trois conclusions bostiles par les simples formules d'usage qui terminent tous les rapports; « remercier l'auteur de sa communication et publier son travail dans le bulletin des séances, au même titre que les autres pièces et documens du débat. » Cette motion n'a pas trouvé de contradicteurs; elle a rallié au contraire toutes les opinions. Partisans et adversaires se sont ainsi trouvés pour la première fois d'accord. M. le rapporteur, frappé sans doute de cette unanimité, a, dès premiers, accepté cette transaction, et en cela il a fait preuve de prudence et d'habileté. Toutefois M. Bégin, ne voulant pas qu'on se méprît sur le caractère de l'insertion dans le bulletin, a demandé qu'on ajoutât à son amendement que cette insertion avait lieu à titre de renseignement. Dès-lors le désaccord a recommencé; les uns ont vu dans cette addition un blâme pour l'auteur du mémoire; les autres, d'accord avec M. Bégio, n'ont voulu qu'un moyen de prévenir toute équivoque. La différence n'était pas bien grande au fond; cette différence n'a eu d'autre importance que d'opérer une division tranchée entre deux fractions de l'Académie. Les adversaires de la myotomie rachidienne y trouveront sans doute un aotre sens et uoe autre portée. Il le faudra bieo, car sans cela ils devraient reconnaître un fait bien autrement grave et autrement significatif, à savoir, qu'il ne s'est pas trouvé dans l'Académie un seul membre pour défendre les conclusioos du rapport, et que la commission elle-même n'a pas essayé de les sootenir. Quoi qu'il en soit, le vote sor l'addition *à titre de renseignement* a été fort difficile à mener à fin. Deux premières épreuves ont été déclarées douteuses: 28 voix contre 28, l'appel nominal et le scrutin secret ont fourni 26 voix pour l'addition proposée, et 41 contre

Feuilleton.

VARIA.

— Le docteur B... fut désigné par le sort, l'été dernier, pour être membre du jury. Ce médecin fit valoir sa qualité d'étranger et la cour le dispensa de cette honorable mais rude corvée. Il est probable que le docteur B... fait valoir le même titre pour la conscription, pour la garde nationale, ce qui ne l'empêche nullement de profiter des avantages qu'il peut trouver dans la capitale pour exercer sa profession. Quel beau *privilége* que d'être étranger à Paris, surtout pour la médecine! Les charges, les mécomptes, les difficultés de tout genre, l'impôt de l'argent par le fisc, l'impôt du sang par nos enfans, l'impôt du temps par le jury et la garde nationale, voilà ce qui est réservé aux médecins nationaux. Oh! l'heureuse et bienfaisante loi que celle qui nous régit!

— Beaucoup de médecins se sont absentés de Paris pendant les vacances dernières. Le plus grand nombre a été de ceux qu'on a nommés si heureusement le *tiers état* de la médecine, c'est-à-dire les hommes qui ne sont retenus ni par des liens d'or et d'argent, ni par les coins de fer de la nécessité ou du besoin journalier. Un des revenans demanda à un de ses confrères qui était resté, quel avait été l'état de la santé publique, et si les malades avaient été nombreux. Oh! mon Dieu non, répondit celui-ci, nous n'avons eu qu'*une épidémie de bonne santé*, mot plein d'un sens cruel mais vrai. En effet, pour beaucoup la récolte a été minime, grâce à l'influeoce de cette redoutable épidémie.

—Existe-t-il un de nos contemporains qui, aujourd'hui, se rappelle le médecin Dubreuil, mort à la fin du siècle dernier; c'était pourtant un praticien singulièrement en faveur à la ville et à la cour, comme on disait alors. Ce fut le maître de Cabanis qui lui a consacré une marque de souvenir dans son ouvrage: Rapports du physique et du moral. Dubreuil était surtout célèbre par son habileté pratique, par son désintéressement et par sa constante amitié pour un homme de lettres nommé Pechméjà. Cette amitié fut véritablement extraordinaire; à la lettre, ces deux hommes n'en faisaient qu'un, rappelant en tout l'extrême affection qui lia si bien Montaigne et La Boëtie. Dubreuil et Pechméja n'eurent jamais qu'une opinion, un cœur et une bourse. Pechméja n'ayant qu'une faible rente, vivait néanmoins très largement, et quand on lui faisait remarquer combien peu il avait d'argent, il répondait invariablement: « C'est vrai, mais le docteur en gagne beaucoup. » En 1785, Dubreuil tomba malade, et sa phthisie pulmonaire faisant des progrès il se retira à Saint-Germain où beaucoup de personnes néanmoins venaient le voir (1). Mais un jour il dit à son ami:

(1) Voici ce que dit à cet égard un contemporain (le chev. Pougens): « Je n'exagère point, plusieurs témoins oculaires pourront vous dire que l'affluence

cette addition. Ceci justifie notre épigraphe : « faut-il gémir, faut-il chanter? » nos adversaires ne manqueront pas de chanter; ce ne serait pas absolument une raison pour nous de gémir; mais pour ne pas donner par notre incertitude un nouveau prétexte à la malveillance, nous dirons que nous nous résignons sérieusement à gémir.

Nous n'avons pas, pour le moment, à pénétrer plus avant dans les intentions de la majorité de l'Académie. Nous nous bornerons à quelques remarques sur les principaux incidens de la séance.

Quelque soin qu'ait pris la commission, et M. le rapporteur en particulier, pour dissimuler l'importance du fait produit contrairement aux assertions si téméraires, si absolues de l'auteur du mémoire et de la commission elle-même, ce fait n'en restera pas moins comme un témoignage décisif, propre à résoudre bien des doutes et à justifier bien des appréhensions. Inutile de dire qu'il suffit à prouver aux plus incrédules qu'il y a des guérisons réelles, complètes, même parmi les non guérisons alléguées par l'auteur du mémoire, et certifiées par la commission. On a voulu dépouiller ce fait de l'autorité qu'il a et qu'il conserve; mais cette autorité est d'autant plus grande, plus réelle, qu'elle a été plus contestée et plus difficile à établir. Nous avons affirmé d'ailleurs que bon nombre de nos malades n'avaient pas été vues par la commission. Nous avons dit qu'elle s'en était rapportée à des renseignemens inexacts, sans valeur comme sans autorité. Ce fait a montré si nous nous étions trompé. Il nous répugne de faire connaître jusqu'où a été cette délégation ténébreuse. Nous laissons à qui revient le poids d'un tel office; nous rappellerons seulement que M. le rapporteur ayant été obligé de reconnaître (quoiqu'il eût affirmé le contraire dans la séance précédente) qu'il n'avait point vu Mlle Leckner par lui-même, a significativement désigné la personne à qui on devait ce diagnostic puritain. On s'attendait à ce que le mystérieux commissaire s'expliquât, ainsi que l'avait fait espérer une provocation indirecte de M. Velpeau; mais il a prudemment gardé le silence. Cependant nous en savons plus qu'on n'en a dit à cet égard. Cet œil exercé qui sait voir *deux gibbosités* là où d'autres vont jusqu'à mettre en doute qu'il y ait eu déviation, est le même œil exercé qui vit naguère deux *nouveaux malheurs* dans le redressement de la main et des doigts chez deux petites filles présentées par nous à l'Académie. Nous ne pensions pas être si près de la vérité lorsque nous rappelions cette circonstance dans nos premières explications.

Le reproche qui nous a été adressé à la fin de la séance par M. Bégin est fait pour étonner. Quoi! nous avions pris soin, dès l'origine, de dire : « Nous ne voulons pas nous justifier devant qui nous accuse sans mission ni preuve : nous attendrons cette preuve pour la combattre; nous ne reconnaissons à personne le droit de mettre sans fondement, et dans l'unique but d'étayer une première attaque, notre pratique et notre véracité au ban de nos confrères; nous trouvons étrange qu'une société savante accepte sans façon la mission de juger un de ses membres sur une dénonciation précédemment déférée à d'autres juges, et appréciée par eux comme elle devait l'être. » — D'un autre côté, cependant, pour ôter tout prétexte à la malveillance, et ne pas être accusé de nous abriter derrière une fin de non-recevoir, nous avions demandé deux commissions qui nous donnassent l'espoir et la sécurité d'une appréciation calme, juste et éclairée : et on viendra dire sérieusement après cela que nous refusons le contrôle de la science et de la critique! Et puis on cite l'exemple de Broussais. Ah! cher confrère, vous avez été bien mal inspiré par ce souvenir : il y a eu de votre part plus de piété que d'à-propos. Avez-vous donc oublié comment et en quels termes l'auteur des nécrologues du Val-de-Grâce et du choléra avait traité le contrôle certain, mathématique, formidable de ses adversaires? On ne venait pas lui objecter une faible partie des insuccès qu'il avouait, mais les insuccès qu'il ne reconnaissait pas. Mais laissons en paix sa cendre, et disons seulement que plus que lui nous appelons au véritable contrôle scientifique tous ceux qui veulent franchement s'éclairer à l'endroit de nos idées, de nos méthodes et de notre pratique. Notre enseignement n'est ni payant ni à huis clos; il est public, et sa publicité même n'est pas ce qui touche le plus nos adversaires. M. Bégin avait oublié sans doute que ces preuves, ces démonstrations offertes à l'hôpital, en présence de tous sont depuis cinq ans l'objet de persécutions publiques et privées. Il ne sait pas qu'après avoir provoqué la fermeture d'un enseignement régulier ouvert à nos frais dans le modeste amphithéâtre de l'hôpital des Enfans, nos adversaires *privés* ont encore cherché à faire supprimer nos consultations publiques. Alors il eût été tout-à-fait impossible d'imiter en quoi que ce soit les exemples cités par M. Bégin. Il est vraiment à regretter que des hommes sérieux se laissent si facilement abuser, qu'ils détournent si aisément les yeux de ce qui est, pour voir ce qui n'est pas. Nous le répétons une dernière fois : nos procédés, nos méthodes, nos idées sont à la disposition de tous; qu'on vienne les voir, en apprécier, *surveiller* même (1) si l'on veut les applications : aucun contrôle ne nous importune; mais on nous trouvera très peu disposé à ouvrir notre porte aux gens qui y frappent l'injure et la calomnie à la bouche. Que M. Bégin, et tous ceux qui comme lui ont cru pouvoir blâmer notre conduite essaient de la position et ils verront alors.

Mais il y a moyen de tirer beaucoup de personnes d'incertitude; nous avons annoncé une foule d'applications nouvelles de la méthode sous-cutanée (2), une foule de résultats réputés incroyables. M. le rapporteur a même, dans un regard rétrospectif plein de supériorité, passé en revue les merveilles qui ont tant pesé au cœur de nos adversaires depuis cinq ou six années. Eh bien! voici un moyen péremptoire de faire juger de la valeur de nos assertions; qu'au lieu d'aller clandestinement au domicile de nos malades, de s'entourer des commérages du carrefour ou de la rue, ils nous adressent et adressent à la commission instituée *ad hoc*, des malades affectés des infirmités ou maladies que nous avons dit avoir guéries; si nous échouons dans tous les cas, ils le diront : alors ils seront en droit de se plaindre, de nous accuser. Qu'ils nous envoient des abcès par congestion, des hydarthroses, des cals vicieux chez les enfans rachitiques, des hernies réductibles, voire même des hernies étranglées, des empyèmes purulens, des strabismes trop ou trop peu redressés, et toutes les difformités musculaires depuis la tête jusqu'aux pieds; ils auront ainsi des points de départ certains; des déviations qui ne pourront être ni simulées ni dissimulées; nous les adjurons de nous rendre ce service, et alors ils pourront parler. Mais tant qu'ils continueront à nous contredire sans preuve, à nous accuser sans fondement, à nous dépouiller sans pudeur; tant qu'ils conspireront par un odieux concours de sentimens et de

(1) Expression du Rapport de M. Velpeau.

(2) Voir le PROGRAMME DES CONFÉRENCES SUR LA CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE. Ce programme se distribue gratis au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

Ma maladie est grave et contagieuse, vous savez bien qu'il n'y a que vous qui puissiez rester auprès de moi? — Cela est vrai, dit froidement Pechméja; et il y resta si bien qu'il ne fit que languir depuis la mort de son ami; lui-même succomba dix-sept jours après cet événement. Ces deux hommes réalisaient le symbole de l'amitié, deux existences dans une. Le médecin Dubreuil ne voyait que des qualités dans Pechméja, il le vantait, le préconisait, le poussait chez les grands. L'homme de lettres de son côté, ne pouvait comprendre qu'on pût mettre qui que ce soit au-dessus de son ami. Ayant remis à la famille de Dubreuil l'acte par lequel son ami l'avait institué son légataire universel, il en fit l'épitaphe par les vers suivans :

> Il oublia son art, pour le créer encore;
> Au sort de ses amis, son bonheur fut lié,
> Et la Grèce l'eût pris pour le dieu d'Épidaure.

— Il est un ouvrage important à faire, un véritable monument à élever, c'est l'*histoire de la médecine*, non pas son histoire sèche et ennuyeuse, comme il en existe, non pas une pédante et lourde analyse d'ouvrages, comme celle de Sprengel. Il nous faudrait une histoire où l'*esprit* des doctrines et des systèmes fût parfaitement saisi et mis en relief; où l'on parvînt à donner un souffle de vie à cette matière morte que l'érudition retire de la poussière du passé; où les faits s'enchaîneraient selon leur liaison séculaire et synchronique; où les écoles et les doctrines se montreraient dans leurs rapports avec l'état des sciences, de la philosophie, du milieu social qui les a vues naître; où l'on fît voir que chaque époque de l'histoire scientifique n'est que la manifestation et la phase d'une *idée*; où l'on signalât les vérités reconnues à chaque époque et les vérités aperçues, pressenties pour l'époque suivante; où l'intérêt substantiel du récit s'animerait par la mâle simplicité du style philosophique; enfin, où les progrès perpétués à travers les âges seraient présentés avec tant de méthode et d'unité, qu'en lisant cette histoire, l'intelligence pût se reposer comme dans la force et la plénitude de la vérité. C'est beaucoup, dira-t-on; sans doute, mais cela n'est pas impossible. On peut même formuler en trois mots, les qualités indispensables pour un si beau travail, *savoir*, *comprendre*, *rendre*, c'est-à-dire l'érudition, la sagacité, le style. L'entreprise est grande et belle, mais il ne faut pas non plus s'exagérer les difficultés. Quatre volumes suffiraient à quiconque, doué d'une grande instruction, posséderait à un haut degré l'esprit d'analyse et le sentiment de la mesure. Allons, jeune médecin, à l'œuvre! un pareil travail passera à la postérité, votre nom restera et une place vous est réservée au Panthéon médical. — Mais le jeune médecin me répond : je n'ai ni assez de temps, ni assez de fortune pour méditer et écrire cet ouvrage; *il faut que je vive*, c'est-à-dire il faut que je pioche dans le terrain social, que je vise à la clientèle, que je guette les malades. Adressez-vous, s'il en est de mon âge, à l'homme qui, affranchi de tous les soucis, de tous les grands ou menus tracas de la vie posi-

des personnes de Paris et de Versailles, qui venaient chaque jour à St-Germain pour savoir des nouvelles de cet estimable médecin, était si grande, qu'une demi-heure après sa mort, le bruit des voitures qui partaient ressemblait à celui que produit la sortie d'un spectacle le jour d'une première représentation. »

moyens à éloigner de nous la confiance du public et de nos confrères, ils nous trouveront peu disposé à subir le joug de leur tyrannie. Nous aimons et respectons la liberté comme eux; mais la liberté pour tous, aussi bien pour ceux qui font quelque chose que pour ceux qui ne font rien, aussi bien pour ceux qui ont des idées que pour ceux qui prennent celles des autres. En un mot, il ne faut pas que le droit de travailler, d'inventer, s'achète au prix de la persécution et de la calomnie.

Nous voulions terminer cet article par l'examen des attaques de toutes sortes que M. le rapporteur a si heureusement trouvées en dehors de la myotomie rachidienne, et qu'il a si généreusement accumulées contre nous dans sa dernière réplique : l'espace et le temps nous manquent; la digression qui précède y suppléera provisoirement.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER, docteurs en médecine; mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 novembre 1844.

Le travail que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie a pour but, sinon de résoudre, au moins de traiter de la plupart des questions importantes qui se rattachent aux modifications que peut subir le sang dans l'état de santé et dans celui de maladie. Ce n'est pas du reste la première fois que ces questions sont traitées devant elle; les travaux de MM. Denis, Lecann, Magendie, ceux de MM. Andral et Gavarret ont déjà non seulement ouvert la voie, mais encore ont fourni des résultats qui ont éclairé plus d'un point de cette partie de la science.

Malgré ces travaux, la connaissance des altérations du sang est encore loin toutefois d'être complète; et si nous avons eu le bonheur, dans un certain nombre de cas, de vérifier, confirmer ou compléter ce que les habiles expérimentateurs que nous venons de nommer avaient découvert, nous n'en espérons pas moins aussi avoir trouvé, soit des faits complètement nouveaux, soit des résultats qui nous conduisent à une interprétation différente de celle qui leur avait été donnée.

Le mémoire et les tableaux que nous avons l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie sont le fruit de dix-huit mois de travaux longs et dispendieux. Ils expriment les résultats donnés par l'analyse complète, la séparation et la pondération de tous les principes constituans du sang fourni par 160 saignées pratiquées dans l'état de santé et dans celui de maladie. Les conclusions auxquelles ces résultats nous ont conduits sont assez nettes, assez précises et surtout assez concordantes entre elles pour nous permettre de les formuler en principes généraux.

Nous diviserons notre travail en trois parties.

Dans la première, nous exposerons aussi brièvement que possible : 1° le procédé que nous avons suivi; 2° quelques résultats physiques et chimiques que nous ont donnés les analyses du sang considérées d'une manière générale, et abstraction faite de la cause pour laquelle les saignées qui ont fourni ce sang ont été pratiquées.

Dans la seconde partie, nous formulerons les principes généraux que nous croyons pouvoir déduire de nos expériences, principes qui, seuls ou combinés, peuvent rendre compte des modifications que le sang est susceptible de présenter dans l'état de santé et dans celui de maladie. Nous subdiviserons cette partie en deux. Dans un premier chapitre, nous exposerons les principes généraux qui expliquent et formulent en quelque sorte la composition du sang dans l'état de santé. Ils sont au nombre de quatre, auxquels nous en joindrons un cinquième relatif à un état tout spécial, la grossesse. Dans le second chapitre, nous formulerons les influences générales capables de modifier le sang dans les maladies, influences que nous croyons pouvoir établir au nombre de 8.

Dans la troisième partie, nous appliquerons ces principes généraux à l'étude du sang dans chaque maladie en particulier, et nous démontrerons que les influences que nous avons étudiées dans la deuxième partie peuvent et doivent être invoquées seules pour expliquer toutes les modifications que l'on peut y rencontrer. Cette troisième partie constituera en quelque sorte la pathologie spéciale du sang, de même que la deuxième peut en être considérée comme la pathologie générale.

Parmi les nombreuses saignées qui ont fourni le sang que nous avons analysé, il n'y en eut aucune qui ait été pratiquée dans le but de favoriser nos recherches; toutes ont été prescrites parce que la nature de l'affection ou l'état du malade l'exigeait et dans le but de le soulager. Nous devons remercier bien sincèrement M. le prof. Cruveilhier, qui nous a fourni la presque totalité de nos matériaux, en nous laissant recueillir pendant un an le sang de toutes les saignées qu'il prescrivait dans son service à l'hôpital de la Charité, et en nous autorisant à prendre les observations des malades à qui elles étaient faites. Nous avons également recueilli, à la consultation publique de ce même hôpital, un certain nombre de saignées, et en particulier celles qui ont été pratiquées à des individus sains. Elles ne leur ont jamais été prescrites que sur leur demande et même sur leur insistance. C'était ce qu'on est convenu d'appeler des saignées de complaisance ou de précaution.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

PROCÉDÉ EMPLOYÉ DANS LES ANALYSES.

Le sang, d'après les travaux les plus modernes, tient en dissolution ou en suspension un grand nombre de principes chimiques; il renferme la plus grande partie des élémens que l'on retrouve dans les diverses parties de l'organisme.

Ces principes chimiques ou ces élémens sont les suivans :

1° L'*eau*.

2° Un corps en suspension. Les *globules* constitués eux-mêmes par une matière de nature albumineuse et de l'*hématosine*. Le *fer* contenu dans le sang fait partie de ce dernier principe.

3° Un corps tout particulier et jouissant de la faculté de se coaguler lorsque le sang qui le contient est hors des vaisseaux, c'est la *fibrine*. Il est encore incertain si ce corps est en dissolution ou en suspension dans le sang à l'état de globules. Cette dernière opinion paraît la plus probable.

4° L'*albumine* proprement dite.

---

tive, puisse marcher dans la liberté de son génie, sans avoir à gagner son pain quotidien. — D'ailleurs l'époque n'est pas à de tels livres; les journaux et les dictionnaires ont énervé la librairie. Les *longs ouvrages* font plus que jamais peur à tout le monde. Les médecins n'ont plus le goût des bibliothèques; ils lisent peu ou pas, surtout à Paris, ils ont bien autre chose à faire. Les plaisirs, les affaires, l'industrie, je ne dis pas l'intrigue, voilà ce qui semble infiniment plus digne de leur attention. Un peu de science, beaucoup de savoir-faire; plus, du succès; plus, de l'argent; voilà l'équation finale de tout homme sensé aujourd'hui.

J'avoue que le jeune médecin n'a pas tort, et pourtant *ma remarque subsiste* sur l'histoire de la médecine.

— Le docteur Montagu, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, était un excellent homme, mais bizarre dans son costume et original dans ses opinions, dans ses idées. Il avait sur son agenda, ainsi que dans sa mémoire, une foule de sentences, de maximes, dont il disait faire son profit et qu'il communiquait volontiers. J'en donne ici deux *specimen*, l'un en vers et l'autre en prose.

Les hommes sont d'honnêtes gens, n'importe !
Malgré cela, fermons bien notre porte.

Voici le second :

« Faites valoir ce que vous savez, c'est pure sottise d'espérer qu'on vous en évitera la peine. »

Encore jeune, j'avais accompagné chez le docteur Montagu un de mes amis qui, sollicitant une faveur de je ne sais quel ministre, racontait au premier ses démarches, ses fatigues et ses angoisses. Mais tout allait finir, il comptait sur plusieurs protecteurs puissans. Tout aussitôt le vieux docteur lui dit, en l'interrompant : des protecteurs! mon jeune ami, croyez-moi, comptez sur vous et non sur eux. Quant à moi, je voudrais avoir l'*empeigne* d'une paire de souliers usée en démarches faites par la reconnaissance, par la bienveillance et la justice, je la mettrais sous verre. — Le vieux Montagu est mort âgé de 89 ans; il y a bien des raisons de croire qu'il n'a pas trouvé l'empeigne qu'il cherchait, ni lui ni d'autres.

— Malgré les recherches, les explications, les travaux des érudits, la pensée des anciens sur beaucoup de maladies n'a pas été bien saisie. Par exemple, le mot *carbunculus* exprime-t-il en entier ce que nous entendons par la maladie appelée charbon? distinguaient-ils cette maladie de la pustule maligne? attribuaient-ils, comme nous faisons, le premier à des causes internes, la seconde à des causes externes? on l'ignore. Celse (lib. v, sect. 28) dit en parlant du charbon : *Ex quibus non aliud carbunculo pejus; ejus hæ notæ sunt.* « De ces affections, il n'en est pas de pire que le charbon. En voici les caractères. » Mais ces derniers peuvent s'appliquer tout aussi bien à la pustule maligne qu'au charbon. Cependant cette dernière et dangereuse maladie était assez fréquente à Rome. Un poète célèbre, Martial, nous a laissé à cet égard un monument remarquable. C'est l'épitaphe d'une jeune fille de sept ans qui en mourut.

5° Un certain nombre de *matières extractives* dont la nature n'est pas encore bien déterminée et qui compreooent entre autres la *matière colorante du sérum*, l'*osmazóme*, etc., etc.

6° Un certain nombre de matières grasses, qui sont : la *séroline*, la *matière grasse phosphorée* on *cérébrine* ; la *cholestérine*, les acides *oléique* et *margarique* combinés à la *soude* et à l'état de *savon*. L'existeoce d'*un acide gras volatil* est problématique.

7° Le *chlorure de sodium*, doot la quantité est considérable et la proportion au moins aussi forte que celle de la fibrine.

8° La *soude* libre.

9° Des sels solubles et en particulier des *sulfates*, *phosphates* et *carbonates de soude et de potasse*, etc.

10° Des sels insolubles qui soot le produit des opérations que l'oo fait subir au sang pour extraire les sels, et de la réaction des divers élémens ioorganiques les uns sur les autres. Ce sont le *phosphate de chaux* et une très faible quantité de *phosphate de magnésie*, peut-être uo peu de *silice*. Une notable quantité de *fer* provenant de l'incinération des globules.

Il s'agit maintenant de séparer et de peser ces divers corps, en tant du moins qu'ils penvent l'être, pour les comparer dans l'état de santé et dans celui de maladie. C'est ce que nous avons essayé de faire en employant le procédé suivant, que nous o'avons adopté qu'après de nombreuses tentatives et de nombreux essais préparatoires.

Le procédé que nous avons suivi consiste dans trois suites d'opérations que nous exposerons successivement.

PREMIÈRE SUITE D'OPÉRATIONS.

Elle est destinée à fournir : 1° la densité du saog et celle du sérum ; 2° le poids de la fibrine, des globules, et celui des matériaux solides du sérum considérés dans leur eosemble. Ces opérations soot foodées sur le même principe qui a servi de base au procédé imaginé depuis longtemps par M. Dumas. On suppose que toute l'eau cootenoe dans le sang fait partie du sérum et doit lui être attribuée. Tout en admettant ce principe, oous ne l'avons pas tout à fait appliqué de la même manière.

Voici comment nous opérons.

On pratique à l'individu dont on veut analyser le sang une saigoée de 375 grammes à peu près. Le premier sang extrait de la veine est reçu dans un vase de cristal gradué et pouvaot contenir 125 ceotimètres cubes de ce liquide. On le recueille et on le bat avec une vergette d'osier. On obtient ainsi la fibrine, que l'on doit ensuite laver, dessécher et peser.

Le sang ainsi défibriné est alors mis à part pour servir à d'autres opérations.

Le sang qui sort de la veine après ces 125 centimètres cubes est recueilli avec soin dans un vase d'une capacité de 250 à 300 centimètres cubes, et abandonné à lui-même. Ce sang se coagule, et uoe fois la coagulation effectuée, on sépare avec soio le sérum, que l'on renferme dans un vase à part ; quant au caillot, après avoir pris note de ses caractères physiques, on peut l'abandonner.

Examinons maiotenaot ce qu'on fait : 1° du sang défibriné ; 2° du sérum.

A. Le sang défibriné est d'abord pesé à une température déterminée dans un flacoo à densité de cristal (1). On compare ensuite le poids qu'on obtieot dans cette opération à celui d'uo même volume d'eau distillée ; et on a ainsi, par un calcul bien simple et qu'il est ioutile de reproduire ici, le poids exact des 125 centimètres cubes de sang qu'on a battu pour séparer la fibrioe, et par suite le poids de cette même fibrine contenue dans 1000 grammes de sang. Une fois cette opération effectuée, on preod une quantité détermioée de ce sang défibriné, que l'oo pèse, que l'on dessèche, puis que l'on pèse de nouveau, et on a ainsi le poids de la quantité d'eau qu'elle renferme. Prénons pour exemple, afin de mieux nous faire comprendre, des nombres arbitraires dont nous oous servirons aussi ensuite pour déduire le poids des globules : 100 grammes de sang défibriné liquide donneot 20 parties de matériaux solides et 80 parties d'eau. Ces 20 parties, ainsi desséchées, sont calcinées pour fournir les matériaux inorganiques ; nous y reviendrons.

B. LE SÉRUM. Après avoir détermioé la densité du sérum, on prend une quantité donnée de ce liquide que l'on pèse, que l'on dessèche, puis que l'on pèse de nouveau : la différence des deux poids donne celui de l'eau ; soit, par exemple, 100 grammes de sérum liquide ayant dooné 10 grammes de matériaux solides et 90 grammes d'eau. Ces opérations terminées, on possède les chiffres nécessaires pour déduire le poids des globules et celui des matériaux solides du sérum contenus dans 100 gram. de sang défibriné. En effet, toute l'eau du sang défibriné devant être attribuée au sérum, il faut faire la proportion suivante : 80 : $\times$ :: 90 : 10 ou $x = \frac{80 \times 10}{90} = 8$ gram. 8. Ce chiffre 8, 8 représente la somme des matériaux solides du sérum contenus dans 100 grammes de sang défibriné, et en les soustrayant de 20, poids de ce saog desséché, on a 11,2 qui représente le poids des globules, et en rapportant le tout à 1000, on a 1000 grammes de sang contenant :

Eau	800	grammes.
Globules	112	—
Matériaux solides du sérum	88	—

Le poids de la fibrine a été donné par la première opération et doit être ajouté. Soo poids est tellement faible relativemeot à 1000 grammes de sang qu'on peut négliger une petite correction qu'il y aurait à faire pour l'excédant du poids de la fibrine sur 1000 grammes de sang défibriné.

Telle est la première suite d'opérations ; pour la seconde, nous nous servirons du sérum desséché, et pour la troisième du sang défibriné calciné.

DEUXIÈME SUITE D'OPÉRATIONS.

Ces opérations sont destinées à donner le poids des matières extractives et celui des matières grasses. Voici comment on opère :

Le sérum étant desséché avec précaution dans une étuve et pulvérisé avec le plus grand soin est traité à plusieurs reprises par l'eau bouillante jusqu'à ce que cette eau ait complètement épuisé les matières qui peu-

(1) Toutes nos densités ont été prises à la température de + 12°, et rapportées exactement à l'eau distillée à la même température.

EPITAPHIUM CANACES.

OEolidon Canace jacet, hoc tumulata sepulchro,
Ultima cui parvæ septima venit hiems.
Oh scelus ? oh facinus ! properas quid flere, viator ?
Non licet hic vitœ de brevitate queri.
Tristius est letho lethi genus : horrida vultus
Abstulit, et tenero sedit in ore lues ;
Ipsaque crudeles ederunt oscula morbi
Nec data sunt nigris tota labella rogis.
Si tam præcipiti fuerant ventura volatu,
Debuerant aliâ fata venire viâ.
Sed mors vocis iter properavit cludere blandæ,
Ne posset duras flectere linguâ deas.

(Lib. XI, epig. 92.)

« L'Eolienne Canacé repose sous ce tombeau. Cette enfant n'a pas vu s'achever son septième hiver. O crime ! ô forfait ! passant, pourquoi te presser de verser des pleurs ? Il ne s'agit point ici de la brièveté de sa vie : le genre de sa mort est plus déplorable que sa mort même. Une maladie effroyable a détruit son visage et fixé son siége sur sa bouche délicate. La cruelle a dévoré le trône des baisers, et ses lèvres tout entières n'ont point été portées sur le bûcher funeste. Si les coups du destin devaient fondre sur cette tendre enfant d'un vol si précipité, ils auraient dû choisir une autre route ; mais la mort s'est hâtée de fermer le passage à sa voix touchante, de peur que sa langue ne parvînt à fléchir les impitoyables déesses. »

Que de grâce et de charme dans ces vers ! Avec quel art le poète sait orner des brillaotes couleurs de la poésie le sombre tableau qu'il trace ! Mais s'agit-il du charbon dans ce cas ou d'une autre maladie analogue ?

— A propos de rhinoplastie, d'ente animale et autres opérations de ce genre, voici ce qu'on lisait il y a quelque temps dans un journal : « On peut voir dans ce moment à L... (département de la Haute-Saône) un ancien aide de cuisine, auquel un médecin a refait le nez coupé au moyen du croupion d'un poulet vivant. Cette greffe a parfaitement réussi, et M. C... en est quitte pour arracher les petites plumes qui croissent sur la partie du nez restaurée. » Le journal parle-t-il sérieusement ? est-ce une ironie ? Toujours est-il qu'on peut dire : *Si non è vero è ben trovato*.

— La connaissance entière d'une maladie repose sur deux points principaux : sa cause et les lésions anatomiques qu'elle peut produire. Ces deux ordres de phénomènes auraient dû marcher sur la même ligne daos les travaux faits pour hâter les progrès de la science ; malheureusement il n'en a pas été ainsi. Dans notre époque, les lésions d'organes ont été étudiées, examinées avec le plus grand soin, et presque exclusivement ; il n'en a pas été de même des causes. Eh bien ! c'est à cette direction, selon moi, qu'il faut attribuer le peu de progrès réels de la médecine. Disséquez, anatomisez, injectez des organes, des tissus, avec la plus minutieuse atteotion, vous n'aurez jamais que des notions vagues,

vent s'y dissoudre. Ces dernières sont, d'une part, les matières extractives telles que l'osmazôme, la matière colorante du sérum, etc., etc., et d'une autre part les sels qui sont en dissolution dans le sérum et à l'état de liberté.

Le sérum ainsi épuisé par l'eau est desséché de nouveau et pesé; la différence avec le poids obtenu au premier pesage indique celui des matières que nous venons de nommer et que l'eau lui a enlevé. Le produit de cette seconde dessiccation est alors traité par l'alcool à 36 degrés, bouillant, et cela jusqu'à épuisement complet. Le résidu insoluble est l'albumine pure dont on peut prendre le poids après l'avoir desséché. Quant à l'alcool bouillant, il tient en dissolution toutes les matières grasses que l'on peut séparer en employant le procédé indiqué par M. F. Boudet et dont nous croyons inutile de faire l'exposé. Il donne la séroline, la matière grasse phosphorée, la cholestérine et les graisses saponifiées.

TROISIÈME SUITE D'OPÉRATIONS.

Ces opérations doivent fournir le poids du fer et celui des différens principes inorganiques salins ou autres contenus dans le sang; nous ferons observer ici que tous ne sont pas à l'état de liberté et en dissolution dans le sérum, mais qu'ils font partie intégrante, en certaine proportion du moins, de l'albumine, des globules, ou de la fibrine. Nous devons l'indication complète de cette troisième suite d'opérations à M. Edmond Becquerel.

Les matières inorganiques dont il s'agit doivent être extraites du sang défibriné que nous avons desséché et sur lequel nous avions dit que nous devions revenir. Ce sang est brûlé dans un creuset de platine à un feu qui n'est pas trop violent; il donne pour résidu un charbon léger que l'on pulvérise. Ce charbon est placé dans un creuset de porcelaine et calciné au rouge obscur; il brûle lentement, et au bout d'une heure la combustion est à peu près achevée; c'est ici surtout que l'opération présente de grandes difficultés: si le feu n'est pas assez vif, le charbon ne brûle pas; s'il est trop violent, la plus grande partie du chlorure de sodium qui est en forte proportion dans le sang se volatilise et est perdue; on doit tâcher d'éviter ces deux écueils.

Quelque précaution que l'on prenne il est à peu près impossible qu'une certaine quantité de ce sel ne se volatilise pas; il s'en suit que tous les chiffres que nous donnerons pour cette substance (le chlorure de sodium) sont en général trop faibles. Cette opération toutefois ayant toujours été faite de la même manière et par le même expérimentateur, on peut admettre, sans crainte de beaucoup se tromper, que la quantité de chlorure qui se volatilise est à peu près la même dans tous les cas et par conséquent les rapports proportionnels à peu près conservés les mêmes. On doit toutefois être prévenu de cette chance d'erreur à peu près inévitable.

Le charbon du sang étant brûlé, il y reste presque toujours cependant une petite quantité de carbone dont on doit défalquer le poids. Voici comment on y parvient. Supposons que la masse calcinée ait donné pour résidu 1 gramme; on en sépare 0,2 décig. que l'on traite par l'acide chlorhydrique bouillant. Cet acide dissout toutes les matières salines à l'exception toutefois de la silice qui se trouve en quantité extrêmement minime dans le sang, et il laisse le carbone, si toutefois il en reste. On lave et on pèse ce résidu que l'on rapporte à 0,8 et que l'on retranche de cette quantité ou bien de 1 gr.

Les 0,8 décig. restant doivent fournir tous les autres élémens inorganiques; à cet effet, on les traite par l'eau distillée qui en dissout la plus grande partie. On filtre dans un petit filtre de papier Berzélius et l'on calcine ensuite au rouge. La petite portion de carbone qui reste et qui est connue par le pesage précédent est brûlée lors de cette calcination. Il reste de ces deux opérations une partie soluble soit 0,7 et une partie insoluble soit 0,1 décigr.

La partie soluble contient une grande quantité de chlorures, en majeure partie constitués par du chlorure de sodium; plus une certaine proportion de matières salines qui sont en particulier de la soude libre, des carbonates et sulfates de soude et de potasse, du phosphate de soude. Ici tout ce que nous pouvons faire est de séparer et de peser isolément d'un côté les chlorures, et de l'autre les sels solubles que nous venons de nommer, la masse saline que nous obtenons étant infiniment trop faible pour qu'on pût songer à les isoler. Sans doute une telle séparation eût été préférable, mais avec la quantité de sang qu'on extrait à un seul malade, il est de toute impossibilité d'obtenir une masse saline plus considérable, si on veut en même temps séparer tous les autres élémens organiques. Nous sommes loin de déclarer cette analyse impossible; nous voulons seulement établir qu'on ne pourrait l'effectuer qu'en consacrant la saignée tout entière à l'analyse des sels, et encore on en aurait bien peu, car les plus fortes émissions sanguines sont de 500 grammes qui donnent en moyenne par la calcination 3,5 à 4 gr. de matières salines.

Pour revenir à la partie soluble, on dose les chlorures en versant dans la dissolution du nitrate d'argent, recueillant, lavant, desséchant et pesant le chlorure d'argent insoluble d'après lequel on déduit facilement le poids du chlorure de sodium, en supposant que ce dernier constitue la totalité des chlorures, ce qui n'est pas loin de la vérité.

En défalquant le poids des chlorures de la masse soluble 0,7, on a celui des autres sels que nous avons nommés, soude libre, sulfate, etc.

Nous avons obtenu un résidu insoluble que nous avons représenté par 0,1 décig.; il contient des phosphates (à peu près exclusivement du phosphate de chaux) et du peroxide de fer. On le traite par l'acide acétique bouillant; cet acide dissout les phosphates. On lave, on filtre de nouveau dans un petit filtre de papier Berzélius; on chauffe au rouge pour calciner et on pèse le tout. La différence de poids représente celui des phosphates. Le résidu n'est autre que le peroxide de fer dont on apprécie la quantité. Nous nous sommes demandé si le peroxide de fer était à cet état, à celui de fer libre ou à tout autre état dans le sang, c'est ce qu'il est impossible de décider; aussi nous conformant en cela à l'opinion de la plupart des chimistes, nous avons supposé qu'il était à l'état de liberté, et par un calcul bien simple nous avons déduit le poids du fer.

Il est probable, du reste, que le fer ne se peroxide que dans la série des opérations que nous faisons subir à la masse inorganique pour en isoler les principes divers.

Tel est l'ensemble de notre procédé. Nous pensons qu'il est impossible d'extraire plus de matières différentes du sang d'une seule saignée faite à un même individu.

---

contradictoires, insuffisantes et parfois complètement inutiles sur la cause et le traitement de la maladie. On s'est trompé à cette espèce de daguerréotype médical; au lieu de réalités, on n'a eu souvent que des ombres et des chimères. Toutes les maladies de la peau, toutes les fièvres éruptives, l'érysipèle, etc., ne laissent rien à désirer sur la connaissance extérieure; que savons-nous sur leur nature? Lorsque, soit par hasard, soit à force de recherches, on découvre la cause d'une maladie, tout aussitôt se projette un immense rayon de lumière sur son histoire, sur sa marche, sur son traitement. Un homme se présente avec tous les symptômes d'une phthisie laryngée; tous les moyens connus dans ce cas ont été inutilement employés. Tout à coup cet homme dit qu'il y a longtemps, bien longtemps qu'il a éprouvé des accidens vénériens; on le soumet à un traitement convenable et il guérit en peu de temps. Une mère consulte pour sa jeune fille amaurotique, on lui prescrit une foule de moyens thérapeutiques; tous sont sans succès. Enfin, cette mère se rappelle qu'il y a deux ans sa fille a rendu quelques vers. On administre des anthelmintiques, et l'enfant recouvre la vue. Etudions, fouillons le cadavre, mais avec réserve et discrétion, à coup sûr il gardera un silence éternel sur la plupart des causes de la maladie. Tâchons donc de découvrir ces causes sur le vivant; les *desiderata* et les *tractanda* de la science surgissent ici en foule, et leur utilité est incontestable; il ne s'agit pas de découvrir la raison première des maladies, le principe secret des phénomènes, tant de prétention ne nous convient pas; mais essayons de pénétrer les causes sensibles et de les lier aux effets appréciables; il y a ici de riches filons de mine à exploiter; toute la médecine est là.

— « Les petits animaux, dit Malebranche, ne manquent pas aux microscopes, comme les microscopes manquent aux animaux. » (RECHERCHE DE LA VÉRITÉ, t. I, p. 57.) Cette remarque est d'une justesse profonde, c'est celle d'un homme de génie. Plus nos instrumens se perfectionneront, plus nous pénétrerons dans les racines de la vie. Où commence-t-elle? où finit-elle? Ces deux problèmes ne sont pas plus connus que son essence.

— Il faut l'avouer, les forces magnétiques, électriques et cosmologiques nous étonnent dans leurs effets; elles nous étonneraient bien davantage si ces effets nous étaient connus dans toute leur étendue. Ce sont les instrumens de la nature, qui du reste ne compte ni le temps, ni l'espace, ni les forces. Cependant, quelle que soit la puissance de ces moyens, l'éternelle, l'infinie combinaison de leur action, toujours reproduite dans l'action moléculaire, dans les créations et les destructions qui ont lieu sur notre globe, il est impossible de se persuader que l'intelligence soit le résultat de certains rapports atomistiques, puis de tissus, puis d'organes. Il y a trop de différence entre les produits pour établir aucun rapport de consubstantialité. *Les fauteurs de l'entité crânienne*, ainsi que disait Broussais, de ceux qui regardent l'âme comme un type substantiel et non comme résultat auront toujours un argument puissant en leur faveur. Nier la matière, nier l'esprit n'est pas possible; mais peut-on concevoir par les effets la moindre identité dans la cause? La réhabilitation complète de la matière spiritualisée, comme l'ont voulu faire quelques philosophes, n'a eu ni ne pouvait avoir aucun succès. Si vous demandez qu'est-ce que l'esprit? nous vous demanderons aussitôt qu'est-ce que la matière? Il n'y a pas plus de réponse satisfai-

CHAPITRE II.

DE QUELQUES RÉSULTATS PUREMENT PHYSIQUES ET CHIMIQUES QU'ON PEUT DÉDUIRE DE L'ANALYSE DU SANG CONSIDÉRÉ D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE.

1° On s'est attaché à peu près exclusivement dans ces derniers temps aux modifications du qualité de sang, et on n'a pas même signalé la possibilité de ses modifications de quantité.

Le raisonnement indique, pour ainsi dire, d'avance que la proportion de sang contenue dans le système circulatoire d'un individu peut augmenter ou diminuer dans un certain nombre de circonstances plus ou moins déterminées.

S'il n'est pas donné au médecin ou à l'expérimentateur de pouvoir constater mathématiquement ces variations ; l'observation clinique permet, sinon de prouver tout-à-fait, au moins de donner une grande probabilité à cette opinion, c'est ce que nous essaierons plus loin.

2° Il est impossible de prendre la densité du sang tel qu'il existe dans le système circulatoire. La présence de la fibrine et le commencement de coagulation qu'elle éprouve du moment que ce liquide sort de ses vaisseaux sont un obstacle insurmontable. Nous nous sommes attachés à prendre avec le plus grand soin et avec toutes les précautions qu'indiquent les progrès de la physique, la densité du sang défibriné. Cette appréciation nous a conduits aux résultats suivans : la densité du sang défibriné, bien qu'en raison directe, et composée de la somme des globules et de celle des matériaux solides du sérum, peut cependant être considérée comme à peu près proportionnelle au poids des globules. Aussi peut-on, sans craindre de beaucoup se tromper, considérer le chiffre de cette densité comme exprimant la richesse du sang en globules.

3° La densité du sérum a toujours été prise avec les mêmes précautions minutieuses que celle du sang défibriné. Cette densité est en raison directe de la somme des matériaux solides tenus en dissolution dans 1000 grammes de serum, et en particulier de l'albumine, qui forme la plus grande partie de ces matériaux. Il y a cependant un fait important à noter, c'est qu'en raison de la différence qu'on observe dans quelques cas dans les rapports relatifs des matières extractives des matières grasses, des sels libres et de l'albumine, tous corps dissous dans le sérum, cette proportionnalité n'existe pas toujours. Ainsi, avec deux sérum de même densité, la dessiccation peut donner un poids différent de matières solides, de même que deux sérum, présentant une densité différente, peuvent donner par la dessiccation un résidu solide de même poids.

4° Tous les corps qui sont à l'état de liberté dans le sang sont en général complètement indépendans les uns des autres dans les variations qu'ils peuvent subir ; il y a cependant quelques cas exceptionnels où, dans de grands appauvrissemens du sang, la proportion de tous ces corps diminue simultanément, quoiqu'à des degrés différens.

5° Les parties solubles auxquelles nous avons donné dans nos analyses le nom de matières extractives et sels libres, forment un composé trop complexe pour que nous voulions en tirer quelques conclusions. Nous en avons surtout tenu compte pour montrer comment nous avions pu obtenir le poids de l'albumine pure.

6° L'analyse des matières inorganiques contenues dans le sang comprend non seulement celles qui sont à l'état de liberté dans ce liquide, mais encore celles qui entrent comme partie constituante dans ses différens principes immédiats, tels que l'albumine, les globules, etc. Aussi avons-nous dû placer le résultat de cette analyse tout à fait à part et en dehors de la considération des 1000 grammes de sang. Nous avons d'autant moins hésité à ne pas confondre ces deux analyses, que le poids des sels libres était déjà compris dans la première, dans un chiffre commun avec celui des matières extractives.

7° Dans toutes nos analyses, nous avons isolé et pesé avec le plus grand soin le fer contenu dans le sang, et le résultat de ces minutieuses investigations nous a conduits à admettre que la proportion de fer contenue dans ce liquide était très probablement proportionnelle au poids des globules. Voici maintenant pourquoi nous n'osons pas affirmer ce résultat d'une manière tout-à-fait positive. Pour que la proportionnalité fût certaine, il faudrait que le rapport du fer aux globules, c'est-à-dire le chiffre obtenu en divisant le poids du fer par celui des globules, fût toujours le même. Or, nous avons opéré cette division dans toutes nos analyses et les résultats que nous avons obtenus, quoique très analogues entre eux, différaient cependant de quelques millièmes. C'est donc en raison de ces différences légères, que l'on pourrait peut-être attribuer aux opérations chimiques, que nous mettrons quelques restrictions dans l'énoncé de notre résultat, quoiqu'au fond nous soyons parfaitement convaincus que le poids du fer est proportionnel à celui des globules.

8° Le sérum doit sa coloration jaune à une matière colorante particulière, dont la quantité variable peut rendre compte des nuances diverses que présente ce liquide. Cette matière colorante n'a jamais pu être isolée ; mais ses caractères physiques indiquent par analogie sa nature ; elle n'est autre, selon nous, que la matière colorante de la bile, ou plutôt la matière colorante de la bile n'est autre que la matière colorante jaune du sérum, que le foie sépare avec d'autres principes chimiques pour constituer le produit de la sécrétion biliaire. Ces deux matières colorantes jouissent en effet des mêmes propriétés physiques ; elles passent par les mêmes nuances, les mêmes dégradations de teintes quand on les concentre, ou qu'on les étend d'eau. Toutes les deux, à l'état de concentration, se colorent en vert, par l'addition de l'acide nitrique. Ajoutons, pour terminer, que, de même que celle de la bile, la matière colorante du sérum est tellement subtile et pénétrante qu'elle colore tous les principes qu'on veut extraire de ce liquide, du moins sans le calciner ou le décomposer par des réactifs trop violens. C'est ainsi que l'albumine, les matières extractives, les sels libres, les matières grasses qu'on veut séparer, sont toujours imprégnés et colorés par elle.

9° L'excès absolu ou relatif de fibrine dans le sang s'annonce presque toujours par la formation à la surface du caillot d'une production blanchâtre à laquelle on a donné le nom de couenne. Dans la plupart des cas, où cette formation n'a pas lieu, on la trouve remplacée par des stries blanchâtres plus ou moins abondantes, plus nombreuses près de la face supérieure du caillot, et qui ne sont autres que la fibrine qui se trouve en excès dans le sang.

10° Les qualités du caillot sanguin dépendent en général des proportions relatives des globules et de la fibrine. Avec des globules abondans, ou en quantité normale et beaucoup de fibrine, le caillot est volumineux, rétracté, très résistant et couvert d'une couenne grisâtre, ou au moins

---

sante pour l'une que pour l'autre de ces questions ; mais une chose incontestable, c'est que leurs manifestations ne sont point les mêmes : le nier, c'est nier l'évidence. Comprenons bien toute la petitesse, toute la pauvreté de la science actuelle; alors pourquoi trancher la question? pourquoi décider ce qui ne peut être connu? Un jour le voile sera levé, car la destinée de l'homme est indéfiniment progressive, ascendante ; non, la vie n'est pas chez lui à son dernier terme d'évolution harmonique. Loin de là, tout porte à croire que nous ne sommes qu'au début de la carrière initiative des intelligences supérieures. L'homme est bien faible, bien limité; mais l'univers, cette œuvre perpétuellement jeune, perpétuellement ordonnée, contient des mondes, des soleils sans fin, et tout porte à croire que le principe intelligent ira au-delà des manifestations transitoires et phénoménales de l'être organique actuel.

— On l'a dit depuis longues années, tout se lie et s'enchaîne d'une manière ou patente ou cachée. Cependant, il est des rapprochemens parfois si justes et en même temps si inattendus, qu'ils vous frappent d'étonnement ; c'est un éclair qui rayonne au loin. Lorsque j'étais étudiant, et il y a longtemps, une jeune dame de mes parentes vint pour me voir, en tout bien et tout honneur. Lorsqu'elle entra, j'avais un livre de médecine à la main. Que lisez-vous donc là? me dit-elle, ne cherchant nullement à déguiser sa curiosité. — Ma chère cousine, c'est un livre de médecine, et certainement il ne contient rien qui puisse vous intéresser. — Qu'en savez-vous? répliqua-t-elle. — Eh bien! lui dis-je un peu piqué, puisque vous le voulez, je vais vous lire ce qu'on dit de la fièvre, rien de moins amusant : « La fièvre est un mouvement dérégié du sang, avec agitation du cœur et des artères ; on remarque quelquefois du frisson, puis une augmentation de chaleur de toutes les parties du corps. Il y a un trouble général de toutes les fonctions, le malade est inquiet, tourmenté, il ne peut tenir en place, etc., etc. » — Eh bien! que pensez-vous de cette description? — Rien de plus intéressant, me répondit la jeune dame ; ce que vous avez dit de la fièvre est, mot à mot, une *parfaite définition* de l'amour. Elle avait raison : décidément tout est dans tout.

— Ne nous y trompons pas ; dans la science, un principe n'est point une abstraction ; il n'est principe que parce qu'il est le résultat de l'expérience.

R. P.

---

parsemé de stries blanchâtres ; il sera petit s'il y a peu de globules et excès relatif de fibrine, dont le chiffre cependant peut être normal.

Quand les globules sont abondans ou normaux et la fibrine normale, le caillot se présente avec des caractères tellement variables qu'on ne peut établir aucune règle à cet égard : ainsi, on peut le trouver grand ou petit, résistant ou mou, miscible au sérum ou non, d'une teinte uniforme ou marbrée, etc. Il en sera également de même dans les cas où la fibrine ne sera que légèrement diminuée. Si, enfin, la fibrine diminue considérablement, le caillot sera nécessairement mou et diffluent.

DEUXIÈME PARTIE.

COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS CELUI DE MALADIE.

En physiologie et en pathologie, de même que dans toutes les sciences, celui qui observe et qui expérimente doit, après avoir constaté et pesé scrupuleusement les faits qui lui ont été fournis par l'observation ou l'expérimentation, chercher ce que ces faits ont de commun, pour établir ensuite des principes généraux ou des lois. Tel est le but que nous nous sommes proposés, soit dans les observations que nous avons recueillies au lit des malades, soit dans les analyses du sang, et que nous avons poursuivies sans idées préconçues et sans prévoir en aucune manière les résultats généraux auxquels nous pourrions arriver.

Ces résultats généraux sont en petit nombre et ils expriment des influences, soit communes à l'état de santé et de maladie, soit propres seulement à l'état de maladie.

Les premières, c'est-à-dire celles qui sont communes à l'état normal et à l'état morbide, sont au nombre de quatre : 1° le sexe; 2° l'âge; 3° la constitution, et 4° l'alimentation. On doit y joindre l'influence de la grossesse, qui n'est que le développement d'une fonction physiologique.

L'étude attentive de ces cinq grandes influences fait connaître la composition du sang à l'état normal. Cette étude sera l'objet du premier chapitre.

Les influences qui sont propres à l'état de maladie sont plus nombreuses, et on peut les résumer en huit lois, qui régissent en quelque sorte la composition du sang dans toutes les maladies, ces lois existant seules ou se combinant deux, trois, quatre ensemble.

Nous chercherons à les formuler d'une manière précise, à les appuyer sur des chiffres exacts, et cette connaissance sera, en quelque sorte, la pathologie générale du sang. Nous en ferons ensuite la pathologie spéciale, en traitant de sa composition dans les principales classes de maladies.

CHAPITRE PREMIER.

COMPOSITION DU SANG A L'ÉTAT NORMAL.

Lorsqu'on veut étudier les modifications que peut subir le sang dans les maladies, il faut avoir un point de départ fixe et bien déterminé; ce point de départ, c'est la connaissance de la composition du sang à l'état normal; il faut que cette base soit bien fixée et qu'elle ait été déterminée par les recherches du même expérimentateur, faute de quoi les résultats ne peuvent plus être comparés avec autant de certitude. C'est ce qui n'a pas encore été fait, et c'est ce que nous avons entrepris malgré bien des difficultés. Et d'abord, est-il facile de saigner des individus parfaitement sains? Peut-on en trouver qui se prêtent facilement à une saignée de douze ou quatorze onces, soit dans l'intérêt de la science, soit dans un intérêt pécuniaire, qu'il serait blâmable d'offrir? Non, certes, et ce n'est pas la marche que nous avons adoptée. Nous avons suivi pendant trois mois, du 1er avril au 1er juillet 1844, la consultation publique de l'hôpital de la Charité; à cette consultation l'on voit souvent, à l'époque du printemps, des hommes et des femmes qui viennent se faire saigner par habitude et dans l'intention, quoiqu'en parfaite santé, de prévenir une maladie, qui n'existe que dans leur imagination. Quelques-uns de ces individus sont pléthoriques; nous avons eu soin de ne pas les considérer comme sains; mais en examinant les autres avec la plus grande attention, et notant leurs caractères physiques, leur constitution, etc., nous avons pu en réunir dix-neuf parfaitement sains, onze hommes et 8 femmes, ayant la plupart une bonne constitution; ce sont eux qui nous ont fourni la partie physiologique de notre travail. C'est sur l'analyse de ces dix-neuf saignées, qui nous ont fourni des résultats très comparables entre eux, que nous allons nous baser pour fixer la composition du sang à l'état normal chez l'homme et chez la femme. Cette étude nous conduira à établir les quatre influences que nous avons signalées plus haut et qui sont capables de modifier la composition normale du sang sans qu'il y ait aucune déviation de la santé. De ces quatre influences, une est capitale, c'est celle du sexe, les trois autres sont beaucoup moins importantes, ce sont la constitution, l'âge et l'alimentation.

En raison des différences nombreuses apportées par le sexe dans la composition normale du sang, nous examinerons à part la composition de ce liquide chez l'homme et chez la femme.

COMPOSITION DU SANG NORMAL CHEZ L'HOMME.

Pour établir que les 11 individus que nous avons saignés étaient dans un état satisfaisant de santé, il est indispensable que nous présentions au moins un tableau rapide des conditions dans lesquelles ils étaient placés.

Ces 11 indivivus étaient âgés : un de 21 ans, un de 22, deux de 23, un de 24, un de 28, un de 33, un de 38, un de 53, un de 55 et un de 66 ans.

Ils exerçaient les professions suivantes : il y avait 1 serrurier, 1 ébéniste, 1 domestique, 2 cochers, 1 parqueteur, 1 porteur d'eau, 1 garçon de chantier, 1 maçon, 1 peintre et 1 étudiant. Dix d'entre eux annoncèrent de l'aisance et se prétendirent contens de leur sort, un seul était dans la misère. Sur ces 11, 8 déclarèrent avoir une forte constitution et leurs caractères physiques le confirmaient ; 3 avaient une constitution ordinaire. (Nous avons eu soin de ne prendre aucun individu ayant une faible constitution.) La couleur de la peau, celle des cheveux et des yeux ont été notées avec soin; il est inutile de rapporter le résultat des deux dernières. Quant à celle de la peau, cinq fois elle a été notée brune, trois fois blanche et trois fois intermédiaire. L'embonpoint existait chez deux individus, trois au contraire étaient maigres et six avaient un embonpoint modéré; dix se nourrissaient bien, mangeaient de la viande et buvaient un peu de vin tous les jours : un seul avoua quelques excès d'ivrognerie. Le onzième prétendit qu'il se nourrissait mal : c'était le plus âgé. La santé antérieure de ces onze individus avait été variable; nous passerons sous silence les détails qu'ils nous ont donnés à cet égard et qui seraient sans intérêt ici.

Quant à la cause directe de la saignée, la voici dans les 11 cas :

4 par habitude (depuis plusieurs printemps, dirent-ils, on avait coutume de les saigner).

2 pour un rhume léger qui persistait depuis plus d'un mois ;

2 pour une éruption cutanée (une fois lichen, une fois acné) qu'ils attribuaient au sang (ce fut sur leur demande expresse qu'ils furent saignés).

Une fois une pleurodynie légère.

Une fois une contusion de l'œil.

Une fois l'individu avait cru voir la veille quelques stries de sang dans ses crachats ; il en doutait cependant, mais par excès de précaution il voulut se faire saigner. Telle est l'histoire concise de ces individus. Voici maintenant un tableau qui représente la composition moyenne du sang, dans ces 11 cas, ainsi que les maxima et les minima.

COMPOSITION DE 1000 GRAMMES DE SANG CHEZ L'HOMME SAIN.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Densité du sang défibriné......	1060,2	1062	1058
— du sérum..............	1028	1030	1027
Eau..........................	779	760	800
Globules.....................	141,1	152	131
Albumine....................	69,4	73	62
Fibrine.....................	2,2	3,5	1,5
Matières extractives et sels libres.	6,8	8,0	5
Matières grasses............	1,600	3,255	1,000
Séroline....................	0,020	0,080	imp.
Matière grasse phosphorée....	0,488	1,000	0,270
Cholestérine................	0,088	0,175	0,030
Savon........................	1,004	2,000	0,700

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	3,1	4,2	2,3
Sels solubles................	2,5	3,2	2,0
Phosphates..................	0,334	0,7	0,225
Fer..........................	0,565	0,633	0,508

Nous pouvons tirer de ces chiffres quelques conclusions importantes :

1° Les limites entre lesquelles varie la composition du sang normal sont peu étendues; les différences observées tiennent probablement aux conditions de constitution, d'âge et d'alimentation. Ceci pourrait être répété pour chaque principe immédiat.

2° Le chiffre des globules est supérieur à celui de 127 qui est généralement accepté comme exprimant la moyenne physiologique. Nous expliquerons plus tard la cause de cette erreur, qui est due à ce qu'on n'a jamais établi de distinction entre le sang de l'homme et celui de la femme et à ce que le sang soumis à l'analyse pour obtenir cette moyenne ne provenait pas sans doute d'individus véritablement sains. M. Andral cite dans son premier mémoire, lu à l'Institut (p. 9), 3 cas (4 saignées) qui prouvent tout à fait en faveur de notre chiffre.

3° Le chiffre de la fibrine 2,2 est inférieur au chiffre 3 généralement admis; et nous sommes trop certains de son exactitude pour avoir besoin de le justifier.

Quant aux autres chiffres, nous les admettrons sans discuter les différences qu'ils présentent avec ceux plus ou moins exacts donnés par d'autres auteurs.

Cherchons maintenant à exposer l'influence exercée par l'âge, la constitution et l'alimentation. Il est probable que ces trois importantes conditions exercent une certaine influence sur la composition du sang, et cependant les résultats que nous avons obtenus dans nos analyses sont tellement semblables les uns aux autres que cette proposition peut paraître un peu exagérée; on peut toutefois se rendre facilement compte de l'analogie de nos résultats entre eux en songeant au choix que nous avons fait des sujets, et en réfléchissant que nous n'avons pris que des individus d'une bonne constitution, d'une bonne santé et se nourrissant bien. Sauf celle de l'âge, les deux autres conditions sont donc au minimum dans nos analyses, et nous ne pouvons conclure presque que par analogie.

1° Age. — Avant 20 ans, nous ne possédons aucune analyse du sang et nous n'établirons aucune conclusion à cet égard. De 20 à 30 ans, nous avons cherché les moyennes; elles nous ont paru parfaitement semblables aux moyennes générales, c'est là le type en quelque sorte. De 30 à 40 ans, même analogie, tous nos chiffres sont ou semblables aux moyennes ou rentrent dans les limites comprises entre les maxima et les minima. La seule élévation constante est celle du chiffre de la cholestérine qui a presque doublé. De 50 à 66 ans qui est l'âge le plus élevé des individus qui ont fourni le sang dans l'état physiologique, nous constatons très peu de différence; la fibrine est cependant un peu diminuée, et la moyenne qui la représente n'est plus que de 2. La cholestérine est représentée par un chiffre aussi et même plus élevé que dans l'âge mûr.

La proportion de tous les autres principes est dans les limites de l'état normal.

2° Constitution. — Les résultats que nous avons obtenus sont presque nuls sous ce rapport, car les individus sains que nous avons saignés avaient, en général, une bonne constitution. Nous avons cependant cherché à dresser deux tableaux de moyennes, l'un comprenant des individus ayant une bonne et très forte constitution, les autres une bonne constitution également, mais moins forte. Ces deux tableaux ont donné des résultats qui n'ont offert entre eux aucune différence; les chiffres des moyennes, à quelques fractions près, ont été les mêmes. Malgré cette donnée, les chiffres que nous avons obtenus dans l'état de maladie nous permettent d'établir que quand la constitution est plus faible, le chiffre des globules diminue un peu et celui de l'albumine également, mais à un degré beaucoup moindre. En somme, le sang est moins riche en matériaux solides.

3° Alimentation. — L'alimentation exerce certainement sur la composition du sang une influence notable et que nous ne pouvons cependant déterminer ici, attendu que nos expérimentations ont porté sur des individus qui se nourrissaient bien il est vrai, mais comme des ouvriers, et tous d'une manière à peu près semblable. Pour déterminer cette influence, il faudrait examiner le sang d'un même individu un certain temps après qu'il aurait été soumis à un genre donné d'alimentation et que la même série d'expériences fût faite sur un certain nombre d'individus. Un tel travail est impossible vu la difficulté de trouver des sujets qui consentissent à se soumettre à cette longue série d'épreuves. Quant à la privation d'alimens, on peut apprécier son influence sur la composition du sang par l'analogie de ce qui se passe dans les maladies; cette analogie nous conduit à admettre que la diminution des alimens a pour effet de diminuer notablement la proportion des globules et un peu seulement celle de la plupart des autres principes et en particulier de l'albumine. Il n'y a d'exception que pour la cholestérine qui augmente ordinairement de quantité sous l'influence de la diète. Nous aurons, du reste, occasion de revenir sur ce fait remarquable en nous occupant de l'influence de la maladie. On a prétendu que la quantité de chlorure de sodium diminuait d'une manière notable toutes les fois qu'un individu était soumis à la diète, ou au moins à une diminution dans la quantité de ses alimens. C'est une proposition que nous ne croyons ni exacte ni fondée, car dans l'état de santé comme dans celui de maladie nous avons toujours trouvé extrêmement peu de variations dans la quantité de sel marin contenu dans le sang.

COMPOSITION DU SANG A L'ÉTAT NORMAL CHEZ LA FEMME.

Ainsi que nous l'avons fait pour les hommes, nous croyons devoir présenter ici un tableau fidèle et concis de l'histoire de huit femmes qui ont fourni le sang dont nous avons déterminé la composition.

Ces femmes étaient âgées : une de 22 ans, une de 25, une de 26, deux de 33, une de 36, une de 53 et une de 58. Elles exerçaient des professions diverses : une était blanchisseuse, une domestique, une giletière, deux couturières, deux femmes de ménage et une marchande. Sept annoncèrent qu'elles étaient à leur aise et ne manquaient de rien; une seule nous dit être dans des conditions contraires.

Sous le rapport de l'alimentation, nous pouvons établir que chez ces femmes comme chez toutes celles de la classe ouvrière à Paris, la nourriture est beaucoup moins substantielle que celle des hommes et que la plupart d'entre elles n'y joignent pas de vin.

La couleur de la peau se trouva être brune quatre fois, blanche quatre fois.

La constitution fut notée trois fois forte, cinq fois bonne, mais cependant un peu moins forte que dans les cas précédens.

Trois présentaient un embonpoint ordinaire, trois étaient grasses et deux maigres.

De ces huit femmes, une était mal réglée (celle de 22 ans), une ne l'était pas du tout (celle de 25 ans), quatre l'étaient très bien (celles de 26 à 40 ans); enfin deux avaient cessé de l'être (les deux de 50 à 60).

Quelques-unes de ces femmes avaient déjà été malades à une époque antérieure. D'autres ne l'avaient pas été; l'histoire de leurs antécédens sous ce rapport ne serait ici d'aucune utilité.

Les causes de la saignée dans ces 8 cas furent les suivantes :

4 fois par habitude et véritablement sans que rien semblât la nécessiter;

2 fois pour une céphalalgie locale, sans signe de pléthore;

1 fois pour l'aménorrhée;

1 fois pour un eczéma lichénoïde qu'elle portait au bras.

Voici maintenant les résultats que nous ont fournis les analyses de ces 8 saignées.

COMPOSITION DE 1000 GRAMMES DE SANG CHEZ LA FEMME SAINE.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Densité du sang défibriné	1057,5	1060	1054
du sérum	1027,4	1030	1026
Eau	791,1	773	813
Globules	127,2	137,5	113
Albumine	70,5	75,5	65
Fibrine	2,2	2,5	1,8
Matières extractives et sels libres	7,4	8,5	6,2
Matières grasses	1,620	2,860	1
Séroline	0,020	0,060	imp.
Matière grasse phosphorée	0,464	0,800	0,250
Cholestérine	0,090	0,200	0,025
Savon	1,046	1,800	0,725

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Chlorure de sodium	3,9	4,0	3,5
Sels solubles	2,9	3,0	2,5
Phosphates	0,354	0,650	0,250
Fer	0,511	0,575	0,486

Ces chiffres, comparés à ceux que nous a fournis l'analyse du sang normal chez l'homme, conduisent à quelques conclusions importantes. Observons d'abord que les chiffres donnés par les huit analyses sont un peu moins semblables les uns aux autres que ceux que nous avons obtenus chez l'homme, et que les limites comprises entre les *maxima* et les *minima* sont plus étendues. Il est difficile de dire la cause de ces différences individuelles; contentons-nous d'établir le fait, qui est incontestable et que nous verrons encore se reproduire dans les maladies.

La densité moyenne du sang défibriné est moins forte que celle de celui de l'homme; aussi le sang de la femme est-il en général moins riche en matériaux solides et contient-il plus d'eau.

La densité du sérum est, terme moyen, la même que chez l'homme.

La proportion de globules est moindre chez la femme que chez l'homme, et c'est surtout dans cette diminution que réside la différence fondamentale des deux espèces de sang. Le chiffre moyen des globules est 127, le

maximum 137, le minimum 113. Chez l'homme, nous avions eu 141 pour moyenne, 151 pour maximum et 131 pour minimum.

La proportion de fibrine est à peu près la même dans le sang de l'homme et dans celui de la femme.

La quantité d'albumine est la même dans les deux sexes.

La séroline s'y présente avec les mêmes caractères d'irrégularité.

La matière grasse phosphorée (cérébrine) y est à peu près en même quantité. Il en est de même de la cholestérine et des graisses saponifiées.

Chez la femme, de même que chez l'homme, la quantité de cholestérine croît à mesure que l'âge est plus avancé.

Le chlorure de sodium, les divers sels solubles, sont à peu près en même proportion dans les deux sexes.

Le poids du fer est, comme toujours, proportionnel à celui des globules.

L'influence de la menstruation sur la composition du sang de la femme est puissante et s'exerce surtout sur les globules; elle mérite de nous arrêter un instant. Voici ce qui ressort de l'analyse minutieuse des faits que nous possédons. Avant que la menstruation soit établie, le chiffre des globules est inférieur à la moyenne 127; si la menstruation ne s'établit pas bien, et tant qu'elle est incomplète et irrégulière, ce chiffre reste au-dessous de la moyenne; du moment que cette fonction est bien établie, il monte et varie alors entre 127 et 137; quand l'époque critique est arrivée et que la menstruation cesse, le chiffre redescend de nouveau; ainsi, dans un cas, nous le voyons à 113, dans un autre à 121, nous supposons toujours que la santé est bonne, et elle était telle dans les cas que nous avons recueillis. L'influence de l'âge est pour ainsi dire remplacée chez la femme par celle de la menstruation.

La constitution et l'alimentation exercent très probablement une influence sur la composition du sang, et c'est sans doute là qu'il faudra chercher la raison des nombreuses différences individuelles que nous avons signalées; les faits que nous possédons ne sont pas toutefois assez nombreux pour que nous puissions traiter ces questions et déterminer la valeur positive de ces influences.

DE SANG DANS LA GROSSESSE (1).

La grossesse exerce sur la composition du sang une influence notable qui peut s'exprimer ainsi : diminution des globules; diminution de l'albumine; augmentation légère de la fibrine et de la matière grasse phosphorée; augmentation de l'eau.

Pour déterminer d'une manière précise cette influence, nous avons analysé le sang dans 9 cas de grossesse déjà parvenue à une époque assez avancée et exempte de complication. Voici quels furent ces 9 cas; nous croyons utile de tracer ici le résumé rapide de leur histoire.

Les 9 femmes dont il s'agit étaient âgées : deux de 20 ans, deux de 22, une de 25, une de 27, une de 29, une de 34 et une de 41.

Cinq d'entre elles avaient une constitution forte et robuste, deux une constitution ordinaire, deux une faible constitution, d'apparence lymphatique.

Deux étaient brunes, deux avaient la peau blanche et fine, cinq présentaient une coloration ordinaire.

De ces neuf femmes, trois étaient grasses, deux maigres, quatre avaient un embonpoint médiocre.

Six d'entre elles étaient dans l'aisance, gagnant bien leur vie, se nourrissant bien et ayant un logement sain; une était moins aisée; deux étaient assez malheureuses.

Six d'entre elles avaient une excellente santé, si l'on en excepte les accidens de pléthore, pour lesquels elles se faisaient saigner; deux étaient un peu plus souffrantes; une enfin était à l'hôpital pour des douleurs vagues dans l'abdomen et une toux un peu ancienne, mais sans gravité.

Elles étaient arrivées à l'époque suivante de la grossesse : une à quatre mois; quatre à cinq mois; une à cinq mois et demi; une à six mois; deux à sept mois.

Toutes n'ont été saignées que parce qu'elles en sentaient le besoin et qu'il existait un véritable état pléthorique indiquant positivement l'émission sanguine.

Trois seulement de ces neuf femmes présentaient un bruit de souffle aux carotides; l'une était enceinte de cinq mois, les deux autres de sept.

(1) Nous plaçons ici l'examen du sang des femmes enceintes, parce que la grossesse est un état tout spécial et qu'on doit considérer comme le développement d'une fonction physiologique.

Voici maintenant quelle fut la composition moyenne du sang dans ces neuf cas. Indiquons seulement les moyennes générales, les *maxima* et les *minima*.

COMPOSITION DU SANG DANS LA GROSSESSE.

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Densité du sang défibriné	1051,5	1055,1	1046,2
— du sérum	1025,5	1026,8	1023,6
Eau	801,6		
Globules	111,8	127,1	87,7
Albumine	66,1	68,8	62,4
Fibrine	3,5	4	2,5
Matières extractives et sels libres	6,6	8,7	4,7
Matières grasses	1,922	2,519	1,158
Séroline	varia.	0,108	0,018
Matière grasse phosphorée	0,646	0,863	0,381
Cholestérine	0,061	0,225	0,030
Savon	1,195	1,323	0,737
SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.			
Chlorure de sodium	3,2	3,9	2,3
Sels solubles	2,4	2,8	1,8
Phosphates	0,425	0,690	0,282
Fer	0,449	0,490	0,370

On peut tirer de ce tableau les conclusions suivantes :

Dans un certain nombre de cas de grossesse, lorsqu'elle n'est pas encore avancée et qu'elle n'a exercé aucune influence bien sensible sur l'organisme, la composition du sang n'est point altérée; à mesure que la grossesse approche de sa terminaison, le sang est en général modifié.

Voici quelles sont les altérations qu'il éprouve :

Diminution de la densité du sang défibriné et de celle du sérum.

Augmentation de proportion de l'eau.

Diminution très notable des globules. (Moy. 112,6.)

Augmentation peu considérable de la fibrine.

Diminution de l'albumine du sérum.

Augmentation de la matière grasse phosphorée, que nous verrons en général plus abondante lorsque le sang s'appauvrira.

Conservation de la proportion normale de la cholestérine, ou même diminution. (Il y eut un cas où elle monta au chiffre considérable 0,225, mais ce fut chez une femme alitée, à la diète, et présentant une constipation opiniâtre.)

Nul changement dans les sels calcaires.

La moyenne des trois cas dans lesquels on observa le bruit de souffle ne s'est pas sensiblement éloignée de la moyenne générale : le chiffre des globules est seulement un peu plus bas (105 au lieu de 112) et la matière phosphorée plus abondante (0,724 au lieu de 0,652).

Ajoutons, avant de terminer, que toutes ces femmes enceintes, bien que présentant un sang appauvri et notablement modifié, n'en étaient pas moins toutes pléthoriques; toutes se plaignaient de céphalalgie, de vertiges, de tintemens d'oreilles; il y avait chez quelques-unes somnolence, alourdissement général, et toutes enfin ont été notablement soulagées par la saignée. Ce fait remarquable sera du reste développé plus tard, et confirmera le principe que nous établissons dès à présent, savoir : que, quelle que soit la composition du sang, qu'il soit riche ou pauvre en globules, il peut y avoir aussi bien dans l'un et l'autre cas pléthore ou anémie. Faisons enfin observer que ces modifications du sang, plus fortes vers la fin de la grossesse qu'au commencement, doivent être invoquées pour expliquer certains phénomènes de l'état puerpéral.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les nos d'avril, mai et juin 1844, contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Doutes sur la guérison de l'entropion par la myotomie sous-cutanée*; par M. Malago. (Les doutes de l'auteur ne se fondent que sur des considérations théoriques. Les faits de MM. Cunier, Pétrequin, Neumann et Cappelletti, prouvent que cette opération réussit quand on la pratique dans les cas où elle est réellement indiquée. Le procédé que M. Malago emploie, de préférence à celui-ci, consiste dans l'excision

d'une portion de la peau de la paupière faite après avoir préalablement placé des fils qui servent ensuite à coudre les lèvres de la plaie.) 2° *Rapport sur les sujets pellagreux de l'un et de l'autre sexe soumis au traitement par les bains, à l'hôpital Majeur de Milan pendant l'été 1843*; par M. Calderini. 3° *Sur les propriétés de l'ergot des graminées*; par M. Parola. 4° *Extirpation de toute la mâchoire inférieure par les incisions sous-cutanées*; par M. Signoroni. 5° *Quelques observations extraites du catalogue des préparations anatomo-pathologiques faites à l'hôpital de Codogno*; par M. Ciniselli. 6° *Méthode rationnelle pour la guérison de l'hydrophobie*; par M. Toffoli. (Quand, sur le moment de la morsure, il a été impossible de cautériser, il faut laver longtemps la partie, la tenir plongée dans l'eau, débrider même la plaie et la faire saigner pour mieux en exprimer le virus. Plus tard la région mordue devient douloureuse, signe qui ordinairement précède et annonce l'apparition des premiers symptômes. L'auteur pense qu'on peut encore espérer de sauver le malade; mais pour cela le chirurgien s'armant du fer doit se décider à cautériser profondément la partie, ou même, selon les cas, à l'amputer.) 7° *De la chute et de la reproduction des poils des ongles et de l'épiderme dans les fièvres typhoïdes et dans d'autres affections*; par M. Facen. 8° *Relation de quelques opérations obstétricales et réflexions sur l'accouchement forcé à sept mois comme moyen à tenter dans les cas graves d'apoplexie de la mère*; par M. Pellegrini Giuseppe. (L'auteur cite un cas où il a opéré ainsi avec un plein succès.)

RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DE LA PELLAGRE PAR LES BAINS; par M. CARL. CALDERINI.

Ce rapport porte sur 352 malades. Pendant l'été 1843, les sujets pellagreux des provinces de Milan, de Côme et de Pavie furent dirigés sur l'hôpital Majeur de Milan. Reçus en deux fois différentes, les uns, les 2, 3 et 4 juillet, les autres, les 30, 31 juillet et 1er août, ils furent tous soumis au traitement par les bains; et le 20 août, tous guéris ou non guéris avaient quitté l'hôpital.

Le traitement consista surtout en bains d'une heure de durée, à la température de 27 à 28 degrés. On les donnait quotidiennement, excepté les jours trop froids ou pluvieux. Durant ce temps l'alimentation était abondante, et l'on avait également soin de remplir les indications accessoires qui se présentaient chez quelques individus.

Avant de donner le résultat général de ce traitement, il importe de faire remarquer, et cela d'après M. Calderini lui-même, qu'on n'admit à l'hôpital que les malades assez robustes encore pour pouvoir se tenir debout et marcher, et que l'on refusa au contraire les individus affaiblis, affectés d'anasarque, de toux, de diarrhée considérable ou de délire.

Sur 352 malades, 160 sortirent guéris en apparence, 118 avaient éprouvé une grande amélioration; 51 n'en avaient reçu qu'une légère, et 23 ne gagnèrent rien au traitement.

D'après les observations qu'il a pu faire sur un nombre aussi considérable de faits, M. Calderini conclut :

1° Que les bains agissent d'autant plus efficacement qu'on en réitère l'emploi tous les ans;

2° Qu'ils guérissent d'autant plus sûrement que l'individu est plus jeune;

3° Qu'une seconde condition pour le succès du traitement est le peu d'ancienneté de la maladie;

4° Que, toutefois, les chances pour la guérison par ce moyen sont plutôt en rapport avec le jeune âge du sujet qu'avec le peu d'ancienneté de la maladie.

L'auteur, abordant ensuite quelques autres points de l'histoire de la pellagre, fait observer qu'un grand nombre des sujets qui se sont présentés à lui atteints de cette affection avaient eu la fièvre intermittente. L'apparition de la pellagre chez les individus antérieurement affectés de ces fièvres avait été niée par quelques médecins.

Quant à ses causes, il regarde la maladie comme héréditaire. Ce que les parens pellagreux transmettent à leurs enfans n'est pas seulement, selon lui, une disposition, c'est un germe que les conditions spéciales d'alimentation, d'habitation et d'aération développent ensuite, à titre de causes excitantes spéciales.

La pellagre ne serait-elle point une émanation de la syphilis? C'est là une hypothèse vers laquelle l'auteur incline, bien qu'à ses yeux, il le dit fort sagement, elle paraisse loin d'être complètement démontrée. Comme argumens capables de la rendre plus vraisemblable, il cite plusieurs épidémies qui ressemblaient à la pellagre et dans lesquelles on a constaté la nature syphilitique de la maladie. Dans la délibération du 6 mars 1578, où sont fixées les conditions d'admission des pellagreux à l'hôpital de Milan, on lit que, à cette époque, les sujets atteints de pellagre présentaient des croûtes, des gourmes et des plaies; lésions qui sont les symptômes caractéristiques de la syphilis. D'un autre côté, Astruc décrit, au nombre des accidens vénériens, un état morbide de la peau qui a la plus grande analogie avec celui qu'on observe dans la pellagre. La faculté de rester assoupie quelques années, et la tendance à se réveiller surtout au printemps, sont encore deux propriétés communes à la pellagre et à la syphilis. Enfin, M. Calderini donne comme dernière preuve ce fait que, chez plusieurs des pellagreux admis cette année au traitement par les bains, il a remarqué un grand nombre de phénomènes très susceptibles d'être rapprochés de ceux qui forment le tableau de la syphilis. Tels sont les ulcérations de la bouche, les excoriations aux angles et sur le bord des lèvres, la stomatite, l'état fongueux des gencives, la fétidité de l'haleine, la salivation (symptôme très fréquent), la carie ou l'absence de plusieurs dents, l'ozène, la voix nasonnée, les ragades d'aspect livide aux doigts et aux orteils, les ulcérations aux parties génitales, un sentiment d'ardeur en urinant; chez les femmes, les leucorrhées, la stérilité, la disposition à l'avortement. Zanetti, du reste, avait déjà, en 1755, traité avec succès des cas de pellagre par le mercure.

SUR LES PROPRIÉTÉS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; par M. PAOLA.

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs le commencement de ce travail. L'auteur, poursuivant le cours de ses recherches expérimentales et cliniques, s'efforce, dans le présent article, de déterminer en quoi les effets du seigle ergoté varient selon qu'on administre ce médicament à une époque plus ou moins avancée de la grossesse. Voici un précis des expériences qu'il a faites sur ce point.

EXP. I. — Deux lapines s'accouplèrent le même jour avec un mâle vigoureux; elles furent immédiatement marquées, l'une du n. 43, l'autre du n. 44. Vers la moitié du temps de leur gestation, on fit prendre au n. 44 (celle qui avait le ventre le plus développé), 30 grains de seigle ergoté par jour. Mais au bout de quatre jours, la difficulté de lui faire avaler cette poudre obligea d'y substituer trois grains de résine extraite de la même substance. (L'efficacité de cette résine avait préalablement été éprouvée par l'auteur sur d'autres animaux.) Pendant neuf jours on en continua l'usage; au bout de ce temps, elle mit bas quatre petits moins volumineux et plus maigres que ces animaux ne le sont d'ordinaire, et d'un développement évidemment imparfait. Deux d'entre eux moururent le jour d'après; les deux autres périrent le cinquième jour, ne trouvant pas de lait dans les mamelles de leur mère, laquelle, cependant, avait déjà nourri heureusement plusieurs autres portées.

EXP. II. — Le 20 mai 1843, M. Parola marqua trois lapines des n. 45, 46 et 47. La première était grosse de quinze à dix-huit jours, c'est-à-dire qu'elle était parvenue un peu au-delà du milieu de la gestation. Les deux autres étaient grosses de douze à quinze jours.

Le n. 45 fut soumis pendant douze jours à l'usage quotidien de 4 grains de résine d'ergot. A ce terme, elle mit bas cinq petits maigres et qui ne semblaient pas être arrivés à leur plein développement; et, de fait, ils moururent en quelques jours.

Le n. 46 prit pendant huit jours la même dose du médicament. Alors l'animal devint paresseux, sans appétit, froid aux extrémités et tremblant de tout le corps. Dans cet état, il fut sacrifié en même temps que le n. 47, qu'on avait laissé sans lui donner aucun remède, pour le faire servir de terme de comparaison.

De l'autopsie de ces deux animaux, il résulta: 1° que le poids du n. 46, lequel surpassait celui du n. 47 avant le commencement de l'expérience, était devenu moindre; 2° chez le n. 47, les artères utérines étaient plus développées, le tissu utérin était plus turgescent, plus rouge; et les parois du viscère plus denses et plus vasculaires; 3° les placentas étaient plus volumineux, plus imprégnés de sang, et le tissu cellulo-spongieux qui couvre leur face externe fut trouvé plus consistant et adhérent aux parois utérines; 4° les fœtus étaient gros, vivaces et bien développés. Six heures après leur extraction de la mère, ils étaient encore vivans; 5° tout au contraire, chez le n. 46, l'état comparatif de l'utérus, de ses artères ainsi que des placentas, dénotait un degré beaucoup moins avancé de grossesse. Les petits étaient maigres, chétifs et ils moururent en six heures.

Ces expériences, dit M. Parola, nous montrent clairement les deux effets opposés que peut produire le seigle ergoté. Quand on l'administre au commencement de la grossesse, il en allonge le cours et le moment de l'accouchement est retardé. Si, au contraire, on le donne à une période plus avancée, il provoque l'avortement.

EXTIRPATION DE TOUTE LA MACHOIRE INFÉRIEURE PAR LES INCISIONS SOUS-CUTANÉES; par M. SIGNORONI.

Nos lecteurs connaissent déjà ce nouveau mode opératoire dont nous leur avons, dans le temps, rapporté le premier cas d'application. (Voyez *Gaz. Méd.* 1842, p. 509.) Le fait que publie aujourd'hui M. Signoroni est beaucoup plus remarquable; car il s'agit de l'ablation de la mâchoire inférieure en totalité, opération dont plusieurs auteurs avaient contesté même la possibilité, malgré le fait de ce genre qu'on doit à Walther. M. Signoroni ne donne que fort peu de détails sur la maladie qui a nécessité cette

amputation. Nous nous bornerons donc à indiquer, d'après lui, le manuel suivi dans ce cas, renvoyant pour la description des nouveaux instrumens qu'il a employés à ce que nous en avons dit dans notre première analyse. (V. loc. cit.)

OBS. — Le malade assis sur une chaise, la bouche ouverte et les mâchoires aussi écartées que possible, la surface de la cavité buccale bien nettoyée des mucosités, on procéda ainsi :

PREMIER TEMPS. — DÉNUDATION DE LA MACHOIRE. Avec son scalpel en forme de petite hache, M. Signoroni pratiqua une incision à la muqueuse dans le point qui unit la paroi buccale à la partie externe de la mâchoire et tout le long du corps de celle-ci. Une autre incision semblable, et parallèle à la première, fut faite en dedans de la base de la mâchoire. En passant le doigt indicateur autour de l'os cerné par ces deux incisions, on parvint à le séparer de tous les tissus fibreux et aponévrotiques adhérens à sa surface. Alors, reprenant le scalpel, le chirurgien fit une incision à la muqueuse, le long du bord antérieur de la branche verticale du côté gauche, puis, avec le doigt introduit dans cette solution de continuité, et poussé de vive force sur les côtés de l'apophyse, il opéra la séparation des tissus qui y adhèrent, et compléta par là l'isolement de l'os.

DEUXIÈME TEMPS. — RÉSECTION DE LA MACHOIRE. Avec ses ciseaux ossivores à bec de grue, l'auteur divisa le corps du maxillaire dans le point où il s'unit avec la branche droite. Cette section fut facilitée par l'état de mollesse que la maladie avait donné au tissu osseux.

TROISIÈME TEMPS. — DÉSARTICULATION DE LA MACHOIRE. L'opérateur saisit alors par ses faces latérales la branche de la mâchoire au moyen d'une sorte de tenaille à mors très allongés. En la serrant ainsi près du col, il lui fit successivement exécuter, en la tirant tour à tour en sens différens, d'abord une luxation en avant, puis une luxation en dehors, et enfin une luxation en dedans. Grâce à ce dernier déplacement que les deux précédens avaient rendu possible, l'os se trouva, de ce côté, détaché de tous les liens qui le retenaient dans la cavité glénoïde. Il ne restait plus qu'à extraire par la bouche la pièce osseuse ainsi isolée; ce dernier temps s'accomplit avec la plus grande facilité, et permit de voir quel la maladie avait converti l'os en une substance sarcomateuse. Pour prévenir le renversement en arrière de la langue et les accidens qui en résultent, on passa au travers de son tissu une anse de fil que l'on maintint autour du cou.

M. Signoroni se proposait de compléter l'opération en séparant la branche droite de la même manière que la gauche venait de l'être. Mais, quoiqu'il n'y eût eu aucune hémorrhagie importante, le patient tomba en syncope, et cet accident se prolongea au point qu'on jugea prudent de remettre à un autre moment la fin de l'opération.

Les suites furent aussi simples que possible. La réaction traumatique tant locale que générale ne fut de nature à exiger ni évacuation sanguine, ni médication énergique d'aucune espèce. Le huitième jour, le plancher de la bouche ayant repris ses adhérences avec les parties voisines, on put enlever le fil qui retenait la langue. A cette époque, le malade se trouvait très bien; il pouvait avaler et articulait assez nettement. On crut alors le moment arrivé de terminer entièrement l'opération; ce qu'on exécuta en séparant et enlevant la branche droite de la même manière qu'on avait procédé du côté gauche. Ce dernier temps fut même plus aisé, soit parce que le segment osseux auquel on avait affaire était plus mobile, soit parce que la cavité buccale, débarrassée de la tumeur ostéo-sarcomateuse, se prêtait alors plus librement à l'exploration et aux manœuvres nécessaires. Les conséquences de cette seconde opération furent aussi simples que celles de la première; il n'y eut (c'est l'auteur qui parle) aucune trace de suppuration.

Le 27 septembre 1842, le malade fut présenté à la sous-section de chirurgie du congrès de Padoue. La difformité s'effaça presque complètement par la suite. Grâce à une effusion de lymphe concrescible, qui donna aux parties de l'épaisseur et de la consistance, la dépression du menton et des joues se combla à souhait. A peine la lèvre inférieure paraissait-elle un peu pendante, comme elle l'est chez les individus qui ont perdu leurs dents.

Le sujet continua pendant quelques mois encore à jouir du bienfait de l'opération. Il était même retourné dans son pays. Mais au bout de neuf mois, M. Signorini apprit qu'il avait succombé à une *reproduction de l'affection cancéreuse dans le temporal gauche.* Aucun autre détail n'est donné sur la nature et la marche de cette récidive.

Après cette intéressante observation, M. Signoroni fait ressortir les avantages de son procédé. Il s'attache surtout à montrer la supériorité du moyen par lequel il isole avec le doigt l'os des parties qui lui sont adhérentes. Cette sorte de *décortication* prévient, selon lui, l'hémorragie et la réaction nerveuse et inflammatoire.

— M. Signoroni consacre la dernière partie de son mémoire à la réfutation des critiques que nous suggéra son premier travail, critiques qui, comme il le déclare, lui semblent *tout-à-fait injustes.* Nous voudrions pour beaucoup pouvoir souscrire à ce jugement, quelque défavorable qu'il nous soit; car le procédé dont il est ici question a réellement sur les autres l'immense avantage d'être moins dangereux en lui-même. Mais le motif même qui nous ferait aller avec joie au devant d'une rétractation nous oblige impérieusement à persister dans nos premières conclusions: car entre une opération cruelle qui guérit et un moyen plus doux qui laisse le salut du malade incertain le chirurgien ne doit pas hésiter. Or, ce dernier caractère, nous l'affirmons de nouveau, le procédé du professeur de Padoue le présente bien manifestement.

Le grand reproche que nous avions formulé contre cette opération, c'est qu'elle ne permet pas de reconnaître jusqu'à quel point les tissus adjacens à la mâchoire ont participé au cancer, et qu'elle expose par conséquent à laisser en place des germes assurés de reproduction du mal. Que répond à ceci M. Signoroni? « Qu'il n'a pas proposé son opération sous-cutanée contre le cancer des parties molles, mais bien et seulement contre celui de l'os; que le chirurgien doit, avant de l'entreprendre, s'être assuré de l'intégrité des tissus adhérens à la mâchoire; qu'alléguer contre son opération la possibilité de l'extension du cancer aux parties voisines, c'est donc sortir du sujet; que, en effet, avec une telle manière de raisonner, on serait à aussi juste titre conduit à proscrire toutes les résections des extrémités articulaires. » Nous avons quelque peine à comprendre comment un chirurgien du mérite de M. Signoroni peut nous accuser sérieusement d'être sortis du sujet, quand lui-même abandonne la *question pratique* aussi évidemment qu'il le fait ici. Qu'importe qu'il ait spécifié que son procédé ne convient que dans le cas de maladie bornée à l'os, s'il est presque toujours impossible au chirurgien de reconnaître avec certitude les cas où cette limitation existe. Ce n'est point ainsi (nous le disions en 1842 à ce même sujet, et rien ne nous force à changer aujourd'hui de langage) que se posent les indications en médecine opératoire; si, sur le cadavre, il est aisé de déterminer par la dissection les bornes où s'arrête l'affection cancéreuse, sur le vivant et avant l'opération, au contraire, on ne peut jamais être sûr de les préciser avec assez de rigueur pour être autorisé à faire, d'après cette espèce de diagnostic, le choix d'un procédé qui se trouvera nécessairement insuffisant et fatal si le diagnostic n'a pas été juste.

Le professeur italien sent si bien la portée de cette objection, que plus loin il prétend (avouant implicitement qu'elle va droit au sujet), que son opération *sous-cutanée* permet bien mieux que les procédés usuels de juger de l'état sain ou cancéreux des parties molles, parce que dans ceux-ci les tissus sont couverts par le sang qui vient masquer leur aspect. Mais dans l'amputation sous-cutanée, quelque légère que l'on veuille bien supposer l'hémorrhagie, les incisions pourtant ne se font pas à sec, que nous sachions! Aussi ne citons nous ici cette observation de l'auteur que pour montrer qu'il a bien saisi toute la valeur de notre critique. Ceci ressort de l'insistance même qu'il met à la faire regarder comme exempte de fondement. Un chirurgien habile, dit-il encore ailleurs, n'extirpe-t-il pas, dans des régions presque hors de la portée de la vue, les polypes du pharynx et les amygdales?... Nous le confessons sans conteste; mais M. Signoroni voudra bien à son tour nous concéder que le danger de laisser en place une partie des tissus malades n'est point du tout le même que quand il s'agit de l'affection cancéreuse!

Il est positif, et nous le reconnaissons volontiers, que l'application de ce mode opératoire n'a pas été suivie d'hémorragie grave, et que les suites immédiates comme opération en ont été assez heureuses. Mais, d'un côté, il est reconnu que l'amputation des mâchoires par le procédé ordinaire, *à ciel découvert*, est généralement remarquable aussi par le peu de gravité des symptômes consécutifs. D'autre part, dussions-nous être taxés d'exagération par le très honorable professeur de Padoue, nous déclarerons franchement que cette bénignité extrême, de même que l'habileté surprenante dont il a fait preuve dans ce cas, ne seraient à nos yeux que des motifs pour nous tenir et pour mettre nos lecteurs plus fortement en garde contre l'adoption, au rang de méthode générale, d'une opération dont l'apparente innocuité est compensée en réalité par tant de chances funestes; tant est enracinée en notre esprit la foi en ce précepte que, dans l'extirpation des tumeurs cancéreuses, tout dans le manuel opératoire doit être absolument subordonné à l'ablation exacte des tissus malades ou menacés de maladie!

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE.

RECHERCHES SUR LE SANG.

M. ANDRAL lit, en son nom et celui de M. Gavarret, son collaborateur, un nouveau mémoire sur les altérations du sang. (Nous publierons plus tard un extrait de ce travail.)

M. DUMAS présente un travail sur le même sujet, de MM. Becquerel et Rodier, ayant pour titre : RECHERCHES RELATIVES A LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE. (Nous publions ce travail en entier. — Voir ci-contre la première portion.)

M. Dumas, en rendant compte du contenu de ce travail, dit que les auteurs ont eu recours à la méthode d'analyse dont MM. Andral et Gavarret ont fait usage dans leurs recherches sur le même sujet, méthode qu'il a lui-même indiquée le premier. Ils ont expérimenté comparativement le procédé proposé par M. Figuier (de Montpellier), et, bien que ce procédé ait des avantages réels, il leur a paru, en définitive, moins sûr que celui qu'ils ont adopté.

Le travail que MM. Becquerel et Rodier présentent à l'Académie est destiné au concours pour le prix Montyon.

M. Roux demande la parole sur cette communication. Je suis surpris, dit-il, que les auteurs n'aient point fait mention d'une circonstance qui me paraît devoir modifier puissamment l'état du sang ; je veux parler des hémorragies. J'ai souvent eu l'occasion de remarquer qu'à la suite des hémorragies le sang perd beaucoup de sa consistance et de sa coagulabilité. J'aurais désiré que les auteurs du travail eussent jeté quelques lumières sur cette circonstance.

M. Dumas répond que cette circonstance a été prise en considération par les auteurs et qu'ils en ont fait l'objet de recherches spéciales. Il cite le passage textuel du mémoire qui répond à la question de M. Roux.

M. Andral rappelle que le genre d'influence dont parle M. Roux a été noté par lui-même. Il n'est pas exact, dit-il, que le sang devienne moins coagulable à la suite des hémorragies. La coagulabilité dépend de la proportion de la fibrine et non de celle des globules. Or, à la suite des saignées abondantes, ce sont les globules seuls qui diminuent; la fibrine reste toujours dans la même proportion.

M. Roux insiste sur la question à l'égard de laquelle il déclare conserver les mêmes doutes. M. Andral, ainsi que les auteurs du mémoire, ont analysé le sang obtenu par des saignées artificielles ; or, il croit qu'il y a une distinction à faire à cet égard entre les saignées artificielles et les hémorragies spontanées.

ORGANISATION DU FOIE DES ANIMAUX MAMMIFÈRES ET DE L'HOMME.

M. Natalis Guillot communique à l'Académie le résultat de recherches qu'il a entreprises sur l'organisation du foie des animaux mammifères et de l'homme. Ayant réussi à faire pénétrer des liquides diversement colorés dans les quatre ordres de vaisseaux du foie, jusqu'à l'extrémité des ramuscules les plus déliés, il lui a été possible d'étudier les rapports mutuels des divisions ultimes des veines hépatiques, de l'artère hépatique, de la veine porte et des vaisseaux biliaires. L'état de perfection des pièces anatomiques qu'il conserve permet de vérifier l'exactitude des conclusions suivantes :

1° Il n'existe aucune anastomose entre les troncs des vaisseaux des différens ordres ramifiés dans la substance du foie. Ce n'est que par les extrémités de leurs divisions les plus fines que les vaisseaux sanguins de l'organe sécréteur de la bile peuvent communiquer les uns avec les autres.

2° Les veines hépatiques se terminent en un nombre infini de canaux de l'ensemble desquels résulte une sorte de houppe de dimensions et d'aspect variables dans les différentes espèces animales.

Les canaux sont régulièrement abouchés les uns avec les autres. Les extrémités des veines hépatiques constituent par les anastomoses mutuelles de ces canaux un tissu dans lequel les conduits veineux circonscrivent des espaces polygonaux réguliers.

C'est autour de ce tissu que sont disposées dans chaque granulation hépatique, les divisions ultimes de la veine porte ainsi que celle de l'artère hépatique et des conduits biliaires.

C'est dans l'épaisseur de ce tissu que se terminent les extrémités de l'artère hépatique et de la veine porte après s'être comportées de la manière suivante.

3° Les ramifications les plus ténues de l'artère hépatique se divisent avant leur terminaison en un très grand nombre de petits rameaux à la superficie des canaux biliaires. Elles entourent principalement ceux des conduits dont l'exiguité est la plus grande.

4° Les dernières divisions de la veine porte ne parviennent au tissu formé par les veines hépatiques qu'après avoir été en contact avec les conduits biliaires et avoir parcouru l'épaisseur des amas plus ou moins considérables de ces conduits.

5° Les conduits biliaires que M. Guillot a pu seul injecter jusqu'à leurs divisions les plus minimes environnent, soit d'un réseau, soit de touffes épaisses toute la superficie de chacune des houppes des veines hépatiques et offrent avec la veine porte les rapports suivans.

Toutes les ramifications ultimes de ces conduits biliaires se répandent sur la superficie de chacun des ramuscules de la veine porte. Le premier ordre de ces vaisseaux environne et couvre le second autour des divisions duquel il se répand. Ces conduits biliaires agglomérés à la surface des dernières ramifications de la veine porte ne se terminent que lorsque cette veine s'abouche dans l'un des points de la circonférence de la houppe formée par les veines hépatiques dans chaque granulation du foie.

D'après cette disposition les conduits biliaires concourent à former avec l'artère hépatique un double réseau des conduits disposés tout autour des derniers rameaux de la veine porte.

6° Les vaisseaux biliaires, après avoir parcouru en s'étendant en flocons et en rameaux multipliés toute la circonférence des ramuscules les plus fins de la veine porte, se réunissent en canaux d'un volume considérable dont les dispositions offrent des variétés nombreuses. Tantôt ces canaux aboutissent à de simples troncs qui conduisent la bile au-delà du foie, tantôt ils se terminent à des espèces de sinus qui environnent chaque granulation hépatique. C'est alors de ces sinus que naissent les conduits excréteurs plus volumineux.

M. Guillot annonce qu'il soumettra plus tard à l'Académie l'ensemble du travail qu'il a entrepris sur ce sujet.

DE LA NATURE DES CORPS JAUNES ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA FÉCONDATION.

M. Raciborski envoie un nouveau travail sur ce sujet. Il regarde aujourd'hui l'opinion des auteurs qui placent le siége des corps jaunes en dehors de la membrane propre des follicules comme entièrement dénuée de fondement. Il n'y a pas, dit-il, le moindre doute pour nous que les corps jaunes sont le résultat de modifications éprouvées par la membrane interne des follicules. Cependant, au lieu d'attribuer la formation des corps jaunes presque exclusivement à la rétraction de la membrane fibreuse de l'ovaire et au plissement consécutif de la tunique interne des follicules, M. Raciborski les regarde, d'après ses nouvelles recherches, comme étant dus en grande partie à une véritable hypertrophie concentrique de la couche granuleuse qui recouvre la tunique interne.

La transformation de la tunique interne en corps jaune commence aussitôt que l'ovule est arrivé à la maturité et que le follicule de Graaf s'apprête à lui livrer passage au dehors.

Aussitôt que le follicule est rompu, la transformation en question acquiert une grande activité. Mais ici, il y a deux différences capitales à établir, selon que l'expulsion de l'ovule a été accompagnée ou non de fécondation. Chez la plupart des femelles d'animaux, comme chez la truie, la vache, la brebis, etc., cette différence n'existe pas, et, que la femelle ait eu ou non des rapports avec le mâle, l'expulsion des ovules est toujours suivie de la formation de corps jaunes complets représentés par des masses pleines ayant la consistance et l'aspect légèrement grenu du foie, offrant des nuances variées, selon les genres d'animaux. Chez les femmes, les choses ne se passent plus de la même manière. Toutes les fois que l'expulsion de l'ovule n'a pas été suivie de conception, comme cela arrive par exemple après chaque époque menstruelle, alors les élémens de la couche granuleuse augmentent, il est vrai, en nombre et en volume ; mais cette hypertrophie ne tarde pas à s'arrêter et reste à l'état de membrane d'un jaune plus ou moins clair qui se trouve en contact direct avec le caillot de sang, et plus tard avec les débris du sang, se présentant sous l'aspect d'une matière d'un gris ardoisé, au-dessous de laquelle on ne manque jamais de retrouver la membrane jaune ou le corps jaune incomplet resté à l'état de membrane.

Toutes les fois, au contraire, que l'expulsion de l'ovule coïncide avec la fécondation, les élémens de la couche granuleuse se multiplient avec une telle rapidité qu'en très peu de temps ils forment déjà un corps plein qui obstrue entièrement la cavité vésiculaire. Celle-ci ne laisse bientôt après elle d'autres traces qu'un petit espace blanchâtre en forme de trapèze composé de tissu cellulo-fibreux situé au milieu de la masse jaune du *corpus luteum*, et auquel il envoie plusieurs prolongemens qui se perdent dans son épaisseur.

En résumé, la différence qu'on a voulu établir entre les corps jaunes, selon qu'ils provenaient d'une expulsion périodique des ovules ou qu'ils succédaient à la fécondation, ne peut pas être admise chez la plupart des femelles d'animaux. Chez la femme, l'expulsion mensuelle des ovules possède, il est vrai, ses caractères propres qui n'appartiennent qu'à elle, et qui la distinguent facilement des caractères appartenant à la fécondation ; mais il n'en est pas moins vrai que, de chaque côté, ces caractères se trouvent appuyés sur l'existence d'un même phénomène, à savoir : l'hypertrophie concentrique de la couche granuleuse.

M. Serres demande à faire quelques observations à l'occasion de cette communication. Il a, dit-il, cherché à vérifier quelques-uns des points traités dans le mémoire qui vient d'être communiqué, et il n'a pas trouvé les résultats annoncés par l'auteur. J'ai eu tout récemment, ajoute-t-il, l'occasion de faire l'autopsie de deux jeunes filles mortes dans mon service pendant la période menstruelle, et j'ai cherché en vain l'ovule roulant dans les trompes dont parle M. Raciborski.

OSSEMENS HUMAINS DE LA CARRIÈRE DE PANTIN.

M. Lassaigne fait part à l'Académie des recherches auxquelles il s'est livré pour déterminer l'origine probable des ossemens prétendus fossiles trouvés à Pantin. Il résulte de l'analyse comparative que M. Lassaigne a faite de ces ossemens et d'ossemens de cadavres inhumés en 1814, que la composition des uns des autres est à peu près identique. Les os du squelette de Pantin renferment environ un tiers de la proportion de tissu fibreux qui existe dans les os humains frais; les ossemens enterrés en 1814 en contiennent moitié; d'où l'auteur conclut avec raison que ces ossemens ne sont nullement fossiles, ainsi qu'on l'avait cru.

MOLLUSQUES MARINS.

M. d'Orbigny lit un travail ayant pour titre : Recherches sur les lois qui président à la distribution géographique des mollusques marins côtiers.

PANSEMENT DES PLAIES PAR OCCLUSION.

M. J. Guérin met sous les yeux de l'Académie un appareil en baudruche qu'il a imaginé depuis quatre ans pour réaliser la cicatrisation des plaies par l'occlusion de leurs surfaces, et les ramener ainsi aux conditions des plaies sous-cutanées. L'Académie pourra ainsi se convaincre, dit-il, qu'il ne s'agit point, comme on l'a dit, de ventouses qui exposent, par une diminution de la pression atmosphérique, à des hémorragies et autres inconvéniens analogues, mais bien d'une membrane éminemment souple, flexible, qui obéit, au contraire, à la pression atmosphérique, et s'applique, en vertu même de cette pression, sur les surfaces auxquelles elle est destinée à servir de peau artificielle.

— M. Reveillé-Parise fait hommage à l'Académie de l'ouvrage qu'il vient de publier, intitulé : Études sur l'homme dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

M. Flourens, en présentant cet ouvrage au nom de l'auteur, énumère les prin-

cipaux mémoires dont il se compose et signale à l'attention de l'Académie la supériorité de vues, l'esprit et l'élégance avec lesquels y sont traités une foule de sujets de philosophie médicale, de médecine pratique, d'hygiène, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Velpeau.

La parole est à M. J. Guérin.

M. J. GUÉRIN : L'attention avec laquelle l'Académie a bien voulu écouter mes premières explications m'est un sûr garant qu'elle en a parfaitement compris le caractère et la portée. Je n'aurais rien eu à y ajouter, si, dans sa réplique, M. le rapporteur ne s'était efforcé de donner à mes paroles et à certains faits une signification qu'ils n'ont pas et qu'ils ne peuvent avoir. Mon unique but est donc de rétablir en très peu de mots les bases réelles de la discussion.

J'ai dit que les 24 cas allégués par l'auteur du mémoire n'avaient pas été empruntés aux 57 cas de traitemens déterminés de mon relevé, mais qu'ils portent indistinctement sur la totalité des 155 cas. Je l'ai prouvé en démontrant, d'une part, que la plupart des cas élagués par l'auteur du mémoire n'étaient pas des cas de déviation de l'épine, et, de l'autre, que la plupart de ses 24 cas appartenaient, au contraire, à la catégorie des 98, c'est-à-dire des traitemens incomplets, inachevés, ou à la catégorie des sujets traités, mais qui n'avaient pas été revus depuis leur sortie de l'hôpital. L'Académie voudra bien se rappeler que les preuves de cette dernière assertion ont été empruntées textuellement à l'auteur du mémoire. Qu'a fait M. le rapporteur pour sortir de cette difficulté? Il a répondu deux choses :

1° Que les 24 malades ayant été pris parmi les 41 ou 42 sujets du service même de l'hôpital, ils avaient été choisis nécessairement parmi les sujets traités.

2° Que, parmi les 24 sujets cités par l'auteur du mémoire, la commission n'en ayant trouvé aucun qui fût complètement redressé, elle avait dû admettre l'exactitude des assertions et des inductions de l'auteur du mémoire. Voici ma réponse à ces deux propositions :

Premièrement : je n'ai fait, et il ne doit être fait aucune distinction entre les malades opérés dans le service de l'hôpital et ceux opérés et traités à la consultation; il y a eu dans les deux catégories des traitemens complets et des traitemens incomplets, des sujets qui n'avaient pas encore achevé leur traitement et des sujets qui n'ont pas voulu l'achever; enfin, des sujets qui, n'ayant point été revus après leur traitement, n'ont pu donner lieu à une catégorisation certaine de résultats. Voilà la vérité! et plusieurs des faits que j'ai signalés parmi les 24 du mémoire, quoique fournis par le service de l'hôpital, sont évidemment dans ce cas. L'Académie le comprendra aisément, si elle veut bien remarquer qu'il ne s'agit pas ici de maladies, mais de difformités qui peuvent aussi bien être traitées à la consultation que dans le service de l'hôpital. Les personnes qui ont suivi mes conférences à l'hôpital des Enfans savent bien qu'il en est ainsi, et la commission des hôpitaux pourrait, sans laisser préjuger son opinion sur le fond de la question, affirmer que je ne fais aucune différence entre les malades de l'hôpital et ceux de la consultation. La seule différence que je fasse est celle-ci : c'est que n'ayant qu'un très petit nombre de lits orthopédiques à l'hôpital à mettre à la disposition des nombreux malades qui se présentent, je réserve en général pour les salles du service les cas de difformités qui ont le plus besoin de l'auxiliaire du lit à extension. Or, quels sont ces cas? précisément les plus difficiles, ceux qui résistent le plus, les degrés les plus avancés : tandis que je réserve pour les traitemens de la consultation ceux qui, par leur simplicité et leur peu de développement, offrent moins de difficultés et plus de conditions de réussite. J'avais publié il y a longtemps ces détails; ils auraient pu expliquer à la commission pourquoi elle avait rencontré, parmi les 24 cas offerts à son examen, des bosses si énormes, si visibles. Or, ce ne sont pas ces cas que je réserve pour la consultation, et ce ne sont pas ceux que la myotomie rachidienne se flatte de guérir (1). La légitimité et la sincérité de cette distinction ressortent d'elles-mêmes, si l'on veut bien considérer que sur 1394 cas dont se compose le relevé, il n'y en a eu que 134 de reçus dans les salles de l'hôpital, et parmi ces 134, on ne compte presque pas de strabismes, peu de pieds-bots, de torticolis, etc., c'est-à-dire des cas dont la guérison passe pour être la plus facile et est la moins contestée; ces cas ont donc été traités à la consultation, puisqu'ils ne l'ont pas été dans les salles de l'hôpital. En appliquant le même raisonnement aux cas de déviations de l'épine, on en pourra tirer les mêmes conséquences. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que l'auteur du mémoire a été obligé de convenir lui-même que parmi les sujets traités à l'hôpital qu'il avait rencontrés, plusieurs ne pouvaient être considérés sérieusement comme faisant partie des traitemens complets. Il n'y a donc entre son propre aveu et la vérité qu'une différence de proportion et de nombre. Je conclus donc, sur ce premier chef, que la condition d'avoir été traités à l'hôpital n'implique nullement que les traitemens étaient achevés, qu'ils avaient été complets, ni que les malades avaient été revus par moi depuis leur traitement. Donc, les 24 cas cités n'ont aucun privilége; ils doivent être rapportés aux 155 cas du relevé, et non aux 57 cas de traitemens complets.

***Secondement** : la commission n'ayant trouvé aucun des 24 malades redressé, en a dû conclure à l'exactitude des assertions et des inductions de l'auteur.*

Si j'ai, comme je le crois, démontré la nullité de la base des distinctions de la commission, cette proposition reste sans portée. Qu'importe donc, que, comme je l'ai dit et comme je le soutiens, la commission n'ait vu, ce qui s'appelle vu, que 12 malades, ou qu'elle en ait vu 24, comme elle l'affirme. Qu'importe encore, comme elle l'affirme, que ces 24 malades ne soient pas redressés : la question resterait donc tout entière à résoudre, savoir, *si les 24 cas de non guérisons appartiennent à mes 24 guérisons*. Or, je le rappelle une dernière fois, je reconnais l'existence de 131 non guérisons; l'auteur du mémoire et la commission auraient donc dû s'arrêter devant cette difficulté comme devant une impossibilité, s'ils s'en étaient rapportés aux lois ordinaires de l'induction logique et scientifique.

Après ce court examen des deux objections fondamentales de M. le rapporteur, est-il nécessaire de discuter un à un les cas particuliers qu'il a cités? Il suffira de les rappeler pour que l'Académie les apprécie comme ils doivent l'être.

J'avais cité la fille Thierry comme n'ayant pas été opérée, et par conséquent comme faisant partie des traitemens incomplets; M. le rapporteur a répondu qu'elle était toujours bossue.

J'avais cité la nommée Coelina Lefèvre comme morte après quelques semaines de séjour à l'hôpital, pendant le traitement, et par conséquent comme n'ayant pu être portée parmi les traitemens complets; il a répondu qu'elle était morte bossue.

J'avais cité la fille Dumont comme étant partie en province immédiatement après sa sortie de l'hôpital, et comme ayant une luxation congénitale; cette jeune fille n'avait donc pas été revue, et sa claudication n'était donc pas, ainsi que l'avait affirmé l'auteur du mémoire, le produit de la myotomie rachidienne. M. le rapporteur a répondu qu'elle était toujours déviée, et il a montré un dessin de sa déviation à l'Académie.

Voilà la manière de raisonner de M. le rapporteur en général et en particulier.

Ce mode d'argumentation peut paraître éminemment spirituel; mais l'Académie décidera s'il prouve le moins du monde que les 24 cas allégués par l'auteur du mémoire appartiennent à la catégorie de mes 24 guérisons. Des amis empressés ont répandu que M. le rapporteur pourrait bien tenir en réserve quelques argumens du même genre : qu'aux cas d'insuccès déjà signalés il serait peut-être en mesure d'en ajouter de nouveaux. Je le laisse libre de continuer cette manière de discuter; seulement je ferai remarquer que je ne produirai mes 24 guérisons annoncées que lorsqu'ils auront produit mes 131 insuccès déclarés; alors je me ferai un devoir de montrer les sujets redressés, et peut-être ne sera-t-il pas impossible de les retrouver parmi les non guéris de l'auteur du mémoire et de la commission.

Après avoir discuté sur le terrain où s'était placée la commission à l'origine, j'ai songé à la suivre sur celui qu'elle a choisi en dernier lieu. Pénétré des vives instances que m'a faites M. Roux dans la dernière séance, je me suis demandé s'il n'y aurait pas moyen de mettre d'accord mes résolutions et mes susceptibilités avec les bonnes dispositions de mon honorable collègue; en un mot, de lui soumettre quelque cas bien authentique de redressement complet de la colonne. Après y avoir réfléchi, je résolus de faire quelque tentative dans cette voie. Ce matin, je me suis présenté chez M. Roux accompagné de notre honorable collègue M. Louis. Je lui ai présenté une jeune personne âgée de 18 ans, que j'avais traitée à l'aide de la myotomie rachidienne et que je crois entièrement débarrassée de sa déviation et de sa gibbosité. Je priai M. Roux de me dire son opinion sur cette guérison. Après avoir examiné le sujet avec la plus grande attention, il s'est expliqué de la manière la plus formelle et la plus catégorique, me laissant espérer qu'il ne serait pas moins explicite devant l'Académie.

(M. Guérin s'adressant à M. Roux.) M. Roux me permettra-t-il de lui demander de dire à l'Académie ce qu'il pense? (Moment de silence.) J'attends que M. Roux veuille bien répondre.

M. ROUX : Je n'ai pas pris l'engagement formel de rendre compte à l'Académie de ce que j'ai vu.... Je parlerai cependant, mais après que M. Guérin aura fini.

M. J. GUÉRIN : J'ai des raisons particulières d'insister pour que M. Roux veuille bien dire ce qu'il a vu. C'est un fait dont je désire tirer quelques conséquences; il m'importe qu'il ait le caractère de certitude que M. Roux peut seul lui donner. (De toutes parts on invite M. Roux à prendre la parole.)

M. LE PRÉSIDENT : L'Académie paraît désirer que M. Roux parle immédiatement : je l'invite donc à prendre la parole.

M. Roux après quelques instans d'hésitation : Il est vrai que M. Guérin s'est présenté chez moi ce matin accompagné de M. Louis et d'une jeune personne qu'il m'a prié d'examiner. Je vais rendre compte à l'Académie de ce que j'ai vu et des objections que j'ai faites à M. Guérin. La personne qu'il m'a présentée est une jeune fille de 17 à 18 ans que M. Guérin m'a dit avoir traitée par la myotomie d'une déviation latérale de l'épine. Je l'ai examinée avec soin, et j'ai trouvé que la colonne était effectivement droite, qu'il n'y avait aucune trace de difformité. J'ai dû en conclure, ou que cette jeune personne n'avait jamais eu de dé-

---

(1) Je n'ai jamais écrit ni dit nulle part que la myotomie guérisse *complètement* des déviations au troisième degré, avec gibbosité énorme. J'ai dit et écrit le contraire, et ce n'est qu'en *équivoquant* qu'on a pu donner ce sens à un passage d'une de mes communications à l'Académie des sciences.

viation ou qu'elle en avait été effectivement guérie. Bref, elle était parfaitement bien conformée. J'ai dit à M. Guérin que je ne pouvais accepter l'examen de cette malade et en rendre compte à l'Académie, que comme individu, comme son collègue et non point comme membre de la commission. J'ai exprimé à M. Guérin le regret qu'il n'eût pas présenté ce fait à la commission, ce que j'aurais préféré pour ma part; je lui ai dit ensuite que je n'acceptais ce fait qu'avec réserve, ne sachant pas si cette jeune personne avait eu une déviation, si elle en avait été traitée, comment elle l'avait été, n'en connaissant nullement les antécédens, ignorant enfin si elle appartenait ou non à la catégorie des cas sur lesquels portait la discussion. Voilà ce que j'avais à dire à l'Académie. (Cette déclaration de M. Roux est suivie d'une certaine agitation. Plusieurs questions se croisent. M. Desportes demande si M. Roux a vu les cicatrices. M. Roux répond qu'il ne les a point examinées. Le calme se rétablissant M. Guérin reprend la parole.)

M. J. Guérin : Je remercie M. Roux pour ses explications franches et loyales. J'ai promis de lui donner à mon tour toutes les explications propres à imprimer à ce fait l'authenticité désirable : je vais tenir ma promesse. La personne dont il s'agit fait partie des 24 cas que la commission a déclaré avoir vus; des 24 déclarés non guéris par le rapport; c'est la jeune fille que M. le rapporteur a dit avoir encore *deux gibbosités*, c'est Mlle Clarisse Leckner, bien et dûment opérée, ainsi que l'a constaté lui-même l'auteur du mémoire, et ainsi que permettent encore de le constater les cicatrices.

Tel est le fait que j'ai cru propre à corroborer mes explications. Il porte avec lui de nombreuses conséquences, que l'Académie appréciera elle-même; je me borne à en faire ressortir quelques-unes.

La première est que M. Roux, membre de la commission, n'avait pas vu cette jeune fille, que la commission avait déclaré avoir vue.

La seconde, c'est que des sujets déclarés non guéris par le rapport peuvent être parfaitement guéris pour M. Roux, membre de la commission.

La troisième, c'est que cette jeune fille est la seule que j'ai donnée comme *guérie*, contrairement aux affirmations de l'auteur du mémoire et de M. le rapporteur, et que je maintiens, avec M. Roux, parfaitement guérie, sans déviation, ni gibbosité.

La quatrième enfin, et celle-ci s'adresse plus spécialement à M. le rapporteur, c'est qu'en fait d'appréciations scientifiques, les témoignages sont divers et ne valent pas l'expérience : les adversaires sont des juges peu sûrs : en un mot, la haine est aussi une théorie, et une théorie très dangereuse. (Réclamations.) Mon observation reste dans la généralité; je ne la formule qu'en principe.

Tels sont, Messieurs, dans leur ensemble, comme dans leurs particularités, les moyens employés par l'auteur du mémoire et consacrés par la commission. Je me serais exclusivement borné à l'examen de ces moyens, laissant à l'Académie le soin d'apprécier le but dans lequel ils ont été employés, si la commission n'avait pas cherché à dissimuler ce but et à lui donner un caractère qu'il n'a pas. Il y a, à vrai dire, deux buts : l'un avoué, apparent, le but scientifique; le second, dissimulé, le but réel, que je ne sais comment qualifier devant l'Académie, et que, pour être fidèle à mes habitudes de modération, je désignerai simplement par ces mots : *l'autre but*. (On rit. Très bien.)

Le but scientifique a consisté à examiner : 1° si la myotomie rachidienne est une opération utile; 2° si elle est rationnelle; 3° si elle est dangereuse.

1° *La myotomie est-elle une opération utile?* Pour l'auteur du mémoire, elle est plutôt nuisible qu'utile. Pour la commission elle ne serait bonne que dans certains cas : « surtout, dit la commission, il importe de ne s'y décider qu'autant qu'il aura été possible de constater matériellement l'existence de cordes raides et tendues sur le côté concave de la déviation. » Mais je ne dis pas autre chose; seulement il faut savoir trouver ces cordes; là est toute la difficulté.

2° *La myotomie est-elle une opération rationnelle?* Sur ce second point, comme sur le premier, l'auteur du mémoire et la commission ne sont pas d'accord. Pour l'auteur du mémoire, c'est le résultat d'une théorie imaginaire; pour la commission, la théorie de la rétraction n'est soutenable que pour un certain nombre de cas. Je ne dis pas autre chose et je n'ai jamais donné la myotomie comme une méthode absolue; de même que j'admets des déviations de différentes natures, j'admets des traitemens différens; ce n'est donc encore là qu'une question de nombre et d'appréciation.

3° Enfin, *la myotomie est-elle une opération dangereuse?* Toujours même désaccord entre l'auteur du mémoire et la commission; et accord presque complet entre la commission et moi. Pour l'auteur du mémoire, c'est une opération dangereuse; pour la commission, elle n'offre aucun danger réel; elle ne donne lieu qu'à peu de suppuration. Pour être complètement exacte, elle aurait dû dire : à aucune suppuration, car lorsque la méthode est bien appliquée, les plaies ne suppurent jamais. A l'occasion des prétendus accidens occasionés par la méthode; la commission eût bien fait de signaler l'illusion de l'auteur du mémoire, qui, chez la petite Dumont, a attribué à la myotomie une claudication dépendant d'une luxation congénitale.

En résumé, pour l'auteur du mémoire, la myotomie rachidienne est une méthode inutile, irrationnelle, dangereuse; pour la commission, c'est une opération quelquefois utile, rationnelle dans un certain nombre de cas, et jamais dangereuse. A quelques nuances près, comme de *quelquefois* à *souvent*, ne sont-ce pas là mes opinions et mes principes?

D'après ce que l'Académie vient de voir, comment s'expliquera-t-elle l'approbation entière, les félicitations données à l'auteur du mémoire par la commission? C'est que, comme je l'ai dit, il y a un *autre but*.

Or, quel est cet autre but? Je ne sais vraiment comment faire pour en parler convenablement devant l'Académie. Je me serais même abstenu de le faire intervenir si M. le rapporteur ne m'y avait contraint par ses dénégations et ses efforts pour donner le change à l'Académie. Est-il vrai, en effet, que l'auteur du mémoire et le rapport se soient bornés à rechercher si je me suis trompé? à redresser mes erreurs? Ce sont là des équivoques peu dignes de l'Académie : il est à peine besoin de les relever; ils ne peuvent abuser personne. M. le rapporteur a prétendu que je m'étais armé d'une susceptibilité bien grande, et que ni lui, ni aucun homme de science ne se formaliseraient de ce qu'on voudrait leur démontrer qu'ils se sont trompés. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit : il n'est personne ici qui le croie; j'ai senti comme j'ai dû sentir, et je ne me trouverais pas digne de faire partie de l'Académie si ma susceptibilité avait été moins grande. Mais, Messieurs, s'il ne m'est pas permis de définir autrement des intentions qu'on ne veut pas avouer parce que sans doute elles ne sont pas avouables, il est permis de les faire ressortir comme d'elles-mêmes de l'historique des événemens et des pièces de ce débat.

Je ne veux point faire passer de nouveau l'Académie par toutes les péripéties de cette triste affaire. Mais quel en a été le point de départ? Je publie mon relevé numérique; on ne le met pas en question, on ne me demande pas de renseignemens, de preuves; on le taxe tout d'abord d'imposture. On fait plus, on feint de donner des preuves de cette imposture, alors qu'on n'en avait aucune. J'avais traité 134 malades à l'hôpital, de toutes sortes de difformités : on imprime qu'on a couru tout Paris, qu'on a vu tous les malades; et, remarquez-le bien, il ne s'agissait pas alors de déviations de l'épine, mais de toutes les difformités traitées dans mon service pendant quatre ans; eh bien! l'on imprime qu'on n'a pas rencontré une seule guérison! L'auteur d'une pareille accusation ne s'était pas donné tant de peine; il n'avait vu que 5 ou 6 malades; cela a été établi de la manière la plus authentique; et cependant il a persisté dans son accusation d'imposture. C'est contre ce système, qui ne m'a paru ni scientifique, ni moral, que j'ai réagi; et c'est pour légitimer, sanctionner ce système que le mémoire sur la myotomie a été composé et présenté à cette Académie. Voilà les faits, voilà la vérité! L'Académie comprend-elle maintenant ma susceptibilité, et ne voit-elle pas jusqu'à l'évidence le caractère de l'*autre but*? Mais, Messieurs, si le simple historique des faits ne suffisait pas, qu'on lise le mémoire, qu'on lise le rapport lui-même, enfin et surtout, qu'on lise les conclusions. Je me garderai bien de les apprécier une à une et de les discuter; il suffira de les replacer sous vos yeux.

Voici la première :

« M. Malgaigne a bien mérité de la pratique en montrant sous leur *véritable* » jour des faits présentés jusque-là d'une manière *inexacte* et incomplète. » Quel est ce véritable jour? et quels sont ces faits inexacts?

Voici la seconde :

« Que des remercimens lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des » *vérités* dont la connaissance n'importe pas moins à la *sécurité* des familles » qu'à la science et à la *dignité* de notre profession. » Quelles sont ces *vérités* qui importent à la *sécurité* des familles et à la *dignité* de notre profession? Oserait-on les articuler en présence des prétendues preuves qui leur servent de base?

« Qu'il convient, dit la troisième conclusion, d'imprimer son travail dans le » prochain volume des mémoires de l'Académie. »

L'Académie sait et voit maintenant ce qu'on a voulu, ce qu'on lui demande. Ce qu'on lui demande, ce n'est pas de réprouver la myotomie rachidienne, mais de voir, sur des preuves dont elle est à même d'apprécier la valeur et le caractère, se prononcer sur la dignité d'un médecin....., d'un de ses membres. Dans cette grave conjoncture, l'Académie réfléchira; elle pèsera les faits, recueillera ses impressions; elle pensera à la science, à l'avenir, à sa propre considération... Quant à moi, Messieurs, — et ce sont les dernières paroles que je prononcerai dans cette lutte acharnée de tous contre un seul, — j'ai sacrifié, pour défendre la science et la vérité, mon repos, ma santé, ma fortune. Dussé-je y sacrifier plus encore, jamais je ne fléchirai, jamais la critique calomnieuse ne me fera passer sous ses fourches caudines; je résisterai et j'attendrai justice de l'avenir.... (Ce discours provoque de nombreux applaudissemens, bientôt suivis de marques d'improbation (1).

M. Moreau et M. Roux réclament vivement la parole au milieu du bruit.

M. Moreau pour un fait personnel : Par un vif amour de la vérité, je me suis porté à interrompre deux fois l'orateur. Une première fois je l'ai interrompu lorsqu'il a parlé de présenter ses malades. Je regrettais vivement, je l'avoue, de voir que jusqu'ici le débat roulait entre des allégations contraires : les uns affirmant qu'il y avait des guérisons, d'autres niant qu'il y en eût. Aussi je dois l'avouer, j'ai éprouvé une vive satisfaction quand j'ai vu M. Guérin rapporter un fait tout à fait probant, et je n'ai pu m'empêcher de m'écrier : c'est bien. Je tenais, à cause du respect que j'ai pour l'Académie, à expliquer le motif de mes interruptions.

M. Roux : Les précautions oratoires qu'a prises M. Guérin avec une adresse infinie sembleraient devoir incriminer la commission. Aussi je tiens à bien expliquer ma position afin qu'on ne puisse pas suspecter les motifs qui ont fait agir la commission. D'après le fait que vient de rapporter M. Guérin il semblerait que la commission n'a pas examiné les malades avec toute l'attention suffisante. Il n'en est rien cependant. Nous avons vu, non pas 12 malades, comme l'a dit M. Guérin, mais 17 ou 18 sur 24, les autres étant morts ou absens; nous les avons vus avec la plus grande attention; nous avons noté les résultats avec soin; quelques-uns ont été signalés par nous comme étant *considérablement* améliorés ou *à peu près guéris*. C'est probablement dans cette catégorie que nous aurons classé la personne en question.

(M. Roux continue à parler avec une telle volubilité et un tel embarras qu'il

(1) Un journal a prétendu que ce discours était écrit, et qu'il avait été lu. C'est une erreur. Nous ne rectifions cette assertion que pour expliquer nous-même l'insuffisance de notre compte-rendu. (*Note du rédacteur des séances.*)

nous est impossible de le suivre et de saisir sa pensée. Il est interrompu par les marques d'impatience de l'assemblée, et les cris : assez, assez.)

M. Velpeau : M. Guérin laisse toujours percer cette idée par laquelle il est dominé, qu'on agit envers lui avec des intentions malveillantes. C'est un tort. Le doute élevé sur ses résultats n'est pas injurieux pour sa personne, c'est un droit de la science auquel il faut se soumettre. Il est vrai que je ne veux pas reconnaître comme redressés des individus qui ne le sont pas ; mais je ne vois pas ce qu'il y a là de malveillant. J'arrive au fait de Mlle Leckner. M. Guérin dit que l'auteur du mémoire et la commission ont présenté cette jeune personne comme n'étant pas guérie, tandis qu'elle l'est en réalité, et il nous accuse d'avoir commis en cela une grande faute. Mais l'auteur du mémoire et la commission ne sont pas aussi coupables qu'ils en ont l'air, et il me sera aisé de le prouver.

(Ici M. Velpeau lit le passage du mémoire qui a trait à Mlle Leckner. Il est dit dans ce passage que cette malade est une des mieux redressées, mais qu'elle n'est pas complètement guérie.)

M. Velpeau continuant : J'ai dit moi-même, en répondant l'autre jour à M. Guérin, que c'était la mieux redressée, mais que cependant il restait encore deux saillies aux épaules et aux lombes. C'est précisément parce que des nuances de ce genre sont très délicates à saisir qu'il est nécessaire d'avoir des commissions afin que du choc des opinions jaillisse la lumière. Le fait n'est d'ailleurs pas très grave puisque, je le répète, j'ai dit moi-même que c'était un très bon résultat.

M. Guérin a cité une autre personne sur laquelle la commission se serait prononcée sans l'avoir vue, c'est Mlle Vernet. Si nous ne l'avons pas vue, ce n'est pas notre faute, elle n'a pas voulu se laisser voir ; cette personne est aujourd'hui mariée ; mais nous avons demandé des renseignemens à son médecin qui nous a dit qu'en effet la taille était notablement redressée, mais qu'il restait encore quelques traces de la difformité.

Ces faits étant mis hors de toute contestation, j'aborde un autre point. M. Guérin insiste sur le point de départ du débat, et il semble croire que tous les torts sont du côté de ses adversaires. Nous croyons, au contraire, que les torts viennent de lui. L'historique qu'il a présenté ne me semble pas à cet égard parfaitement exact. Le voici, je crois, plus conforme à la vérité. M. Guérin, à une certaine époque, se croit obligé de faire connaître ses résultats; il publie un relevé dans lequel ces résultats ne sont indiqués que par des chiffres. Ce relevé, il faut le dire, parut étrange, au premier abord, aux chirurgiens ; quelques-uns en exprimèrent tout haut leur surprise. M. Guérin répondit en disant qu'il faisait autrement que les autres. Soit. Cependant il était aisé de voir que ses méthodes ne différaient, après tout, des méthodes ordinaires, que par quelques modifications, et qu'elles ne pouvaient pas rendre suffisamment raison de la différence des résultats. Il était donc naturel qu'on doutât ; y avait-il quelque chose d'*offensant* pour lui dans ces doutes (1) ?

M. Guérin accuse M. Malgaigne de ne lui avoir demandé des renseignemens qu'après avoir exprimé des doutes malveillans. M. Malgaigne était d'autant plus autorisé à en agir ainsi, qu'en publiant le relevé on avait déclaré que M. Guérin donnerait les renseignemens nécessaires aux personnes qui en feraient la demande (2). (Ici M. Velpeau raconte la polémique qui eut lieu à cette époque entre M. Guérin et M. Malgaigne, et cite des extraits des lettres qui furent échangées entre eux.) Ainsi, ajoute-t-il, M. Guérin publie un relevé ; on est surpris des résultats inusités qu'il renferme; on lui demande des renseignemens, il les refuse (3). Cependant, dans une autre circonstance, M. Guérin lui-même n'a-t-il pas fait ce qu'il reproche aujourd'hui à ses adversaires ?

M. Guérin ne veut pas que les 24 cas du mémoire appartiennent à sa catégorie des sujets guéris; il veut qu'ils appartiennent au chiffre total des 155. Cela ne peut pas être. C'est bien réellement sur les 30 ou 34 sujets traités à l'hôpital (4) que porte ce chiffre de 24. M. Malgaigne, craignant quelque erreur, a élagué de ce chiffre de 30 ou 34 quelques cas qui lui paraissaient douteux, et il l'a ainsi réduit à 24; et M. Guérin lui fait un reproche de cette précaution (5). M. Guérin affirme que ces 24 cas ont été pris sur les 155; nous disons, nous, qu'ils l'ont été sur les 34 cas traités à l'hôpital. Resterait maintenant à savoir si ces 24 cas, n'appartenant pas à cette catégorie, appartiennent réellement à une autre. M. Guérin le donne à entendre; il aurait mieux fait de le prouver. Il dit que les sujets traités à l'hôpital étaient tous déviés à un degré trop prononcé pour pouvoir être guéris, et que les guérisons ont été plutôt obtenues parmi les malades de la consultation. Mais M. Guérin n'a pas toujours tenu un pareil langage ; car, dans une lettre à l'Académie des sciences, il annonçait avoir obtenu des succès *complets* sur des sujets atteints de déviations au deuxième et au troisième degré (6); maintenant il semble dire que des déviations aussi prononcées ne sont pas susceptibles d'être guéries, et que la myotomie n'a pu réussir que dans des cas de déviation moins prononcée. Il y a là une contradiction évidente; et pourquoi ne veut-il pas qu'on désire avoir des renseignemens ? Nous ne prétendrons pas nier que M. Guérin n'ait obtenu aucun succès à la consultation; mais puisqu'il n'en a point obtenu à l'hôpital (1), il nous paraît infiniment peu probable qu'il ait été plus heureux à la consultation.

M. Guérin nous fait une proposition étrange; il nous dit : si vous me faites voir toutes les autres malades, je vous ferai voir celles de la catégorie des guérisons. Mais c'est à lui à les rechercher et non à nous (2).

M. Guérin veut mettre la commission d'accord avec lui; nous ne demandons pas mieux. Nous ne sommes pas cependant complètement d'accord. M. Guérin dit au sujet des accidens qu'il n'y a *jamais* de suppuration à la suite de ses opérations ; il a répété ce mot-là deux fois ; il a cependant dit lui-même quelque part que sur 15 cas il y avait eu un cas de suppuration (3). En général, M. Guérin est trop affirmatif; il va trop loin dans ses allégations, et c'est malheureux, parce qu'au milieu de ses exagérations on ne sait pas ce qu'il y a de réellement vrai. L'extrême force à se jeter dans un extrême opposé, et c'est ce qui a dû arriver.

M. Guérin ajoute que nous avons reconnu l'utilité de la myotomie. Non. Nous avons dit qu'il n'y avait pas jusqu'à présent de motif pour rejeter absolument cette méthode, mais nous n'en avons pas admis l'utilité, vu qu'il y a, à notre avis, une extrême difficulté à distinguer les véritables effets de la myotomie, cette opération n'ayant jamais été employée seule. M. Guérin connaît bien d'ailleurs lui-même les moyens mécaniques, puisque dans le temps, avant qu'il n'eût recours à la myotomie, il en guérissait 5 sur 10, ainsi qu'il l'a fait constater par une commission de l'Académie des sciences.

M. Velpeau termine en citant un passage d'une publication de M. Dieffenbach qui, à défaut de réponse de sa part, exprime son opinion sur la myotomie rachidienne. M. Dieffenbach n'a employé qu'une fois la myotomie, il dit en avoir obtenu un résultat avantageux ; mais il doute que dans les cas prononcés elle triomphe de la difformité (4).

M. le Président se lève pour demander si personne ne réclame la parole avant de passer à la discussion sur les conclusions.

M. Bégin : Je demande la parole, c'est pour mettre autant que possible un terme à cette discussion que, pour mon compte, je déplore de toute mon âme. Je regrette réellement que M. Guérin n'ait pas cru devoir accéder à la demande qui lui a été faite de présenter lui-même les malades à la commission. Ce refus est tout-à-fait en dehors des habitudes scientifiques. J'ai toujours vu, depuis que je pratique la chirurgie, qu'on présentait les résultats à l'appréciation de tous ceux qui désiraient les connaître, sans s'informer s'ils étaient amis ou ennemis. C'est ainsi qu'agissaient Broussais et Larrey; ils faisaient ouvrir les portes de leurs services à tout le monde. J'ai vu même Larrey se plaindre amèrement à l'administration de ce qu'elle apportait des entraves à la publicité de son service. Lors de la discussion sur la lithotritie, a-t-on cherché à cacher les faits ? Au contraire, tous les faits pour ou contre étaient mis au grand jour. Je déplore donc, je le répète, et je dis cela du fond de mon cœur et dans l'intérêt même de M. Guérin, qu'il n'ait pas voulu montrer ses malades (5). Mais enfin puisqu'il ne l'a pas fait, je crois que l'Académie ne doit pas moins prendre un parti sur le rapport qui lui a été présenté. Ce rapport a à peine été débattu, il n'y a donc à cet égard rien à changer; mais les conclusions doivent, à mon avis, être profondément modifiées. Je demande formellement qu'on écarte la première et la seconde conclusion ; et tout le monde en sentira la raison. Le mémoire n'est pas assez scientifique, il a un caractère trop évident de polémique pour qu'on doive lui accorder l'insertion dans le recueil des mémoires de l'Académie. Je propose donc que l'on se borne à la formule d'usage : adresser des remercîmens à l'auteur du mémoire, déposer son travail aux archives et l'insérer à titre de renseignement seulement dans le Bulletin. (De toute part : Oui, très bien. Appuyé.)

M. Velpeau : Je crois ne pas trop m'avancer au nom de la commission en déclarant que pour donner à M. Guérin la preuve que nous n'avons nullement été inspirés par un sentiment de malveillance, je ne m'oppose pas à ce que les conclusions soient modifiées.

M. Roux : Je déclare adhérer à l'amendement proposé par M. Bégin.

M. Baudelocque : J'y adhère aussi.

M. le Président : Les membres de la commission adhérant à l'amendement proposé par M. Bégin, je vais mettre cet amendement aux voix.

M. Gerdy : Je demande la parole contre l'amendement. Les circonstances me

---

(1) Une autre juridiction et des appréciations un peu plus exactes ont répondu à cette assertion.

(2) « Dans un but et avec le caractère scientifiques, » M. Velpeau a supprimé ce passage de la lettre qu'il a citée.

(3) Après avoir été accusé d'imposture, de charlatanisme sur tous les tons.

(4) Il y en a eu 42.

(5) Non, mais de donner la plupart des sujets élagués comme des preuves de rigueur et d'exactitude, alors qu'on sait et que l'on convient qu'il ne s'agit pas de déviations. Ainsi on laisse croire aux peu clairvoyans qu'on agit avec rigueur, qu'on élimine les cas douteux, alors qu'on ne fait que semblant d'éliminer.

(6) C'est là une accusation toute gratuite, qu'on ne fait reposer, comme tout le reste, que sur une équivoque. Faire une opération avec succès ne veut pas dire absolument que la guérison soit complète, parfaite. A moins qu'une grande amélioration ne soit un insuccès. Avec le puritanisme de M. Velpeau, les mots *succès*, *guérison* devraient être bannis du vocabulaire.

---

(1) Il faut être doué d'une hardiesse particulière pour se permettre une telle insinuation, alors qu'un fait éclatant vient de vous confondre.

(2) Là était tout le débat. Quand un homme se permet de vous accuser en présence de vos pairs, c'est à lui à prouver, à justifier son accusation ; car de quel droit vous accuserait-il? M. Velpeau et beaucoup de personnes feignent de ne pas comprendre.

(3) Toujours des équivoques. M. Velpeau sait bien, et il pourra s'en assurer en lisant l'Essai sur la méthode sous-cutanée, que le cas de suppuration auquel il fait allusion a précédé la constitution de la méthode : il en a été même le point de départ : cela est imprimé. En affirmant que la myotomie sous-cutanée ne produit jamais de suppuration, M. Guérin a eu soin d'ajouter : lorsqu'elle est bien appliquée.

(4) Ici M. Velpeau a fait une excursion générale dans la pratique de M. Guérin. Il a parlé du strabisme, du torticolis, des abcès par congestion, des hydarthroses, du malade aux 42 muscles, du cal vicieux, etc., toutes choses qui n'étaient pas en discussion, mais que M. le rapporteur a citées pour suppléer sans doute à ce qu'il n'a pu dire des déviations de l'épine.

(5) On trouvera la réponse à ce reproche dans l'article en tête du journal.

paraissent d'une trop haute gravité pour agir aussi légèrement. Je sais que dans toute société on se doit des égards réciproques, mais il ne faut pas que ces égards dégénèrent en complaisances coupables. Je crois que la commission devrait, avant d'adopter de nouvelles conclusions, y réfléchir mûrement. Au lieu d'enlever ainsi un vote d'assaut, je voudrais que la commission se retirât pour en délibérer et proposer elle-même les conclusions qu'elle jugera convenables. Il y aurait beaucoup plus d'autorité et de dignité à agir ainsi, qu'à brusquer en quelque sorte le vote.

M. NACQUART : Le renvoi que propose M. Gerdy serait sans objet. Il est d'usage que les conclusions d'un rapport et les amendemens soient débattus séance tenante : il ne faut pas enfreindre sans nécessité les usages de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT : Je prie M. Bégin de vouloir bien formuler de nouveau son amendement.

M. BÉGIN : Les conclusions que je propose sont celles-ci : 1° adresser des remercimens à l'auteur du mémoire; 2° déposer honorablement son travail aux archives (ce qui est la formule ordinaire); et 3° l'insérer à titre de renseignement dans le BULLETIN.

M. ROUX : Je proposerai une petite modification à l'amendement de M. Bégin. Il semble que le dépôt aux archives constitue une sorte de fin de non-recevoir. Dans quelques cas mêmes, ce dépôt est interprété comme un blâme.

M. GERDY : Je demande qu'on supprime les mots : *à titre de renseignement*.

M. BARTHÉLÉMY et plusieurs autres membres réclament le maintien de ces mots. (Bruit. — Agitation.)

M. ADELON, pour une motion d'ordre : J'ai écouté avec une grande attention la proposition de M. Bégin; j'y adhère entièrement, et je demande que les mots *à titre de renseignement* soient conservés. Le BULLETIN devant être la reproduction exacte de nos séances, et étant en quelque sorte destiné à y faire assister le public étranger, il est nécessaire que toutes les pièces qui se produisent devant l'Académie y trouvent place; mais c'est à ce titre seulement que le mémoire de M. Malgaigne doit y être inséré; c'est ainsi que j'ai compris et que doit être compris, je pense, l'amendement de M. Bégin.

M. LE PRÉSIDENT : Je vais mettre aux voix les mots : *à titre de renseignement*.

M. GERDY et M. VELPEAU réclament à la fois la parole contre.

M. VELPEAU : Ces mots : *à titre de renseignement* signifient un blâme ou ne signifient rien. S'ils ne signifient rien, il est inutile de les mettre; s'ils impliquent un blâme, nous nous y opposons formellement.

M. GERDY : M. Velpeau a prévenu ce que je voulais dire. Ce qui a été fait l'a été dans l'*intérêt de la science*, il ne faut pas qu'on puisse l'imputer à blâme. (Aux voix! aux voix! la clôture!)

M. P. DUBOIS, contre la clôture : Je demande la parole contre la clôture, parce que je crois voir que l'Académie n'a pas suffisamment compris pourquoi M. Bégin a proposé les mots : *à titre de renseignement*. M. Bégin, en proposant cette rédaction, a très bien senti toute la portée de ce qu'il disait. Il a signalé le caractère polémique, personnel qui règne dans le mémoire, et, à cause de ce caractère, il a pensé avec raison qu'il n'était pas convenable que ce travail figurât dans nos mémoires. C'est pour mettre le public dans la confidence des motifs de l'insertion de ce mémoire dans le BULLETIN, que M. Bégin a proposé d'ajouter ces mots. Je demande donc que ces mots soient maintenus dans la rédaction de la conclusion; car ils en indiquent le véritable esprit. (La clôture! la clôture!)

M. LE PRÉSIDENT met la clôture de la discussion aux voix; elle est adoptée à l'unanimité.

Je vais mettre aux voix le sous-amendement relatif aux mots : *à titre de renseignement*.

La première épreuve est douteuse.

Le président invite les membres à voter par assis et levé; à la première épreuve, pour le sous-amendement on compte 28 membres; à la contre-épreuve le nombre est à peu près le même. Cette seconde épreuve est déclarée douteuse. Ces votes ont lieu au milieu d'une vive agitation. Un grand tumulte succède à la seconde épreuve. Plusieurs membres adressent de vives réclamations au bureau; on demande le scrutin.

M. Bouvier s'agite sur son banc, et crie de toutes ses forces : L'appel nominal! L'appel nominal est réclamé par plusieurs autres membres. Le tumulte est à son comble.

Le président consulte le bureau et se décide à procéder à l'appel nominal. L'appel est fait au milieu du bruit.

Le scrutin donne 67 bulletins. Au moment où le président commence à dépouiller le scrutin, M. Husson monte au bureau, se place à côté du président et vérifie un à un tous les bulletins.

Voici le résultat du dépouillement; pour l'adoption des mots : *à titre de renseignement* 26; contre 41. Ces mots sont en conséquence rejetés. La proclamation de ce résultat provoque quelques applaudissemens dans la galerie.

La rédaction de l'amendement, avec l'exclusion de ces mots, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

L'Académie se sépare dans la plus vive agitation.

VARIÉTÉS.

— CAUSE QUI REND QUELQUEFOIS MORTELLE L'ABLATION DES PETITES TUMEURS MÉLICÉRIQUES. — MOYEN D'ÉVITER CES ACCIDENS. — M. J. Guérin, après des recherches dont il rendra compte en temps opportun, croit être parvenu à connaître la cause des accidens mortels qui se développent quelquefois à la suite de l'ablation de petites tumeurs enkystées méliceriques ou analogues. Ces accidens tiennent à ce que, dans l'opération, le kyste a été ouvert par l'instrument; la matière qu'il renferme s'épanche dans la plaie; s'altère au contact de l'air, acquiert, par une sorte de putréfaction de ses élémens, des propriétés délétères. L'absorption de cette substance détermine tous les accidens; c'est comme une sorte d'inoculation de matière de mauvaise nature : de là les érysipèles de mauvais caractères qui s'irradient du foyer morbide aux organes importans. Il y a moyen de prévenir et de neutraliser les accidens. On les prévient en s'abstenant le plus possible d'ouvrir les kystes, pour éviter l'épanchement de leur contenu. Si cette ouverture a eu lieu, il faut laver la plaie à grande eau, et à l'eau froide, dans le but d'entraîner tout résidu de la matière enkystée. Cette précaution a encore l'avantage de favoriser la réunion immédiate. Au moyen de ces précautions, M. Guérin n'a, dans aucun cas, vu survenir d'accidens à la suite des ablations de tumeurs méliceriques et d'autres tumeurs enkystées analogues.

— LA REVUE MAGNÉTIQUE, journal des cures et des faits magnétiques et somnambuliques, publiera son premier numéro le 5 décembre prochain. Elle paraîtra une fois par mois. Prix : 24 fr. par an; 26 fr. pour les départemens. — Rédacteur en chef, M. AUBIN GAUTHIER. — Bureaux : rue Bréda, 28. (*Affranchir.*)

— TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE; par A. Grisolle, D.-M.-P., médecin des hôpitaux et hospices civils, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société de médecine, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de médecine de Marseille, etc.

Ouvrage complet en deux forts volumes in-8°. Prix : 16 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— ÉTUDES D'OCULISTIQUE; par M. le docteur A. GUEPIN, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, oculiste des salles d'asile, membre de plusieurs sociétés savantes. 1 vol. in-8° de 166 pages, avec 6 figures coloriées. — Prix 3 fr. 50 cent.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DE L'INSTINCT CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX DANS L'ÉTAT SAIN ET DANS L'ÉTAT MALADIF; par Gabillot, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société de Lyon, etc.

In-8°. Prix : 4 fr. 50 cent.

— MÉMOIRES ET OBSERVATIONS D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE, DE PATHOLOGIE ET DE CHIRURGIE; par le docteur F. Ribes, officier de la Légion-d'Honneur, ancien chirurgien breveté en 1794, ancien médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, membre de l'Académie royale de médecine.

Tome 3; in-8° avec 4 planches; prix : 7 fr. 50 c. — Prix des trois volumes : 22 fr. 50 cent.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT; par le baron BOYER, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine, et de la Légion-d'Honneur, professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, premier chirurgien de l'empereur Napoléon, chirurgien consultant des rois Louis XVIII, Charles X, et Louis-Philippe Ier, membre de plusieurs sociétés savantes nationales et étrangères.

Cinquième édition, publiée par le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Six forts volumes in-8° de plus de 800 pages chacun.

Pour rendre cette cinquième édition du TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES moins dispendieuse, aussi bien pour l'achat que pour la reliure, on la publie en six forts volumes in-8° de plus de 800 pages chacun; elle sera imprimée sur beau papier et d'un caractère facile à lire pour tous les yeux. Il paraîtra un volume tous les trois mois; de manière que cette édition sera terminée en moins de deux ans. Le premier volume vient de paraître; il est orné du portrait de l'auteur et précédé d'une notice historique sur la vie et les écrits de Boyer.

Le prix de chaque volume est fixé à 8 francs pour les souscripteurs; les personnes qui n'auraient pas souscrit avant la mise en vente du troisième volume paieront chaque volume 9 francs.

Chez Labé, successeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 48. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 30 NOVEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par MM. A. BECQUEREL et A. RODIER, docteurs en médecine; mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 novembre 1844.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CHAPITRE II.

DU SANG DANS LES MALADIES.

Nous avons démontré dans le chapitre précédent quelles sont les circonstances qui, dans l'état de santé, déterminent et modifient la composition du sang; il s'agit maintenant d'établir quelles sont les influences qui, dans l'état de maladie, sont susceptibles de faire varier cette même composition, influences qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont indépendantes de telle ou telle maladie en particulier, mais communes à un certain nombre d'entre elles, et dont l'énoncé constitue autant de principes généraux, à l'aide desquels on peut expliquer la composition du sang et en rendre compte dans toutes les maladies.

Avant d'exposer ces influences générales ou ces principes généraux qui les expriment et que nous admettons au nombre de huit, il serait utile de décider une question importante qui est celle-ci. Dans l'état pathologique, les modifications que nous avons reconnues dans le sang sont-elles les conséquences de la maladie ou bien constituent-elles la maladie elle-même?

Sans entrer ici dans une longue discussion pour la solution de laquelle nous possédons cependant des élémens suffisans, nous dirons seulement que la nature même de notre travail, et la manière dont nous l'avons conçu impliquent suffisamment l'idée que, dans la majorité des cas, les modifications survenues dans la composition du sang sont la conséquence du développement de la maladie et des phénomènes particuliers qui accompagnent tel ou tel état morbide. Nous ajouterons toutefois que nous reconnaissons deux circonstances générales très importantes, dans lesquelles les modifications du sang peuvent être soit la source de maladies, soit la cause d'accidens spéciaux, sans que jamais cependant, dans aucun de ces deux cas, ces modifications constituent elles-mêmes toute la maladie. Ainsi dans la plupart des intoxications paludéennes, dans celles qui engendrent quelques grandes pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la peste, la fièvre jaune, etc., il est probable que la matière morbifique, l'agent, si on veut ainsi l'appeler, qui est la cause de la maladie, pénètre d'abord dans le sang, et que c'est cette modification, qu'il ne nous a pas encore été donné d'apprécier, qui est le point de départ de la maladie.

L'autre circonstance générale dont nous avons parlé est celle dans laquelle les modifications survenues dans le sang sont à leur tour la cause

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL.

BRUXELLES.

Bruxelles est la capitale d'un petit royaume : mais réunit-il tous les élémens de force, de grandeur et de vitalité qui font d'un point territorial le centre d'une nationalité, le foyer de la civilisation d'un peuple? Nous n'avons pas à examiner cette question dans toute son étendue; médecin, nous avons borné notre enquête de curiosité voyageuse aux institutions qui se rapportent à notre profession. Ce n'est pas que, dans nos courses rapides, nous n'ayons remarqué à Bruxelles tous les monumens, tous les édifices, tous les attributs obligés d'une capitale; mais pour qui ne s'arrête pas à la signification purement materielle du mot, ces indices n'emportent point la démonstration de la chose. Il y a des esprits qui ne séparent point de l'idée de capitale, celle d'une influence souveraine qui rayonne de là à tous les points de la périphérie d'un pays, et comme l'étymologie les y autorise, ils veulent sentir en cette ville choisie les pulsations d'une pensée régulatrice. Qu'est-ce en effet qu'un pays sans unité, un peuple sans tête, une civilisation sans initiative? En réfléchissant aux conditions de la vie d'une nation, on comprend ce qu'il y a de nécessaire et de fécond dans l'existence des capitales; mais aussi faut-il reconnaître qu'on ne les invente pas à volonté. Il ne suffit pas de dire à une cité, si populeuse et si splendide qu'elle soit : tu seras capitale; le caprice des conquérans même n'y peut rien, et quand leur doigt fatal indique sur la carte le lieu où doit s'élever un trône, ils ne décrètent qu'une pompeuse et éphémère vanité, si la nature des localités et les résultats de l'état social antérieur ne coïncident avec les conceptions de leur orgueil. Une cité ne peut s'élever au rang de capitale qu'à la condition d'exercer envers un pays des fonctions multiples qui toutes se résument dans un office énergique et continu d'incitation et d'initiation : en même temps qu'elle règle l'activité politique de plusieurs millions d'hommes, elle leur doit le pain quotidien de l'intelligence et de l'âme : arts, sciences, lettres, religion, industrie, elle doit porter dans son flanc tous les principes de la grandeur humaine, tous les trésors de la vie sociale, et comme une robuste mère vouée à la tâche d'une saine et légitime procréation, elle doit répondre aux caresses de l'orgueil national par une longue série de nobles enfantemens. Mais de même que dans l'ordre de la création la fécondité est subordonnée à la loi du temps, la loi de l'espace préside dans l'ordre social à la distribution des masses humaines et à l'établissement des capitales. Celles-ci ne sont possibles et vraies qu'au prix d'un certain groupement des populations et à de certaines distances intermédiaires. Placez Londres à vingt lieues de Paris : Paris ni Londres ne conserveront leur physionomie ni

d'accidens spéciaux. Ainsi la diminution des globules, qui suit un certain nombre d'états morbides divers, détermine une fois qu'elle a eu lieu une série d'accidens particuliers, auxquels on a donné le nom d'anémie. La diminution considérable de la fibrine détermine la production d'hémorragies, etc.

Ceci étant bien posé, examinons maintenant quelles sont ces influences générales que nous formulons en lois et que nous établissons au nombre de huit.

PREMIÈRE LOI.

Le fait seul du développement d'une maladie modifie presque toujours d'une manière notable la composition du sang; cette modification est à peu près la même dans la plupart des cas.

Lorsqu'une maladie et en particulier une maladie aiguë vient à se développer, si l'on ne considère les faits que sous le point de vue qui nous occupe, deux choses peuvent arriver : ou cette maladie est simplement locale, ou bien elle envahit l'organisme tout entier.

Dans le premier de ces cas, c'est-à-dire quand la maladie est locale, ou du moins qu'elle ne se traduit au-dehors par aucun autre phénomène que la lésion locale elle-même, il n'existe aucune modification appréciable du sang; la composition de ce liquide est soumise aux lois qui la régissent dans l'état de santé.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand l'organisme entier, soit dès le début, soit consécutivement, est dans un état de souffrance, la composition du sang est modifiée par cela seul que l'individu est malade. Cette modification est variable et en rapport avec deux influences sur l'importance desquelles nous allons revenir.

La modification fondamentale produite dans le sang et la moyenne qui la représente, nous ont été fournies par le résumé de 120 analyses. Ces 120 analyses sont celles des premières saignées faites à des individus atteints de maladies bien déterminées, et chez lesquels l'organisme entier était en souffrance. Ainsi ce furent des bronchites, des pneumonies, des pleurésies, des rhumatismes aigus, des fièvres typhoïdes, des tubercules pulmonaires, etc. Nous avons considéré à part les hommes et les femmes en raison de la différence très grande de la composition du sang dans les deux sexes, et nous avons cherché dans ces nombreuses analyses quelles étaient les modifications de proportion des divers principes du sang qui se reproduisaient à peu près chez tous les malades. Ce dépouillement nous a conduit à établir les deux tableaux suivans, qui représentent assez bien la modification moyenne survenue dans le sang par suite du fait seul du développement de la maladie (1).

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LES MALADIES AIGUES.

	Hommes.	Femmes.
Densité du sang défibriné	1056	1055
du sérum	1027	1026
Eau	800	804
Globules	125	118
Albumine	66	65
Matières extractives et sels libres	7	7,5
Matières grasses	1,700	1,700
Séroline	variable.	variable.
Matière phosphorée	0,560	0,600
Cholestérine	0,110	0,130
Savon	1	0,900

(1) En jetant les yeux sur ce tableau, on devra se rappeler : qu'il n'est point question de la fibrine parce que les modifications de ce principe sont soumises à d'autres influences beaucoup plus compliquées dont il sera question plus tard.

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

	Hommes.	Femmes.
Chlorure de sodium	3,1	3,0
Sels solubles	2,6	2,5
Phosphates	0,450	0,450
Fer	0,500	0,490

En comparant ces deux tableaux aux moyennes de la composition du sang de l'homme et de la femme, à l'état sain, on arrive aux conclusions suivantes.

Par suite du développement de la maladie, il y a diminution de la densité du sang défibriné;

Diminution de la densité du sérum;

Diminution très notable des globules;

Diminution sensible, mais moins forte, de l'albumine (diminution qui ne paraît aussi notable ici qu'en raison du grand nombre de phlegmasies qui se trouvent dans ces 120 cas);

Légère augmentation de la somme des matières grasses, augmentation qui porte sur la matière grasse phosphorée et la cholestérine;

Augmentation sensible des phosphates insolubles;

Nul changement dans la proportion des matières extractives, du savon animal, des sels solubles et du fer qui est toujours proportionnel aux globules.

Les moyennes fournies par ces deux tableaux ne sont point absolues; elles sont susceptibles de variations et d'oscillations au-dessus et au-dessous de ces chiffres, et ces variations dépendent principalement de deux grandes circonstances qu'il est facile d'apprécier, et qui sont les suivantes : 1° lorsque la maladie est légère, un bien que l'organisme entier n'est que peu en souffrance, les modifications survenues dans le sang sont faibles; il en sera de même encore lorsque la maladie sera tout à fait à son début et la saignée pratiquée le premier, le deuxième ou même le troisième jour de l'invasion. Il pourra même se faire dans ce dernier cas surtout que la composition du sang ne soit en aucune manière altérée. Ce résultat concourt à prouver ce que nous avons déjà répété plusieurs fois, c'est-à-dire que les modifications du sang sont la conséquence de la maladie.

2° Les modifications que nous avons constatées dans ce liquide seront au contraire d'autant plus prononcées que la maladie sera plus intense et que la saignée sera pratiquée à une époque plus éloignée du début. Ces mêmes modifications continuent encore à se produire pendant toute la durée de l'affection et par conséquent elles sont de plus en plus caractérisées; de sorte qu'il n'est pas rare à la suite de longues maladies d'observer l'appauvrissemens du sang qui constitue l'état dit anémique,

leur originalité. Leur puissance est d'une part dans la densité de leur population, d'autre part dans l'étendue de la sphère que décrit leur rayon. Ce que la solitude est pour le penseur isolé, la distance qui sépare deux capitales l'est pour le labeur de civilisation dont elles sont le siége; ce qu'est à l'individu la force de la constitution, le chiffre de la population l'est aux capitales. Que si vous ne tenez compte de ces deux conditions, distance et masse, la capitale que vous faites ne le sera que de nom et d'apparence; vous y introduirez sans peine la ruche des fonctionnaires de toute couleur qui se rencontrent en toute résidence de prince; vous entendrez leur bourdonnement officiel qui pourra vous en imposer pour un écho d'activité publique; vous y verrez drapeaux, écussons, armoiries, livrées, hôtels et palais; mais ce sera luxe vain et parade théâtrale. Cette population à laquelle vous aurez fait accroire qu'elle habite une capitale et fait prendre un demi-air de fête permanente, que lui donnez-vous pour alimenter ses facultés, pour exercer en elle tous les instincts supérieurs de l'humanité? Le courrier de Paris. Voilà qu'elle vit, un pied dans sa maison et l'autre sur la route, pour voir surgir à l'horizon la fumée du convoi qui apporte les nouvelles de Paris. Les rail-way qu'elle a jetés sur ses routes avec une fiévreuse ardeur de communications à toute frontière, servent-ils de véhicule magique à la pensée nationale, aux produits de ses esprits, aux découvertes de ses enfans? Non, ces artères lui amènent le sang de l'étranger, les idées et les produits de Paris. Au moins leur fait-elle subir une nouvelle élaboration avant de se les assimiler? C'est ce dont il est permis de douter jusqu'ici. La langue elle-même conspire contre la santé de cette nationalité factice; l'idiome de la capitale qu'elle s'est donnée est l'idiome de Paris, moins l'élégance et la correction, de telle sorte que Bruxelles n'a pas même le travail obligé de la traduction qui parfois conduit à penser, à produire de son propre cru. Après avoir traduit vingt ans Virgile, Delille s'est mis à chanter les prés et les jardins pour son propre compte; mais à Bruxelles on ne chante même plus la *Brabançonne*, cette marseillaise du pays, et le seul produit de la muse indigène dont on ait parlé en deçà de Quiévrain (frontière de France). Donc, vous le voyez, tout en estimant fort nos voisins les Belges, tout en admirant le pays qu'ils habitent et qu'ils exploitent avec une rare industrie, tout en nous souvenant avec plaisir de la bonne et agréable ville de Bruxelles, nous ne sommes pas trop osés de lui dire : Bruxelles, ma mie, n'est pas capitale qui veut, — capitale à dix-huit heures de Paris, à cinq heures de Londres, à deux heures de Gand, d'Anvers et de Liége, à vingt heures de La Haye, d'Amsterdam et de Leyde. Dans ce merveilleux archipel de cités florissantes et de centres souverains de civilisation, il n'y a pas assez d'air pour une capitale de plus. Et puis, en vertu de la loi des extrêmes, le bien de la Belgique est le mal de Bruxelles; la libéralité des institutions ôte à la capitale toute importance effective; avec ses belles et riches provinces qui gravitent chacune autour d'un centre particulier, avec sa charte et ses lois municipales, avec le fractionnement du pouvoir et la diversité des intérêts qui se trouvent chez elle distribués en quelque sorte par zones géographiques, la Belgique ressemble moins à un tout vivant, à un organisme parfait dont la vie est une, qu'à ces êtres multiples et uns chez qui la vie semble fractionnée en une série d'appareils ganglionnaires dont chacun suffit à faire subsister isolément une partie de l'animal.

Notre première visite s'est adressée à l'hôpital militaire de Bruxelles et à l'inspecteur-général du service de santé de l'armée : *ab Jove principium*. En

état qui n'est en définitive que le dernier degré des altérations du sang que nous venons d'étudier.

Voici donc un fait capital ; c'est l'influence du développement de la maladie sur la composition du sang, influence qui détermine :

La diminution des globoles ;

Une diminution moins considérable de l'albumine du sérum ;

Une augmentation de la matière grasse phosphorée, de la cholestérine, du phosphate de chaux.

Ces modifications se sont reproduites dans une trop grande série de faits et d'une manière trop constante pour qu'une loi aussi générale ne soit point d'une exactitude parfaite. Il s'agit maintenant d'en trouver la cause.

Relativement à la diminution des globules et de l'albumine, on ne peut guère invoquer ici que deux influences qui sont 1° la diète, et 2° l'influence directe de la maladie qui, de même qu'elle détermine sympathiquement des désordres vers les principaux appareils, peut aussi modifier la composition du sang. Nous ne pouvons ici que signaler ces deux causes, sans discuter la valeur de chacune d'elles.

Comment expliquer l'augmentation de la matière grasse phosphorée ? C'est ce que nous ne saurions dire.

L'augmentation de la cholestérine peut-elle s'expliquer de la manière suivante ? Sous l'influence de la diète, la digestion n'ayant plus lieu ou étant très faible, la bile cesse d'être sécrétée en aussi grande abondance ; or, s'il en est ainsi, les matériaux qui la constituent restent probablement dans le sang et cessant d'être éliminés en aussi grande quantité, s'y accumulent et s'y concentrent. C'est probablement ce qui a lieu pour la cholestérine qui est un des élémens essentiels de la bile. Cette explication paraît d'autant plus rationnelle que, dans les cas d'ictère avec rétention de la bile, on trouve la quantité de ce principe immédiat très fortement augmentée. Se passerait-il donc ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu lorsque l'on vient à extirper les reins à des animaux et qu'on observe la concentration de l'urée dans le sang ? cela est probable, car la cholestérine est aussi importante à la constitution de la bile que l'urée à celle de l'urine.

Toutes ces questions ne peuvent être résolues définitivement ; nous nous contentons de signaler ce qui semble le plus probable. Nous dirons exactement la même chose de l'explication suivante qu'on peut donner de l'augmentation du phosphate de chaux : peut-être n'est-elle qu'une hypothèse.

Lorsqu'un individu est atteint d'une maladie un peu sérieuse, la nutrition et l'assimilation cessent de se faire, ou plutôt leur activité diminue d'une manière notable ; bien plus, au bout d'un certain temps, le travail de décomposition devient plus actif, les parties solides sont résorbées, l'amaigrissement arrive, etc. Ne pourrait-on pas attribuer cette augmentation du phosphate de chaux dans le sang, d'une part, au défaut d'assimilation de cette matière par les os, et d'une autre part à la résorption de celui qui constitue ces organes ?

Tout ce que nous venons d'établir s'applique à peu près exclusivement aux maladies aiguës ; quant aux maladies chroniques, leur influence sur la composition du sang est en rapport avec leur marche et met beaucoup plus longtemps à se produire. En pareil cas les altérations du sang suivent les phases de la maladie chronique, diminuent avec elle ou augmentent si elle s'aggrave, et alors elles peuvent finir par être beaucoup plus considérables, même que dans les affections aiguës. Il arrive assez souvent que dans la dernière période des affections chroniques, le sang s'altérant de plus en plus finit par présenter les modifications qui constituent ce qu'on a appelé l'état anémique (diminution considérable des globules), mot qui n'exprime en aucune manière les modifications survenues dans le sang.

DEUXIÈME LOI.

Les saignées exercent sur la composition du sang une influence remarquable, et qui est d'autant plus prononcée qu'elles sont plus fréquemment répétées.

MM. Andral et Gavarret, dans leur important travail, sont arrivés à établir que les saignées avaient surtout pour effet de diminuer la proportion des globules du sang, tandis qu'elles n'exerçaient qu'une influence beaucoup moins marquée sur la fibrine et les matériaux solides du sérum. Cette conclusion est juste ; aussi nos analyses nous ont-elles fourni un résultat analogue. En raison cependant du plus grand nombre de principes que nous avons isolés du sang, nous pensons devoir consigner ici le résultat de nos expériences.

Les trois tableaux que nous présentons expriment les moyennes des première, seconde et troisième saignées faites à un certain nombre d'individus, M. Cruveilhier n'ayant jamais prescrit plus de trois saignées.

Dix malades ont été saignés deux fois, et dix autres trois fois, ce qui fait 20 premières saignées, 20 secondes et 10 troisièmes.

MOYENNE DE LA COMPOSITION DU SANG CHEZ VINGT INDIVIDUS SAIGNÉS DEUX FOIS.

	1res saignées.	2es saignées.
Densité du sang défibriné	1055	1051,2
— du sérum	1026,1	1025,3
Eau	796,2	812
Globules	125,4	112
Albumine	66,2	62,5
Fibrine	3,7	3,8
Matières extractives et sels libres	6,8	7,6
Matières grasses	1,657	1,560
Séroline	0,027	0,047
Matière phosphorée	0,490	0,465
Cholestérine	0,178	0,150
Savon	0,962	0,900

SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.

	1res saignées.	2es saignées.
Chlorure de sodium	2,8	3,4
Sels solubles	2,7	2,5
Phosphates	0,435	0,417
Fer	0,527	0,488

MOYENNE DE LA COMPOSITION DU SANG CHEZ DIX INDIVIDUS SAIGNÉS TROIS FOIS.

	1res saignées.	2es saignées.	3es saignées.
Densité du sang défibriné	1056	1053	1049,6
— du sérum	1025,8	1026,3	1025,6

tout pays, si l'on veut connaître tout de suite le terme le plus élevé de l'ordre et de la régularité en matière de médecine et d'hôpitaux, il faut prendre le chemin de ceux où sont reçus les malades de l'armée. La médecine civile a des mérites infinis ; il nous plaît de les grossir, et plus elle aiguise ses préventions contre les praticiens de l'armée, plus il convient à ceux-ci d'y mettre humblesse et componction. Mais qu'elle leur abandonne la palme de la discipline et du bon ordre, la supériorité de marche et d'exécution dans toutes les branches du service de santé : ce sera justice et vérité, en Belgique comme en France. Au risque de paraître partial en faveur d'une profession qui nous est naturellement chère, c'est à la médecine militaire de Belgique que revient la meilleure portion de nos éloges ; c'est pour elle que nos sympathies se sont déployées tout entières ; car elle comprend toute l'importance de sa mission, et l'opinion générale de l'armée belge proclame qu'elle sait la remplir. L'organisation de la médecine militaire en Belgique ne laisse rien à désirer : elle constitue un corps spécial qui possède une hiérarchie complète et ne relève que de ses propres chefs ; une assimilation équitable lui accorde tous les grades militaires jusqu'à celui d'officier-général inclus. M. Vleminckx, qui est à la tête de ce corps, a rang de général de brigade ; il correspond et travaille directement avec le ministre de la guerre ; c'est à lui que tous les officiers de santé de l'armée adressent leurs demandes, leurs réclamations, leurs observations sur le service médical ; il est l'arbitre de leurs droits à l'avancement ; il réunit en un mot les attributions qui sont dévolues en France, partie à l'intendance militaire, partie au conseil de santé. M. Vleminckx justifie la haute position qu'il occupe par ses connaissances scientifiques et administratives, par la netteté de son esprit, par la fermeté de son caractère, par l'élévation et la valeur pratique de ses vues.

L'hôpital militaire de Bruxelles n'est point remarquable sous le rapport de l'architecture ; c'est un ensemble de bâtimens vieux et neufs, appropriés tant bien que mal à une destination qui ne leur avait pas été primitivement assignée. Les salles sont peu régulières, de dimensions inégales, non assez isolées l'une de l'autre, encombrées de lits qui tous heureusement ne sont pas occupés ; fenêtres petites et grandes, irrégulièrement percées, plafonds à saillies, piliers en maçonnerie qui diminuent par leurs masses le cube atmosphérique des salles, rompent le coup-d'œil et nuisent à la surveillance ; absence de galeries couvertes pour la promenade d'hiver, étroitesse des cours, etc. ; nous pourrions allonger l'énumération des vices de la construction, mais ceux qui sont chargés du soin de l'édifice ne lisent pas ces lignes ; et quant aux médecins, sont-ils écoutés en aucun pays du monde par les architectes et les administrateurs ? En revanche, le service médical ne laisse rien à désirer à tous les degrés de l'exécution. Les chirurgiens sous-aides sont tous docteurs en médecine, et, quoiqu'ils ne soient chargés que des pansemens et de l'exécution des prescriptions, la plupart d'entre eux méritent déjà le titre de praticien. L'un des médecins traitans de l'hôpital est en même temps professeur de clinique pour le compte de l'Université de Bruxelles (M. Lebeau), et, au grand honneur de la médecine militaire, il attire surtout les élèves qui désirent se familiariser avec l'art de l'auscultation, dont il passe pour être l'un des meilleurs représentans à Bruxelles. On ne saurait trop louer la libéralité de l'administration militaire qui ouvre l'hôpital de l'armée à l'enseignement civil, et qui permet à l'un de ses médecins d'y remplir les fonctions de professeur de clinique de la

	1res saignées.	2es saignées.	3es saignées.
Eau	793	807,7	823,1
Globules	129,2	116,3	99,2
Albumine	65	63,7	64,6
Fibrine	3,5	3,8	3,4
Matières extractives et sels libres.	7,7	6,9	8
Matières grasses	1,662	1,584	1,530
Séroline	0,026	0,088	0,012
Matière grasse phosphorée	0,637	0,489	0,450
Cholesterine	0,106	0,156	0,149
Savon	0,893	0,851	0,919
SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.			
Chlorure de sodium	2,8	3,5	3
Sels solubles	2,6	2,5	2,7
Phosphates	0,404	0,493	0,348
Fer	0,513	0,471	0,468

A mesure que l'on saigne des individus, leur sang s'appauvrit et devient plus aqueux ; aussi trouve-t-on la densité du sang défibriné notablement diminuée.

L'albumine diminue également, mais en général d'une faible quantité ; aussi l'abaissement de la densité du sérum est-il presque toujours peu considérable.

La fibrine n'est en aucune manière influencée par les saignées, elle reste ce qu'elle était avant, c'est-à-dire sous l'influence de la maladie et en rapport avec sa nature et son intensité.

Nul changement dans la proportion des matières extractives et des sels libres.

Légère diminution des matières grasses.

La séroline, toujours variable, nous a paru, dans quelques cas incontestables, augmenter de quantité à mesure qu'on pratiquait des saignées. Nous en ignorons la cause.

La matière grasse phosphorée n'est pas modifiée sensiblement.

La cholestérine semble un peu augmentée ; mais nous considérons cette augmentation plutôt comme la conséquence de la maladie que comme celle des saignées. Elle peut aussi ne pas changer, c'est ce qu'on peut voir dans le premier tableau.

Le savon animal n'est pas sensiblement modifié dans sa quantité.

Il n'y a aucun changement sensible dans la proportion du chlorure de sodium et celle des autres sels.

Le chiffre du fer baisse un peu, c'est ce qui devait arriver, puisqu'il est en rapport avec celui des globules.

En résumé, les saignées ont surtout pour conséquence d'abaisser fortement le chiffre des globules et un peu celui de l'albumine.

TROISIÈME LOI.

L'état pléthorique et les accidens qui l'accompagnent résultent probablement d'une augmentatation de la quantité de sang normalement contenue dans l'organisme, mais nullement d'un changement survenu dans la composition de ce liquide et en particulier d'une augmentation de la proportion des globules.

La pléthore est un état trop bien connu pour que nous jugions utile de tracer ici le tableau des phénomènes qui la caractérisent.

L'opinion la plus ancienne, et qui est encore admise aujourd'hui par un grand nombre de médecins (1), l'attribue à l'augmentation de la quantité de sang, au trop plein des vaisseaux, et son étymologie (πληθώρα, réplétion) semble indiquer l'idée qu'on s'était formée de l'état pléthorique.

Plus tard on crut en trouver la cause dans une augmentation de la fibrine. Cette opinion était tout à fait hypothétique, car l'on n'avait pas même cherché à la vérifier par l'analyse chimique. MM. Andral et Gavarret en ont fait du reste bonne justice.

Ces deux professeurs ont établi que la pléthore était due à l'augmentation de la proportion des globules normalement contenus dans le sang. Les chiffres qu'ils ont présentés à l'appui de cette opinion sont incontestables et ne sauraient être revoqués en doute. Mais il n'en est point ainsi de leur interprétation. Sans contredit, si le chiffre de l'état normal qui leur a servi de point de départ ($\frac{127}{1000}$) était juste, leur conclusion relativement à l'état pléthorique serait légitime ; mais nous croyons avoir démontré que ce nombre était beaucoup trop faible, et pour cette raison nous considérons les chiffres qu'ils ont donnés touchant la proportion des globules du sang dans la pléthore comme l'expression d'un état normal.

D'après nos analyses, nous sommes, en effet, conduits à conclure que dans la pléthore dite sanguine la composition du sang ne s'éloigne pas sensiblement de ce qu'elle est à l'état normal.

Voici, du reste, les analyses qui nous permettent d'affirmer aussi positivement cette proposition :

Nous avons saigné six hommes présentant tous les caractères de la pléthore ; tous étaient dans la force de l'âge : 24, 27, 28, 35, 38 et 48 ans.

Leurs professions étaient les suivantes : 2 bottiers, 1 serrurier, 1 menuisier, 1 commissionnaire, 1 découpeur de cuivre ; tous avaient l'apparence d'une bonne santé, d'une bonne constitution ; 4 étaient un peu plus forts, 2 un peu moins. Sur les 6, 4 présentaient un embonpoint moyen, 3 étaient assez maigres ; 5 avaient la peau brune et colorée et les cheveux foncés, 1 seul avait la peau blanche et les cheveux blonds. Tous nous dirent qu'ils étaient à leur aise, gagnant bien leur vie, mangeant tous les jours de la viande et buvant du vin ; un seul avoua qu'il était un peu ivrogne.

Ces individus présentaient les accidens suivans : ils avaient en général la face injectée, se plaignaient de céphalalgie, de vertiges, de tournoiemens de tête et parfois de sifflemens dans les oreilles ; ils accusaient des palpitations, de la dyspnée, quand ils montaient un escalier ; ils se plaignaient d'être plus lourds que d'habitude, et leurs forces étaient un peu diminuées (2 cas). Deux d'entre eux se plaignaient d'une somnolence très marquée. Chez l'un des six, il n'y avait que de la céphalalgie, des vertiges et un peu de somnolence, sans palpitations ni dyspnée. Le pouls était en général fort et dur, sans fréquence, et aucun bruit de souffle n'existait dans les carotides. Deux de ces six individus avaient l'habitude de se faire

(1) Rochoux, article *Pléthore* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE EN 25 VOL. : « Il y a pléthore lorsque le système circulatoire se trouve contenir une quantité de sang plus considérable que ne l'exigent les besoins de l'organisme. »

Faculté. Le matériel du couchage et de l'habillement ne vaut pas celui de nos hôpitaux militaires de France ; le régime, tel qu'il est prescrit par les réglemens, est en rapport avec les habitudes du pays ; ainsi la ration de pain, entière ou fractionnée par quart, demi, etc., est inférieure à celle du soldat malade en France ; la pomme de terre y supplée ; le pain n'offre pas non plus la qualité de notre pain d'hôpital ; il est confectionné avec des farines non blutées ; bien des convalescens doivent le trouver lourd et indigeste, quoique le soldat belge le préfère généralement au pain très blanc ; tous les autres alimens m'ont paru d'excellente qualité. Une faculté précieuse appartient aux médecins traitans de l'armée belge : sur un bon signé par eux, on accorde au soldat malade tel aliment, telle boisson qu'ils jugent à propos de lui prescrire ; cette latitude est illimitée, et s'applique tant aux vins généreux qu'aux sucreries, confitures, mets délicats de toute sorte ; et comme elle existe de longue date, nous concluons que nos confrères belges savent en user avec à propos et discrétion ; deux conditions essentielles au libre exercice des prérogatives médicales, et qui par malheur ne se rencontrent point partout. A chaque lit se trouve une plaque d'ardoise sur laquelle on inscrit la maladie du sujet qui l'occupe ; c'est là peut-être un inconvénient ; les nudités du diagnostic médical ne sont pas toujours assez masquées par les artifices de la technologie ; la plupart des dénominations nosologiques sont aujourd'hui de compréhension vulgaire ; et l'étiquette de fièvre typhoïde, de phthisie tuberculeuse, etc., n'est pas faite pour rassurer les malades qu'elle surmonte ni les parens qui le visitent.

Aux divisions ordinaires des malades, on a ajouté une division d'ophtalmiques ; tous nos lecteurs savent combien l'ophtalmie, particulièrement sous la forme de conjonctivite granuleuse, a désolé l'armée belge ; mais tous ne savent pas avec quel zèle cette affection a été poursuivie par les médecins militaires de ce pays, combien de travaux utiles ils ont publiés sur ce sujet, combien leurs efforts persévérans et habiles ont atténué le fléau. M. Vleminckx m'a donné à cet égard des détails du plus haut intérêt ; le beau résultat que la médecine militaire belge a atteint est dû en grande partie à la sollicitude de son chef ; il suffirait pour attirer sur elle la reconnaissance de l'armée et les récompenses de l'état. Bornons-nous à dire que l'ophtalmie épidémique, naguère si extensive et si tenace, n'existe pour ainsi dire plus ; la division des ophtalmiques se réduisait, lors de ma visite à l'hôpital de Bruxelles, à cinq ou six malades dont la plupart touchaient à leur guérison. La presque disparition de cette cruelle maladie, qui a fait plus d'invalides que dix ans de guerre, a été déterminée par des mesures d'hygiène et de prophylaxie ; car, ainsi qu'on ne saurait trop le redire, la médecine ne peut rien en faveur des masses ; parmi ces mesures, mentionnons la suppression de l'agrafe de l'uniforme près du collet, l'élargissement des cols et des schakos qui comprimaient circulairement les régions occipito-frontale et bi-pariétale, etc., circonstances qui avaient pour effet la stase sanguine dans les parties comprises entre ces deux espèces de ligature, dont l'une portait sur la tête et l'autre sur le cou. L'élucidation de l'étiologie de cette affection a permis de la reconnaître dans ses rudimens et de lui opposer un traitement abortif qui consiste à cautériser les granulations naissantes ou celles qui existent sur la face interne des bords palpébraux par une disposition en quelque sorte congéniale. Les chirurgiens belges, habitués à renverser dextrement la paupière supérieure comme la paupière inférieure, visitent

saigner tous les ans au printemps. Les quatre autres ne l'avaient jamais été, ou ne l'avaient pas été depuis longtemps.

Nous avons saigné également une femme pléthorique, âgée de 21 ans, domestique, forte, robuste, à la peau brune, et bien musclée, parfaitement réglée, se nourrissant bien et se plaignant depuis quelque temps de céphalalgie, de vertiges, de somnolence, de palpitations, de dyspnée; sa face était colorée; il n'existait aucun bruit de souffle dans les carotides; son pouls battait 80 pulsations.

Voici la composition moyenne du sang de ces six individus et celui de la femme.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG CHEZ SIX HOMMES PLÉTHORIQUES ET UNE FEMME.

	Moyenne de	
	6 hommes.	1 femme.
Densité du sang défibriné	1059	1059
— du sérum	1028,3	1028,8
Eau	780,4	784
Globules	138	131,5
Albumine	72,3	75,1
Fibrine	2,4	2,1
Matières extractives et sels libres	6,3	5,8
Matières grasses	1,555	2,150
Séroline	variable.	0,025
Matière phosphorée	0,433	0,673
Cholestérine	0,088	0,114
Savon	1,014	1,038
SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.		
Chlorure de sodium	3,7	3,5
Sels solubles	2,9	2,8
Phosphates	0,341	0,334
Fer	0,547	0,544

Les moyennes fournies par ce tableau sont exactement les mêmes que celles de l'état normal, sauf toutefois une élévation un peu plus considérable du chiffre de l'albumine. L'examen de chaque cas en particulier vient confirmer ce dernier résultat, auquel nous ne croyons cependant devoir attacher aucune importance, parce qu'il est très peu au-dessus du chiffre de l'état normal et qu'il rentre tout à fait dans ses limites. Nous signalerons toutefois l'élévation de ce chiffre comme méritant quelque attention, en raison de sa constance.

La fibrine s'est montrée fort irrégulière dans les six cas de pléthore dont nous avons donné l'analyse. Dans un cas, elle est restée tout à fait normale (2,2); dans trois, elle est montée aux limites tout à fait supérieures de ce même état (3,2, 3,5, 3,5). Dans deux, enfin, elle a été représentée par un chiffre extrêmement bas (1 et 1,1). Les deux individus qui les présentèrent étaient, tous les deux forts et assez robustes, et ne présentaient d'autres symptômes que ceux d'une pléthore modérée. Ils avaient toutes leurs forces et mangeaient avec appétit. La saignée les délivra des accidens pour lesquels ils l'avaient réclamée.

Ces modifications éprouvées par le sang dans la pléthore sont donc tellement légères que nous pouvons hardiment conclure qu'il n'a subi aucune altération.

Si la composition du sang dans la pléthore n'a subi aucune modification importante, quelle est donc la cause de cet ensemble d'accidens, dont le point de départ est évidemment dans ce liquide? Nous sommes ramenés ici, par voie d'exclusion, à l'opinion ancienne qui l'attribuait à une augmentation de la masse du sang. Nous pensons, de plus, qu'il peut y avoir pléthore, quelle que soit la composition de ce liquide, et tout aussi bien, quoique ceci soit plus rare, avec un sang pauvre en globules qu'avec un sang dont la composition est normale.

Une telle proposition ne peut évidemment être démontrée par la pondération du sang; mais elle l'est par l'observation clinique. Tout concourt en effet à prouver, chez les individus pléthoriques, cette surabondance de sang dans le système circulatoire; la turgescence des chairs, la plénitude des vaisseaux, le développement des veines, la rougeur des tissus n'indiquent-ils pas la présence dans les capillaires d'une quantité anormale de sang? La tendance aux hémorragies actives n'est-elle point aussi en rapport avec cet état? n'est-elle pas due à l'effort de la nature, pour éliminer le trop plein du système vasculaire? Les accidens cérébraux n'indiquent-ils pas, par leurs caractères, la présence dans la cavité crânienne d'une quantité anormale de sang qui produit sur le cerveau un premier degré de compression? Ne peut-on pas encore expliquer la dyspnée par le besoin plus fréquent de respirer, pour oxigener dans le même temps une plus grande quantité de sang, comme on se rendrait compte des palpitations par la trop grande réplétion du cœur, qui est obligé de se contracter avec plus d'énergie pour lancer le sang dans les vaisseaux?

La réplétion du système vasculaire n'explique-t-elle pas beaucoup mieux tous ces désordres que ne pourrait le faire la simple augmentation des globules? En raisonnant dans cette dernière hypothèse, on est conduit à admettre que leur diminution produit les mêmes accidens que leur augmentation (céphalalgie, vertiges, etc.), ce qui est difficile à croire; tandis qu'en admettant, comme nous le pensons, que des individus dont le sang est moins riche en globules peuvent également présenter un état pléthorique (excès de sang), il n'y a plus aucune difficulté. Qu'il y ait augmentation, état normal ou diminution des globules, les accidens sont les mêmes dès que, sous l'influence de causes diverses, que nous ne devons pas exposer ici, la masse totale du sang augmente, et qu'il y a réplétion du système circulatoire.

La pléthore, dans les cas où il y a diminution des globules, est un fait du reste incontestable, et voici des preuves qu'on ne saurait mettre en doute. Toutes les chlorotiques que nous avons saignées, sans exception, présentaient les accidens caractéristiques de la pléthore combinés à ceux de la chlorose, mais non pas assez intimement pour qu'on ne pût faire la part des uns et des autres. L'événement vint du reste justifier nos prévisions; toutes les malades, sans exception, se trouvèrent soulagées par la saignée et ensuite les préparations martiales n'en réussirent que mieux. Voici encore une autre preuve: dans la grossesse, il y a souvent nécessité de saigner, en raison du développement d'un état pléthorique qui se montre fréquemment, et dont l'existence ne saurait être mise en doute; on sait de plus, et c'est un fait vulgaire, que ces saignées font disparaître ces accidens; eh bien! dans la plupart des cas de grossesse, l'analyse du sang montre une diminution dans la proportion des globules, diminution qui est souvent très considérable. N'est-ce pas là encore un exemple de pléthore avec diminution du chiffre des globules?

périodiquement les yeux des soldats, et dès qu'ils constatent l'un des signes bien connus qui dénotent l'imminence ou le début de la redoutable ophtalmie, ils séquestrent ceux qui les présentent et les soumettent à l'action des moyens dont l'efficacité leur est démontrée par une prodigieuse expérience.

La pharmacie militaire, quoique les réglemens d'organisation l'aient reléguée à part et sur un échelon inférieur à la médecine, m'a paru non moins distinguée que partout ailleurs; les médecins militaires belges ont l'habitude de formuler, et les pharmaciens ne se plaignent point du surcroît de soins et d'attention qui en résulte pour eux; en outre, ils ont charge de délivrer des remèdes aux officiers de l'armée d'après les ordonnances des médecins des corps de troupes; car, en Belgique, les officiers sont traités à domicile par les médecins de leurs régimens, et ils ont droit, sans subir aucune retenue de solde, aux médicamens de l'hôpital, où il n'existe par conséquent aucun local pour leur admission. La médecine militaire belge se recommande à la sympathie des officiers de santé français par un profond sentiment de confraternité qui supprime la frontière; elle s'enorgueillit des gloires qui sont les nôtres, et les hommes qui ont porté si haut l'illustration du corps médical de notre armée n'obtiennent pas en France plus d'éloges et d'admiration qu'auprès de nos confrères militaires de la Belgique, qui semblent aussi les revendiquer pour modèles.

MICHEL LÉVY.

(La suite au prochain numéro.)

On voit, en résumé, que notre proposition est juste et que la pléthore doit être attribuée à un excès dans la masse du sang, quelle que soit du reste la composition du liquide, excès qui peut se montrer comme seul phénomène, ou bien venir compliquer un certain nombre d'autres états morbides.

Existe-t-il des cas où la masse du sang, loin d'être augmentée, est diminuée? Nous le pensons, tout en croyant qu'une telle proposition ne saurait être démontrée d'une manière positive; nous pensons également qu'il peut en être ainsi, quelle que soit la composition du sang, bien cependant que cette diminution marche plutôt en général avec un abaissement du chiffre des globules. Il est probable qu'à la suite des maladies chroniques, lorsqu'il y a un amaigrissement considérable, cette diminution de la masse sanguine est réelle. C'est là l'anémie véritable et le seul sens qu'on doive attacher à ce mot, dont on a altéré la signification en le faisant synonyme de diminution des globules. Nous aurons du reste occasion de revenir sur ce sujet.

QUATRIÈME LOI.

La diminution de la proportion des globules contenus dans 1000 grammes de sang, et caractérisant l'état général auquel on a donné, dans ces derniers temps, le nom d'anémie, s'observe fréquemment dans les maladies, soit comme caractère essentiel, soit comme complication, soit comme phénomène consécutif.

Il y a longtemps qu'on a donné le nom d'anémie à cet état général, dont la chlorose offre en quelque sorte le type (quoiqu'il se montre également, à un moindre degré il est vrai, dans un certain nombre d'autres maladies) et dont les principaux caractères sont la pâleur des tissus, la langueur des fonctions digestives, les palpitations, la dyspnée, un bruit de souffle dans les carotides et souvent au cœur, etc., etc. On admettait de plus, mais d'une manière assez vague et plutôt par hypothèse que d'après des faits réels, que, dans de tels cas, il y avait une diminution du chiffre de globules. La science en était là lorsque MM. Andral et Gavarret établirent, d'une manière définitive, que l'anémie résultait de la diminution de la quantité des globules normalement contenus dans le sang, diminution qui pouvait se produire à des degrés très divers. Avant d'aller plus loin et d'exposer le résultat de nos recherches à cet égard, nous devons dire que le nom d'anémie donné à cet état est loin d'être juste. D'après son étymologie, il exprime la diminution de la quantité totale du sang, fait du reste très réel, et ce n'est que par une extension tout à fait forcée, que cette expression a été employée pour désigner l'état général qui résulte de la diminution des globules.

Quoi qu'il en soit, et tout en évitant désormais d'employer le mot anémie dans le même sens que les auteurs modernes, esquissons d'une manière rapide les principaux caractères de cet état général. Et d'abord, mettant de côté la diminution des globules, qui se produit par le seul fait du développement de la maladie et de la diète, et qu'on pourrait, avec raison, considérer comme le premier degré de l'état que nous décrivons, on peut établir que la diminution un peu considérable de la proportion des globules se traduit au dehors par les caractères suivans :

La peau est blanche pâle; cependant il n'est pas rare d'observer une légère coloration des joues, surtout quand il y a abondance de sang (pléthore). Les forces sont diminuées, les malades sont fatigués par le moindre exercice, ils se plaignent de palpitations, de dyspnée augmentant par la marche, l'ascension des escaliers; un bruit de souffle existe dans les carotides, tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, et alors plus souvent à droite qu'à gauche. Assez souvent il existe également un bruit de souffle au cœur, dont les battemens sont accélérés, plus forts, et s'entendent dans une plus grande étendue. Les fonctions digestives sont languissantes et souvent accompagnées de gastralgie; il y a de la constipation. Si cet état, ce qui est le plus fréquent, se développe chez des femmes, il y a dérangement de la menstruation, qui devient moins abondante, irrégulière, et souvent même se supprime complètement. Enfin, divers troubles nerveux peuvent également se montrer.

Avec cet état général caractéristique de la diminution un peu considérable des globules, il peut exister une véritable pléthore, une surcharge du système circulatoire, et c'est alors qu'aux accidens que nous venons d'énumérer viennent particulièrement se joindre les suivans: pesanteur de tête, céphalalgie, vertiges, tintemens d'oreilles, sommeil lourd, interrompu par des rêves pénibles, parfois somnolence dans le jour, bouffées de chaleur vers la tête; la figure est colorée en rose pâle, turgescente, souvent brûlante; le pouls plus développé, quelquefois même assez dur; il y a une sensation de chaleur et de battement dans la poitrine; on observe quelquefois aussi des hémorragies, et en particulier des épistaxis constitués par un sang pâle.

Si, au contraire, au lieu d'être en excès, la masse du sang ainsi appauvrie en globules vient à diminuer, on observe surtout l'amaigrissement, la flaccidité des chairs, une grande pâleur et un air de souffrance répandu sur la figure; la fatigue est plus grande, les forces sont plus notablement diminuées, la dyspnée et les palpitations plus fortes et plus faciles, le pouls plus petit et plus faible, et des syncopes plus fréquentes; il n'y a aucune tendance à la production des hémorragies, etc.

Tel est l'état général, ou plutôt, tels sont, selon nous, les trois états généraux (conservation, augmentation ou diminution de la masse normale du sang) qu'on est convenu, dans ces derniers temps surtout, de comprendre sons le nom d'anémie, et qui s'observent: 1° dans la chlorose; 2° à la suite des saignées répétées, des hémorragies abondantes; 3° après des pertes un peu considérables d'un liquide quelconque, de diarrhées abondantes, de flux, de suppurations intarissables; 4° à la suite de l'intoxication saturnine et des fièvres intermittentes de longue durée; 5° dans la convalescence d'affections graves, ayant débilité et épuisé les malades; 6° chez les individus mal nourris ou soumis à une diète prolongée; 7° chez ceux qui habitent un endroit humide et malsain. De tous ces états, la chlorose est à peu près le seul dans lequel on puisse observer la pléthore; dans les autres, il y a plutôt anémie, dans le sens véritable du mot.

Tout ceci étant bien établi, nous pouvons maintenant donner la moyenne de la composition du sang dans un certain nombre de cas de ce genre, développés à la suite de causes très diverses et qui présentaient, comme caractère commun, l'existence d'un bruit de souffle continu ou intermittent dans les carotides, bruit qui, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, se produit nécessairement toutes les fois que les globules ont subi un certain degré d'abaissement. (ESSAI D'HÉMATOLOGIE, pages 58 et 59.) Plus loin, nous discuterons la question de savoir si le bruit de souffle peut exister sans qu'il y ait diminution des globules.

Ces moyennes sont le résultat de 35 analyses du sang.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS TRENTE-CINQ CAS, OU IL Y A DIMINUTION CONSIDÉRABLE DES GLOBULES.

	Moyenne.		Moyenne.
Densité du sang défibriné.	1047,4	Séroline.	variable.
— du sérum.	1017,1	Matière phosphorée.	0,663
		Cholestérine.	0,110
Eau.	822	Savon.	0,992
Globules.	94,7		
Albumine	63	SUR 1000 GRAMMES DE SAVON CALCINÉ.	
Fibrine.	3,5		
Matières extractives et sels libres.	8	Chlorure de sodium.	3,5
		Sels solubles.	2,4
Matières grasses.	1,806	Phosphates.	0,545
		Fer.	0,366

Faisons d'abord observer que dans tous ces cas il y eut indication positive de pratiquer la saignée, en raison de la réplétion du système circulatoire et d'une véritable pléthore, caractérisée comme il a été dit plus haut. Voilà ce qui explique les saignées que nous avons faites dans ces cas assez nombreux et celles que MM. Andral et Gavarret ont faites dans des cas semblables et qui ont été l'objet d'injustes critiques. Ajoutons de plus que, dans tous ces cas soumis à notre observation, les saignées ont été constamment suivies d'un grand soulagement éprouvé par les malades.

Quoi qu'il en soit, voici les conséquences que l'on peut tirer de ce tableau, en comparant les chiffres qu'il contient aux moyennes de l'état normal :

1° Il y a diminution considérable de la densité du sang défibriné, ce qui s'explique par la diminution des globules;

2° Conservation de la densité du sérum, due à ce que l'albumine n'est pas sensiblement diminuée;

3° Diminution très notable de la proportion des globules;

4° Augmentation légère de la fibrine (3,5 au lieu de 2,2);

5° Augmentation légère de la somme des matières grasses; augmentation de la matière grasse phosphorée; nul changement dans la cholestérine; diminution du savon animal; nul changement dans les chlorures et les sels solubles; légère augmentation du phosphate de chaux; diminution du fer en rapport avec celle des globules.

Nous ferons toutefois observer qu'on ne doit pas accorder à ces moyennes une valeur trop absolue, car entre la diminution légère des globules due au seul fait de la maladie et l'anémie la plus caractérisée, il y a de nombreux degrés qui peuvent tous aussi bien s'observer. Notre tableau n'indique que les résultats moyens et non les extrêmes.

Concluons, en terminant, que le mot anémie doit être réservé aux cas dans lesquels il y a une véritable diminution de la masse totale du sang,

diminution qui, il est vrai, s'accompagne presque toujours d'un abaissement du chiffre des globules. C'est ainsi que dans la dernière période de la phthisie, des affections cancéreuses, il y a vraisemblablement coïncidence des deux faits (diminution de la masse sanguine et diminution du chiffre des globules). Nous sommes portés à penser, d'après nos observations, que dans la plupart des cas où il y a un amaigrissement un peu considérable, il y a non seulement résorption de la graisse contenue dans le tissu cellulaire, mais aussi diminution de la masse totale du sang et véritable anémie. Cette proposition toutefois n'est que probable et ne peut être mathématiquement démontrée.

CINQUIÈME LOI.

Le développement d'une phlegmasie détermine dans la composition du sang des modifications remarquables qui consistent surtout dans une augmentation de proportion de la fibrine normalement contenue dans ce liquide.

Les phlegmasies constituent une classe de maladies bien définie, et dont la place est nettement marquée dans le cadre nosologique. Jusque dans ces derniers temps, il était généralement admis qu'elles avaient pour caractère essentiel le développement d'une inflammation dans un des organes principaux de l'économie, inflammation autour de laquelle venaient se grouper les autres symptômes et qui imposait son nom à la maladie; on savait de plus que, dans la plupart des phlegmasies, il se formait à la surface du caillot du sang tiré de la veine, une production blanchâtre à laquelle on donnait le nom de couenne que l'on considérait avec raison comme indiquant un excès de fibrine dans ce liquide.

La science en était arrivée à ce point lorsque MM. Andral et Gavarret, dans leurs belles recherches sur le sang, vinrent par la pondération de la fibrine formuler d'une manière précise et incontestable l'existence d'un autre caractère fondamental de la classe des phlegmasies, caractère non moins essentiel que la lésion locale et qui consistait dans l'augmentation de la quantité de fibrine normalement contenue dans le sang.

Ce caractère fondamental des phlegmasies est devenu, grâce à ces deux médecins distingués, un fait incontestable et acquis à la science, et que nous avons été heureux de voir se confirmer sans aucune exception dans toutes nos analyses.

Voyons cependant les résultats généraux qu'elles nous ont fournis, et si, à côté de ce caractère essentiel, il n'y a pas d'autres modifications de quantité des principes du sang, modifications moins importantes peut-être, mais cependant non moins réelles.

Pour parvenir à ce résultat, nous avons construit deux tableaux de moyennes contenant chacun le résultat général d'un certain nombre de phlegmasies bien caractérisées et développées chez l'homme et chez la femme. La notable différence qui existe entre les deux sexes nous a obligés d'en faire deux tableaux distincts.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LES PHLEGMASIES.

	Hommes.	Femmes.
Densité du sang défibriné	1056,3	1054,5
— du sérum	1027	1026,8
Eau	791,5	801
Globules	128	118,6
Albumine	66	65,8
Fibrine	5,8	5,7
Matière extractive et sels solubles	7	7,2
Matières grasses	1,742	1,669
Séroline	0,020	0,024
Matière phosphorée	0,602	0,601
Cholestérine	0,136	0,130
Savon	0,984	0,914

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	3,1	3,0
Sels solubles	2,4	2,7
Phosphates	8,448	0,344
Fer	0,490	0,480

En examinant ces tableaux avec soin et surtout en les comparant aux moyennes de l'état normal chez l'homme et chez la femme, on arrive aux conclusions suivantes :

Les phlegmasies sont des maladies qui exercent une influence sur tout l'organisme, influence qui se traduit par divers phénomènes. En raison de cette seule circonstance, et par le seul fait du développement de la maladie, si la première loi que nous avons établie est exacte, le sang doit subir un certain nombre de modifications analogues à celles que nous avons exposées. Il suffit en effet de jeter les yeux sur ces tableaux et de les comparer à ceux que nous avons donnés comme exprimant la moyenne de la composition du sang dans l'état de maladie pour être convaincu que, excepté pour trois principes, la fibrine, la cholestérine et l'albumine, les autres élémens du sang sont absolument semblables pour la quantité. Il est inutile de le prouver en montrant l'analogie des chiffres qui les composent.

Deux principes sont augmentés, la fibrine et la cholestérine : un est diminué, c'est l'albumine. Le premier et le plus important, c'est la fibrine dont la moyenne générale peut être représentée par 6. Ce chiffre du reste varie beaucoup et ses variations peuvent être comprises entre 4 et 10; résultat également obtenu par MM. Andral et Gavarret.

L'augmentation du chiffre de la fibrine est en raison directe de l'étendue et de l'intensité de la phlegmasie, de son influence sur l'état général de l'organisme, et en particulier sur le mouvement fébrile qui en est le plus souvent la conséquence.

L'augmentation de la fibrine est un fait qui coïncide avec le développement de la phlegmasie et l'accompagne, mais qui ne le précède pas. C'est du moins ce qui est le plus probable, quoique nous manquions de chiffres et de faits positifs pour l'affirmer d'une manière incontestable.

Cette augmentation du chiffre de la fibrine s'opère, quelle que soient d'ailleurs la composition du sang et la proportion des autres principes contenus dans ce liquide; ainsi la fibrine peut être représentée par un chiffre très élevé, lorsque les globules sont au contraire fortement diminués de quantité. L'augmentation de la fibrine est beaucoup plus notable dans les phlegmasies aiguës que dans les phlegmasies chroniques, où elle est faible et peut même ne pas avoir lieu.

Les saignées ont peu d'influence sur le chiffre de la fibrine, qui suit la maladie elle-même dans sa décroissance, plutôt que de diminuer sous l'influence des saignées qu'on emploie pour les combattre. L'augmentation de la fibrine dans le sang se traduit ordinairement par la formation d'une couenne à la surface du caillot qui est en même temps plus dense que dans l'état normal; ou si la couenne ne se forme pas par la présence de stries blanchâtres et plus ou moins nombreuses existant surtout près de la face supérieure du caillot et annonçant, aussi bien que la couenne, l'excès de fibrine dans le sang.

D'après ce que nous avons dit, on peut voir qu'il y a dans les phlegmasies, coïncidence de deux modifications remarquables qui sont l'augmentation de la fibrine et la diminution de l'albumine; nous devions chercher si on pouvait expliquer ces deux faits; c'est ce que nous avons essayé et l'explication suivante se présentait tout naturellement à notre esprit.

Dans ces derniers temps des travaux remarquables ont conduit à penser que l'albumine et la fibrine n'étaient qu'un seul et même corps, ou au moins que la fibrine dérivait de l'albumine. Or dans les phlegmasies l'élévation du chiffre de la fibrine ne pourrait-elle s'expliquer par la transformation d'une même quantité d'albumine, transformation qui doit être facile, puisque les deux corps ont la même composition chimique?

Les chiffres seuls peuvent répondre à cette question. Il s'agit de savoir si la somme de la fibrine augmentée et de l'albumine diminuée dans les phlegmasies est égale à la somme de l'albumine et de la fibrine à l'état normal. Chez l'homme sain, l'addition de ces deux principes immédiats a donc 71,5; chez la femme 72.

En prenant maintenant les phlegmasies, et additionnant également ces deux quantités, nous trouvons chez l'homme 71,6, et chez la femme 70,5.

Les nombres pour l'homme sont à peu près semblables; pour la femme ils diffèrent un peu. Ces résultats sembleraient donc en conséquence confirmer notre opinion. Quoi qu'il en soit ce n'est qu'une hypothèse que nous émettons, et nous serions fâchés de laisser croire que nous la considérons comme l'expression de ce qui a lieu réellement.

A côté de l'augmentation de la fibrine, il y a un autre principe dont la proportion est aussi plus forte; c'est la cholestérine dont la quantité est à peu près le double de ce qu'elle est dans l'état normal. Nous avions déjà vu la proportion de ce principe immédiat augmentée par le seul fait du développement de la maladie. Mais ici cette augmentation est encore plus forte et il est difficile d'en trouver la cause. Peut-on dire que dans les phlegmasies la diète est encore plus rigoureuse peut-être que dans les autres maladies, et la sécrétion biliaire par conséquent plus diminuée; ce qui déterminerait une concentration plus grande de la cholestérine dans le sang? C'est ce que nous ne saurions affirmer; aussi doit-on se borner à constater le fait sans en donner une explication définitive.

Si, dans toute phlegmasie, la fibrine est notablement augmentée de quantité, il ne s'en suit pas nécessairement que cette classe de maladies soit la seule dans laquelle il en soit ainsi. Nous avons en effet trouvé que dans la grossesse et la chlorose le chiffre qui représente ce principe est supérieur à celui de l'état normal. Cet excès absolu, quoique peu consi-

dérable et inférieur à celui des phlegmasies, n'en est pas moins constant et par conséquent doit être signalé ici.

SIXIÈME LOI.

La proportion de fibrine normalement contenue dans le sang peut diminuer et peut-être même ses propriétés physiques s'altérer, dans un certain nombre de circonstances que nous pouvons classer en deux catégories : 1° les intoxications ; 2° une alimentation malsaine et insuffisante. Cette diminution toutefois n'a pas lieu nécessairement.

1° Nous comprenons l'expression intoxication dans son sens le plus étendu, et nous y faisons rentrer les états morbides suivans : la fièvre typhoïde, le typhus des camps, si tant est qu'il ne soit pas semblable à la fièvre typhoïde elle-même, la peste, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes. Il est probable que dans ces maladies le sang est primitivement altéré par l'introduction d'un principe étranger, d'un miasme particulier. Nous y comprenons encore les fièvres éruptives, manifestement dues à l'introduction dans le sang d'un principe contagieux, d'un virus ; telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine, la morve aiguë, etc., l'infection purulente c'est-à-dire l'altération du sang qui reconnaît la plupart du temps pour cause le mélange du pus et du sang. Enfin l'intoxication par des substances étrangères introduites directement ou par absorption dans le sang, les morsures d'animaux venimeux, etc.

Dans tous ces cas si divers, lorsque la maladie est bien caractérisée, et lorsqu'elle a atteint un certain degré d'intensité, lorsque sa gravité augmentant sans cesse elle approche de la terminaison fatale; le sang est souvent modifié. D'abord il éprouve les altérations que le fait seul du développement de la malade peut et doit lui faire subir, diminution des globules, etc., etc. Mais de plus il peut éprouver une autre altération. La fibrine tend en effet à diminuer de quantité.

Dans tous ces cas toutefois cette diminution n'a pas lieu nécessairement même lorsque la maladie a atteint un haut degré de gravité, et, toutes choses égales d'ailleurs, on peut voir la fibrine, tantôt conservée en proportion normale, tantôt un peu, tantôt enfin beaucoup diminuée.

Dans la fièvre typhoïde, par exemple, dont nous avons fait une étude particulière, nous avons vus dans des cas très graves et à forme adynamique le chiffre de la fibrine tantôt rester normal, tantôt diminuer ; et de même chez des sujets atteints d'une manière beaucoup moins sérieuse et dont la guérison ne s'est pas fait très longtemps attendre, ce même principe immédiat, tantôt rester normal et tantôt diminuer considérablement.

Nous avons vu enfin chez des individus parfaitement sains le chiffre de la fibrine très bas (1-1,2-1,5-1,8), tandis que dans beaucoup de fièvres typhoïdes graves il était notablement plus élevé.

Il suit de tout ceci que tout en admettant la possibilité de l'abaissement du chiffre de la fibrine sous l'influence de ces graves maladies, on ne connaît pas encore les conditions qui président à cette modification.

Il arrive quelquefois que la diminution de la fibrine coïncide avec deux états généraux bien tranchés : l'un est l'état dynamique ; l'autre une tendance à la production des hémorragies par diverses voies. Cette tendance est en rapport avec le degré de diminution de la fibrine, et elle a souvent pour résultat des hémorragies dont l'abondance est très variable.

2° Nous avons placé, dans une seconde catégorie de faits, les cas dans lesquels une alimentation malsaine et insuffisante peut déterminer la diminution de proportion de la fibrine du sang. Il est incontestable, en effet, que, sous l'influence de ces conditions, surtout si l'encombrement vient s'y joindre, le scorbut ou des affections analogues (*purpura hemorragica*) peuvent se développer. Or, dans de telles circonstances, le petit nombre d'analyses faites jusqu'à présent par quelques chimistes tendent à prouver qu'il existe dans le sang une notable diminution de la fibrine. L'occasion ne s'est pas offerte à nous de vérifier l'exactitude de ces expériences, et si nous les avons rappelées ici, c'est pour comprendre dans une doctrine générale tout ce qui est relatif aux altérations du sang.

SEPTIÈME LOI.

Lorsqu'une sécrétion vient, soit à être suspendue, soit seulement à diminuer, il arrive souvent qu'un certain nombre des principes qui entrent dans la composition du liquide sécrété viennent à se concentrer dans le sang, et s'y trouvent par conséquent en quantité plus considérable.

Deux grands faits, l'un déjà connu et qui appartient à MM. Dumas et Prevost, l'autre qui nous est propre et que nous développerons tout à l'heure, viennent confirmer cette loi, en faveur de laquelle de nouveaux faits viendront probablement encore déposer plus tard. Donnons-en toutefois une idée rapide.

MM. Prevost et Dumas, dans des expériences très intéressantes et qui eurent un grand retentissement, lièrent les uretères à divers animaux, et supprimèrent ainsi la sécrétion urinaire. L'analyse du sang de ces animaux offrit une quantité notable d'urée, tandis qu'auparavant ce principe, qui y existait probablement, s'y trouvait en quantité impondérable. L'urée n'étant plus éliminée par les reins s'était en quelque sorte concentrée dans le sang.

Cette donnée physiologique, si remarquable, doit certainement trouver des applications importantes dans la pathologie humaine. Ainsi, il est des cas où, à la suite de suppression de la sécrétion urinaire (rétention d'urine dues à des causes très diverses), on voit des accidens graves survenir, un état adynamique se développe, et une fièvre dite urineuse se produire et la mort même survenir. En pareil cas, ne doit-on pas se demander si ces accidens ne sont pas dus à la concentration de l'urée dans le sang? Nous n'émettons qu'une probabilité à cet égard ; car nous ne sachions pas qu'aucune expérience ait été faite dans le but de vérifier cette opinion.

On a cru trouver cet excès d'urée dans le sang dans une autre série de cas. Ainsi, on a admis que, dans la maladie de Bright, ce principe venant à diminuer dans l'urine, se concentrait dans le sang, où l'on pouvait le retrouver.

L'idée qui a servi de point de départ à cette hypothèse, c'est-à-dire la diminution de l'urée dans l'urine des individus atteints de la maladie de Bright, n'est point exacte (1), et les expériences qui ont été faites dans le but de la vérifier ne le sont probablement pas non plus. Ainsi, dans plusieurs analyses faites par l'un de nous et par un chimiste fort habile, M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, nous n'avons pas retrouvé cet excès d'urée dans le sang. A la suite des manipulations nombreuses qu'on faisait subir à ce liquide pour extraire ce principe, on obtenait, il est vrai, un résidu cristallisé ; mais on retrouvait aussi bien ce résidu dans le sang de tout autre individu, et il est probable qu'il était constitué par un mélange confus des divers sels du sang. Il ne contenait très certainement pas d'urée, du moins dans les cas que nous avons observés.

La seconde confirmation de la loi que nous avons formulée est la conséquence d'un fait que nous avons déjà énoncé en traitant de l'influence de la diète et de la maladie sur la composition du sang.

Sans entrer ici dans de grands développemens à cet égard, nous pensons que c'est le lieu de la reproduire.

Toutes les fois que la sécrétion biliaire vient à être supprimée ou seulement diminuée, la quantité de cholestérine normalement contenue dans le sang augmente, et son degré de concentration devient de plus en plus considérable, à mesure que la sécrétion biliaire diminue davantage. C'est, par exemple, ce qui a lieu sous l'influence de la diète, surtout si elle est accompagnée de constipation.

Dans les cas d'ictère avec suspension de la sécrétion ou de l'excrétion biliaires annoncées par la décoloration des fèces, la cholestérine se concentre encore bien davantage, et nous l'avons trouvée trois ou quatre fois plus considérable que dans l'état de santé. Nous donnerons ces chiffres en nous occupant de cette maladie. Lorsque l'ictère accompagne au contraire une sécrétion de bile plus abondante, ce qui est plus rare que le cas précédent, la cholestérine n'augmente plus ; elle reste normale ou elle diminue. Nous avons également observé des faits de ce genre.

HUITIÈME LOI.

L'albumine du sérum diminue d'une manière considérable dans trois circonstances particulières, qui sont : la maladie de Bright, certaines maladies du cœur avec hydropisies, et les fièvres puerpérales graves.

Nous nous contentons de signaler seulement ici cette loi, sans entrer dans de grands développemens, devant y revenir plus tard en nous occupant de ces maladies en particulier. Nous ferons seulement observer que les faits que nous possédons à ce sujet ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'établir cette loi d'une manière définitive ; tout en la croyant vraie, nous attendons de nouveaux faits pour l'admettre positivement ou l'infirmer.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Voy. Séméiotique des urines ; par A. Becquerel.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur deux altérations différentes du système circulatoire sanguin*; par M. Biagini. (Dans un cas, on observa à l'autopsie une absence complète de la cloison interventriculaire du cœur, quoique la femme eût vécu 29 ans, se livrant sans aucune incommodité aux plus rudes travaux. Dans le second cas, une cardite et une artérite, consécutives à une affection rhumatismale, donnèrent lieu à la gangrène du pied et de la jambe. L'élimination du membre sphacelé s'opéra spontanément et fut suivie d'une cicatrice solide.) 2° *Observation d'une singulière paralysie avec tremblement*; par M. Camberini. 3° *Des expériences faites par plusieurs médecins de Bologne avec la liqueur fébrifuge du docteur Warburg*; par M. Terzi. (Cette préparation, dont l'auteur n'a pas fait connaître la composition, s'est montrée d'une efficacité à peu près égale à celle du sulfate de quinine. M. Warborg affirme seulement que sa liqueur ne contient aucune préparation de quinquina). 4° *Méthode pour extraire de la vessie les plus gros calculs, en réunissant les avantages de la petite avec ceux d'une grande incision et en évitant leurs dangers; emploi d'un traitement contro-stimulant après l'opération; taille bilatérale antérieure*; par M. Marzutini. 5° *De la propriété anti-variolique permanente du virus vaccin*; par M. Calosi.

MÉTHODE POUR COMBINER DANS LA TAILLE LES AVANTAGES DES GRANDES AVEC CEUX DES PETITES INCISIONS; TAILLE BILATÉRALE ANTÉRIEURE; par M. MARZUTTINI.

Lorsqu'on a pratiqué la taille latéralisée, suivant le procédé de Cheselden ou du frère Côme, et qu'on reconnaît alors que la pierre a un volume tel qu'elle ne pourra sortir sans violenter les parties, il faut, au lieu de prolonger l'incision jusque sur le corps de la vessie, faire une seconde incision à droite et un peu en arrière à la prostate et au col vésical. Si cela ne suffit pas pour ouvrir un passage assez large, on ajoute une troisième, et, s'il est nécessaire, une quatrième incision aux deux premières, en divisant toujours les mêmes parties. Cette pratique est devenue pour M. Marzuttini un dogme auquel il se conforme toutes les fois que le calcul est très volumineux et le sujet épuisé par les effets de la maladie. Il rapporte plusieurs exemples de cas où elle a été couronnée entre ses mains du plus heureux succès. Il attribue, en partie aussi, la guérison à l'usage qu'il a d'administrer à ses opérés le tartre stibié à doses réfractées.

Un second mémoire du même auteur traite de la taille bilatérale antérieure, dont le nom seul est une description bien suffisante. Les avantages qu'il trouve à ce mode opératoire sont d'ouvrir à la pierre une voie sûre, ample et courte, ni trop près de l'arcade pubienne, ni trop près de la face inférieure de la prostate; d'éviter la lésion des organes les plus importans; de mettre l'incision intérieure dans les meilleures conditions pour la prompte réunion de ses bords, lorsqu'elle a été régulièrement faite. Du reste, M. Marzuttini déclare qu'il ne prétend point que ce procédé doive être adopté comme méthode générale, ni être préféré à la taille bilatérale postérieure de Dupuytren. Il le présente comme convenant spécialement lorsque la prostate malade touche immédiatement la face antérieure du rectum et qu'en même temps la pierre est trop volumineuse pour pouvoir passer à travers une seule incision latérale.

DE LA PROPRIÉTÉ ANTI-VARIOLIQUE PERMANENTE DU VIRUS VACCIN; par M. CALOSI.

L'intérêt de ce travail n'est pas dans l'originalité des principes que l'auteur y défend. Comme un grand nombre de médecins, M. Calosi croit à l'efficacité permanente du vaccin depuis l'époque de sa découverte; et il professe également que sa vertu spécifique ne s'affaiblit point chez le même individu avec le nombre des années. C'est la quantité des faits par lui rassemblés qui prête à ses conclusions une puissante autorité. M. Calosi s'est livré depuis plusieurs années à de persévérantes recherches sur ce sujet; il a aussi entretenu des relations avec plusieurs médecins qui lui ont transmis des observations multipliées, accompagnées de tous les documens nécessaires à leur authenticité. Il est ainsi arrivé à opérer sur un total de 38,137 sujets vaccinés par lui ou par des médecins distingués de Toscane. Un très grand nombre d'entre eux, depuis l'enfance jusqu'à l'âge de 34 ans et au-delà, ont été revaccinés et toujours ils l'ont été sans succès. Tous ou presque tous ont vécu au milieu d'épidémies de variole, ont habité continuellement avec des varioleux, et aucun d'eux n'a jamais été atteint de la maladie.

D'après ces faits, M. Calosi n'est point un partisan de la revaccination. Il pense que, insignifiante en elle-même, cette opération doit être proscrite à cause de la défiance qu'elle inspire en la vaccine au peuple ainsi rendu témoin des doutes que les médecins conservent au sujet de sa vertu préservatrice. Le gouvernement devrait donc, au lieu d'ordonner la revaccination, employer tous ses soins et toute sa surveillance à ce que la vaccine fût répandue partout et inoculée avec plus de régularité qu'elle ne l'est en général.

Dans le cours de ses expérimentations, l'auteur a observé qu'il vaut mieux vacciner les enfans de bras à bras, que d'aller prendre sur la vache le virus. On est plus assuré, de cette manière, d'avoir le véritable vaccin, et non le produit des éruptions d'autre nature, qui sont si fréquentes chez ces animaux.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Précis raisonné des maladies traitées en 1839 et en 1842 dans la division chirurgicale*; par M. Asson. 2° *De l'efficacité du valérianate de zinc dans quelques affections oculaires*; par M. Fario. 3° *Recherches sur la cause prochaine de l'intermittence dans les fièvres*; par M. Secondi. 4° *Sur le mode de préparation du valérianate de zinc*; par M. Calvani. 5° *Nouveau procédé pour la préparation du sous-nitrate ou magistère de bismuth*; par le même. 6° *Quatre observations de herniotomie*; par M. Cogevina. 7° *Considérations physiologiques et pathologiques qui démontrent les mouvemens du cristallin et prouvent qu'ils sont la cause essentielle de la vision distincte à différentes distances*; par M. Fario.

DE L'EFFICACITÉ DU VALÉRIANATE DE ZINC DANS QUELQUES AFFECTIONS OCULAIRES; par M. FARIO.

Malgré tout l'intérêt qu'offre cette communication, on pourra reprocher à l'auteur de n'avoir justifié que bien incomplètement le titre de son mémoire. Il insiste en effet d'une manière toute particulière sur l'emploi du valérianate de zinc dans les névralgies; et, quant à son application aux maladies de l'œil, il se borne à quelques préceptes dogmatiques, sans en fournir la démonstration clinique. Néanmoins, ce défaut léger est bien racheté par l'abondance des faits et par l'excellent esprit qui a présidé à leur appréciation.

Le valérianate de zinc, agent réellement précieux dans quelques cas, a été récemment l'objet d'un engouement tellement outré, que, dans l'intérêt même du médicament, il était bien besoin qu'on vînt enfin soumettre ses prétendus miracles au contrôle d'une expérimentation impartiale. Félicitons-nous que le correctif vienne du même pays d'où nous était arrivée la première annonce de cette soi-disant panacée; et espérons que la foi, un peu trop vive parmi nous, ne laissera pas que de se refroidir en apprenant qu'il y a aujourd'hui des incrédules même dans la terre sainte, berceau de ce nouvel antidote ! Voici un précis des faits dont M. Fario a été témoin en administrant ce sel dans les mêmes cas et aux mêmes doses que l'un de ses premiers propagateurs, M. Cerulli.

OBS. I. — Une fille de 15 ans, de constitution très sensible, fut atteinte d'aménorrhée par l'effet d'une vive frayeur. Un jour, après avoir été exposée à un vent très froid, elle se sentit la région sus-orbitaire gauche comme traversée de part en part. A ce premier symptôme succédèrent des douleurs dans le globe oculaire, la tempe et la joue correspondante. Ces accès se renouvelèrent à des intervalles de plus en plus courts. Sur ces entrefaites, la menstruation reparut, mais sans qu'il en résultât le moindre soulagement.

M. Fario vit alors la malade; c'était le dixième jour. Il fit prendre d'abord un grain et demi de valérianate de zinc, par jour, divisé en deux pilules. Au bout d'une semaine écoulée sans le moindre effet curatif ni même physiologique, on porta la dose à 2, puis 3, puis 4 grains par jour, en y ajoutant même les frictions sur le sourcil avec la pommade au valérianate. Au bout de 26 jours, 110 grains de ce sel ayant été ingérés sans autre résultat qu'une très légère amélioration, on lui substitua le magistère de bismuth uni à l'extrait d'aconit, dont l'effet fut beaucoup plus satisfaisant. M. Fario n'hésite pas à rapporter la cure à cette seconde médication.

OBS. II. — Un amaurotique auquel on appliquait l'électricité fut saisi de violentes douleurs névralgiques qui se réveillèrent dans tout un côté de la tête dont il avait déjà souffert autrefois. On suspendit immédiatement l'emploi de l'électricité, et on ordonna 4 grains de valérianate de zinc, ainsi que les fric-

tions avec la pommade. Après avoir administré 40 grains sans produire le moindre amendement, le médecin discontinua ce remède. Le malade s'était bien trouvé anciennement d'une infusion d'arnica. On saisit cette indication qui remplit les espérances avec tant de bonheur que après quinze jours de ce traitement la guérison était complète.

Obs. III. — Deux sœurs furent saisies d'une récidive de névralgie, affectant chez l'une l'œil droit, chez l'autre l'œil gauche; horreur du grand jour, sentiment de pression ou d'un clou fiché dans la tempe. (2 grains d'abord, puis progressivement 4 de valérianate de zinc en pilules, conjointement avec la pommade au valérianate.) Comme ensuite les accès manifestaient une sorte de marche périodique, on donna aussi le valérianate de quinine, mais sans plus de succès que celui de zinc. Après avoir fait prendre 63 grains du sel de zinc, M. Fario jugea prudent de s'arrêter là. Il traita alors l'une des malades par le nitrate de bismuth, puis l'ammoniure de cuivre uni à l'aconit, dont elle prend encore en ce moment avec d'heureux effets. L'autre prit le nitrate de bismuth, puis le nitrate d'argent; elle n'en a pas jusqu'ici éprouvé de bénéfice.

Obs. IV. — Une femme, à son âge critique, souffrit de douleurs névralgiques dans toute la tête et spécialement à l'œil droit. Après qu'elle eut pris plus de 200 pilules de Vallet et beaucoup de purgations sans résultat, M. Cerulli lui ordonna le valérianate de zinc dont elle prit une drachme, sans en ressentir la moindre amélioration.

L'observation suivante est encore beaucoup plus probante. Elle a été communiquée à l'auteur par M. Enrico Trois.

Obs. V. — Un jeune homme, né de parens sains et bien portant lui-même, fut frappé d'épilepsie à 18 ans, sans pouvoir en accuser aucune cause apparente. Un second accès revint au bout d'une année, et fut suivi de plusieurs autres, toujours de plus en plus rapprochés. A 22 ans, il avait déjà essayé beaucoup de traitemens. Passant à Florence, il consulta M. Buffalini qui lui conseilla le valérianate de zinc en commençant par un sixième de grain chaque jour, et en augmentant graduellement la quantité jusqu'à 2, 3 grains et au-delà, mais en ayant bien soin de suspendre le remède dès que le ralentissement du pouls et la diminution de la caloricité témoigneraient d'une dépression survenue dans les forces. Le malade partit de Florence emportant avec lui 2 drachmes du sel, quantité qu'on lui avait donnée comme plus que suffisante pour achever la guérison, et il se mit à suivre le traitement indiqué avec la rigueur la plus scrupuleuse. Mais ne ressentant aucun effet sensible, il commença à augmenter les doses prescrites, d'abord avec lenteur, plus tard d'une manière plus rapide jusqu'à ce qu'il arriva enfin au point d'en prendre par jour 30 grains (d'Autriche) de sorte que, dans l'espace de 50 jours, il prit, outre les 2 drachmes emportées au moment de son départ, 600 *grains* de valérianate de zinc! Nonobstant cela, il eut un accès d'épilepsie plus rapproché du dernier que d'habitude, puis trois autres à de courts intervalles. Il abandonna alors le valérianate, sans en avoir non plus ressenti, ni sur le pouls, ni sur la chaleur générale, la moindre influence.

En terminant son travail, M. Fario reconnaît cependant que le valérianate de zinc lui a été utile dans deux cas, mais en ayant soin d'en dépasser les doses qu'on indique généralement. Ainsi, il a guéri des douleurs névralgiques du cuir chevelu et de l'œil avec un scrupule du sel pris en deux jours. Chez une autre malade, 18 grains en deux jours ont procuré un calme immédiat.

L'auteur admet surtout l'utilité du valérianate de zinc employé à l'extérieur. Sous forme de collyre, à la dose de 2 à 4 grains dans 2 onces d'eau distillée, il l'emploie contre les maladies blennorrhéiques des paupières, contre les ulcérations et les taches récentes de la cornée, ainsi que dans les cas de kératite chronique, toutes les fois, en un mot, dit-il, qu'on a besoin d'un agent à la fois antiphlogistique et légèrement astringent, et que par conséquent l'usage du sulfate de zinc ou de cadmium serait prématuré. Par analogie, il serait porté à croire à son efficacité dans la blennorrhagie urétrale. — Quant à la pommade contenant du valérianate de zinc, sa mauvaise odeur force le plus souvent le malade à y renoncer.

— Nous estimons que M. Fario a rendu un service en combattant, fût-ce même par quelques exagérations, les exagérations de ceux qui ont tant prôné ce nouvel antispasmodique. Une dernière objection qu'il lui adresse, c'est son prix très élevé. Mais ceux qui savent de quelle manière s'établit, dans un certain monde, la réputation des médicamens, se demanderont si ce désavantage que le valérianate de zinc a relativement aux autres agens de la même classe n'a pas précisément été la principale cause de sa brillante fortune?

HERNIE INGUINALE EXTERNE ÉTRANGLÉE, DÉBRIDEMENT, LÉSION DE L'ÉPIGASTRIQUE; par M. COGEVINA.

La principale circonstance de cette observation est assez intéressante pour que nous en donnions un court extrait. Fait rare dans la pratique, quoique tous les auteurs classiques se soient préoccupés sans fin de son éventualité, la lésion de l'épigastrique attend encore sa description complète basée sur des observations bien authentiques. L'exemple suivant, de quelque manière qu'on l'interprète, mérite de figurer parmi les élémens de cette histoire.

Obs. — Un homme de 67 ans entra à l'hôpital de Corfou avec une hernie inguinale plus volumineuse que la tête d'un enfant, et étranglée depuis trente-six heures. Datant de plusieurs années, cette hernie n'avait jamais été maintenue qu'au moyen d'une mauvaise ceinture qui laissait passer la moitié des intestins ainsi qu'une portion d'épiploon. Lors de son admission, les vomissemens étaient stercoraux. Après avoir infructueusement essayé le taxis, M. Cogevina fit l'opération. Les premières couches incisées, il ouvrit le sac et divisa le collet. L'étranglement persistant encore, il débrida le contour de l'anneau inguinal en haut et parallèlement à la ligne blanche, dans l'étendue de 3 lignes. L'intestin et l'épiploon rentrèrent aussitôt.

Les bords de la plaie avaient été réunis par la suture, lorsque, trois ou quatre heures après, M. Cogevina fut appelé en toute hâte auprès du malade, qu'il trouva presque froid, le pouls filiforme. Soupçonnant une hémorragie interne, il enleva l'appareil et coupa les fils. Un caillot sanguin du poids de 3 livres environ s'échappa immédiatement. Il lui vint alors à l'esprit qu'il avait rencontré dans ce cas l'anomalie décrite par Hesselbach, où l'artère épigastrique naissant de l'hypogastrique, au lieu de se diriger en dedans, tend plutôt à se porter en dehors. Il commença par dilater la plaie; puis il poussa dans le ventre une pièce de linge qu'il remplit de charpie. Appliquant ensuite des compresses au pourtour de la plaie, il plaça ainsi la paroi abdominale entre deux pressions, l'une intérieure, l'autre extérieure. L'hémorragie fut arrêtée, et l'opéré guérit, sa plaie s'étant cicatrisée par seconde intention.

— Si c'est en effet l'épigastrique qui a été blessée dans ce cas, nous ne pensons pas qu'il soit besoin pour expliquer cet accident de supposer, comme le fait l'auteur, l'existence de l'anomalie vasculaire décrite par Hesselbach. Une autre circonstance beaucoup plus simple, et rentrant tout à fait dans les conditions de la normalité, suffit à en rendre compte. Dans les hernies aussi anciennes et surtout aussi volumineuses que l'était celle-ci, on sait que les viscères, pressant continuellement sur le bord interne de l'anneau inguinal profond, finissent par le refouler en dedans. L'artère épigastrique, qui longe ce bord interne, subit, elle aussi, l'effet de cette pression. Repoussée en dedans dans la partie de son trajet qui correspond à l'anneau profond, immédiatement au-dessus elle se recourbe et se porte en dehors pour regagner sa place accoutumée. Dans les vieilles hernies, on la trouve donc souvent décrivant un demi-cercle concentrique à la demi-circonférence interne de l'anneau, de sorte que, en débridant celui-ci en haut, il n'est pas surprenant que ce temps de l'opération puisse alors être suivi de l'accident qu'a observé M. Cogevina, quoiqu'il s'étonne de l'avoir vu survenir alors que, conformément au précepte classique, il avait fait son incision parallèlement à la ligne blanche.

IV. GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA E DELLA TERAPEUTICA.

Les numéros de juillet à décembre 1843, et de janvier, février et mars 1844 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Etudes sur la chlorose*; par M. Usiglio. 2° *Sur les fièvres intermittentes larvées*; par M. Montanari. 3° *De la constitution morbide observée à l'hôpital civil de Venise*; par M. Trois. 4° *Etudes sur quelques-unes des circonstances dans lesquelles le médecin doit demeurer plus ou moins inactif*; par M. Namias. (Une traduction seule pourrait reproduire les brillantes qualités de ce tableau, que l'auteur a su rendre aussi intéressant qu'instructif.) 5° *Quelques observations de chirurgie pratique*; par M. Asson. 6° *Des maladies traitées à Cortone*; par M. Bufalini. 7° *Sur un cas d'arachnitis*; par M. Zecchini; et *notes sur ce cas*; par M. Namias. 8° *Sur la génération spontanée des insectes et sur la nature des zoospermes*; par M. Medici. 9° *Cas d'ostéo-sarcôme de la face, guéri par l'ablation du maxillaire supérieur*; par M. Bertoja. (Prompte guérison sans accidens.) 10° *Histoire d'une névralgie faciale sympathique, longue et obstinée*; par M. Podrecca. (Rien de bien important; plusieurs médications ont paru contribuer à la cure, sans qu'il soit possible de spécifier celle à laquelle on doit le plus attribuer le succès.) 11° *Histoire de la maladie miliaire observée à Lonigo, de 1822 à 1832*; par M. Scortegagna. 12° *Observation de rate humaine pétrifiée*; par M. Nicolich. 13° *Guérison singulière d'une tumeur à l'épigastre et de plusieurs tumeurs glandulaires dans diverses régions du corps, opérée par l'application du caustique de Vienne sur l'épigastre même*; par M. Medoro. 14° *De perfectione medicinæ praxeos seculi* XVIII *et* XIX *in scholis italicis adepta; oratio professoris clinici Corneliani*. 15° *Cas de naissance de quatre enfans*; par M. Cappelletti. (Les quatre enfans, du sexe masculin, étaient bien conformés et avaient un degré normal de développement, tellement qu'ils ressemblaient à un fœtus à terme. Ils moururent, le premier trois heures et demie, le second neuf heures, le troisième vingt-quatre, et le dernier trente-six heures après leur nais-

sance. L'accouchement, pour la mère, fut très heureux.) 16° *Dilatation étrange du ventricule droit du cœur qui causa la mort subitement sans avoir déterminé auparavant aucun phénomène morbide*; par M. Canella. (Il s'agit d'un anévrisme partiel développé aux dépens de la paroi du ventricule droit, chez une femme de 62 ans.)

ÉTUDES SUR LA CHLOROSE; par M. USIGLIO.

L'auteur ne voit pas, dans la chlorose, une maladie toujours la même et dont le fer soit le seul antidote. Il a souvent trouvé des cas où elle lui a paru être symptomatique d'une altération des viscères abdominaux. De légers laxatifs, un régime approprié, les délayans, quelques sangsues même, ont alors procuré un mieux sensible; et les préparations de fer, qui employées primitivement avaient d'abord échoué, ont pu alors être reprises avec avantage.

DEUX CAS D'EXTIRPATION DE CANCER MAMMAIRE, SUIVIE D'AUTOPLASTIE; par M. ASSON.

OBS. I. — Anna Chiazzolini, âgée de 54 ans, entra le 14 mars 1843 à l'hôpital pour un cancer au sein gauche. Le mal avait commencé deux ans auparavant à la suite d'une contusion. Un ulcère extrêmement fétide était supporté par un fond très dur mais mobile cependant encore sur le grand pectoral. Une zône érysipélateuse entourait l'ulcère. On sentait dans l'aisselle quelques ganglions engorgés; mais comme ils n'étaient pas aussi durs que la tumeur mammaire, et qu'on pouvait d'ailleurs attribuer leur engorgement à l'érysipèle du sein, on ne vit pas dans leur présence une contr'indication à l'opération. La malade pâle, amaigrie et de couleur jaune ne présentait néanmoins aucun signe évident de discrasie générale.

Le 15 mai, M. Asson emporta la tumeur ainsi que la zône érysipélateuse qui l'entourait. La perte de substance qui succéda à l'opération avait la forme d'un triangle isocèle à base tournée vers le creux axillaire. Il suffit de prolonger en haut et en bas cette base pour avoir deux lambeaux triangulaires qui, convenablement disséqués et ramenés l'un vers l'autre, suffirent à couvrir la plaie. On les maintint en contact avec quelques points de suture.

Les suites furent simples. La malade sortit vers la fin de mai en bon état. Le chirurgien a appris que, un mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

OBS. II. — Maria Santina, âgée de 40 ans, s'aperçut, il y a vingt mois, d'une petite tumeur à la mamelle gauche. Peu à peu elle fut traversée de douleurs lancinantes, puis finit par s'ulcérer. Quand M. Asson la vit, le 27 avril 1843, il existait un ulcère à base squirrheuse, comprenant une bonne partie de l'épaisseur du grand pectoral. Les ganglions axillaires étaient sains. On ne trouva non plus aucun indice d'infection de la constitution. En conséquence, M. Asson procéda à l'extirpation en faisant quatre incisions qui circonscrivirent entre elles un parallélogramme. Le vide à combler étant immense, il fallut prolonger l'incision supérieure et l'inférieure en dedans et en dehors, de manière à former deux petits lambeaux latéraux. Cependant, ils ne purent pas être mis en contact. Pour remplir l'intervalle qu'ils laissaient entre eux, on imagina de disséquer le bord inférieur de la plaie. Mais cela ne suffit pas encore; et l'on fut obligé de prolonger l'incision externe obliquement en haut vers la clavicule, de manière à détacher un petit lambeau triangulaire qui acheva de couvrir entièrement la plaie.

La plaie se cicatrisa assez rapidement. Quarante jours environ après l'opération, elle était complètement fermée, lorsqu'on s'aperçut de la présence dans l'aisselle d'un ganglion lymphatique engorgé qu'on n'avait pas senti avant l'opération. Croyant qu'il n'était que le résultat d'une inflammation sympathiquement excitée par la plaie du sein, on le traita par les sangsues et les émolliens. Mais ces moyens restèrent infructueux, et l'on dut faire l'extirpation de cette tumeur, qui était profondément placée. Une suppuration abondante s'établit dans ce lieu. Une petite portion de la cicatrice du sein se rouvrit, mais plutôt sous forme d'excoriation superficielle que de véritable ulcère. La malade est encore actuellement en traitement.

— Comme le dit très bien M. Asson, c'est seulement avec des faits qu'on peut résoudre la question de l'utilité de l'autoplastie pour prévenir la récidive des cancers extirpés; car le raisonnement ne fournit ici que des solutions également vagues et incertaines aux partisans comme aux adversaires de la méthode. Mais, pour que ces faits aient de la valeur, une condition est indispensable : c'est qu'on ne considère les exemples de guérison comme probans que lorsqu'il s'est écoulé depuis la cicatrisation un temps au moins égal à celui pendant lequel on voit habituellement survenir la récidive du cancer dans le lieu de l'opération. Or, les faits ci-dessus manquent évidemment de ce caractère. Nous sommes loin d'en faire un reproche à M. Asson. En portant immédiatement à la connaissance des praticiens ces intéressantes observations, il aura sans doute compris qu'il contractait implicitement l'engagement de leur en communiquer aussi, lorsque le temps sera venu, les résultats définitifs. — En supposant que nos réflexions tombent un jour sous ses yeux, bien près de deux ans se seront écoulés lorsqu'il pourra les lire, depuis l'époque de ses opérations. Nous nous féliciterions s'il voulait bien alors répondre à l'appel que nous lui adressons ici au nom de l'humanité si hautement intéressée à savoir la vérité tout entière sur cette question éminemment pratique.

OBSERVATION DE RATE HUMAINE PÉTRIFIÉE; par M. NICOLICH.

L'observation de M. Nicolich est trop incomplète pour qu'il y ait un grand intérêt à en reproduire ici les moindres détails; mais elle est trop curieuse cependant pour être entièrement passée sous silence. Les seules conséquences physiologiques qu'il nous semble logique d'en déduire sont l'importance secondaire qu'a dans l'économie un organe dont les altérations les plus profondes retentissent aussi peu sur les fonctions. C'est du reste un fait que les cas d'extirpation de la rate et les exemples de déplacement de ce viscère ont déjà mis en évidence.

OBS. — Giovanni Radossich, âgé de 58 ans, capitaine de navire, avait eu plusieurs fois des maladies vénériennes et subi divers traitemens mercuriels. Sa santé, néanmoins, s'était toujours maintenue solide, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'une affection catarrhale de peu de durée, il commença à se plaindre d'un point de côté dans l'hypochondre gauche. Peu à peu une tuméfaction se dessina dans cette région. Il continua malgré cela sa vie pénible et aventureuse. Plusieurs traitemens lui furent conseillés et il les exécuta sans aucun bon résultat. Au mois d'août 1843, l'auteur le vit pour la première fois. Forcé par la maladie de rentrer dans sa patrie, il était alors émacié, faible, éprouvant des tiraillemens et un poids incommode dans le côté affecté : l'appétit était lent et la digestion difficile. Une énorme tumeur paraissait à gauche sous les dernières fausses côtes, s'étendant jusqu'à la crête iliaque, et de l'ombilic jusqu'à l'épine dorsale. Les parois abdominales étaient mobiles à sa surface. Sa résistance au palper était considérable et semblait cartilagineuse. Le malade préférait l'attitude horizontale.

Un traitement par l'iode à l'extérieur et à l'intérieur, des sangsues à l'anus, et l'usage de l'eau de mer, amena une légère diminution dans le volume de la tumeur, mais ne changea rien aux symptômes qui allèrent au contraire toujours en s'aggravant. Le malade, forcé de rester au lit, ne pouvait plus manger sans éprouver des nausées. La diarrhée apparut, les facultés intellectuelles se troublèrent, la fièvre hectique se déclara; et il mourut le 26 octobre de la même année.

AUTOPSIE. Malgré la résistance et au milieu des cris des parens, qui ne voulaient permettre aucune recherche cadavérique, M. Nicolich ne laissa pas de faire une incision cruciale sur la région malade. Il aperçut alors une tumeur volumineuse qui adhérait de toutes parts aux viscères voisins. L'ayant incisée, il reconnut qu'elle était creusée à l'intérieur d'une cavité renfermant un corps dur, blanc, raboteux, long et large de 4 pouces, et épais de 2 pouces et 2 lignes. Il était de consistance pierreuse. Dans un point, à la partie supérieure, il avait percé son enveloppe et se trouvait en contact immédiat avec les fausses côtes, qui offraient là une carie manifeste. Quant aux parois de l'enveloppe, elles avaient environ 3 lignes de diamètre, et étaient formées de trois membranes, savoir, en allant de l'intérieur à l'extérieur : 1° une couche cartilagineuse, épaisse de 2 lignes; 2° un tissu musculaire; 3° enfin, une membrane blanche et ténue.

V. GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de mai et de juin 1844 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Cas de cyrrhose du foie, avec réflexions*; par M. Girola. 2° *Avantages de l'application d'extrait de belladone dans les douleurs de la goutte*; par M. Bertini. (Disparition des douleurs d'un accès de goutte après quelques onctions faites avec une pommade contenant l'extrait de belladone incorporé à l'axonge; voici tout ce qu'offre d'instructif à connaître ce fait par rapport auquel du reste le nom de M. Bertini est une garantie plus que suffisante.) 3° *Empoisonnement de six personnes par l'ingestion de l'agaricus maculosus*; par M. Ramello. 4° *Observations et réflexions sur les cancers, carcinômes, fongus, qu'ont présentés les malades reçus à l'hôpital de Saint-Louis, à Turin, du 1er décembre 1838 au 1er décembre 1843*; par M. Fenolio. 5° *Observation relative à un cas de mort survenue chez une aliénée 25 heures après avoir avalé une demi-once d'emplâtre vésicatoire cantharidé*; par M. Bonacossa. 6° *Histoire d'une fièvre nerveuse maligne qui a régné à Valle Vigezzo en 1839 et 1840*; par M. Cavalli. 7° *Histoire d'une amaurose complète de l'œil droit et incomplète de l'œil gauche*; par M. Cattaneo. (Plusieurs saignées, locales et générales, et le tartre stibié à la dose d'un quart de grain toutes les deux heures, pendant plusieurs jours, ont eu les honneurs de la guérison.) 8° *Quelques observations sur la manière d'agir de l'opium chez les individus affectés d'irritation ou d'inflammation*; par M. Silvano. (L'auteur a vu les phénomènes inflammatoires s'exaspérer sous l'influence de l'opium. Il faut remarquer que, sur les trois malades qui servent de texte à son travail, deux étaient atteints d'inflammation du cerveau. Or, l'on sait que l'emploi des opiacés détermine d'une façon toute spéciale la congestion de ce viscère.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LE CANCER DE LA MATRICE ; par M. FENOLIO.

Quoique énoncées sous une forme absolue, les réflexions qui suivent ne sont point le fruit de la seule induction. L'auteur étant depuis cinq ans attaché à un hôpital où ces maladies sont traitées en grand nombre a pu traduire dans ce mémoire, par quelques propositions générales, les principaux résultats de son observation.

Le cancer débute rarement par le corps de l'utérus. Bien qu'il puisse participer ultérieurement à la dégénérescence, toujours ou presque toujours, c'est le col qui est envahi le premier. On se rend d'ailleurs parfaitement compte de cette sorte de prédilection du cancer pour le col, en songeant que toutes les causes capables d'amener à leur suite l'affection carcinomateuse, tels qu'accouchemens laborieux, avortemens, excès de coït, maladies vénériennes, blennorrhées, etc., exercent leur action directement sur cette partie.

Il est rare que la vessie soit attaquée par l'ulcération cancéreuse, quoique souvent les malades éprouvent un ténesme vésical, qui n'est que l'effet de l'inflammation.

De tous les appareils sympathiquement liés avec l'utérus, aucun n'est plus fréquemment troublé que le tube digestif. Presque constamment les malheureuses atteintes de cancer utérin ont simultanément une gastro-entérite. Beaucoup d'entre elles meurent par suite de cette complication. — Nous différons en ceci de l'avis de M. Fenolio, et notre opinion se fonde comme la sienne sur des faits nombreux. Pendant une année passée à la Salpétrière, dans le service de M. Cruveilhier, où viennent succomber presque toutes les femmes affectées à Paris de cancer utérin, nous n'avons jamais vu la gastro-entérite, si ce n'est à titre de complication accidentelle. Il est constant que ces malheureuses, clouées au lit et torturées par d'horribles douleurs, mangent peu et souvent digèrent mal. Mais ce n'est pas là une raison suffisante pour supposer une phlegmasie dont l'autopsie n'a presque jamais, sous nos yeux, confirmé l'existence. Encore moins faudrait-il donner, comme effets de la gastro-entérite, le ténesme, les élancemens dans la région anale, la diarrhée, etc., qui ne sont que la suite de l'inflammation s'irradiant du foyer cancéreux vers le rectum.

La cure du cancer de l'utérus est encore tout entière à créer. M. Fenolio n'a fait qu'une fois l'excision du col, et la guérison ne fut que temporaire. Mais quoique le médecin soit forcé d'avouer ici l'insuffisance de l'art, il ne doit point pour cela s'abstenir. Il est un traitement prophylactique et un traitement palliatif. Parmi les moyens dont se compose le premier, l'auteur recommande un cautère placé à la cuisse. Il le regarde moins comme capable de prévenir un cancer véritable que comme propre à *éprouver*, en quelque sorte, si c'est bien d'un cancer qu'il s'agit. Mais il a souvent rencontré, de la part de ses malades, une vive résistance à l'application de ce remède. Moins sages que les Anglaises et les Françaises, dit-il, les Italiennes aimeraient mieux succomber aux tortures du cancer que de s'assujétir temporairement à la légère incommodité que cause un exutoire. Mais je suis sûr, ajoute-t-il encore, que leur opposition céderait bien vite, si on parvenait à leur persuader que, outre son effet curatif, le cautère agira sur leur constitution de manière à retarder la perte de leur fraîcheur et de leur beauté.

Quant au traitement palliatif, l'auteur remarque seulement qu'on est parfois obligé d'avoir recours à la saignée, malgré l'état de débilité auquel les femmes se trouvent réduites. Rien n'est plus commun, en effet, que les irrégularités de la menstruation dans cette maladie, et il est souvent urgent de suppléer artificiellement aux pertes de sang dont le retour périodique fait, chez la femme, la moitié au moins de la santé.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DES CARTILAGES.

M. VALENCIENNES lit un grand travail sous ce titre. Dans la première partie de son mémoire, M. Valenciennes s'occupe de l'étude des cartilages chez les poissons chondroptérygiens. Ses recherches l'ont conduit à reconnaître 1° que dans les cartilages des poissons chondroptérygiens, il y a des vésicules nombreuses dans la substance fondamentale.

2° Que ces vésicules n'y sont pas éparpillées régulièrement.

3° Qu'elles y sont, au contraire, réunies ou disposées avec tant de régularité et de constance que l'on peut déterminer l'ordre et même le genre d'où l'on a tiré le cartilage soumis à l'inspection microscopique.

4° Que toutes ces vésicules cytoplastiques ou ostéoplastiques sont creusées, et non pas pleines, comme on l'a avancé pour des cartilages d'autres animaux.

5° Que dans aucun de ces cartilages on n'observe aucune trace de canalicules.

6° Que la substance élastique qui traverse toute la colonne vertébrale des chondroptérygiens n'a pas de vésicules, et qu'elle appartient à un autre ordre de tissus.

7° Que la même structure peut être observée dans les cartilages des mollusques.

8° Que la gélatine existe en grande abondance dans le cartilage des céphalopodes.

9° Que le stylet des mollusques bivalves appartient à un autre ordre de tissus organiques.

INSECTE DE L'OLIVIER.

M. GUÉRIN-MÉNEVILLE lit un travail intitulé : OBSERVATIONS SUR UN INSECTE QUI ATTAQUE LES OLIVES DANS LES DÉPARTEMENS MÉRIDIONAUX.

Ce travail a plus particulièrement pour objet l'histoire d'un lépidoptère, appartenant au genre *œcophoca olivella*, l'un des insectes les plus nuisibles à la culture de l'olivier. Cet insecte s'introduit sous forme de chenille dans le noyau de l'olivier, ronge l'amande, et sort vers la fin d'août par une ouverture pratiquée près du pédicule, et se laisse glisser à terre au moyen d'un fil, pour se métamorphoser en un très petit papillon.

L'auteur esquisse également l'histoire des autres espèces d'insectes qui s'acharnent contre l'olivier, et dont le nombre ne s'élève pas à moins de vingt espèces distinctes. Il indique en même temps les moyens de s'opposer aux ravages que causent ces animaux. Le travail de M. Guérin-Méneville a, comme on le voit, un but d'utilité publique.

PROPRIÉTÉS OPTIQUES DE L'AMYGDALINE ET DE SES COMPOSÉS.

— M. BOUCHARDAT adresse une note sur les propriétés optiques de l'amygdaline, de l'acide amygdalite et des amygdalates et des produits résultant de l'action des bases fixes sur la salicine. Nous nous bornerons à indiquer le résumé.

1° L'acide amygdalique, les amygdalates et l'amygdaline, dont ils dérivent, dévient à gauche les rayons de la lumière polarisée.

2° La loi de rotation, propre aux composés amygdaliques, se rapproche beaucoup de celle propre au cristal de roche et à la pluralité des substances actives, mais il existe une différence légère que j'ai appréciée.

3° L'acide tartrique et l'acide amygdalique sont les seuls acides qui, jusqu'ici, ont été reconnus avoir de l'action sur la lumière polarisée. L'acide tartrique en solution exerce la rotation à droite, et l'acide amygdalique à gauche.

4° L'hydrure de salicyle, la salygénine, la salirétine, l'acide salicylique sont sans action sur la lumière polarisée.

PANSEMENT DES PLAIES PAR OCCLUSION.

M. Laugier écrit de nouveau au sujet de l'emploi de la solution de gomme arabique dans le pansement des plaies.

ACARIENS.

M. FÉLIX DUJARDIN adresse à l'appui de sa candidature un premier mémoire sur les acariens, et en particulier sur les organes de la manducation et de la respiration chez ces animaux.

HOMOEOPATHIE.

M. BORDET écrit à l'Académie pour la prier de nommer une commission devant laquelle il offre de traiter des malades par la méthode homœopathique et de faire à cet égard des expériences décisives.

La lettre de M. Bordet n'étant point accompagnée d'un mémoire, sa demande est rejetée.

— M. HAMONT, médecin vétérinaire, adresse un travail sur la peste, les lazarets et les quarantaines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

PROCÈS-VERBAL. — INCIDENT RELATIF A LA DISCUSSION SUR LA MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. ROUX demande la parole sur la rédaction du procès-verbal. Il n'a pas entendu de quelle manière on a rapporté ce qu'il a dit dans la discussion sur la myotomie rachidienne. (M. le secrétaire annuel donne de nouveau lecture de la partie du procès verbal qui a trait à M. Roux.)

Je signalerai, dit-il, une petite inexactitude dans les expressions que m'attribue M. le secrétaire au sujet de la jeune fille qui m'a été présentée par M. Guérin. Je n'ai pas dit que cette jeune personne fût complétement redressée. J'ai dit qu'elle

ne présentait *presque plus aucune trace* de déviation, mais non pas *aucune trace* (M. Louis demande la parole), comme me le fait dire le procès-verbal. J'ai ajouté que ce résultat me paraissait du reste très satisfaisant et qu'il était à désirer que l'orthopédie en obtînt souvent de semblables.

M. Louis : J'ai demandé la parole parce que je ne voudrais pas que mon silence pût être interprété comme une adhésion à ce que vient de dire M. Roux.

M. Barthélemy : J'ai entendu absolument de la même manière que M. le secrétaire et je crois que le procès-verbal a fidèlement rendu ce qu'a dit M. Roux. Je me rappelle même quelques-unes des expressions dont M. Roux s'est servi ; il a dit que chez cette jeune personne les épaules étaient parfaitement semblables. (De toutes parts : Oui, oui ; cela est vrai.) (1)

M. Roux : J'ai dit qu'il m'avait *semblé* que les épaules étaient pareilles... (Murmures et marques d'impatience dans l'assemblée.) M. Roux ajoute quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nous.

M. le Président : M. Roux demande-t-il qu'on fasse une rectification au procès-verbal?

M. Roux : Oui, dans le sens que je viens d'indiquer.

M. Barthélemy : Je demanderai aussi que le procès-verbal fasse mention de mon observation.

M. le Président saisit cette occasion pour affirmer que les épreuves avant le scrutin de la dernière séance étaient positivement douteuses. Il y avait 28 contre 28, ce qui prouve que tous les membres n'avaient pas voté.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie pour entendre les divers rapports sur les prix.

M. Bouvier demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il désire donner connaissance à l'Académie d'un document relatif à la question débattue dans la dernière séance; il cherche à expliquer d'abord son intervention dans cette affaire. A l'époque, dit-il, où remonte l'origine de cette discussion, il fut publié une sorte de défi en ces termes : « Que ceux qui voudront juger entre M. M.... et M. G.... se transportent à tel domicile, etc. » Cela s'adressait évidemment à tous les médecins. Je crus devoir me rendre à cet appel. La personne dont il s'agissait était Mlle Clarisse Leckner; quand je la vis elle était âgée d'environ 17 ans; elle avait un embonpoint assez prononcé, circonstance qui ne doit pas être négligée. Lorsqu'elle était habillée, on ne voyait point d'apparence de difformité. Mais, en examinant son dos à nu, je reconnus manifestement une déviation latérale de la colonne, et un peu de saillie de l'épaule droite. La colonne décrivait deux courbures alternatives : l'une supérieure *non appréciable* (Oh! oh!) sur le trajet des apophyses épineuses, caractérisée seulement par la torsion; l'autre inférieure plus appréciable et également accompagnée de torsion. En faisant passer un fil sur le trajet des apophyses épineuses, on voyait dans la région inférieure de la colonne deux ou trois apophyses hors rang qui dépassaient le fil de 2 millimètres. (Marques d'étonnement.) A gauche, on remarquait une cicatrice très petite, mais apparente, située très bas, au-dessous du niveau des épines iliaques. J'ai cru apercevoir une seconde cicatrice au côté opposé, mais elle était très peu distincte.

Voilà ce que j'ai constaté chez cette jeune personne, et c'est d'après cet examen que j'ai communiqué une note à M. Velpeau, qui en a fait usage dans son rapport. J'ai cru devoir donner cette explication à l'Académie (2).

M. Louis : Ce que vient de dire M. Bouvier m'oblige à rappeler une circonstance de l'examen que M. Roux a fait de cette personne en ma présence. On lui a présenté un fil pour qu'il constatât lui-même la rectitude de la colonne; il a trouvé la colonne si droite qu'il a dédaigné de se servir de ce fil. J'ai cru devoir signaler ce fait pour rendre hommage à la vérité.

M. Roux répond quelques mots qu'il nous est impossible d'entendre.

---

(1) M. Roux peut consulter les comptes-rendus des divers journaux : tous sont parfaitement d'accord. S'il avait apporté dans sa déclaration devant l'Académie la restriction qu'il veut y introduire après coup, nous ne l'aurions pas remercié de ses déclarations : nous en aurions appelé à ses souvenirs et au besoin à ceux de M. Louis.

(2) M. Bouvier n'a pas rapporté exactement les faits. Il ne s'est pas présenté au domicile de mademoiselle Leckner à l'époque de la publication du mémoire de M. Malgaigne et pour juger entre les assertions de ce dernier et celles de M. J. Guérin. Il y est allé longtemps après, et sur la *prière* de M. Velpeau, ainsi que M. Velpeau l'a déclaré ouvertement devant l'Académie. Quant au fait en lui-même, c'est-à-dire à la déviation que M. Bouvier aurait constatée, nous affirmons positivement qu'il se trompe. On ne pourrait alléguer, pour expliquer la différence de nos deux appréciations, la différence des circonstances où elles auraient été faites. Nous avons visité mademoiselle Leckner à plusieurs reprises, avant et après la visite de M. Bouvier; nous l'avons toujours trouvée droite; et, s'il faut s'en rapporter aux personnes présentes à la visite de M. Bouvier, il aurait exprimé une opinion toute différente de celle qu'il vient de communiquer à l'Académie. Cela n'est pas absolument inexplicable : il se pourrait bien que les souvenirs de M. Bouvier ressemblassent à ceux de M. Roux. Quand un homme de la gravité et du caractère de M. Roux croit, à huit jours de distance, avoir trouvé des restes de déviation alors que huit jours auparavant il a *déclaré* le contraire en pleine Académie, on peut s'expliquer aisément la méprise de M. Bouvier. Quoi qu'il en soit, ces deux incidens justifient à merveille tout ce que nous avons dit et tout ce que pensent, avec nous, les hommes impartiaux, de la possibilité de faire constater la vérité par les adversaires. On voit qu'il n'est pas si facile que le prétend M. Velpeau de faire reconnaître et surtout déclarer qu'une épine n'est pas déviée quand elle est parfaitement droite.

CANDIDATURE.

M. Louis, désigné comme rapporteur par la commission de onze membres chargée de déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine candidature, fait au nom de cette commission son rapport à l'Académie. La commission a été d'avis que la place vacante devait être attribuée à la section d'anatomie et de physiologie.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées. En conséquence, la candidature est déclarée ouverte.

FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

M. Gimelle fait, en son nom et celui de MM. Breschet et Amussat, un rapport sur le mémoire de M. A. Robert, relatif aux fractures du col du fémur avec pénétration.

Après une analyse détaillée et savamment discutée, le rapporteur fait ressortir les différens points sur lesquels l'auteur du mémoire a plus particulièrement appelé l'attention des chirurgiens. Il signale particulièrement le diagnostic et le traitement comme étant les deux points de vue que M. Robert a étudiés avec le plus de soin. Il a, dit le rapporteur, fait connaître des signes qui rendront à l'avenir le diagnostic de ces fractures plus facile et il a proposé un traitement plus rationnel que ceux qui ont été proposés jusqu'à présent.

Le rapporteur conclut : 1° qu'on adresse une lettre de remercîmens à M. Robert, 2° que son travail soit renvoyé au comité de publication, 3° que son nom soit inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes dans le sein de l'Académie.

M. Velpeau : Si j'ai bien entendu, M. le rapporteur a dit que le traitement proposé par M. Robert vaudrait mieux que les appareils. Il n'y a donc pas d'appareil dans le traitement de M. Robert? Cela a besoin d'explication. (M. Gimelle : Non ; on se sert simplement d'un coussin sur lequel repose le membre et d'un bandage de corps.) Cela me force à rappeler que l'on savait déjà que les fractures avec pénétration guérissent sans appareil. Il y a longtemps qu'on ne les traite pas autrement en Angleterre. M. Lallemant de la Salpêtrière avait également renoncé aux appareils pour ces sortes de fractures. Depuis 15 ou 16 ans, je traite les fractures du col du fémur de cette manière là.

M. Roux : A l'époque de mon premier voyage en Angleterre, Ast. Cooper croyait à l'impossibilité d'obtenir la réunion des fractures du col du fémur. Je lui objectai qu'en France nous obtenions des guérisons de fractures intra-capsulaires ; je crois qu'il est revenu depuis sur sa première opinion.

Quant au cas particulier dont s'est occupé M. Robert, il avait déjà été l'objet d'un très bon travail de la part de M. Hervez de Chégoin qui a indiqué des signes certains pour reconnaître ce genre de fracture.

M. Lallemand (de Montpellier) demande à présenter quelques observation sur ce sujet. Depuis vingt-cinq ans, dit-il, que je suis chargé de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, j'ai eu à traiter un grand nombre de fractures du col du fémur, et je ne les ai jamais traitées autrement (sans appareil). J'ai reconnu seulement l'avantage de placer le membre dans la demi-flexion, de manière à mettre les muscles psoas et iliaque dans le relâchement. J'ai toujours eu à me louer de cette pratique. Les fractures en question, avec pénétration, ont, du reste, été très bien décrites par un de mes anciens élèves, M. Jezierski, aujourd'hui chirurgien à Lyon.

M. Velpeau : Je regrette que le comité secret qui doit avoir lieu tout à l'heure ne nous permette pas de discuter à notre aise sur un sujet aussi important. Il y a trois points surtout que j'aurais désiré pouvoir examiner à fond ; je demanderai la permission d'en dire rapidement quelques mots. Ce sont, la possibilité ou l'impossibilité de la consolidation, les différentes espèces de déplacement auxquelles ce genre de fracture peut donner lieu, enfin leur traitement. A l'égard de la question de la consolidation Ast. Cooper a été beaucoup trop absolu lorsqu'il a prétendu qu'elle n'était pas possible, qu'on ne l'obtenait jamais. Le contraire lui a été démontré par un de ses compatriotes et par M. Chassaignac. Il est vrai toutefois que ces consolidations sont rares ; mais il y a loin de là à les proclamer impossibles. Ce qui a pu faire dire à Ast. Cooper que ces consolidations étaient impossibles, c'est qu'elles n'ont jamais lieu d'une manière régulière, comme la consolidation d'une fracture du corps du fémur par exemple ; elles se font toujours irrégulièrement, à l'aide de jetées stalactiformes qui se font autour du siége de la fracture. Il reste donc bien établi pour moi que, dans les fractures intra-capsulaires la consolidation n'est pas impossible, mais est très rare, et que lorsqu'elle a lieu elle se fait d'une manière irrégulière, que ce n'est point en un mot une consolidation réelle.

Je crois qu'on peut réduire à deux les variétés qu'offrent ces sortes de fractures dans la pratique; l'une, qui consiste dans la pénétration du fragment inférieur dans la tête fémorale ; la seconde, dans laquelle le fragment supérieur pénètre dans le grand trochanter. Dans la première de ces variétés, il n'y a pas de consolidation possible ; dans la seconde, au contraire, on peut espérer que la consolidation aura lieu. En effet, quand c'est le cal qui s'enfonce dans le grand trochanter, on comprend qu'il y a là des parties vivantes, un tissu spongieux amplement pourvu de vaisseaux, qui peut fournir les élémens nécessaires à la consolidation. Dans l'autre cas, au contraire, le fragment s'enfonce dans une partie morte en quelque sorte; toute chance de consolidation est donc impossible. Quant au traitement, il est évident que ni dans un cas, ni dans l'autre, il n'est nullement nécessaire d'employer des appareils.

M. Blandin : Il est évident aujourd'hui pour tous les chirurgiens qu'Ast. Cooper a exagéré lorsqu'il a prétendu qu'on n'obtenait jamais la consolidation dans

les fractures intra-capsulaires du col du fémur. Il n'est personne de nous qui n'ait quelque exemple de consolidation à citer dans ce cas. Pour moi, j'ai obtenu plusieurs fois cette consolidation dans mon service, ce que j'attribue à ce qu'on n'y reçoit que des sujets adultes. — Je crois que c'est une erreur d'abandonner les fragmens à eux-mêmes. On ne doit pas plus, à mon avis, s'affranchir de la loi de l'immobilité pour cette fracture que pour toutes les autres. L'immobilité est même plus nécessaire ici qu'ailleurs; mais je sais qu'il est extrêmement difficile, impossible même, de l'observer chez les vieillards. Je fais à leur égard comme tous les autres chirurgiens, parce que les inconvéniens qui résultent chez eux d'un séjour prolongé au lit sont beaucoup plus graves que le défaut de réunion. Mais ce n'est pas une raison, je le répète, d'ériger en principe ce qui ne doit être considéré, à mon avis, que comme une infraction exceptionnelle aux règles de l'art.

M. le Président fait observer que l'heure du comité secret étant arrivée, il ne peut pas permettre que la discussion se prolonge plus longtemps. Il propose de mettre aux voix les conclusions du rapport.

M. Gaultier de Claubry demande la suppression de la troisième conclusion, comme étant contraire aux usages de l'Académie.

M. le Rapporteur n'y fait aucune opposition.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La discussion sur le fond de la question est ajournée à la prochaine séance.

Tumeurs fibreuses du sein.

M. Roux présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée le matin, et qui, contrairement aux opinions récemment émises par M. Cruveilhier, présente des marques évidentes d'un commencement de dégénérescence. Il soumet une pièce à l'examen de plusieurs chirurgiens qui déclarent reconnaître que c'est effectivement une tumeur fibreuse dégénérée.

Urétroplastie.

M. Jobert (de Lamballe) présente un cas très intéressant d'urétroplastie. L'individu qui fait le sujet de l'observation est âgé de 36 ans. Entré à l'hôpital Saint-Louis dans les premiers jours de juin de cette année, il présentait alors un vaste épanchement urineux qui se termina par plusieurs abcès et par gangrène de tout le côté gauche du scrotum, plus d'un point assez limité du périnée et d'une portion de la région inguino-pubienne. La gangrène portait encore sur la face inférieure de la verge; elle en avait détruit les tégumens, et avec eux le canal de l'urètre, dans une étendue de trois pouces. La cause de ces accidens formidables était une succession de blennorrhagies ayant produit des rétrécissemens du canal, et une rupture de ce dernier survenue dans un effort violent que fit le malade pour uriner.

M. Jobert, après avoir guéri à l'aide d'incisions convenablement ménagées l'épanchement et les abcès urineux, et avoir laissé à la constitution le temps de se refaire et aux tissus le temps de se dégorger et d'opérer leur mouvement de rétraction, procéda à la réparation de la manière suivante :

Il divisa l'opération en deux temps; il commença par raviver les bords de la plaie du scrotum et de l'aine, qu'il réunit ensuite à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée. La réunion ayant été complètement obtenue, il la laissa se solidifier, après quoi il songea à rétablir la continuité de l'urètre. Pour cela il raviva d'abord toute la circonférence de l'ouverture traumatique de ce canal, emprunta un lambeau au scrotum du côté droit, en disséquant avec prudence, pour ménager le testicule; ce lambeau étant insuffisant, il fit remonter son incision sur le dos de la verge, où il tailla un lambeau qui se continuait avec le premier. Il obtint ainsi assez d'étoffe pour recouvrir la solution de continuité éprouvée par l'urètre, aux bords avivés duquel il fixa, par un mouvement de glissement, ce lambeau à deux compartimens, à l'aide de dix points de suture entrecoupée. Il soutint ces points de suture par un morceau d'agaric introduit entre chaque ligature, afin de rendre la section des tégumens moins prompte et de laisser ainsi à la réunion par première intention le temps de s'effectuer. Il eut soin de laisser dans le canal une petite sonde de gomme élastique jusqu'à l'entière guérison, qui s'effectua si bien qu'aujourd'hui le malade, trois mois après cette restauration, urine facilement par un jet beaucoup plus volumineux qu'avant l'accident qui l'amena à l'hôpital. L'organisation du tissu inodulaire a refoulé le testicule gauche vers l'anneau, et la verge reste un peu courbée, situation que ce chirurgien avait annoncé devoir exister, en raison du mode de réparation auquel il était indispensable de recourir.

L'Académie se forme en comité secret après quatre heures et demie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires; premier mémoire, contenant : 1° les conditions anatomiques et physiologiques; 2° l'anagésie et les vices de conformation de l'ovaire; 3° l'inflammation aiguë des ovaires; par le docteur Chereau. — Paris, 190 pages in-8°. Chez Fortin, Masson et Ce.

De la puberté et de l'âge critique chez la femme au point de vue physiologique, hygiénique et médical, et de la ponte périodique chez la femme et les mammifères; par le docteur Raciborski. — Paris, 1844; petit in-12 de 520 pages. Chez J.-B. Baillière.

On chercherait vainement dans toutes les branches de la physiologie une autre question qui ait autant occupé, depuis quelques années, l'attention publique et la presse médicale que l'a fait celle de l'origine de la menstruation expliquée d'après la nouvelle théorie. Outre plusieurs publications dont il a déjà été question, et qui ont été destinées plus ou moins exclusivement à l'exposition de cette nouvelle doctrine, les deux volumes qui sont devant nous ont encore pour but principal la même exposition, bien que les auteurs aient encadré cette question toute spéciale dans des recherches réellement plus étendues. Lorsque, il y a quelques années, en rendant compte dans cette feuille du premier volume du Traité philosophique de médecine pratique, de M. le docteur Gendrin, nous annoncions l'ingénieuse théorie de la menstruation qu'il y présentait, nous comprimes tout ce que les observations sur lesquelles il s'appuyait offraient de séduisant, et l'avenir qu'elles semblaient promettre à la science; mais nous n'avions pas prévu les nombreuses réclamations qui eurent lieu à cette occasion, non seulement en France, où M. Négrier est réellement le seul qui ait pu disputer la priorité au médecin de Paris, mais aussi en Angleterre, où le chiffre des prétendans à la même priorité fut plus élevé, et où un nombre considérable d'écrivains se mirent aussitôt à puiser dans les recueils d'observations, dans les musées, dans les hôpitaux, tous les faits ayant rapport à cette question. Nous-même, dès 1840, en rendant compte dans ce journal des Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires, publiées par M. Négrier, à l'appui de sa réclamation, nous signalions déjà un troisième prétendant à la priorité de la nouvelle théorie; depuis bien d'autres se sont mis sur les rangs... Mais ce n'est pas d'eux que nous devons nous occuper ici. D'ailleurs, avant d'émettre notre avis non seulement sur la question de priorité, mais aussi sur le degré de certitude de la nouvelle théorie dans l'état actuel de la science, nous allons, avec l'un des auteurs, dont le nom est en tête de cet article, et sans chercher à établir ou à décider certains droits de priorité toute secondaire, indiquer, dans les écrits antérieurs à l'époque actuelle, des preuves que l'idée d'attribuer la menstruation à l'action des ovaires n'est pas nouvelle.

L'opinion qui rattache la menstruation à l'influence des ovaires a été formulée par un grand nombre d'auteurs des deux derniers siècles. Kerkringius s'exprimait dans ce sens en 1672 : *aliquando*, dit-il, *fœminæ dejiciunt hæc ova imprimis tempore menstruorum*; en 1729, Freind en faisait autant dans son Emmenologia. Nous pourrions compter encore au nombre des partisans de cette pensée Harvey, Fallope, Cullen, Pott, Cabanis, Graaf, Kruishank; mais ces divers auteurs ne s'étaient point expliqués sur les modes d'action des ovaires; et il nous faut arriver jusqu'en 1821 pour trouver une formule un peu exacte de la nouvelle théorie, et qui fut donnée par le docteur Power, encore vivant aujourd'hui, dans son ouvrage publié sous le titre de Essay on the female economy, et même seulement à 1807, si nous nous en rapportons au témoignage verbal de l'auteur, qui, dans une lettre publiée récemment, a rappelé avec une naïve bonhomie la manière peu encourageante dont l'essai qui contenait cette découverte fut reçu par la presse médicale anglaise de cette époque, et fait part de l'agréable surprise avec laquelle il apprit, après avoir presque désespéré de pouvoir attirer sur son travail l'attention dont il le croyait digne, que sa théorie trouvait tout à coup dans une nouvelle génération de nombreux partisans, qui, la plupart, prétendaient s'en attribuer le mérite. — Au mois de mars 1831, le docteur Robert Lee observait, sur le cadavre d'une jeune fille morte pendant la menstruation, des lésions de l'ovaire, qui le mirent sur la voie d'une théorie de cette fonction, qu'il crut nouvelle, et que confirmèrent les années suivantes de nouvelles observations recueillies par lui-même ou par ses amis. Cependant, ce ne fut qu'en 1834 qu'il publia son opinion sur ce point dans le 3e volume de Cyclopædia of practical medicine. En même temps et même plus tôt, M. Négrier, en France, entrait dans la même voie, et depuis 1830 professait à l'école secondaire de médecine d'Angers l'opinion que les hémorragies menstruelles ne sont que le résultat d'une congestion périodique qui s'opère chaque mois dans les ovaires, opinion qu'il formula en 1832 dans un mémoire présenté à la Société de médecine d'Angers, mais qu'il ne publia qu'en 1840, après avoir constaté ses droits à la priorité par une lettre insérée dans la Gazette médicale à la fin de 1839, et aussitôt qu'il eut connaissance de recherches publiées sur le même sujet par M. le docteur Gendrin en 1838.

Depuis ces premiers travaux dont nous empruntons, pour la plupart au

moins, l'indication à l'intéressante publication de M. Chéreau, d'autres recherches ont été faites, mais dans une direction un peu différente et dans le but de signaler dans les mêmes phénomènes les caractères d'une fonction qui jusqu'alors n'avait été admise que dans des classes d'animaux différentes de celle des mammifères. MM. Duvernoy, Ponchet, Bischoff, Raciborski, reprenant une opinion anciennement émise que résume l'aphorisme de Harvey *omne vivum ex ovo* et considérant les mêmes faits dans leurs rapports avec la fécondation en ont conclu que cette fonction se lie constamment chez les mammifères à une autre fonction périodique désignée sous le nom d'*ovulation* par M. Ponchet et par celui de *ponte spontanée* par M. Raciborski. Avant de constater jusqu'à quel point la réalité de cette fonction est établie par les recherches de ce dernier qui seules peuvent nous occuper, disons quelques mots de l'ensemble de son livre qui n'est pas seulement consacré à l'exposition de cette doctrine, mais où l'on trouve des études sur les époques les plus importantes de la vie de la femme, celle de la puberté et de l'âge critique et celle pendant laquelle s'opère la ponte périodique spontanée. Les différentes questions qui se rattachent à ces diverses époques sont exposées dans plusieurs chapitres successifs. Ainsi à l'occasion de la puberté l'auteur discutant, à l'aide de chiffres nombreux, l'influence de la latitude géographique et du climat sur l'âge auquel commencent à paraître les phénomènes qui la caractérisent, adopte l'opinion généralement admise, savoir : que la puberté est d'autant plus précoce que la contrée où l'on observe est plus rapprochée de la zône torride, opinion qui pour être ancienne n'en est pas mieux démontrée et que ne mettent même nullement hors de doute les chiffres et les témoignages qu'accumule sur ce point M. Raciborski. Nous rappellerons seulement ici qu'une autre explication des mêmes faits, qui paraît également rationnelle, a été donnée depuis quelques années par le docteur Robertson qui soutient, en s'appuyant d'un grand nombre de faits, que les différences attribuées jusqu'ici à l'influence du climat ne sont que l'effet des divers degrés de civilisation. Déjà ce physiologiste a réuni beaucoup de témoignages authentiques à l'appui de cette opinion et recueillis sous l'influence des climats opposés. En attendant qu'il ait complété ces documens, il nous paraît également impossible de nier l'action de ces deux grandes influences qui, après tout, ne représentent que ces deux puissans agens toujours en antagonisme chez l'homme, le physique et le moral.

M. Raciborski ne s'est pas borné à l'examen des questions de pathologie et de physiologie pures qui se rattachent à son sujet; il a voulu considérer la puberté sous tous les points de vue, sous le rapport médical comme au point de vue social et même d'économie politique. Il y a surtout une question de ce dernier ordre sur laquelle il a présenté d'assez grands développemens. Sans partager les appréhensions du docteur Price qui croyait que la population humaine allait en décroissant, ni les terreurs de Malthus qui, la voyait au contraire prendre un accroissement prodigieux, notre auteur n'a point méconnu toute la gravité de cette question soulevée par les économistes modernes, ni sa liaison avec l'âge de la puberté et du mariage. N'ayant aucune confiance pour arrêter les progrès réels de cet accroissement qui devient effrayant pour les générations prochaines, dans les différens moyens proposés par les économistes et repoussant presque également le prolongement de la lactation proposé récemment par le docteur Loudon, les mariages tardifs demandés par Malthus et les moyens divers conseillés par l'école de ce dernier; il trouve la solution de cette question si importante dans la doctrine même de la ponte périodique que nous allons exposer et dont il a l'un des premiers donné la formule explicite. Ce moyen n'apporte aucun obstacle à la satisfaction des désirs que la nature a mis dans le cœur de l'homme; le casuiste le plus rigoureux n'aura rien à y blâmer, la morale publique et l'humanité n'auront point à en souffrir. « Il ne s'agit plus, dit l'auteur, dans cette doctrine, de la destruction des êtres vivans, ni de l'avortement des êtres près à vivre. » C'est uniquement dans la périodicité (mensuelle on à peu près) de la ponte qu'il a trouvé la solution de ce problème. Ne pouvant ici juger cette doctrine du point de vue utilitaire, nous nous contenterons de présenter une seule réflexion; c'est que la valeur de ce préservatif hypothétique ne repose que sur un fait dont la démonstration est loin d'être complète; car si nous supposons que la ponte existe réellement, mais qu'elle ne soit pas périodique, et surtout que la périodicité ne soit pas exactement la même que celle de la menstruation toute assurance disparaît bientôt. Or, c'est ce que nous nous proposons d'examiner un peu plus loin. Pour le moment nous en avons dit assez sur cette nouvelle application des études physiologiques, nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui désireraient de plus amples détails et qui voudraient suivre l'auteur dans tout les développemens de sa théorie à l'ouvrage de M. Raciborski; nous ne pouvons l'accompagner dans ces régions étrangères à nos études favorites, où il a fait preuve de savoir sans doute; mais où s'éloignant du style simple et chaste de la science dans cette des plus profonds mystères de la nature, il ne nous permet plus de le suivre par l'analyse; nous en dirons autant du chapitre où il a jeté les bases d'une hygiène des jeunes filles aux approches de la puberté et des soins qu'elles doivent recevoir à cette époque dans quelques affections dont elles peuvent être atteintes. Nous y trouvons des règles sages, de bons conseils dans un style qu'on trouvera peut-être trop fleuri, mais rien qui doive nous arrêter.

La seconde partie du travail de M. Raciborski, DE L'ÂGE CRITIQUE CHEZ LA FEMME, ne nous occupera que quelques instans; c'est un sujet sur lequel il était difficile de beaucoup innover. Cependant nous trouvons encore quelques recherches statistiques sur les principaux phénomènes qui l'annoncent et le caractérisent, sur les accidens auxquels il donne lieu quelquefois; ces recherches ne reposent encore que sur des chiffres peu élevés.

La partie principale de l'ouvrage, celle au moins à laquelle l'auteur paraît avoir attaché le plus d'importance porte pour titre LA PONTE PÉRIODIQUE CHEZ LA FEMME ET LES MAMMIFÈRES. Chez ces derniers la présence de l'œuf dans les vésicules de Graaf avait mis hors de doute depuis plusieurs années la réalité de la ponte; mais on croyait que cette fonction ne s'opérait chez eux qu'à certaines époques et sous l'influence du rut; aujourd'hui il paraît démontré non seulement que la ponte se fait spontanément, c'est-à-dire par un travail propre à l'ovaire et probablement sans influence extérieure, mais encore qu'elle est périodique; cependant nous ne trouvons aucun document sur les distances de cette périodicité, même dans le travail de M. Raciborski dont les recherches sur l'anatomie de quelques mammifères et spécialement de la truie ont contribué pour leur part à établir ce fait, savoir : « Toutes les fois, dit-il, qu'on examine les ovaires d'une truie qui est déjà dans la période de la vie destinée à la reproduction on est sûr d'y rencontrer des vésicules de Graaf à divers degrés de développement, les unes déjà rompues depuis longtemps et n'offrant à leur place que de petits tubercules jaunâtres; d'autres rompues depuis peu et se présentant encore sous l'aspect de masses charnues rayonnées; d'autres encore qui proéminent déjà à la surface des ovaires et se préparent pour la prochaine ponte, et d'autres enfin qui, renfermées dans l'intérieur des ovaires, sont destinées pour des pontes à venir. »

Nous n'approfondirons pas plus la question de priorité soulevée à l'occasion de ces recherches et de leurs résultats que ne le fait M. Raciborski lui-même qui se contente de faire remonter sa priorité avant l'époque où les travaux de M. Bischoff furent connus en France. Du reste, M. Raciborski, en faisant valoir ses droits à ce qu'il appelle sa découverte, ne se dissimule pas qu'au moment où, après l'éclatante réclamation de M. Négrier, beaucoup d'investigateurs dirigèrent leurs recherches vers ce sujet, plusieurs auteurs avaient touché déjà la vérité du doigt et qu'elle allait être formulée, si déjà elle ne l'avait été, comme elle le fut par lui-même.

On lira avec intérêt le chapitre DE LA PONTE PÉRIODIQUE CHEZ LA FEMME où l'on trouve de bonnes recherches sur le développement progressif des follicules de Graaf, sur les modifications qu'ils subissent après leur rupture et sur le mode de formation des corps jaunes jusqu'ici si diversement et si mal expliquée. Nous y trouvons encore de nombreuses tentatives pour arriver à la solution d'une autre question déjà agitée depuis bien longtemps sur la coïncidence, dans tous les cas, de la conception avec la menstruation; peut-être ceux qui savent avec quelle ardeur les personnes du sexe courent au-devant du merveilleux trouveront-ils que l'auteur a ajouté une foi trop illimitée dans les confidences que plusieurs d'entre elles ont paru lui faire, et douteront-ils avec raison, pour ce motif, des résultats que l'auteur a tirés de ces faits au nombre de 15, et desquels il conclut que la conception a eu lieu le plus souvent avant ou après ou même pendant les règles. — C'est sur ces faits et sur quelques autres d'une origine non moins douteuse que repose la doctrine dont l'auteur a fait, comme nous l'avons dit, l'application dans une question qui intéresse à la fois l'économie sociale et la morale.

Il nous reste maintenant à examiner si la doctrine que nous venons d'exposer est aussi solide qu'on paraît le croire communément, et si, en la regardant comme entièrement démontrée, on ne s'en rapporte pas à des preuves réellement insuffisantes, si on ne confond pas la simple hypothèse avec la vérité. Le lecteur nous permettra de reprendre la question où elle en était lorsqu'elle ne reposait que sur des points de vue physiologiques, sur de simples analogies. Quelque valeur qu'on accorde aux preuves de cet ordre, on n'y avait attaché que peu d'attention, et ce n'est que depuis qu'on a apporté des faits matériels à l'appui, depuis qu'on a cru, nous dirons, prendre la nature sur le fait, que cette hypothèse a été admise comme une vérité démontrée. Or, si nous considérons le nombre de ces faits qu'on recueillis et publiés les cinq ou six auteurs qui se sont occupés de ces recherches depuis quelques années, nous le trouvons si faible qu'il nous semble difficile de les regarder comme établissant défi-

nitivement et irrévocablement la théorie nouvelle. Qu'y a-t-il d'étonnant qu'avec le grand nombre des vésicules de Graaf qu'on observe constamment dans l'ovaire, avant la puberté, comme à l'âge adulte et après l'âge critique, on ait vu dans trente on quarante cas une vésicule de Graaf s'onvrir à la surface (comme elles paraissent an reste le faire toutes), au moment des règles? On peut ne voir dans ces faits qu'une simple coïncidence tant qu'ils ne sont pas assez nombreux et assez constamment identiques, pour qu'il en résulte une loi formelle. Mais une coïncidence entre des phénomènes aussi communs que les règles et l'éruption des vésicules ovariennes observée encore un aussi petit nombre de fois, ne peut formuler une loi. C'est ici une bonne occasion d'exiger l'application, dans toute sa rigueur, de la méthode numérique, et nous n'admettrons la vérité de la nouvelle théorie de la menstruation que le jour où il nous aura été démontré que cette coïncidence est constante et sans exception, c'est-à-dire sans aucun cas où l'on trouve les règles sans l'éruption ou l'éruption sans les règles.

La question, le lecteur doit le reconnaître, n'a donc pas été suffisamment étudiée; on s'est contenté de quelques observations, et on a conclu de ce premier résultat à l'identité de toutes les autres, sans se donner la peine d'en chercher la démonstration complète.

Telle est cependant la fréquence des cas propres à éclairer cette discussion, qu'il suffirait de trois mois d'assiduité à l'amphithéâtre d'un hôpital d'adultes et d'enfans, pour recueillir les matériaux nécessaires pour la terminer. Si nous pensions qu'il put rester quelques doutes sur l'exactitude de ces réflexions, nous citerions à l'appui un travail que vient de publier sur ce sujet un médecin anglais, le docteur Richie, et dont les résultats, reposant sur 70 on 75 ouvertures, paraissent déjà, s'ils sont confirmés, devoir modifier notablement et probablement renverser la nouvelle théorie de la menstruation. Nous ne pouvons entrer ici dans un examen sérieux de ce travail, qui nous paraît répondre, en partie au moins, an besoin que nous signalions à l'instant, et qui contient des documens pleins d'intérêt, dont beaucoup sont nouveaux et plus authentiques que les observations recueillies accidentellement dont se sont servis jusqu'ici les écrivains qui se sont occupés de cette question.

Nous nous trouvons bien loin de nos jeunes auteurs, qui ne paraissent pas douter de l'exactitude de la nouvelle théorie de la menstruation, que nous laissons là pour signaler quelques points que nous regretterions de n'avoir pas mis en évidence, surtout dans le travail de M. Chereau, dont nous avons encore à peine parlé. Rappelons d'abord que la première partie de ce travail est consacrée à des considérations anatomiques et physiologiques sur l'ovaire, et que l'on n'a rien écrit de plus complet sur le sujet. Il contient les recherches les plus récentes, non seulement sur tout ce qui concerne la nouvelle théorie de la menstruation, mais encore sur plusieurs autres points importans. Nous lui savons gré surtout d'avoir fait connaître, avec tous les détails utiles, l'intéressante observation du docteur Panck, qui tend à démontrer que la liaison de l'ovaire et de la trompe nécessaire pour que l'ovule puisse atteindre sûrement la matrice, n'est pas un simple rapprochement mécanique. Il résulte en effet de cette observation que la liaison dont il est question était le résultat d'un travail spécial qui réunissait ces deux parties d'une matière organique par une membrane très fine et transparente, attachée au bord supérieur de la trompe et de la matrice, enveloppant complètement l'ovaire du même côté, ainsi que l'extrémité évasée de l'oviducte, aux franges duquel elle adhérait; en même temps, tous les organes utérins étaient gorgés de sang, et l'ovaire droit offrait immédiatement au-dessous du péritoine une vésicule de Graaf tonte prête à se rompre. Du reste, il paraîtrait, au rapport d'un de nos collaborateurs (Gaz. Méd., 1844, p. 612), que, depuis cette observation, le docteur Panck en aurait recueilli quatre autres où existait le même mode de liaison que l'on voit chez certains animaux, avec cette différence pourtant que, chez les derniers, ces lieus organiques sont permanens, tandis que, dans l'espèce humaine, ils ne se développeraient que sous l'influence de conditions particulières.

Cette citation suffirait seule pour indiquer avec quel soin, avec quelle sagacité, avec quel désir du progrès enfin M. Chereau s'est livré aux recherches sur l'anatomie et la physiologie de l'ovaire dont nous venons de rendre compte. Nous retrouverions les mêmes qualités dans la seconde partie, consacrée aux maladies du même organe; mais l'extension que nous avons donnée à la nouvelle théorie de la menstruation ne nous permet pas d'en faire autant pour cette seconde partie. D'ailleurs, nous n'avons là qu'un *premier mémoire*, et espérons revenir plus tard sur ce que nous aurons incomplètement examiné dans celui-ci. Nous nous bornerons donc, pour le moment, à dire que le lecteur trouvera, dans les dernières pages, d'utiles renseignemens sur la pathologie générale des ovaires, sur leurs vices de conformation, sur leur inflammation et ses diverses formes. Le diagnostic surtout y est posé avec une précision qui nous fait vivement désirer que l'auteur ne tarde pas à compléter ces études.

G....t.

VARIÉTÉS.

— Les injures ont été de tout temps la raison de ceux qui n'en ont pas d'autre. Si cette remarque est vraie, nous ne pouvons trop nous plaindre que nos adversaires en fassent un si fréquent usage. Voici, entre beaucoup d'autres, un exemple qui mérite d'être signalé à part.

On se rappelle que, dans la discussion sur la myotomie, M. le rapporteur s'est donné beaucoup de peine pour prouver que les commissions qui ne sont pas composées d'adversaires ne valent rien; que les moules pour constater l'état des sujets avant le traitement ne valent pas mieux; que les déviations peuvent être simulées ou dissimulées suivant le besoin. On a remarqué comment et avec quelle prévoyance il a fait justice des *merveilles* de toutes sortes que la commission des hôpitaux, dite *commission des miracles*, est chargée de vérifier. Dans la sincérité et la naïveté de notre ame, nous avions cru trouver un moyen de satisfaire à toutes les exigences et de lever tous les scrupules. Choisissez vous-même, avions-nous dit à nos adversaires, et adressez-nous ou adressez à la commission instituée *ad hoc*, tous les malades, toutes les infirmités, dont la guérison vous paraît si merveilleuse. — Que notre erreur était grande! On va voir comment la Gazette des hôpitaux, journal qui, comme on sait, est voué à la critique impartiale et à la défense des libertés scientifiques, accueille notre proposition. Nous citons textuellement:

« La myotomie est invulnérable..... Lisez son article de samedi dernier pour » votre édification. Je n'en citerai qu'un passage, mais il en vaut mille, et je déclare que je ne l'ai pas écrit sous l'improvisation de quelque *bateleur* de » foire, de quelque *charlatan* de carrefour venant de la Perse on de la cour du » grand Mogol: je l'extrais textuellement de la Gazette Médicale du 23 novembre dernier. » (Suit la phrase, que nous reproduisons, plus complète il est vrai qu'elle n'est dans la version *épurée* de la Gazette des hôpitaux.)

« Eh bien! voici un moyen péremptoire de faire juger de la valeur de nos assertions: qu'au lieu d'aller clandestinement au domicile de nos malades, de s'entourer des commérages du carrefour on de la rue, ils nous adresseot, on adressent à la commission instituée *ad hoc*, des malades affectés des infirmités ou maladies que nous avons dit avoir guéries; si nous échouons dans tous les cas, ils le diront; alors ils seront en droit de se plaindre, de nous accuser. Qu'ils nous envoient des abcès par congestion, des hydarthroses, des cals vicieux chez les enfans rachitiques, des hernies réductibles, voire même des hernies étranglées, des empyèmes purulens, des strabismes trop ou trop peu redressés, et toutes les difformités musculaires depuis la tête jusqu'aux pieds; ils auront ainsi des points de départ certains, des déviations qui ne pourront être ni simulées ni dissimulées; nous les adjurons de nous rendre ce service, et alors ils pourront parler..... »

« Que manque-t-il à cela (s'écrie l'auteur de l'article) pour compléter la con- » leur locale? *Un habit rouge, une clarinette*, et le *bound-bound* de la grosse » caisse. »

Nous demandons, nous, pardon à nos lecteurs de reproduire de telles choses; mais c'est le seul moyen convenable d'y répondre; c'est aussi le plus court; et en cela nous croyons concilier leur intérêt et le nôtre. Nous n'avons qu'un regret, c'est de ne pouvoir faire connaître l'auteur d'injures si délicates et si spirituelles. Mais, comme nous l'avons déjà dit, Mascarille se cache sous le manteau de Crispin, et Crispin prête si souvent son manteau, et il le prête à tant de Mascarilles également remarquables par le courage et par l'esprit, qu'il est devenu tout à fait impossible de rendre justice à qui de droit.

— La Société de médecine de Munich vient d'élire M. J. Guérin au nombre de ses membres correspondans.

— Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie; par le docteur F. Ribes, officier de la Légion-d'Honneur, ancien chirurgien breveté en 1794, ancien médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, membre de l'Académie royale de médecine.

Tome 3; in-8° avec 4 planches; prix: 7 fr. 50 c. — Prix des trois volumes: 22 fr. 50 cent.

— Etude physiologique de l'instinct chez l'homme et chez les animaux dans l'état sain et dans l'état maladif, par Gabillot, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société de Lyon, etc.

In-8°. Prix: 4 fr. 50 cent.

Ces deux ouvrages se trouvent, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE ; par MM. A. Becquerel et A. Rodier, docteurs en médecine; mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 novembre 1844.

(Suite. — Voir les numéros 47 et 46.)

TROISIÈME PARTIE.

DE LA COMPOSITION DU SANG DANS LES MALADIES EN PARTICULIER (1).

Nous n'examinerons la composition du sang que dans un certain

(1) On a pu penser et plusieurs journaux ont imprimé que nous avions donné le chiffre de 141 comme exprimant la moyenne générale du nombre des globules dans l'espèce humaine. C'est une erreur. Nous avons établi que cette moyenne générale ne pouvait être donnée, en raison de la notable différence qui existait sous ce rapport entre les deux sexes, et que les globules étaient représentés par le chiffre 141 chez l'homme et par le chiffre 127 chez la femme, tous deux dans l'état de santé. Si on voulait absolument une moyenne générale pour l'espèce humaine, il faudrait prendre un nombre intermédiaire entre 141 et 127; ce nombre serait 134. Mais, à notre avis, on ne saurait lui attribuer aucune valeur, attendu qu'il est trop fort pour la femme et trop faible pour l'homme. Il faut toujours, ainsi que nous l'avons maintes fois établi dans notre mémoire, comparer les résultats fournis par l'analyse du sang de l'homme malade à ceux de l'homme sain et ceux de la femme malade à ceux de la femme saine, et non à une moyenne générale fictive.

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL.

BRUXELLES.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Il existe à Bruxelles trois établissemens de l'ordre civil que la médecine revendique, et dont deux lui sont un juste sujet d'orgueil : l'hôpital St-Jean, situé dans l'un des plus beaux quartiers de la ville, l'hôpital St-Pierre et l'hospice des vieillards. Le premier et le dernier comptent en même temps parmi les édifices les plus somptueux de Bruxelles. L'hospice des vieillards peut servir de modèle; sa construction est des plus imposantes et parfaitement conçue; l'air et la lumière y pénètrent avec abondance; la distribution des locaux, le régime de ses habitans, les soins qui leur sont prodigués, ne laissent rien à désirer. Les étrangers l'admirent à juste titre; ils croient s'arrêter devant un palais, et quand on leur apprend que ce palais est la demeure des pauvres chargés d'années et d'infirmités, ils rendent hommage avec effusion à la charité d'une nation qui sanctifie ses richesses par des fondations pareilles. La Faculté de médecine de Bruxelles possède, dans cet établissement, deux cliniques des maladies de la vieillesse, dont les professeurs sont MM. Langlet et Lequime. Remarquons en passant cette précieuse addition à l'enseignement pratique de Bruxelles; elle manque à nos écoles, et s'il n'est pas impossible aux élèves de la Faculté de Paris de s'attacher à l'étude clinique de cette branche intéressante de l'art, ce n'est qu'à la condition de la chercher hors du cercle de l'instruction universitaire. L'hôpital St-Pierre est le moins satisfaisant des trois établissemens de ce genre à Bruxelles; il pèche par la promiscuité des services, que nous avons rencontrée avec peine dans un grand nombre d'hôpitaux français, tels que les hospices généraux de Montpellier, de Toulouse, etc. On y trouve des vénériens, des femmes en couches, des fiévreux, des blessés, des incurables, etc. Les observations qu'il fait naître s'appliquent d'une manière générale à l'organisation et à la marche du service médico-chirurgical dans tous les hôpitaux de Bruxelles; nous y reviendrons.

Quand on remonte du boulevart d'Anvers vers l'Observatoire, on est frappé à la vue d'un magnifique édifice de construction récente, qui occupe un espace immense : c'est l'hôpital St-Jean; son aspect grandiose n'est peut-être égalé que par celui de l'hôpital St-André de Bordeaux, que la renommée signale; et cette impression ne s'efface pas quand on pénètre dans l'intérieur de ce bel établissement. Combien d'hôpitaux qui surprennent par la splendeur monumentale de leurs façades, et qui, semblables aux tombeaux de marbre dont parle l'Evangile, ne contiennent que pourriture et misère! Mensonges de philantropie, ils sont là plutôt pour témoigner de la vanité de leurs fondateurs que pour assurer aux pauvres le soulagement efficace de leurs maux. Les façades de l'hôpital St-Jean

nombre de maladies qui s'observent le plus ordinairement dans la pratique. Nous n'avons pas, en effet, la prétention de passer en revue tout le cadre nosologique, puisqu'il y a un certain nombre d'affections pour lesquelles la saignée n'est nullement indiquée et n'a pas été prescrite. M. le professeur Cruveilhier, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'ayant jamais ordonné d'émissions sanguines qui ne fussent nécessitées par l'état du malade.

Nous allons démontrer maintenant, qu'à l'aide des principes généraux que nous avons établis, on pourra expliquer tous les faits particuliers qui se présentent.

CHAPITRE PREMIER.

DU SANG DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde peut être considérée comme résumant en quelque sorte le type de la grande classe des pyrexies. En raison des variations très grandes qu'elle présente dans la nature et l'intensité de ses symptômes, dans sa marche et dans sa durée, elle se prête parfaitement à l'étude de la composition du sang dans ces maladies et des modifications que les grandes influences d'adynamie et d'ataxie peuvent exercer sur ce liquide.

MM. Andral et Gavarret ont fait à ce sujet de nombreuses analyses, et sont arrivés à des résultats que l'on peut résumer de la manière suivante.

Dans la fièvre typhoïde, le chiffre des globules, tantôt est normal ($\frac{127}{1000}$), tantôt s'élève et atteint le degré qu'il présente ordinairement dans l'état pléthorique. Ils expliquent ce dernier résultat en admettant que la fièvre typhoïde se développe très souvent chez les individus pléthoriques.

Les matériaux solides du sérum ne subissent pas de changemens notables dans leurs proportions.

Le chiffre de la fibrine n'est jamais augmenté, à moins de complication de phlegmasie; souvent il est conservé normal, mais souvent aussi il diminue d'une manière notable; c'est ce qui arrive en particulier lorsque la maladie est grave, lorsqu'il se développe un état adynamique, et qu'il y a tendance à la production des hémorragies.

Voyons maintenant quels sont les résultats auxquels nous sommes arrivés, et s'ils diffèrent de ceux qui ont été obtenus par ces habiles observateurs.

Nous avons analysé le sang de 13 individus atteints de fièvre typhoïde : 11 hommes et 2 femmes.

Sur ces 11 hommes, 6 ont été saignés une fois, 4 l'ont été deux fois et 1 trois fois. Une des 2 femmes a été saignée une fois, l'autre trois; en tout 21 saignées.

Nous nous occuperons d'abord des hommes. Ils étaient âgés : 1 de 17 ans, 2 de 18, 1 de 21, 1 de 22, 3 de 23, 1 de 28, 1 de 31, 1 de 48 ans. Ils exerçaient des professions très diverses qu'il est inutile de rappeler ici.

Aucun d'eux n'habitait Paris depuis son enfance, et l'époque de leur arrivée, sauf dans un seul cas, n'était pas encore trop éloignée; 1 habitait Paris depuis huit mois, 1 depuis onze, 2 depuis un an, 4 depuis dix-huit mois, 1 depuis deux ans, 1 depuis sept à huit ans.

Tous présentaient en général une bonne et forte constitution.

En descendant dans les détails, on trouve que 6 étaient fortement constitués et avaient un certain degré d'embonpoint, 3 étaient un peu moins forts, et 2, quoique maigres, étaient forts aussi. Tous avaient joui antérieurement d'une excellente santé. Un seul, depuis un an qu'il habitait Paris, avait été sujet à de la diarrhée.

Voici quels furent les caractères les plus saillans de la maladie : dans 3 cas, elle fut très grave et 2 individus succombèrent; dans 6 cas, elle fut d'une gravité médiocre; dans 2, elle fut légère. Ces fièvres typhoïdes offrirent les formes suivantes : dans les 3 cas très graves, la maladie se présenta avec la forme adynamique; dans 2 des 6 cas de moindre intensité, la forme fut également adynamique; dans les 2 cas légers, elle présenta la forme dite inflammatoire.

Nous examinerons séparément la composition du sang dans les premières, les secondes et les troisièmes saignées.

PREMIÈRES SAIGNÉES FAITES AUX 11 HOMMES.

Ces premières saignées indiquent la véritable composition du sang dans la fièvre typhoïde. Elles furent pratiquées aux époques suivantes de la maladie : 1 fois le septième jour, 4 fois le huitième, 2 fois le neuvième, 1 fois le dixième, 2 fois le douzième, 1 fois le quatorzième.

Le tableau suivant indique la composition moyenne du sang de ces 11 saignées.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS 11 CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Densité du sang défibriné	1054,4	Séroline	variable.
— du sérum	1025,4	Matière phosphorée	0,471
		Cholestérine	0,089
Eau	797	Savon	1,093
Globules	127,4		
Albumine	64,8	SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.	
Fibrine	2,8		
Matières extractives et sels libres	6,3	Chlorure de sodium	2,9
		Sels solubles	2,5
Matières grasses	1,773	Phosphates	0,497
		Fer	0,555

L'examen de ce tableau, et celui de chaque cas en particulier, conduit aux conclusions suivantes.

Les globules, dans la fièvre typhoïde, subissent en général l'influence que nous avons vu toute maladie un peu grave leur faire éprouver, c'est-à-dire qu'ils diminuent d'une quantité très notable. Il y a toutefois deux circonstances dans lesquelles cette diminution n'apoint lieu, ou bien dans lesquelles elle est beaucoup moins considérable; c'est 1° lorsque la maladie est légère, et 2° lorsqu'elle est encore peu éloignée de son début. Dans ces deux circonstances, le chiffre des globules reste normal ou bien ne s'abaisse que peu. C'est ce qui s'est présenté trois fois dans nos onze premières saignées. Dans les 8 autres cas, le chiffre des globules fut abaissé dès la première émission sanguine, et souvent même d'une quantité considérable.

La fibrine a été assez variable. On peut établir d'une manière générale qu'à la première saignée, et lorsque la maladie n'est pas encore éloignée du début, le chiffre de ce principe est à peu près normal. C'est le résultat que nous fournit la moyenne générale, qui est de 2,8. Quelquefois ce

---

sont modestes en comparaison de tous les avantages que présente son économie intérieure, de tout le comfort que l'on y procure aux indigens malades. Il se compose d'une série de bâtimens quadrilatères qui circonscrivent des jardins bien entretenus; sur les quatre côtés de ces squares règnent deux étages de galeries (rez-de-chaussée et premier) auxquelles aboutissent les salles réservées aux malades. Ces galeries servent de promenoir en hiver et par les mauvais temps, et, comme elles se développent sur une très grande étendue et communiquent entre elles, elles présentent autant de facilité pour l'exercice que d'agrément par l'élégance de la construction, la succession des jardins et les perspectives lointaines où le regard plonge dans l'intervalle des bâtimens. Des bouches de chaleur s'ouvrent dans toute la longueur de ces galeries, et, par une prévoyance qui ressemble à de la tendresse, on a conduit l'air chaud jusque sous les banquettes où les malades viennent s'asseoir, de manière à leur épargner une cause de refroidissement. Les salles sont uniformes par leurs dimensions et leur distribution; elles contiennent la juste proportion de lits (40, si notre mémoire est fidèle) qui s'accorde avec les conditions d'un service prompt et facile, et exclut les funestes chances de l'encombrement. Je n'ai pas vu jusqu'à présent de salles d'hôpital où l'air soit plus libéralement dispensé aux malades; là chacun d'eux peut compter sur la ration nécessaire à l'hématose, même avec de très médiocres précautions pour le renouvellement de l'air; et, où les prévisions de l'hygiène et de la chimie sont inexactes, où la réclusion nocturne avec clôture des portes et fenêtres ne doit entraîner pour eux aucun inconvénient. Le plafond est en demi-voûte, sans saillie ni anfractuosité. Fenêtres et portes sont à l'opposite et permettent, quand il y a lieu, une ventilation instantanée. Les lits sont en fer, les pièces de couchage d'excellente qualité; près de chaque lit est placée une table de nuit qui sert en même temps aux repas; en un mot, l'aspect des salles et de leur mobilier est digne de la beauté générale de l'édifice, et il faut visiter nos plus beaux hôpitaux militaires de France, comme celui du Val-de-Grâce, pour trouver un ensemble aussi complet de toutes les choses nécessaires au bien-être du malade et au succès de l'art. Nous avons dit que le chauffage de ce vaste établissement s'effectue à l'aide de calorifères, ce qui permet d'y répandre une température uniforme et d'épargner aux malades qui se rendent d'une salle dans une autre le danger de brusques transitions. En parcourant l'hôpital dans le sens de sa profondeur, on trouve à gauche, et loin des bâtimens où se fait le service ordinaire, une série de pavillons parfaitement isolés l'un de l'autre et pourvus chacun de tout ce qui peut assurer la marche d'un service; la sagesse de l'architecte les a élevés dans la prévision des épidémies ou des affections contagieuses qui nécessitent la séquestration ou l'éparpillement des malades. Au fond des cours et jardins, sur un terrain un peu inférieur au niveau des constructions centrales, existe un bâtiment où l'on reçoit un certain nombre d'aliénés; la séparation est complète et la distance où se trouvent les aliénés des autres malades supprime pour ceux-ci les inconvéniens habituels d'un pareil voisinage; néanmoins, il est désirable que les premiers soient transportés hors de l'hôpital de St-Jean, la destination multiple de ces établissemens étant toujours une source d'embarras, de difficultés et d'abus.

Les malades font trois repas par jour; inutile d'insister sur les différences de leur régime comparé à celui des hôpitaux de France; les questions de cette nature ne peuvent être traitées ni même soulevées par des étrangers, tant le ré-

chiffre augmente et devient même assez considérable; ainsi, dans un cas, il fut de 4,9, sans que l'examen attentif et minutieux des organes nous indiquât la moindre trace de phlegmasie. La fièvre typhoïde était de médiocre intensité, le mouvement fébrile assez fort, le ventre un peu ballonné et douloureux dans la région iléo-cœcale, et il y avait une diarrhée peu abondante. Nous ignorons la cause de cette élévation du chiffre de la fibrine, et nous ne pouvons que constater le fait.

Dans 3 cas, la fibrine fut notablement diminuée dès la première saignée; on devait s'attendre à ce que cet effet se produisît dans les 3 cas à forme adynamique les plus graves. C'est cependant ce qui n'eut pas lieu, car 2 fois dans ces 3 cas le chiffre de fibrine fut normal, et dans 1 seul fut diminué. Les 2 autres cas dans lesquels il y eut diminution furent 2 fièvres typhoïdes médiocrement intenses, qui guérirent parfaitement, et dans le cours desquelles il n'y eut aucune complication.

La quantité d'albumine du sérum a subi une notable diminution, si on la compare à celle de l'état de santé; mais comme elle est à peu près la même que celle qui représente l'influence seule de la maladie, on peut établir que sa diminution est due plutôt à cette cause qu'à la fièvre typhoïde elle-même.

La séroline s'y est présentée en général en quantité très faible ou même impondérable. Dans un cas cependant, nous avons trouvé un chiffre assez élevé (0,119) sans qu'aucune circonstance pût nous en rendre compte.

La matière grasse phosphorée a subi peu de changement. Son chiffre moyen est celui de l'état normal. Nous avons trouvé une seule fois, dans un cas de fièvre typhoïde légère, le chiffre élevé 0,986. Dans les 3 cas de fièvre typhoïde grave à forme adynamique, elle était un peu diminuée.

La cholestérine ne subit pas, en général, de modifications à la première saignée faite aux individus atteints de fièvre typhoïde. Ceci semble une exception à la règle que nous avions établie; savoir, que par le seul fait du développement de la maladie, ce principe augmente, sans doute à cause de la diète et de la constipation, circonstances qui contribuent à diminuer la sécrétion biliaire. Loin de détruire cette règle, la non augmentation de la cholestérine dans la fièvre typhoïde vient au contraire la confirmer. En effet, dans cette maladie, la sécrétion biliaire, au lieu d'être diminuée, est la plupart du temps augmentée, souvent même dès le début, et la diarrhée qui se développe en est la preuve; or, avec un flux biliaire et de la diarrhée, la cholestérine étant sécrétée comme à l'ordinaire, par le foie, ou même sa sécrétion étant augmentée, elle ne pourrait que diminuer au lieu de se concentrer dans le sang.

Le savon animal n'éprouve pas de variations bien sensibles ou bien régulières.

Rien de remarquable non plus à signaler pour les sels, si ce n'est une quantité de phosphates insolubles (chaux) un peu plus considérable que dans l'état normal.

SECONDES SAIGNÉES FAITES AUX INDIVIDUS ATTEINTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les secondes saignées ont été pratiquées à 5 individus; elles l'ont été les neuvième, dixième, onzième, treizième et quatorzième jours de la maladie, étant indiquées dans tous les cas par la chaleur vive et âcre de la peau, la réaction, la fréquence, et un certain degré de force du pouls.

Le tableau suivant montre en regard la moyenne de la composition du sang à la première saignée (considérée seulement chez les malades qui ont été saignés deux fois) à celle de la deuxième.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LES SECONDES SAIGNÉES FAITES AUX INDIVIDUS ATTEINTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

	1res saignées.	2es saignées.
Densité du sang défibriné	1054	1051,4
— du sérum	1025	1024,7
Eau	801	814,5
Globules	124,5	113,5
Albumine	64,4	62
Fibrine	2,3	1,3
Matière extractive et sels solubles	6	7,3
Matières grasses	1,527	1,408
Séroline	variab.	variab.
Matière phosphorée	0,387	0,413
Cholestérine	0,055	0,156
Savon	1,034	0,819

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	3,6	3,5
Sels solubles	2,6	2,7
Phosphates	0,544	0,255
Fer	0,581	0,519

La comparaison de ces deux tableaux nous permet d'établir qu'à la deuxième saignée deux influences se sont combinées pour déterminer la composition du sang : 1° la maladie elle-même; 2° la saignée faite antérieurement. Essayons d'apprécier leur valeur.

Le chiffre des globules a considérablement baissé. On peut l'attribuer à la saignée surtout, et aussi un peu à la maladie.

La moyenne de la fibrine a baissé notablement. Il faut invoquer ici une autre cause que la saignée, que nous avons vue d'une manière générale être sans influence sur le chiffre de ce principe immédiat; on doit supposer que c'est la fièvre typhoïde qui a directement diminué la quantité de ce principe, ou au moins qui a modifié de telle sorte sa manière d'être, qu'elle a rendu possible sa diminution sous l'influence d'une première saignée.

Le chiffre de l'albumine est un peu plus diminué qu'il ne l'aurait été sous la seule influence des saignées antérieures. C'est donc encore ici le fait même de la fièvre typhoïde qu'il faut invoquer.

La somme des matières grasses a un peu diminué; le chiffre de la matière phosphorée est resté le même; celui de la cholestérine a au contraire considérablement augmenté; car ce principe immédiat a triplé de quantité. Est-ce l'influence de la maladie ou celle de la saignée qui a agi ici? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Le savon a un peu diminué. Parmi les sels, il n'y a de sensible qu'une diminution notable des phosphates insolubles (chaux).

Tels furent les résultats généraux des secondes saignées.

Voyons maintenant quelques faits particuliers relatifs à la fibrine.

Sur les 5 secondes saignées, deux fois ce principe est resté ce qu'il

---

gime se lie intimement, à la nature du sol, aux convenances du climat, aux habitudes et à la constitution des indigènes. Nous avons pu sourire à l'aspect de certains alimens qui ne semblent pas entrer dans la nourriture nosocomiale; mais ceux qui les recevaient les mangeaient avec un visible plaisir, et cela nous a suffi. En somme, l'hôpital Saint-Jean répond aux plus larges exigences de l'art et de la charité; et il en a coûté pour obtenir ce résultat; on m'a assuré que, d'après le chiffre des dépenses qui ont été faites pour sa création, chaque lit de malade emporte une rente annuelle de trois cents francs, abstraction faite des frais d'ameublement, de nourriture et de traitement. Le nombre total des lits ne dépasse pas, m'a-t-on dit, trois cent cinquante; mais en cas d'urgence, il serait aisé de convertir les galeries en salles. Le mouvement moyen des malades est de deux cent cinquante à trois cents.

Le service médical et chirurgical repose sur un seul médecin (M. Van Cutsem); sur un seul chirurgien (M. Uyterhoeven fils), chargés l'un et l'autre d'un enseignement clinique pour le compte de l'Université; sur des internes et des sœurs de Saint-Augustin. L'hôpital Saint-Pierre ne possède de même qu'un seul médecin (M. Graux) et qu'un seul chirurgien (M. Seutin), tous deux également professeurs de clinique; force leur est de suffire de leurs seules personnes au service des blessés, des fiévreux, des accouchemens, des vénériens, etc. Par une anomalie plus choquante encore, les médecins de ces deux hôpitaux sont mutuellement chargés de se suppléer en cas d'absence ou de maladie, de telle sorte qu'il arrive au médecin de l'hôpital Saint-Pierre de cumuler la besogne considérable de ce titre avec celle de l'hôpital Saint-Jean. Qu'adviendrait-il en cas de coïncidence d'indisposition des deux médecins ou des deux chirurgiens? Nous l'ignorons. Cet état de choses est dommageable à tout le monde; aux titulaires actuels qui sont condamnés à une activité sans interruption possible et sur qui pèse souvent la sollicitude d'un vaste service; aux malades qui gagnent toujours à être répartis, en petit nombre, entre les mains de plusieurs praticiens dont l'attention ne leur fera pas défaut; à la science qui ne peut rien attendre de ces accumulations de malades sous l'œil d'un seul médecin dont le diagnostic et les inspirations thérapeutiques sont réduits à lutter de vitesse avec l'aiguille de sa montre; au pays tout entier qui ne peut avoir de bons praticiens en nombre suffisant, quand les sources même de l'instruction clinique et de l'expérience accélérée des hôpitaux sont en quelque sorte confisquées au profit d'une demi-douzaine de gens de l'art et précisément de ceux qui sont assez riches de talent pour s'en passer. Il se rencontre à Bruxelles un essaim de jeunes médecins, imbus de science, ardens à l'étude, avides des occasions de l'art et à qui sont fermés les théâtres de la pratique nosocomiale : ouvrez-leur cette arène, et vous posséderez en eux une pépinière de praticiens éminens qui contribueront au progrès de la science et à l'illustration de leur pays. Il y a place dans chaque hôpital de Bruxelles, pour deux, pour trois médecins, pour autant de chirurgiens; graduez les titres, les émolumens, les fonctions, suivant la durée du stage et les services rendus; ayez des médecins en second et des médecins-adjoints; limitez l'exercice de chacun à un certain nombre d'années; mettez ces positions au concours, et vous dirigerez ainsi le courant des générations médicales à travers le foyer de science et d'expérience qui représente un hôpital de grande cité; l'émulation des derniers venus dans la carrière sera tenue en haleine par le succès de leurs devanciers; les études pratiques s'élargiront et avec elles les ga-

était à la première émission sanguine. Une fois dans un cas grave la première saignée avait donné 2,3; la deuxième donna exactement le même chiffre 2,3. Une autre fois, dans un cas de médiocre intensité, la fibrine avait donné 2 à la première saignée; elle donna encore 2 à la deuxième (chiffre un peu plus faible que celui de l'état normal). Dans les trois autres cas, le chiffre de la fibrine diminua d'une manière notable de ce qu'il était à la première saignée, ce fut dans un cas grave et dans deux cas de médiocre intensité. Voici ces chiffres :

		1° un cas grave.	2° cas médioc.	3° cas médioc.
Fibrine à la	1re saignée,	2	3,5	2,7
	2e saignée,	1,4	0,8	1,3

Aucune circonstance ne put nous rendre compte de l'abaissement si considérable qui eut lieu dans le deuxième cas. La maladie, quoique de forme adynamique, ne fut jamais très grave et n'inspira pas de craintes pour le malade. Il n'y eut pas d'hémorragies.

Une seule fois dans la fièvre typhoïde, un individu fut saigné trois fois. C'était un homme atteint d'une fièvre typhoïde à forme adynamique et à la suite de laquelle il succomba. Voici ce qu'on observa :

A la troisième saignée qui lui fut pratiquée, l'eau augmenta, les globules diminuèrent encore; la fibrine n'éprouva aucune modification; elle était 2,3 à la première, 2,3 à la deuxième; elle fut 2 à la troisième. L'albumine n'éprouva aucun changement; les matières grasses diminuèrent un peu; il n'y eut de séroline dans aucune des trois saignées. La matière phosphorée fortement diminuée à la deuxième n'augmenta pas à la troisième. La cholestérine augmenta de la première à la troisième. Les sels n'éprouvèrent pas de modifications sensibles. Les phosphates furent toujours représentés aux trois saignées par un chiffre peu élevé.

Nous allons donner maintenant un résumé rapide de l'histoire des deux femmes atteintes de fièvre typhoïde, et que nous avons saignées.

La première, âgée de 23 ans, domestique, d'une forte constitution, à Paris depuis 5 ans et demi, présentait au début les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme inflammatoire peu grave. Elle fut saignée le cinquième et le sixième jour; plus tard, la maladie s'aggrava et prit une forme adynamique. Vers le dix-huitième jour, il y eut une augmentation des symptômes et en particulier du mouvement fébrile, qui nécessita une troisième saignée. Voici quelle fut la composition du sang : la première saignée (cinquième jour), état normal du sang (symptômes légers); nul changement des globules, de l'albumine et de la fibrine; de la cérébrine et du savon animal; augmentation de la séroline en quantité singulière et de la cholestérine.

Le dix-huitième jour (troisième saignée), la malade étant très affaiblie, il existait tous les caractères de l'état dit anémique; diminution notable des globules, de l'albumine et un peu de la fibrine; matières grasses revenues à l'état normal.

La seconde femme avait 28 ans, était à Paris depuis deux mois et avait toujours eu une bonne santé. La fièvre typhoïde était d'une médiocre intensité. Elle fut saignée le huitième jour; le sang fut trouvé sous tous les rapports à l'état normal.

Telle fut la composition chimique du sang dans les cas soumis à notre analyse. Voyons maintenant si les propriétés physiques les plus saillantes de ce liquide, celles qui jusqu'à ces derniers temps avaient seules attiré l'attention des médecins, ont été modifiées et si dans les fièvres typhoïdes le sang est devenu diffluent et a contracté les qualités nouvelles qu'on lui assigne ordinairement.

Voici le résultat du dépouillement des premières saignées, nous donnerons ensuite celui des secondes.

13 PREMIÈRES SAIGNÉES (11 hommes et 2 femmes). Le sérum se présenta avec les qualités suivantes :

Considéré sous le rapport de sa quantité, le sérum s'est trouvé 4 fois très peu abondant, 2 fois assez abondant, 5 fois abondant, 2 fois très abondant. Dans deux cas où les globules étaient très abondans, et à l'état normal le sérum était peu abondant. Sous le rapport de ses qualités, 8 fois il était peu limpide, sale et rendu trouble par le mélange d'un certain nombre de globules; 5 fois, au contraire, il était clair et limpide. Dans tous les cas, sa couleur fut assez foncée; sa densité était plus faible que dans l'état normal.

Le caillot s'est présenté avec les caractères suivans :

2 fois très volumineux, 7 fois d'un volume assez considérable et 4 fois peu volumineux. Il fut résistant au doigt et à l'instrument dans 9 cas et peu résistant dans 4. Sa coloration fut 3 fois d'un rouge lie de vin foncé, 6 fois d'un brun rougeâtre uniforme, 3 fois d'un brun marbré de rouge vermillon et couvert d'une pellicule mince, vermeille ou blanchâtre, et 1 fois parsemée de quelques marbrures blanchâtres.

Le sang défibriné fut 1 fois clair, 6 fois brun foncé, 6 fois lie de vin foncé.

6 SECONDES SAIGNÉES (5 hommes et 1 femme). Le sérum fut abondant dans les 6 cas; trouble sale et de couleur foncée dans 4, clair et limpide au contraire dans 2; d'une densité plus faible que celui des premières saignées.

Le caillot fut volumineux 5 fois; peu volumineux 1 fois; résistant dans 2 cas; peu résistant dans 4; 4 fois marbré de brun et de rouge clair, et 2 fois couvert d'une pellicule vermeille.

Dans les deux cas où trois saignées furent pratiquées (1 homme et 1 femme) les caractères physiques du sang dans les troisièmes saignées furent les suivantes :

1er CAS. Sérum abondant, limpide, vert pomme clair; caillot peu volumineux, résistant, marbré de rouge et de brun; sang défibriné de couleur brun clair peu dense.

2e CAS. Sérum abondant, limpide, clair; caillot peu volumineux, peu résistant; sang défibriné lie de vin.

Pour apprécier l'influence de la diminution de la fibrine sur les caractères du caillot, nous dirons brièvement quels furent les caractères de ce dernier dans 4 cas où la diminution fut le plus considérable, et le chiffre de la fibrine représenté par 0,8, 1,3, 1,4 et 1,7.

1er CAS. 0,8 de fibrine et 112 globules; sérum peu abondant, trouble; caillot volumineux, résistant et brun foncé.

2e CAS. 1,3 fibr. et 111 glob.; sérum abondant foncé, trouble; caillot foncé, peu volumineux, peu résistant.

3e CAS. 1,4 fibr. et 110 glob.; sérum abondant, trouble, jaune sale; caillot très peu volumineux, médiocrement résistant.

---

ranties de la santé publique. La pharmacie m'a paru souffrante à Saint-Jean; un homme, auquel son allure et sa tenue feraient attribuer un rôle secondaire, a bien voulu me faire les honneurs de l'officine; je lui ai demandé qui était le pharmacien en chef : c'est moi, fit-il d'une voix presque confidentielle. — Et quels sont vos aides, vos élèves? — Voici, me dit-il en me montrant avec timidité quelques sœurs de Saint-Augustin, drapées en blanc, fières en visage, prestes en mouvement et fort peu satisfaites de ma curiosité. La hauteur de leur démarche, l'expression impérieuse de leur figure contrastaient avec l'air de contrition et de simplicité de mon bienveillant interlocuteur; je compris que dans cette maison le pharmacien en chef règne et les sœurs gouvernent; à elles le pilon, le mortier, la balance et même les clefs; ce sont elles qui remplissent les prescriptions, qui exécutent les formules (et je me suis assuré qu'elles sont entachées de polypharmacie et de plus dictées en latin); et comme si l'enceinte de l'hôpital gênait l'essor de leur génie pharmaceutique, elles ont obtenu dispense et privilége pour vendre aux chalands de la ville; elles joignent à leur mission de charité le commerce des drogues en détail pour le compte de l'administration qui couvre par ces recettes de mauvais aloi les frais de la consommation des médicamens à l'hôpital.

L'enseignement de la médecine est représenté à Bruxelles par une Faculté qui fait partie de l'Université libre de cette ville; on sait que l'état entretient deux Facultés de médecine, l'une à Gand, l'autre à Liége, et que le clergé en a fondé une autre à Louvain : total quatre Facultés de médecine pour une population qui équivaut au septième de la nôtre. Et puis, plaignez-vous qu'il y ait trois Facultés en France! Les élèves de ces quatre écoles ne subissent aucun examen durant leur scholarité; ils parcourent le cycle de l'enseignement, et quand ils se sentent la force de subir les épreuves du doctorat, ils paraissent devant un jury qui, nommé tous les ans en partie par le gouvernement et en partie par le parlement, tient une session à une époque déterminée. Ce système se rapproche de celui que l'on a adopté dans la plupart des états allemands pour la collation du droit d'exercice médical (staats-examen); un premier examen, qui comprend l'anatomie générale, descriptive et topographique, la physiologie, l'hygiène, l'anatomie et la physiologie comparées, conduit au titre de candidat en médecine; le diplôme de docteur s'acquiert par deux autres examens qui portent sur les autres branches de l'encyclopédie médicale. On voit que la physique, la chimie, la botanique, c'est-à-dire les sciences dites accessoires n'entrent ni dans le programme des examens ni dans le cadre de l'enseignement des facultés; c'est que l'aspirant au doctorat a dû se pourvoir préalablement du titre de candidat ès-sciences, lequel implique l'étude et la preuve des connaissances dites accessoires. Le temps nous a manqué d'assister aux cours de la Faculté de Bruxelles; mais elle a pour elle une double présomption de mérite et de succès; la première lui vient des noms qui décorent le programme de ses cours et parmi lesquels nous avons remarqué ceux de MM. Seutin, l'un des plus remarquables chirurgiens de notre époque, Lebeau, Gluge, de Roubaix, etc.; l'autre de son mode d'existence qui repose, comme le sort de l'Université libre dont elle fait partie, sur des souscriptions particulières et des subsides votés par le conseil municipal de Bruxelles et par le conseil provincial du Brabant, c'est-à-dire sur l'appréciation périodique de tout ce que la capitale et la province dont elle est le chef-lieu comptent d'esprits les plus éclairés et les plus instruits.

4e cas. 1,7 fibr. et 115 glob.; sérum clair, abondant citrin foncé; caillot peu volumineux, brun marbré.

On pourrait peut-être expliquer la fermeté persistante du caillot dans ces 4 cas, en disant que la fibrine et les globules avaient tous deux diminné, et qu'il y avait encore assez du premier de ces corps pour former avec ces globules un caillot assez ferme et assez consistant.

Si nous résumons maintenant la composition chimique et les caractères du sang dans la fièvre typhoïde, nous arrivons aux conséquences suivantes :

1° Les globules peuvent rester en quantité normale si la saignée est pratiquée à une époque peu éloignée du début et quand la maladie est encore légère, bien qu'elle doive s'aggraver plus tard. Dans toute antre circonstance, les globules sont d'autant moins abondans que la maladie est plus avancée, qu'elle a plus débilité les individus et qu'on a pratiqué un plus grand nombre de saignées.

2° L'albumine du sérum diminue d'une manière notable ; cette diminution est plus considérable dans les cas très graves, surtout si des saignées antérieures ont été pratiquées.

3° La fibrine reste en général avec son chiffre normal au commencement de la fièvre typhoïde, à l'époque des premières saignées. Elle diminne souvent d'une manière notable lorsqu'on vient à pratiquer de nouvelles émissions sanguines. On ne connaît pas encore la loi qui préside à cette diminution ; car on la voit aussi bien s'effectuer dans des cas très graves que dans des cas de médiocre intensité, de même que dans les uns et les autres, tantôt la fibrine reste normale, tantôt elle diminue, toutes choses paraissant égales d'ailleurs.

On peut voir enfin la fibrine éprouver une diminution très considérable sans que des hémorragies se manifestent, et la guérison arriver. En général, cette diminution de la fibrine coïncide avec la forme adynamique de la maladie, forme qui cependant peut exister, se développer et conduire les malades à la mort sans que la diminution se produise. Nous ne ponvons savoir toutefois ce qui a lieu vers la fin de la maladie, lorsque la terminaison fatale est proche, car nous n'avons pas vu de saignées pratiquées dans de telles circonstances.

4° La quantité de séroline est, en général, très faible ou impondérable. On la voit quelquefois monter sans qu'on puisse en donner la raison.

5° La quantité de matière grasse phosphorée est, en général, normale ou oscille autour du chiffre normal. Elle baisse dans quelques cas très graves.

6° La cholestérine est, en général, normale ou en quantité plus faible à l'époque du début de l'affection. Elle augmente et devient beaucoup plus considérable à mesure que la maladie s'aggrave et que l'on pratique de nouvelles saignées.

7° Le savon animal diminue seulement sous l'influence des saignées répétées et peut-être un peu lorsque la maladie s'aggrave.

8° Les sels varient peu. Notons seulement une augmentation des phosphates insolubles (chaux), augmentation qui cesse d'avoir lieu si les saignées sont répétées et abondantes.

9° Le sérum est quelquefois mélangé de globules qui troublent sa limpidité. Cet effet se produit beaucoup plus tôt aux secondes et troisièmes saignées qu'aux premières. Sa densité est plus faible que dans l'état normal et cette faiblesse augmente avec la répétition des saignées.

10° Le caillot peut se présenter avec tous les caractères possibles. Dans aucune des 21 saignées pratiquées à des individus atteints de fièvre typhoïde, il n'y eut cette mollesse, cette diffluence du caillot signalée depuis longtemps et sur laquelle on a tant insisté. Le caillot s'est présenté avec des qualités très diverses, sans qu'il y eût jamais de couenne plus ou moins résistante ; mais cette diversité se retrouve également dans l'état normal. Dans les cas où la diminution de la fibrine fut considérable, le caillot ne présenta même pas, comme nous l'avons dit, de caractères bien remarquables, ce qu'il faut peut-être attribuer à la diminution simultanée des globules.

11° Le sang défibriné était, en général, de couleur assez foncée, d'une densité plus faible que dans l'état normal, contenait plus d'eau et moins de globules.

En résumé, le sang dans la fièvre typhoïde n'offre absolument aucun caractère tranché, positif, constant, et sauf peut-être quelques cas exceptionnels où il y a diminution de fibrine, toutes les modifications que l'on vient à constater dans le sang peuvent être engendrées et expliquées par des influences autres que celles de cette grave maladie.

CHAPITRE II.

DU SANG DANS LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

La fièvre continue simple, éphémère prolongée (synoque) est une maladie dont on n'a pu encore trouver la raison dans une modification des solides ou des liquides ; bien qu'on ait cru cependant pouvoir l'attribuer à une exagération de l'état pléthorique, lequel état on faisait consister dans l'augmentation de proportion des globules du sang. Nous avons dû profiter de l'occasion qui nous était offerte de recueillir et d'analyser le sang dans quelques cas de fièvre éphémère simple ou prolongée, et voici le résumé de ce que nous avons fait. Ce résumé porte sur l'analyse du sang de cinq individus, 3 hommes et 2 femmes.

Hommes. Les trois hommes étaient âgés de 24, 26 et 27 ans ; l'un d'eux était très fortement constitué, les deux autres un peu moins, quoique cependant assez forts. Tous se portaient parfaitement avant leur maladie, qui remontait à peu de jours et ne présentaient aucun des signes qui annoncent la pléthore. Tous les trois étaient atteints de fièvre éphémère prolongée ou continue simple, caractérisée spécialement par la céphalalgie, la courbature, une fièvre plus ou moins intense, de l'inappétence, de la constipation, etc., etc. Voici quelle fut la composition moyenne du sang.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE (HOMMES).

Densité du sang défibriné.	1056,8	Matières extractives et sels	
— du sérum.	1025,5	libres.	5,8
		Matières grasses.	1,700
Eau.	781,6	Séroline.	variable.
Globules.	142,4	Matière phosphorée.	0,563
Albumine.	65,7	Cholestérine.	0,112
Fibrine.	2,8	Savon.	1,005

La situation de la profession médicale à Bruxelles nous a paru s'éloigner peu de celle que nous déplorons à Paris avec de stériles et inépuisables variantes de doléances. Superfétation de médecins, concentration de la clientèle entre quelques mains illustres ou habiles, stagnation piteuse du plus grand nombre. La concurrence sévit là avec autant de fureur et d'industrie qu'à Paris ; l'égoïsme est devenu la triste loi des ames qui fléchissent là, comme ailleurs, sous le poids des besoins et des convoitises, ou sous le faix d'une sénilité morale qui a détruit tout ressort. Disons toutefois qu'en Belgique les lois protectrices de l'exercice de l'art sont appliquées plus souvent et avec plus de sévérité : le Moniteur belge enregistre toutes les condamnations encourues pour infraction à ces lois tutélaires de la société autant que de la médecine ; et les officiers de santé qui excèdent la limite légale de leurs attributions ne sont pas plus épargnés que les charlatans et les médicastres. Malheureusement cette sollicitude des magistrats ne suffit point pour améliorer le sort de tant de générations médicales qui s'entassent dans les villes, année par année ; la première mesure serait de réunir les quatre Facultés en une seule et de restreindre la procréation malsaine des docteurs. Il existe une autre concurrence dont la législation du pays ne peut affranchir nos confrères de Bruxelles, quoiqu'elle porte atteinte à leurs intérêts et peut-être à la société : c'est la concurrence des reliques et des miracles. Dans l'église collégiale de Sainte-Gudule et Saint-Michel, j'ai lu, de mes propres yeux lu, ce qu'on appelle lu cette affiche : « Tous les jeudis on célèbre dans cette église une messe en l'honneur de saint Laurent ; ceux qui sont atteints de tumeurs, ulcères et éruptions peuvent se présenter à la sacristie ; on récitera sur eux les prières d'usage, et on les touchera avec les reliques du saint. » On n'ajoute pas si la consultation est gratuite ; voilà ce que l'on imprime dans la capitale d'un pays de haute civilisation ; et ce qui est plus triste à dire, voilà ce qu'un grand nombre d'habitans lit avec confiance. Les médecins sont quelquefois de moitié dans les miracles de ce pays. Une sœur de l'hôpital Saint-Jean, renommée pour sa piété, étant venue à mourir, il fut dit et répandu que son corps, en odeur de sainteté, résisterait à la putréfaction, afin que les plus incrédules fussent convaincus. On dresse une chapelle ardente, on y place le corps. Huit jours s'écoulent ; on crie au miracle ! Un médecin atteste par certificat l'intégrité du cadavre de la pauvre sœur. La rumeur en devient grande ; on cite des guérisons opérées par attouchement ; l'émoi se propage aux autorités ; le bourgmestre désigne alors deux autres médecins d'une loyauté inattaquable, et sur leur avis pressant, l'inhumation a lieu : il y avait, hélas ! tous les signes de la putréfaction la plus avancée ; mais il n'est pire nez que ceux qui ne veulent flairer.

Michel Lévy.

— Cours public d'angéiologie et de névrologie. — M. le docteur Auzias-Turenne commencera ce cours le lundi 16 décembre, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés, à la même heure.

M. Auzias exposera publiquement les principes de l'inoculation de la syphilis aux animaux, le samedi, 14 décembre, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.			
		Sels solubles	2,8
		Phosphates	0,321
Chlorure de sodium	2,7	Fer	0,569

En examinant l'analyse du sang dans les cas particuliers, on trouve ce qui suit : les globules, au lieu de diminuer comme cela a lieu sous l'influence de toute maladie, tendent plutôt à augmenter, ou au moins à rester à l'état normal (146, 142, 138) : l'albumine diminue au contraire un peu ; la fibrine reste à l'état normal ; les matières grasses sont assez abondantes ; la séroline variable ; la matière grasse phosphorée, normale, ou peut-être un peu augmentée ; le chiffre de la cholestérine s'élève et arrive à peu près à celui qu'elle atteint toutes les fois qu'il y a diète ou maladie aiguë. Le savon assez abondant, mais dans des limites normales ; cependant les sels ne présentent rien d'anormal.

FEMMES. Les deux femmes étaient âgées, l'une de 27, l'autre de 32 ans ; l'une était de forte constitution, à la peau brune ; l'autre au contraire était affaiblie par des privations antérieures. Toutes deux présentaient une fièvre éphémère prolongée simple que la saignée continua à faire disparaître en peu de jours.

Globules augmentés dans le premier cas (135,5), à l'état normal dans le deuxième (125,5) ; fibrine normale chez la plus forte (1,9), en quantité double chez la plus faible (3,6) ; albumine tout-à-fait normale (73 et 70) ; matière grasse à l'état normal ; séroline en quantité impondérable ; cholestérine faible chez la femme la plus forte, augmentée chez celle qui est la plus faible (0,120) ; savon et sels à l'état normal.

Le sérum très abondant dans un cas, peu dans l'autre, est trouble dans les deux ; le caillot résistant et d'un brun marbré de rouge chez celle qui a 125 en globules ; mais au contraire mou, diffluent et lie de vin chez celle qui en a le plus (135).

En résumé, dans la fièvre éphémère, le sang peut présenter une condition tout à fait normale, c'est ce qui ressort de l'analyse de nos cinq cas.

Dans d'autres cas le chiffre des globules augmente un peu, ainsi que celui de la cholestérine.

CHAPITRE III.

DU SANG DANS LES PHLEGMASIES.

Nous avons établi que le développement d'une phlegmasie déterminait dans le sang trois modifications importantes ; l'une capitale et pour laquelle nous avons été heureux de vérifier les conclusions de MM. Andral et Gavarret ; c'est l'augmentation de la fibrine ; les deux autres, peut-être un peu moins importantes sont l'augmentation de la cholestérine et la diminution de l'albumine.

Nous avons vu de plus qu'à côté de cette influence vient se peu près constamment se joindre celle de la maladie elle-même, qui diminue d'une manière notable la proportion des globules et abaisse le chiffre de l'albumine.

L'examen des phlegmasies en particulier va surtout nous montrer l'application continuelle de ces deux lois.

Trente-six saignées ont été faites à vingt-neuf individus atteints de phlegmasies diverses ; il y eut cinq pleurésies, sept pleuro-pneumonies, huit bronchites, cinq rhumatismes aigus, quatre phlegmasies diverses. Vingt-deux individus ont été saignés une fois, cinq, deux fois et un trois fois. Examinons successivement ces maladies.

PLEURÉSIE.

Les cinq cas de pleurésie étaient aigus, simples, sans complications de tubercules ; c'étaient cinq hommes âgés de 20, 35, 47, 52 et 59 ans. Une saignée fut pratiquée le troisième jour, une le huitième, deux à peu près le vingtième jour, et une plus tard à une époque indéterminée. Dans tous, sauf un, la fièvre était caractérisée et même intense. Dans tous, il existait un épanchement révélé par la percussion et l'auscultation.

Deux de ces individus avaient une bonne et forte constitution, deux avaient été affaiblis antérieurement à la maladie aiguë, un était débilité par l'existence déjà ancienne de l'épanchement.

La composition moyenne du sang fut la suivante :

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LA PLEURÉSIE (HOMMES).

Densité du sang défibriné	1055	Albumine	65,4
— du sérum	1026	Fibrine	6,1
		Matières extractives et sels libres	7,6
Eau	798,6		
Globules	120,4	Matières grasses	1,905
Séroline	variable.	SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.	
Matière phosphorée	0,703		
Cholestérine	0,182	Chlorure de sodium	3,0
Savon	1,020	Sels solubles	2,0
		Phosphates	0,478
		Fer	0,461

L'examen des cas particuliers conduit aux résultats suivans :

Les globules ont été diminués, dans tous les cas, sauf un seul dans lequel la maladie n'était qu'au troisième jour ; il y eut 136, nombre déjà inférieur à celui de l'état normal. Ils étaient fortement diminués dans un cas (89), en raison de l'affaiblissement du malade, par suite de l'époque déjà reculée à laquelle remontait l'épanchement.

L'albumine fut notablement diminuée dans tous les cas, sauf un seul, dans lequel l'augmentation n'était qu'apparente et due à la diminution des globules.

La fibrine a été notablement augmentée dans tous les cas ; elle le fut un peu moins dans le sang d'un individu dont la maladie datait de vingt jours et où il y avait presqu'apyrexie.

La somme des matières grasses fut un peu au-dessus du chiffre normal ; la séroline variable et en quantité normale ; la matière grasse phosphorée abondante dans tous les cas ; la cholestérine abondante était à peu près le double de ce qu'elle est dans l'état de santé ; le savon n'avait que peu changé.

Les sels n'ont présenté rien de remarquable, sauf l'augmentation des phosphates comme dans toute maladie.

PNEUMONIE.

Nous avons analysé le sang dans sept cas de pneumonie ; deux hommes et cinq femmes. Parlons d'abord des hommes.

L'un était âgé de 19 ans, l'autre de 46, tous deux forts, bien constitués et ayant toujours joui d'une bonne santé, tous deux atteints d'une pleuro-pneumonie gauche avec une fièvre intense. Ils furent saignés l'un et l'autre le troisième jour : l'un d'eux fut saigné une seconde fois ensuite, mais son sang ne fut pas analysé ; l'autre fut traité par le tartre stibié.

Les globules offrirent un chiffre normal et par conséquent élevé dans les deux cas ; l'albumine fut très diminuée ; la fibrine très élevée ; les matières grasses furent excessivement abondantes chez l'homme de 46 ans ; chez l'autre il y en eut beaucoup moins (la moitié). Chez le premier la séroline fut représentée par le chiffre extrêmement élevé 0,301, nous en ignorons la cause ; la matière grasse phosphorée, par 1,422, chiffre également très élevé ; la cholestérine ne fut pas isolée du savon, et leur réunion fut représentée par le chiffre très élevé, 2,432, la cholestérine y était certainement abondante ; chez l'autre, les matières grasses furent en proportion normale, sauf la cholestérine qui fut représentée par le chiffre élevé, 0,256 ; le sérum fut peu abondant, clair et limpide dans un cas ; assez abondant, peu limpide et jaune sale dans l'autre ; le caillot volumineux dans les deux cas ; très résistant ; l'un couenneux, l'autre parsemé de stries grisâtres.

Nous avons analysé le sang de 5 femmes atteintes de pneumonie : de ces 5 femmes, deux furent saignées une fois, deux deux fois, et une trois fois. Ces femmes étaient âgées de 17, 33, 52, 61 et 65 ans. Deux étaient fortement constituées, deux déjà maigres et fatiguées avant la maladie, une un peu lymphatique, mais cependant forte. Deux furent saignées le quatrième jour, une le cinquième, une le huitième, une le dixième. Deux avaient une pneumonie du sommet, l'une à gauche, l'autre à droite ; trois à la base, deux à droite, une à gauche. Dans tous les cas existait une fièvre intense.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LA PNEUMONIE (FEMMES).

	1res saignées.	2es saign.
Densité du sang défibriné	1052,6	1050,2
— du sérum	1025	1025
Eau	801	808
Globules	122,5	113,9
Albumine	61,1	59,7
Fibrine	7,4	6,3
Matières extractives et sels libres	6,4	7,4
Matières grasses	1,687	1,618
Séroline	variable.	variable.
Matière phosphorée	0,504	0,382
Cholestérine	0,101	0,124
Savon	1,062	1,092

SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	2,8	3,1
Sels solubles	2,7	2,4
Phosphates	0,308	0,445
Fer	0,493	0,512

Premières saignées. — Si nous examinons les cas particuliers, nous arrivons aux conclusions suivantes :

Les globules ont été généralement diminués, sauf dans un cas : ce fut chez une femme fortement constituée, arrivée au cinquième jour de la maladie, laquelle n'avait pas encore atteint son maximum d'intensité. L'albumine très diminuée dans trois cas, la fibrine notablement augmentée, mais à des degrés divers, il est vrai. La somme des matières grasses à peu près normale. La séroline en petite quantité ou impondérable. La matière grasse phosphorée assez abondante. La cholestérine augmentée dans trois cas, était normale dans deux autres plus rapprochés du début de la maladie. Le savon normal. Les phosphates étaient un peu augmentés.

Le sérum, toujours peu dense, était abondant deux fois; peu abondant, trois fois; dans trois cas il était limpide; dans un, peu; dans un, très trouble. Le caillot volumineux dans les cinq cas, toujours résistant; deux fois il a présenté une couenne et des stries blanchâtres; deux fois des stries grisâtres seulement; une fois il était seulement brun rouge.

Secondes saignées. — La proportion des globules est encore plus notablement diminuée. L'albumine a conservé le même chiffre très bas; et la fibrine légèrement diminuée de ce qu'elle était à la première saignée. Les matières grasses ont peu varié, sauf la cholestérine qui a augmenté dans tous les cas. Les phosphates ont été très abondans. Les mêmes résultats se sont montrés sans exception dans les trois secondes saignées.

Ajoutons que le sérum a été une fois peu, une fois assez, et une fois fort abondant; et dans les trois cas peu limpide et trouble. Le caillot volumineux et résistant dans les trois cas; deux fois il était couenneux avec des stries; et une fois ne présentait que des stries blanchâtres.

La troisième saignée, pratiquée à une femme atteinte de pneumonie, a donné une diminution nouvelle des globules, un léger abaissement de la fibrine; le chiffre de l'albumine est resté faible. Il y eut diminution de la matière grasse phosphorée, et augmentation de la cholestérine.

BRONCHITE AIGUE.

La bronchite aiguë est dans un certain nombre de cas une phlegmasie légère, et qui réagit peu sur l'organisme. Aussi, doit-on s'attendre à ce que les modifications qu'elle imprime au sang soient peu considérables. Les analyses suivantes nous démontreront la justesse de cette proposition, en prouvant que dans la plupart des cas de bronchite la composition du sang s'éloigne peu de celle de l'état normal.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LA BRONCHITE AIGUE (HOMMES ET FEMMES).

	Hommes.	Femmes.
Densité du sang défibriné	1056,7	1056,6
— du sérum	1027,1	1027,7
Eau	793,7	803,4
Globules	129,2	115,3
Albumine	64,9	68,8
Fibrine	4,8	3,5
Matières extractives et sels libres	5,8	7,3
Matières grasses	1,621	1,751
Séroline	variable.	variable.
Matière phosphorée	0,479	0,600
Cholestérine	0,169	0,072
Savon	0,952	1,059

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	3,2	3,3
Sels solubles	2,9	2,8
Phosphates	0,346	0,309
Fer	0,513	0,479

Nous avons examiné le sang dans huit cas de bronchites, chez quatre hommes et quatre femmes. Nous les analyserons séparément :

Les 4 hommes étaient âgés de 23, 24, 27 et 67 ans; deux étaient d'une forte constitution, un plus faible, le dernier était affaibli par l'âge et la misère. Deux fois la maladie remontait à un mois; une fois à deux à peu près; dans un cas elle était plus récente. Dans tous elle était devenue plus aiguë depuis quelques jours, et elle s'accompagnait de fièvre. Deux guérirent parfaitement à la suite de la saignée, et d'autres moyens mis ensuite en usage; deux, au contraire, présentaient encore de la toux à l'époque de leur sortie, et bien qu'aucun signe physique ne dénotât la présence des tubercules, on pouvait redouter leur développement.

L'examen de la composition moyenne du sang, et celle de ce liquide dans les cas particuliers, conduit aux résultats suivans :

Les globules sont en général diminués, mais beaucoup moins que dans la pleurésie et la pneumonie (129).

La fibrine est augmentée, mais moins aussi que dans ces dernières maladies (4, 8). L'albumine, quoique diminuée, s'éloigne également moins de l'état normal.

Les matières grasses sont à l'état normal : il faut en excepter la cholestérine, qui est augmentée surtout dans les cas où la maladie présente une certaine gravité, et remonte à une époque un peu plus éloignée. Le sérum a été trouvé deux fois abondant, deux fois peu abondant. Sa couleur était variable, mais il était limpide. Le caillot, volumineux dans les quatre cas, était également résistant, trois fois parsemé à la partie supérieure de stries grisâtres, et une fois couvert d'une pellicule rouge vif.

Un des malades atteints d'une bronchite suspecte fut saigné deux fois. La seconde saignée donna un abaissement considérable des globules, une légère diminution de la fibrine qui resta toujours cependant à un chiffre élevé. Il y eut une diminution notable d'albumine, ainsi que des matières grasses : cette diminution portait surtout sur le savon animal. Le sérum était abondant, peu dense et limpide. Le caillot volumineux résistant, et parsemé de stries grisâtres.

Les 4 femmes atteintes de bronchites étaient âgées, une de 18 ans, l'autre de 26 ans, une de 35 ans. Deux avaient une bonne et forte constitution, une était en convalescence d'une fièvre typhoïde, une était affaiblie par des conditions hygiéniques antécédentes défavorables. Une fut saignée le troisième jour, deux à peu près le quinzième; chez la dernière, on ne put préciser l'époque du début.

Toutes ces bronchites furent peu graves, s'accompagnant de peu de réaction et de peu de fièvre; une seule des malades conserva un peu de toux longtemps après, ce qui rendit sa bronchite un peu inquiétante pour l'avenir.

Dans tous ces cas, la composition du sang s'éloigna très peu de l'état normal, peut-être moins encore que chez les hommes.

On obtint les résultats suivans :

Les globules sont restés deux fois à l'état normal (les malades avaient encore mangé la veille); 2 fois ils diminuèrent.

La fibrine n'augmenta en général que peu, ce qu'il faut attribuer au peu d'intensité de la phlegmasie.

L'albumine conserva son chiffre à peu près normal; il en fut de même des matières grasses, sauf toutefois la cholestérine, dont le chiffre fut généralement un peu augmenté.

Les sels n'offrirent pas de changemens bien sensibles.

Le sérum fut trouvé 3 fois abondant, 1 fois peu, limpide dans tous les cas, 2 fois clair et 2 fois foncé, d'une densité à peu près normale.

Le caillot, volumineux dans tous les cas, fut 2 fois résistant, 2 fois mou; dans un seul cas où il y eut une très notable augmentation de fibrine, il était couenneux; dans les autres cas, brun ou marbré.

RHUMATISMES AIGUS.

Nous avons analysé le sang dans 5 cas de rhumatismes aigus : chez 4 hommes et 1 femme.

Les 4 hommes étaient âgés de 17, 24, 32 et 33 ans; 2 étaient d'une bonne constitution, 1 d'une constitution médiocre, 1 maigre mais fort. Chez 1, le rhumatisme était au dix-septième jour; chez un autre au neuvième; chez le troisième au sixième; chez le quatrième, le rhumatisme remontait à six semaines. Ce dernier malade était entré à la Charité, dans un autre service, où il fut saigné cinq fois. Sorti un peu trop tôt, il fut repris de douleurs et rentra quinze jours après dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

Ces 4 cas de rhumatisme ne furent pas très graves; ils s'accompagnèrent tous de fièvre, mais dans aucun d'eux on ne constata de bruit de souffle au cœur.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LE RHUMATISME AIGU (HOMMES).

Densité du sang défibriné	1055,5	Séroline	variable.
— du sérum	1025,8	Matière phosphorée	0,479
		Cholestérine	1,047
Eau	798,9	Savon	
Globules	118,7		
Albumine	66,9	SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.	
Fibrine	5,8		
Matières extractives et sels libres	8,1	Chlorure de sodium	3,5
		Sels solubles	2,5
Matières grasses	1,647	Phosphates	0,445
		Fer	0,452

L'examen de ces moyennes et celle de la composition du sang dans les cas particuliers conduit aux résultats suivans :

Les globules sont diminués dans tous les cas, sauf dans un seul, où la maladie était peu grave et peu éloignée du début; l'individu avait mangé jusqu'à l'époque de son entrée. Chez un de nos malades, ils éprouvèrent une diminution considérable; ce fut chez l'individu qui, à une époque antérieure, avait été saigné 5 fois (91).

La fibrine fut augmentée dans tous les cas.

L'albumine est notablement diminuée, à un moindre degré toutefois que dans les grandes phlegmasies.

La séroline fut assez abondante, ainsi que la matière phosphorée.

La cholestérine normale, ce qu'on ne peut guère expliquer que par l'absence de toute gravité de la maladie et par l'intégrité des fonctions digestives.

Les phosphates étaient assez abondans.

Le sérum fut 2 fois en petite quantité et 2 fois abondant, d'une couleur variable, claire ou foncée.

Le caillot, volumineux dans tous les cas et parsemé de stries grisâtres; dans 2, il était recouvert d'une pellicule rouge.

La femme atteinte de rhumatisme était âgée de 21 ans et s'était toujours bien portée. Les douleurs dataient de quatre jours, siégeaient particulièrement dans les muscles de la cuisse et s'accompagnaient d'une fièvre modérée.

L'analyse du sang donna pour résultat une faible densité du sang et du sérum. Les globules étaient à peu près dans l'état normal. La fibrine augmentée; l'albumine diminué. Beaucoup de matière grasse phosphorée. La cholestérine à l'état normal. Le savon un peu diminué. Les sels à l'état normal.

Le sérum abondant, limpide, verdâtre. Le caillot assez volumineux, très résistant, couvert d'une pellicule rouge vif.

Nous avons placé le rhumatisme parmi les phlegmasies, malgré l'opinion de beaucoup de médecins qui le regardent comme une maladie spéciale. Nous avons été engagés à le faire par la considération de l'élévation du chiffre de la fibrine. Tout en opérant ce rapprochement, nous ne prétendons en aucune manière trancher la question. Nous constatons seulement l'existence de ce grand fait : l'augmentation de la fibrine, et nous ajoutons qu'à l'inverse de ce qui a lieu dans les phlegmasie nous n'observons, dans aucun cas, l'élévation du chiffre de la cholestérine, ni un abaissement de l'albumine aussi considérable que dans les phlegmasies.

PHLEGMASIES DIVERSES.

1° Un cas de *laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte).

Une femme de 26 ans sortit, neuf jours après être accouchée, de l'hospice de la Maternité. Elle voulut reprendre ses occupations, mais fut prise de douleurs abdominales pour lesquelles elle entra à l'hôpital de la Charité. Ses douleurs persistant avec un peu de fièvre, elle fut saignée. L'analyse montra que le sang de cette première saignée était dans un état à peu près normal. Il n'y avait qu'un grand excès de cholestérine.

Elle resta à l'hôpital sans se rétablir, faible, malingre et mangeant peu. Au bout d'une quinzaine, après avoir souffert trois jours d'un mal de gorge peu intense, elle fut prise d'accidens formidables, caractéristiques d'une laryngite œdémateuse avec dyspnée, fièvre, etc.

Elle fut saignée deux jours de suite pour cette maladie, et l'analyse du sang donna les résultats suivans :

A la première saignée, globules notablement diminués (la femme était affaiblie); albumine peu modifiée; fibrine augmentée; les matières grasses sont à l'état normal sauf la cholestérine qui est toujours en excès. Sérum limpide, abondant, pâle; caillot peu volumineux, résistant, marbré et couvert d'une couenne.

A la deuxième saignée, globules encore plus diminués; le chiffre de l'albumine un peu abaissé, la fibrine toujours élevée; le savon animal seul augmenté parmi les matières grasses; les phosphates sont assez abondans.

Le sérum abondant, limpide, jaune clair. Le caillot petit, résistant, couvert d'une couenne.

2° *Péritonite partielle peu intense.*

Une jeune fille de 18 ans, forte, bien constituée, présentait les symptômes de cette maladie accompagnés d'une fièvre modérée. La maladie n'avait aucune gravité.

Les globules étaient très notablement diminués; la fibrine augmentée (5); l'albumine normale on à peine diminuée. Les matières grasses à l'état normal, sauf la cholestérine qui est augmentée. Beaucoup de phosphates.

Sérum abondant, limpide, jaune; caillot volumineux, résistant et couenneux.

3° *Entérite peu intense* avec *congestion du foie* et *flux biliaire (ictère)*, fièvre, chez un homme âgé de 36 ans.

Globules peu diminués; fibrine augmentée; albumine normale; matières grasses normales, sauf la cholestérine qui est abondante.

Sérum abondant, limpide, jaune sale; caillot volumineux, résistant et couenneux.

4° *Psoïtis et métrite chronique* devenue momentanément aiguë.

Cette affection existait chez une jeune femme de 20 ans, malade depuis un an à la suite d'une fausse couche. Elle était débilitée, affaiblie et pâle. Une première saignée fut faite pour cette affection devenue momentanément aiguë. Une deuxième fut pratiquée un mois après pour une exaspération semblable.

1re SAIGNÉE. Peu de globules; albumine diminuée; fibrine augmentée. Sérum très abondant, limpide, clair. Caillot peu volumineux, peu résistant, couvert d'une pellicule rouge vif.

2e SAIGNÉE, un mois après. Globules toujours abaissés. Fibrine moins augmentée, mais toujours en peu. Albumine diminuée; matières grasses abondantes. Beaucoup de séroline 0,123; cérébrine abondante; beaucoup de cholestérine; phosphates augmentés. Sérum très abondant, limpide, clair. Caillot peu volumineux, résistant, couvert d'une pellicule d'un rouge vif.

Telle fut la composition du sang dans les 28 cas de phlegmasie où nous avons analysé le sang. Nous pouvons résumer les caractères de ce liquide de la manière suivante :

1° Dans les phlegmasies peu graves ou compromettant peu l'état général, telles sont par exemple beaucoup de bronchites et de rhumatismes, le sang peut conserver son état normal; la fibrine, toutefois, est toujours augmentée, bien qu'à des degrés variables. Les autres principes du sang peuvent aussi être modifiés, mais ils ne le sont alors en général que peu. Ces modifications sont l'abaissement du chiffre des globules, celui moins considérable de l'albumine, l'élévation du chiffre de la cholestérine et de celui des phosphates.

2° Dans les phlegmasies graves, telles que les pneumonies, les pleurésies, etc., les modifications du sang sont plus caractérisées. Considérées d'abord à une époque très rapprochée du début, elles peuvent, sauf toutefois l'augmentation de la fibrine, ne pas être encore très tranchées; mais plus tard elles sont plus évidentes, et à côté du phénomène constant, qui est l'augmentation de la fibrine, viennent se placer la diminution des globules, comme dans toute maladie, la diminution de l'albumine, du sérum plus considérable que celle qui a lieu ordinairement par le seul fait du développement de la maladie, une légère augmentation de la séroline, une élévation du chiffre de la matière grasse phosphorée, et une augmentation très notable de la cholestérine.

Nous devons enfin faire observer que si les phlegmasies se développent chez des individus déjà débilités ou épuisés par des causes antérieures, tous ces caractères des phlegmasies se retrouvent également dans le sang, et il n'y a de différence que dans l'abaissement beaucoup plus considérable du chiffre des globules, abaissement qui est la conséquence de l'état antérieur.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

VI. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux suivans : 1° *Sur les progrès de la médecine italienne*; par M. de Renzi. 2° *Nouvelle théorie de l'inflammation*; par M. Balestrieri. 3° *Cas de guérison d'une tumeur lymphatique extraordinaire en forme d'entonnoir*; par M. Lioce. (Cette tumeur *extraordinaire* était simplement un abcès froid qu'on a ouvert avec le bistouri.) 4° *Observations anatomo-pathologiques sur la formation des tubercules pulmonaires*; par M. Nicolucci. 5° *Recherches expérimentales sur les fonctions du cervelet*; par M. Nicolucci. (Quelques expériences que l'auteur a faites sur des oiseaux sont tout à fait conformes, pour le résultat obtenu, à celles de M. Flourens.) 6° *Histoire clinique d'un cas de fièvre pernicieuse périodique dysphagique.* 7° *Cas de combustion humaine spontanée*; par M. La Cava. (Fait extrêmement contestable et que, pour cette raison, nous ne relaterons pas ici. Il suffira de dire que le sujet de cette observation était un homme très adonné aux boissons spiritueuses.) 8° *Sur la doctrine des fièvres pernicieuses*; par M. Santorelli. 9° *Anatomie, physiologie et pathologie des valvules semi-lunaires*; par M. Nicolucci.

OBSERVATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LA FORMATION DES TUBERCULES PULMONAIRES; par M. NICOLUCCI.

Les propositions suivantes, qui résument ce travail, donneront une idée suffisante des idées et des résultats auxquels de nombreuses observations ont conduit l'autenr.

Les scrofules et les tubercules ne sont qn'nne seule maladie, différant seulement par les organes dans lesquels elle se localise.

Les tubercules ne sont pas une maladie locale, mais noe maladie universelle, une maladie des humenrs.

Les tubercules sont nne matière morte sécrétée daos le parenchyme pulmonaire.

Les parties où la matière tuberculeuse se dépose soot l'intérieur des cellules pulmonaires ou la surface interne de la paroi mnqueuse de l'organe respiratoire.

Les tubercnles ne se ramollissent pas par nn travail qni leur soit propre, qui procède d'eux, mais par le moyen d'une lymphe que le tissn pulmonaire enflammé sécrète autour d'eux.

Les causes qui donoent lieu à la phthisie n'engendrent pas cette maladie; elles ne font que déterminer le développement d'un principe morbide qui était déjà contenn dans les hnmeurs.

Le climat peut arrêter dans son cours une phthisie commençante; mais il ne retarde jamais d'une manière notable la marche de la phthisie confirmée.

La phthisie tuberculeuse est commune à l'homme et aux animaux.

La phthisie est plus fréquente entre quinze et soixante ans qu'avant et après ces deux termes.

La phthisie attaque plus spécialemeot les hommes à une certaine époque de leur vie, et les femmes à une autre époque. Il résulte des calculs de l'auteur que, pour les hommes, la période fatale est de vingt-cinq à qnarante ans, tandis que, pour les femmes, elle se trouve de seize à vingt-cinq ans.

VII. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 renferment les articles originaux suivans : 1° *Lettre sur les inventions et les découvertes italiennes*; par M. Rambelli. 2° *Lettre sur les bains de Casciana*; par M. Ussi. 3° *Constitution médicale de la commune d'Alfonsine en 1843*; par M. Gamberini. 4° *Considérations sur les doctrines des vitalistes*; par M. Luciani. 5° *Nouvelle théorie du sommeil, de l'état des fonctions pendant sa durée*; par M. Chiappelli. 6° *Des hémorroïdes et de leur traitement*; par M.... (Extrait des journaux français.) 7° *Sur les progrès de la médecine, considérés comparativement avec les progrès des autres sciences et arts*; par M. Thommasini. 8° *Sur une singulière maladie cérébrale et nerveuse*; par M. Cajani. 9° *Cas de névrose singulière*; par M. Cartei. 10° *Sur l'albuminurie*; par M. Olivi. 11° *Observations médico-légales sur le suicide*; par M. Torrachi. 12° *Procidence de l'iris guérie par l'application du nitrate d'argent fondu*; par M. Trofa. (Fait ordinaire : la hernie de l'iris datait de peu de jours.) 13° *Histoire d'une fièvre pernicieuse algide*; par M. Luciani. 14° *Guérison d'une fistule recto-vésicale et scrotale*; par M. Castellacci. (Cette fistule avait persisté à la suite d'une opération de taille. On la guérit en détruisant, an moyen d'une ligature progressivement serrée, les parties qui séparaient l'ouverture scrotale de celle du rectum. Une sonde à demeure et des attouchemens réitérés avec le nitrate d'argent contribuèrent à la guérison.) 15° *Sur une névralgie particulière de l'avant-bras*; par M. Gamberini. 16° *Empoisonnement par la décoction vineuse d'amandes amères*; par M. Lauriani.

NOUVELLE THÉORIE DU SOMMEIL; par M. CHIAPPELLI.

Bien que cette théorie ne soit pas absolument nouvelle et qu'elle puisse prêter à des objections nombreuses et fondées, nous croyons intéressant d'en présenter un résumé snccinct, à raison surtout de l'ordre dans lequel elle enchaîne les diverses circonstances qu'on regarde comme causes du sommeil, et dont elle a le mérite de montrer la simultanéité et le *consensus* d'action.

Trois élémens distincts ou trois conditions concoureot à produire le sommeil : 1° une diminution dans la quantité et dans la force d'impulsion du sang artériel qui se rend au cerveau ; 2° une stase du sang veineux dans les vaisseaux de cet ordre qui reviennent de l'encéphale ; 3° un état particulier du système nerveux.

Pour prouver la première proposition, M. Chiappelli fait remarquer qne, dans l'état où l'on se met pour goûter le sommeil, l'absence des stimulans extérieurs contribne déjà à ralentir les mouvemens du cœur. De même, la respiration devenant alors un acte iostioctif et noo plus volontaire s'effectue avec moins de vitesse, ce qni contribne aussi à retarder le rhythme et à diminuer la force des contractions du cœur. Ainsi diminnée et ralentie, la quantité de sang artériel qui va au cerveau n'est plus suffisante ponr exciter et pour nourrir à la fois cet organe. Aussi sa nutrition senle est alors accomplie, et son excitation cesse d'avoir lien.

En secood lieu, il n'est pas difficile de démontrer que tont concourt alors à favoriser la stase sangnine dans les veines qni reviennent dn cerveau. Privées de valvules, dépourvues de tunique fibrense, les veines intra-crâniennes sont encore exposées à s'engorger grâce à la disposition anatomique spéciale par laquelle les sinus se rencontrent les nns les autres à angle plus ou mois aigu, au moment où ils s'abouchent dans leur réservoir commun. Dans les veines du cou, le sang coule plus lentement qu'à l'état de veille à cause de la situation horizontale qni le soustrait à l'influence accélératrice de la pesanteur. Si l'on ajoute le ralentissement du saog artériel, et le peu de profondeur des inspirations, on comprendra que le sang veineux n'étant plus ni poussé par derrière ni attiré vers le thorax séjourne dans le cerveau et entretienne par sa préseoce ce viscère dans une hébétude, dans un défaut d'excitation, qui n'est autre chose que le sommeil.

Ontre ces deux élémens, il fant un état spécial du système nerveux. Mais il n'est pas besoin d'insister sur ce point pour prouver la nécessité de l'admettre au nombre des causes productrices du sommeil.

Pendant le sommeil, les facultés intellectuelles sont suspendues ; mais la sensibilité et la myotilité persistent souvent encore. Les muscles sont alors réduits au même état que les puissances respiratoires, c'est-à-dire qu'ils n'obéissent plus à la volonté, mais qu'ils peuvent encore être mis en action par l'instinct ou le sens interne, et sans que la conscience en soit avertie. Si le dormeur se déplace pour se sonstraire à one attitnde fatigante, si le somnambule est guidé par certains bruits dans telle ou telle direction, ce sont là autant d'exemples de cette espèce de mouvemens automatiques.

CAS DE NÉVROSE SINGULIÈRE; par M. CARTEI.

Il est des anomalies, des bizarreries qu'oo n'explique pas, qu'on a quelque peine à ne pas traiter d'impostures, mais qu'il faut cependant enregistrer dans les annales de l'art, toutes les fois qu'elles sont confirmées par le témoignage d'hommes compéteos. L'histoire snivante est sans contredit de ce nombre.

OBS. — M. Cartei connaît une femme, mère de trois enfans, qui ne peut élever le bras gauche, surtout si la main est en même temps en supination, sans être prise d'aphonie. La première fois qu'elle observa ce phénomène, il y a environ quatorze ans, ce fut au moment où elle levait vivement le bras droit pour arranger ses cheveux. Soudain nne constriction circulaire autour de la poitrine lui coupa la respiration, la bouche se tordit du côté correspondant, et la voix devenue d'abord striduleuse s'éteignit peu à peu complètement. Au bout de quatre heures, elle reprit la faculté de parler.

Un jour qu'elle leva le bras plus haut que d'habitude en tournant la main en supination, elle paya cher cette imprudence, car elle demeura aphone pendant plusieurs mois.

La malade en était à la fin venue à rire elle-même de cette infirmité qui, du reste, ne s'accompagnait plus, comme la première fois, de douleurs à la poitrine ni d'oppression.

Au bout de dix ans, elle eut un érysipèle phlegmoneux de la face. A la suite de cette affection, elle s'aperçut qu'elle pouvait impunément lever en l'air le bras droit. Elle se crut gnérie ; mais le mal n'était que déplacé. Ce qu'elle avait observé au bras droit se reproduisit exactement pour celui du côté gauche, et c'est maintenant celui-ci qu'elle ne peut plus lever sans perdre pour quelque temps la voix.

M. Cartei a examiné cette femme avec soin. Elle n'a jamais eu d'accès hystériques ; et les centres nerveux ne paraissent avoir souffert aucune perturbation. Quant à l'état local, elle n'a jamais eu ni fracture, ni rhumatisme de ce membre, ni tumeurs sous-axillaires. Les fonctions circulatoires s'accomplissent régulièrement, et les viscères abdominaux sont dans l'état physiologique. Sa santé et son aspect extérieur n'ont changé en rien.

SUR UNE NÉVRALGIE PARTICULIÈRE DE L'AVANT-BRAS; par M. GAMBERINI.

M. Gamberini a depuis qnelque temps observé fréquemmeot une espèce particulière de névralgie qui occupe la moitié inférieure de l'avant-bras jusqu'aux doigts. Cette partie est le siége d'une sensation douloureuse qui est supportable le jour, mais qui, la nuit, devient uo spasme porté au point d'empêcher le sommeil et d'arracher des cris. A part une légère turgescence des muscles, on n'observe dans la région malade aucun changement perceptible aux sens. Les mouvemens augmeotent la

douleur. Parfois se manifeste une crépitation des tendons. L'extrémité des doigts, engourdie le jour, devient très sensible pendant la nuit. Ordinairement un seul avant-bras est affecté.

Les femmes sont seules sujettes à cette névralgie, et principalement celles qui sont âgées de 20 à 30 ans. Le contact du liquide de la lessive paraît avoir une grande influence sur le développement de cette maladie La plupart des femmes observées s'étaient livrées à cette occupation peu de temps avant l'invasion du mal.

M. Gamberini s'est demandé si cette forme de névralgie n'était pas identique à la maladie connue en France sous le nom de *crépitation douloureuse des tendons;* mais il a reconnu clairement que ces deux affections sont différentes; et le principal signe distinctif c'est que la crépitation sur le trajet des tendons a manqué chez beaucoup de ses malades. En outre, l'application de compresses imbibées d'eau blanche (qui soulage toujours l'inflammation des gaines synoviales tendineuses) a été plus nuisible qu'utile dans la pratique de M. Gamberini. Les frictions avec la pommade à l'extrait de belladone ont été le moyen le plus avantageux. En général, elles ont suffi pour procurer une guérison complète.

VIII. MISCELLANEE, GIORNALE MEDICO-CHIRURGICO.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *De l'hydrocèle à kyste osseux du cordon spermatique*; par M. Civinini. (Ce travail contient la description de deux cas d'hydrocèle enkystée du cordon spermatique dans lesquels la paroi du kyste était de structure osseuse. Ces deux pièces ont été trouvées à l'amphithéâtre, et on n'a pu avoir de renseignemens sur l'état des sujets qui en étaient porteurs. Dans l'un des cas, le kyste co-existait avec une hydrocèle de la tunique vaginale.) 2° *Mémoire sur les hôpitaux d'aliénés en Italie*; par M. Cuturi. 3° *Cas d'hystérotomie*; par M. Moretti. (Une femme avait une chute de matrice avant de se marier. Devenue enceinte, le prolapsus se reproduisit pendant les premiers mois. Il cessa ensuite, mais reparut au huitième mois à la suite d'une violente fatigue. L'auteur ne pouvant ni réduire le viscère, ni dilater le col, débrida avec un bistouri cet orifice, et fit l'extraction du fœtus, qui mourut bientôt après. La matrice sortit encore pendant quelques jours à chaque effort; mais, au dix-huitième jour, cet accident cessa. Depuis lors, la malade est parfaitement rétablie, et elle a eu une autre couche très heureuse.) 4° *Observation de trachéite traumatique*; par M. Naldi. (Un homme, âgé de 60 ans, s'introduisit, en mangeant, un fragment d'os dans les voies aériennes. Après une douleur de peu de durée, il reprit sa santé au point qu'il croyait avoir rendu ce corps étranger par le vomissement. Six mois après, des accidens de suffocation et de toux se déclarent. Pendant cinq mois, l'amaigrissement et la fièvre hectique firent de tels progrès qu'on s'attendait à le voir succomber, lorsque tout d'un coup, à la suite d'un effort de toux, il rejeta par la bouche le fragment d'os, et fut immédiatement guéri.) 5° *Portion de stylet restée fichée pendant quatorze ans dans le cerveau d'un homme*; par M. Galli. (Cet individu mourut d'une fracture du pariétal gauche avec épanchement intra-crânien. A l'autopsie, on découvrit ce fragment de stylet, long d'un travers de doigt. La femme du malade interrogée apprit que cela venait probablement d'une plaie de tête qu'il avait reçue quatorze ans auparavant. Durant ces quatorze ans, il n'avait jamais senti aucune incommodité, malgré la saillie que faisait à l'intérieur du crâne cette pointe métallique, qui était implantée par sa base dans la partie moyenne du frontal.) 6° *Cas d'extirpation du rectum cancéreux*; par M. Scalvanti. (On emporta l'intestin dans une hauteur de près de 3 pouces. Nonobstant l'étendue de cette perte de substance, l'opérée continuait, après sa guérison, à pouvoir retenir quelques instans les matières fécales.) 7° *Nouvel appareil pour la fracture de la clavicule*; par M. Scalvanti. 8° *Cas singulier de tumeur veineuse développée sur le crâne, offrant les caractères de l'anévrisme cirsoïde*; par M. Marcacci. 9° *Observation de fracture avec dépression, produite par une violence extérieure et située à la partie moyenne du pariétal gauche*; par M. Galli. (Rien d'extraordinaire.) 10° *Développement extraordinaire de tout le corps et particulièrement des organes génitaux chez un enfant de 3 ans et 4 mois*; par M. Riboli. 11° *De l'avantage qu'il y a à préférer le décubitus sur le côté au décubitus dorsal, dans l'accouchement*; par M. Angeloni.

NOUVEL APPAREIL POUR LA FRACTURE DE LA CLAVICULE; par M. SCALVANTI.

L'objet de cet article n'est que de faire connaître une modification apportée au bandage proposé par M. Simonin pour la fracture de la clavicule. Ce bandage consiste en un bonnet de coton double auquel on coud deux bandes par leurs extrémités : l'une d'un côté de l'ouverture du bonnet, et l'autre sur un point de cette même ouverture diamétralement opposé à la première. Une troisième bande, pliée en deux, est cousue par son plein près de l'extrémité du bonnet. On comprend le mode d'application et le mécanisme de cet ingénieux appareil. Le coude du côté malade étant préalablement fléchi, plongez-le jusqu'à l'épaule d'un côté, de l'autre jusqu'à la main, dans ce bonnet, en ayant soin de tourner celui-ci de manière à ce que l'un des deux premiers rubans soit placé devant l'épaule, l'autre derrière; nouez-les alors sur l'épaule saine qui aura d'abord été matelassée; serrez enfin autour du corps la troisième bande en attachant ses deux chefs ensemble après qu'ils auront embrassé le tronc par quelques circulaires. Ainsi se trouvent remplies très simplement les deux principales indications du traitement de cette fracture, qui sont de relever le fragment externe et de le porter en dehors.

Il était visible cependant que la seconde indication, par ce moyen, était figurée plutôt que véritablement remplie. Pour y satisfaire plus exactement, M. Scalvanti place sous l'aisselle du côté malade un coussinet fait avec de la filasse. L'interposition de ce corps épais fait que lorsqu'on applique ensuite le coude contre le côté du tronc, le fragment externe se trouve attiré plus fortement en dehors. Avec cette correction à l'appareil de M. Simonin, il dit avoir guéri, sans aucune difformité, une dame de 30 ans qui s'était fracturé la clavicule droite à la partie moyenne.

AVANTAGES DU DÉCUBITUS LATÉRAL SUR LE DÉCUBITUS DORSAL, DANS L'ACCOUCHEMENT; par M. ANGELONI.

Les considérations que M. Angeloni développe en faveur du décubitus latéral ne méritent pas toutes d'être citées. On pourrait même dire que les preuves invoquées par lui consistent presqu'uniquement en assertions. Mais il appelle à son appui l'autorité d'une longue pratique, et nous n'avons pas de motifs pour nier la valeur de semblables argumens. Constamment, dit-il, il a vu les femmes, lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, prendre pour accoucher l'attitude latérale. Celles qui ont essayé alternativement des deux positions donnent sans hésiter la préférence à celle-ci. Une dame anglaise, habituée à accoucher ainsi, vint à Paris mettre au monde son onzième enfant. Là, un célèbre professeur lui conseilla le décubitus en supination. Mais elle en souffrit de telles fatigues que, par la suite, étant encore devenue mère, elle ne voulut plus céder aux conseils de son médecin.

M. Angeloni ajoute encore qu'en accouchant sur le côté, les douleurs de reins sont beaucoup moins violentes.

Enfin, pour montrer que cette attitude est la plus naturelle, il fait remarquer que les femmes la prennent instinctivement et invinciblement toutes les fois que le volume du fœtus est très considérable par rapport au diamètre du bassin.

Il ne manque pas, en terminant, de citer tous les pays où la pratique qu'il préconise est en usage. Ne pouvant, à son grand regret sans doute, comprendre la France dans cette énumération, il tourne assez adroitement à notre avis la difficulté, en insinuant que vraisemblablement l'orgueil national nous empêche seul d'adopter cette pratique, parce qu'elle est populaire dans la Grande-Bretagne, notre rivale! C'est s'en tirer avec esprit; mais M. Angeloni nous permettra de lui dire que si l'on compte quelques médecins qui font entrer les intérêts inter-nationaux dans l'exercice de leur art, les femmes n'ont guère l'habitude d'un pareil calcul. Leur grande politique à elles est d'éviter la douleur; et nous ne connaissons pas de Françaises assez patriotes pour consentir, dût la dignité du pays s'en trouver compromise, à souffrir des douleurs de l'accouchement une minute de plus qu'il n'est strictement nécessaire.

IX. GAZZETTA MEDICA DI MILANO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 renferment les travaux originaux suivans : 1° *Observations sur l'usage du sulfate de quinine*; par M. Casanova. (L'auteur croit que ce sel est indiqué dans le rhumatisme toutes les fois qu'il n'y a pas complication de gastro-entérite.) 2° *Paralysie et arthrite syphilitique datant de cinq années; guérison*; par M. Tarozzi. (La guérison fut obtenue par l'emploi de la tisane de Pollini.) 3° *De l'usage de l'extrait de belladone dans le traitement des hernies étranglées*; par M. Poma. 4° *Sur un fœtus dans le tube digestif duquel on trouva beaucoup de cheveux*; par M. Burei. (Le fœtus n'avait vécu que quatre heures.) 5° *Quelques cas de cancer de la peau, traités à l'extérieur par l'arsenic seulement*; par M. Barbieri. (L'auteur emploie pour tout traitement le caustique arsenical, et il n'a jamais observé d'accidens susceptibles d'être rapportés à l'absorption de ce

toxique.) 6° *Observations de fongus médullaire des os, circonscrit à leur partie interne*; par M. Giovanni. 7° *Sur l'ophtalmie érysipélateuse*; par M. Flarer. 8° *Des déviations latérales du bassin*; par M. Mayor. 9° *Bruit d'expiration étudié dans une série de cas différens pour déterminer l'importance de ce phénomène dans le diagnostic du premier degré de la phthisie*; par M. Dubini. (Dans ce travail clinique, que l'auteur poursuit, il cherche à établir par des faits que la présence des tubercules à l'état cru est annoncée non seulement par la prolongation du murmure expiratoire, mais aussi par le caractère âpre et sec de ce bruit.) 10° *De l'ophtalmie avec coryza qui se développa en 1841 sur les bœufs, dans le pays de Giassago et Vado*; par M. Valenzasca. 11° *Réflexions sur la membrane interne des vaisseaux sanguins*; par M. Montini. (L'auteur croit à la vascularité de cette membrane, et il s'efforce de la démontrer par le raisonnement.) 12° *Compte-rendu des malades reçus en mars 1844 dans la salle St-Jacques*; par M. Prandina. 13° *Sur l'efficacité du tamponnement dans les hémorragies utérines graves dépendant de l'insertion du placenta sur le col*; par M. Ciniselli. (L'auteur est partisan de ce moyen. Dans deux cas, après avoir laissé le tampon en place jusqu'à la dilatation du col, il a terminé heureusement l'accouchement en faisant la version.) 14° *Gastro-entérite aiguë; irritation sympathique, encéphalo-spinale, laryngo-trachéale, génito-urinaire; cas grave; convalescence après six jours de maladie*; par M. Casorati. 15° *Coliques revenant pendant plus d'une année, par suite d'une colite chronique de la portion cæcale du gros intestin; perforation ulcéreuse de la lèvre inférieure de la valvule de Bauhin et abcès iléo-scrotal avec issue des matières fécales*; par le même. 16° *Convulsions tétaniques résultant d'une myélite traumatique: évacuations sanguines, frictions narcotico-mercurielles, puis administration du rhus radicans, qui guérit la maladie*; par M. Scotti. 17° *Quelques idées sur l'hermaphrodisme*; par M. Cotta. 18° *Empoisonnement de cinq personnes par les œufs de barbeau*; par M. Verga. 19° *Observation d'extase cataleptique*; par M. Prina. 20° *Productions fongueuses dans la substance du cerveau*; par M. Scotti. 21° *Tétanos rhumatismal guéri par le sulfate de quinine*; par M. Prina. (La marche du tétanos, rebelle d'abord au sulfate de quinine, ne fut enrayée que vers le huitième jour. On continua encore le médicament quatorze jours. La quantité quotidienne varia entre 1 gramme et demi et 3 grammes.) 22° *Prétendu cancer de l'utérus guéri en enlevant un pessaire*; par M. Barbieri. (Le pessaire était en place depuis nombre d'années, et il y était si bien oublié que la malade assurait l'avoir extrait elle-même. Sa propre erreur entretenant celle des médecins, elle subit de longs traitemens et fut regardée par tous comme atteinte de cancer utérin. L'extraction du corps étranger la soulagea immédiatement. L'auteur fait observer que si cette femme était tombée entre les mains d'un *coupe-matrice* Parisien, elle était très probablement destinée à augmenter d'un quatre-vingt-dixième rayon l'auréole de ses succès constans.)

DE L'USAGE DE L'EXTRAIT DE BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES; par M. Poma.

Ce n'est pas un remède nouveau que M. Poma conseille ici. L'extrait de belladone, en applications locales, fait depuis longtemps partie de la thérapeutique des hernies étranglées. Pour beaucoup de médecins même, c'est un agent maintenant déjà tombé en désuétude. L'auteur de ce travail cherche à le réhabiliter, d'abord en indiquant une manière plus rationnelle de l'appliquer, puis en citant de nombreuses observations où cette méthode de traitement l'a dispensé, dans des cas désespérés où l'opération paraissait être la seule ressource, de recourir à ce dernier et si dangereux moyen.

M. Poma recommande d'abord de choisir de l'extrait provenant, autant que possible, de plantes de belladone recueillies sur la montagne. Son activité est plus considérable. Il faut employer cet extrait pur et non uni à l'axonge, comme cela se pratique presque toujours. La quantité doit être de 2 onces environ. Enfin, on se gardera bien de placer en même temps de la glace sur la tumeur; l'action du froid empêcherait l'absorption du médicament et par suite tous ses bons effets. Il convient, au contraire, de maintenir sur la tumeur enduite d'extrait de belladone un cataplasme chaud de farine de graine de lin.

Les observations qui accompagnent ce travail sont au nombre de dix. Nous ne les rapporterons pas ici dans tous leurs détails. Il suffit de dire que plusieurs d'entre elles offrent des exemples de l'étranglement inflammatoire le plus aigu; que presque toujours la saignée, les bains, la glace, le taxis réitéré avaient été essayés, et infructueusement essayés, avant d'en venir à l'extrait de belladone. Presque constamment, de deux à trois heures après l'application de cette substance, la douleur et la tension locales ont cédé, et il a suffi alors d'une légère pression pour obtenir la rentrée des viscères.

Ces faits nous paraissent dignes d'être médités. Nous ne doutons pas qu'ils n'engagent les chirurgiens à tenter de nouveau l'emploi de cet agent en se conformant aux règles judicieuses que M. Poma a tracées pour son application.

DE L'OPHTALMIE ÉRYSIPÉLATEUSE; par M. Flarer.

Beer, Fischer, Lawrence et Rosas ont déjà décrit l'ophtalmie érysipélateuse. Mais la maladie, du moins telle qu'ils l'ont représentée dans leurs écrits, est fort rare. Il ne sera donc pas sans intérêt de lire ici un résumé de la description que le professeur Flarer a tracée de cette affection d'après les cas qui se sont présentés dans sa pratique.

Causes. L'ophtalmie érysipélateuse, plus commune au printems, est très rare l'été. Les enfans en sont exempts. Elle attaque de préférence les gens de la campagne, les postillons, les militaires, les portefaix, les blanchisseuses.

Marche. Elle envahit d'abord la conjonctive oculaire et la sclérotique, beaucoup moins souvent la conjonctive palpébrale. En examinant attentivement l'œil, on voit de petites taches rouges au milieu du réseau des vaisseaux injectés de la conjonctive. Elles ressemblent à de petites îles de sang. Ce sang est cependant encore contenu dans les vaisseaux du système capillaire, et n'est point extravasé. Il n'y a que peu de douleur, de photophobie et de larmoiement. La cornée est saine. Parfois la pupille est un peu plus rétrécie qu'à l'état normal.

Tel est l'état du malade pendant le jour. Mais vers le soir il devient inquiet. Une cuisson insupportable se développe dans l'œil; des larmes brûlantes coulent sur la joue. Le mal s'accroît de plus en plus, et, pendant la nuit, la douleur va souvent jusqu'à chasser le patient de son lit. La conjonctive, comme distendue par une sérosité transparente, s'élève tout autour de la cornée et commence à sécréter une petite quantité d'un mucus peu dense. Les taches sanguines sont alors masquées par ce nouvel état. Il se développe une photophobie extrême, de la fièvre compliquée d'éréthisme avec un pouls très rapide, quoique peu fort. — Si le médecin est appelé en ce moment, il n'éprouvera pas de difficulté à reconnaître la maladie. Mais à mesure que le jour revient, la rémission s'établit.

Diagnostic. La présence des taches d'un rouge vif et l'exacerbation du soir ne laissent guère admettre la possibilité d'une méprise.

Traitement. Il doit être *rigoureusement* antiphlogistique. Il faut tirer du sang jusqu'à ce que le malade ait recouvré le repos des nuits. M. Flarer dit que 7 à 12 saignées ont toujours procuré ce résultat chez les malades qu'il a traités. Si l'on a affaire à un sujet déjà débilité, il faut user des moyens connus pour provoquer la syncope durant la saignée. Ainsi on fera tenir le patient debout pendant cette opération. En cas de complication gastrique, un purgatif salin avec un grain d'émétique serait utile.

L'ophtalmie érysipélateuse, ajoute en terminant l'auteur, est du petit nombre de ces maladies de l'œil franchement inflammatoires qui cèdent complètement et sans retard à la médication antiphlogistique, sans laisser à leur suite ces altérations de tissu qui, dans d'autres formes d'ophtalmie, rendent la cure si longue et si pénible.

— Le traitement que conseille M. Flarer est en effet *très rigoureusement* antiphlogistique. Malgré la confiance que doit inspirer l'autorité du célèbre professeur, nous éprouvons quelque peine à croire qu'une méthode thérapeutique aussi énergique soit réellement indispensable dans une affection qui a autant de tendance à une disparition complète. Nous exprimons à ce sujet nos doutes avec d'autant plus de confiance que nous les savons partagés par d'autres ophtalmologistes, parmi lesquels nous citerons spécialement Mackensie, dont le langage, à l'égard du traitement, est tout aussi explicite et entièrement opposé à celui de M. Flarer.

X. GAZETTA TOSCANA DELLE SCIENCE MEDICO-FISICHE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1844 contiennent les mémoires originaux suivans: 1° *Sur un cas d'aortite aiguë*; par M. Almansi. 2° *Sur l'éléphantiasis des Arabes*; par M. Landi. (Tout en avouant l'insuffisance de l'art en général contre cette maladie, l'auteur pense qu'une définitive elle aboutit ordinairement à une simple difformité.) 3° *Observation d'un cas singulier de peste*; par M. Elia Rossi. 4° *Réflexions sur un cas de pied-bot varus équin guéri au moyen de la ténotomie sous-cutanée, publié par M. Cipriani*; par M. Carbonai. (Vues pleines de justesse sur l'importance de la myotomie sous-cutanée dans la cure des difformités et

sur la nécessité d'hommes spéciaux pour exercer avec succès cette branche de la médecine.) 5° *Sur un procédé pour fabriquer les capsules gélatineuses*; par M. Pegna. 6° *Extrait de l'histoire philosophique de la médecine*; par M. Morello. 7° *Histoire d'un cas de morbo uero, suivi de vomissemens séreux abondans et opiniâtres*; par M. Lascini. 8° *Réplique de M. Cipriani à M. Carbonai, au sujet de l'article ci-dessus*. 9° *Considérations sur l'analyse chimique des eaux minérales*; par M. Calamai. (L'auteur émet le vœu qu'on publie un ouvrage où soient rapportées la composition et les propriétés de toutes les eaux minérales connues, de quelque efficacité; il fait observer que toutes les analyses devraient être faites d'après les mêmes principes et les résultats énoncés dans un même langage, condition indispensable pour que ce tableau pût fournir aux médecins les élémens d'une comparaison fructueuse.) 10° *Essai sommaire sur le* Gordius medinensis; par M. Elia Rossi. 11° *Deux cas, l'un de ramollissement traumatique de la moelle, l'autre de tubercule du cerveau*; par M. Luigi del Punta. 12° *Histoire d'un corps étranger volumineux ayant pénétré dans l'abdomen chez une femme enceinte*; par M. Scaruffi.

OBSERVATION D'UN CAS SINGULIER DE PESTE; par M. ELIA ROSSI.

L'histoire suivante est d'autant plus digne d'intérêt que le fait rare dont elle offre l'exemple est attesté par un homme que sa haute position et son expérience spéciale de cette maladie rendent aussi compétent qu'on le puisse désirer.

Avant d'en tracer les détails, il importe, comme l'auteur le remarque, de donner une idée des circonstances au milieu desquelles le fait s'est passé. Au printemps de 1843, on ne compta au Caire dans les registres sanitaires que 60 morts de la peste; proportion qui, pour une aussi grande ville, ne peut être regardée comme une épidémie. En automne, cet état s'apaisa, et il s'établit cette constitution gastrique qui, depuis plusieurs années, semble avoir pris domicile en Egypte.

OBS. — Le 21 octobre 1843, M. Rossi fut appelé vers le milieu du jour pour visiter une femme qui habitait au Caire l'infect et sale quartier des Juifs. Accompagné du professeur Luzzato, il entra dans la chambre de la malade; et à peine était-il sur le seuil de la porte qu'il reconnut sur son visage la véritable physionomie de la peste, quoiqu'on ne fût pas alors dans la saison où cette maladie exerce ses ravages. La malade s'agitait dans son lit, changeant à chaque instant de position, se lamentant et tenant la tête dans les mains. Elle apprit aux médecins qu'elle jouissait de la meilleure santé, lorsque, deux heures auparavant, elle avait été tout à coup saisie de frissons, d'une forte céphalée frontale, de nausées et de vives douleurs au dos. Elle avait aussi eu plusieurs vertiges et deux évacuations de matières peu liées et verdâtres. On trouva aussi dans l'aisselle, de la forme et à la place où sont les bubons de la peste, une grosseur du volume d'une noix, s'accompagnant de chaleur et de violentes douleurs. Langue naturelle, pouls rapide, caloricité augmentée, épigastre légèrement douloureux; la malade accusait des souffrances générales, spécialement aux mollets et dans les jointures. Elle était forte, de constitution sanguine, et ne s'était exposée à aucune cause de maladie.

M. Rossi ordonna une saignée qui fut faite en sa présence, et des frictions avec de l'huile chaude sur la tumeur axillaire. Dès qu'un peu de sang fut sorti, la température générale s'abaissa, la peau devint moite, et la malade se sentit mieux. Mais cette amélioration fut de peu de durée; bientôt les angoisses et les vertiges revinrent plus forts même qu'auparavant.

Vers le soir, la malade était plus mal. Le sang extrait s'était coagulé en un large grumeau nullement couenneux; le sérum était verdâtre et à sa surface nageaient des gouttes semblables à de l'huile, particularité que Clot-Bey indique comme se rencontrant parfois dans le sang des pestiférés.

Prescription: une once de crême de tartre avec un grain de tartre émétique, en quatre parties. (Cette médication s'adressait à la complication gastrique régnante en ce moment.)

Après avoir pris le quart du médicament, la malade eut des sueurs froides, des vertiges, une céphalée violente, des nausées, des angoisses, puis vomit des matières bilieuses. Ces symptômes persistèrent jusqu'à minuit avec tant de continuité que l'auteur, ne pouvant les attribuer à une dose aussi faible d'émétique, les regarda plus volontiers comme dus à l'intensité de la maladie, dont la nature lui semblait alors moins douteuse que jamais. Après minuit, elle s'endormit tranquillement et se réveilla sans aucun malaise, le bubon entièrement disparu et ne laissant pas de trace.

Je restai stupéfait, ajoute ici M. Rossi. Un cas de peste, aussi bien caractérisé, pouvait-il se résoudre ainsi? L'aspect du visage, le bubon, tous les autres symptômes, l'état spécial du sang ne permettaient aucun doute sur la nature du mal. Aussi pensa-t-il un instant que le calme n'était que passager, et fut-il tenté en conséquence de donner le sulfate de quinine; mais le mieux persévéra ou plutôt la guérison demeura complète.

L'auteur fait observer qu'en 1843, à l'hôpital du 7e régiment de ligne, il a vu beaucoup de pestiférés guéris sans que les éruptions cutanées parcourussent leurs stades naturels; et il supposa que, dans ces cas, des crises s'étaient opérées à l'insu du malade et de lui. Mais chez ces militaires, la maladie avait déjà accompli une grande partie de sa marche, de sorte que le renouvellement normal des particules organiques pouvait bien avoir fait cesser dans l'organisme le vice pestilentiel, ainsi que les produits. Dans l'observation ci-dessus, au contraire, il s'agit d'un bubon rétrocédé en même temps que tous les symptômes de la peste, et d'une maladie de ce genre guérie en seize heures!

Si une épidémie de peste eût en ce moment régné dans la ville, on aurait pu regarder ce cas comme une maladie simple, une fièvre éphémère à qui l'influence épidémique aurait imprimé son cachet propre et son apparence symptomatique. Mais les détails dans lesquels nous sommes entrés en commençant ne permettent pas d'adopter une semblable explication. M. Rossi ne semblerait pas éloigné d'admettre que le climat a pu exercer ici quelque influence de ce genre.

SUR UN PROCÉDÉ POUR FABRIQUER LES CAPSULES GÉLATINEUSES; par M. PEGNA.

Parmi les procédés employés pour la fabrication des capsules gélatineuses, les uns sont restés la propriété de leurs inventeurs; d'autres sont connus et journellement mis en pratique; mais M. Pegna les trouve imparfaits. Voici celui qu'il propose comme propre à les remplacer avec avantage.

La substance qu'il préfère est la colle d'os, dissoute dans six fois son poids d'eau bouillante et clarifiée à chaud avec l'albumine animale. Après avoir filtré ce liquide à la chausse de laine, on y ajoute du sirop de sucre (à gr. + 32 cartier) en quantité double de celle de la colle employée. On termine en soumettant le liquide à la chaleur, en l'écumant continuellement, jusqu'à ce qu'en prenant une petite portion on la voie se condenser en goutte solide.

Quant à l'instrument que l'auteur appelle *le capsulier*, deux mots en donneront une idée suffisante. Qu'on se figure deux parallélipipèdes de cuivre, dans l'une des faces de chacun desquels est creusée une demi-olive, terminée en haut par une partie plus évasée. En rapprochant ces deux moitiés et les maintenant en contact avec un cercle métallique qui les embrasse étroitement, on a une olive creuse à ouverture supérieure évasée, offrant la forme et les dimensions d'une capsule. Telle est la partie *femelle* de l'appareil.

Prenez maintenant une olive pleine, en cuivre, de volume un peu moindre que celui de l'olive creuse, et dont la tige, très mince, porte de chaque côté deux petites branches transversales. On comprend que ces branches étant reçues dans une rainure dont les parallélipipèdes sont creusés un peu au-dessus de la demi-olive creuse, l'olive pleine se trouve ainsi fixement suspendue au milieu d'une cavité qui lui est exactement concentrique, de telle sorte qu'il existe partout un intervalle égal et très peu considérable entre la surface externe de l'olive pleine, et la face interne de l'olive creuse. Le lecteur a déjà deviné que cet intervalle équivaut précisément à l'épaisseur que doit avoir l'enveloppe gélatineuse qui va former la capsule.

Le mécanisme de cet instrument est des plus simples. Il suffit de verser la dissolution liquide; et, quand elle est assez solidifiée, on retire l'olive mâle après avoir d'abord disjoint les deux parallélipipèdes. L'élasticité de la substance employée se prête parfaitement à cette extraction. Il ne reste plus alors qu'à remplir la capsule avec le liquide médicamenteux, et à la fermer enfin en déposant sur son ouverture une goutte de la dissolution gélatineuse chaude.

L'auteur fait observer que, en ayant un certain nombre de ces petits appareils à sa disposition, on abrégerait singulièrement la durée de l'opération, puisqu'on emploierait le temps pendant lequel le liquide se refroidit dans l'un à remplir les autres.

— Nous accorderons bien volontiers au procédé de M. Pegna le mérite d'une construction ingénieuse, bien que certains mécanismes vulgairement usités dans diverses professions aient pu lui en suggérer en grande partie l'idée primitive. Mais nous ne voyons pas pourquoi ce procédé mériterait de remplacer celui beaucoup plus simple qu'on emploie dans toutes nos pharmacies, et qui consiste à plonger plusieurs fois dans la dissolution gélatineuse chaude une olive métallique pleine, préalablement huilée, et qui, retirée après un certain temps, fait de son enveloppe ainsi solidifiée une capsule tout à fait propre à servir de récipient aux médicamens liquides. Le moyen que propose M. Pegna donnerait, nous le reconnaissons, des résultats tout aussi satisfaisans. Mais il a le grave inconvénient de nécessiter un certain nombre de ces petits appareils, qui sont de *véritables instrumens de précision* et, à ce titre, d'un prix assez élevé pour que cette considération soit une objection sérieuse à l'adoption de ce procédé, surtout lorsqu'il s'agit de la fabrication d'un produit dont le bon marché est une condition de premier ordre.

HISTOIRE D'UN CORPS ÉTRANGER VOLUMINEUX AYANT PÉNÉTRÉ DANS L'ABDOMEN CHEZ UNE FEMME ENCEINTE; par M. SCARUFFI.

L'observation suivante est certainement une des plus extraordinaires que la science possède sur l'introduction de corps étrangers dans nos tissus. Remarquable déjà par le volume considérable de ce corps, elle tire un nouvel intérêt de l'état de gestation où se trouvait la blessée et de l'heureuse terminaison qu'a eue une lésion aussi grave.

OBS. — Le 6 juin 1843, à dix heures du matin, une femme de 24 ans, déjà mère de deux enfans et grosse alors de cinq mois, était sur un mûrier occupée à cueillir des feuilles, lorsque la branche sur laquelle elle se trouvait s'étant rompue, elle tomba sur un échalas qui était près de l'arbre. Les personnes accourues à ses cris la voyant par terre voulurent la relever; mais elles ne le purent qu'avec peine parce que l'échalas qui avait pénétré dans sa cuisse à une grande profondeur la retenait contre le sol.

Les premières tentatives d'extraction ne servirent qu'à rompre l'échalas à 7 pouces de profondeur dans la cuisse où il avait pénétré. N'ayant plus alors sur la pièce de bois aucune prise, les médecins firent transporter la malade à l'hôpital, où M. Vannoni la trouva la face pâle, les yeux caves et languissans, le corps glacé, le pouls petit et dépressible, respiration faible, parole incertaine, nausées et vomissemens; elle n'avait pu uriner depuis le moment de l'accident qui datait alors de quinze heures. A la partie postérieure et un peu interne de la cuisse gauche et au bas de son tiers supérieur était une plaie déchirée et contuse, de 4 pouces de largeur et intéressant la peau et les muscles. Une autre plaie contuse et déchirée, mais large seulement de 4 à 5 lignes et presque bornée à la peau, existait à la région lombaire gauche, au niveau du bord externe du carré lombaire. Là on sentait une tumeur dure, un peu mobile, qu'on pouvait suivre jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et qui paraissait, là, se perdre dans l'excavation du petit bassin. En la touchant, la malade souffrait depuis la plaie de la cuisse jusqu'à la tubérosité sciatique et surtout vers la plaie des lombes.

On procéda à l'extraction, deux heures et demie après l'entrée de la malade. L'échalas s'était rompu à une trop grande profondeur pour qu'on pût réussir à le saisir par la plaie de la cuisse. Il fallut donc inciser sur la saillie qu'il formait à la région lombaire, d'abord les tégumens, puis les couches musculaires, et enfin le péritoine. L'index gauche étant alors introduit, on glissa sur lui un bistouri boutonné avec lequel on agrandit l'ouverture. Mais on fut encore obligé de pousser en bas la pièce de bois pour l'éloigner des deux dernières côtes que son extrémité supérieure, bifurquée, tenait comme embrassées par leur face interne. On put alors le saisir avec des tenettes à lithotomie, et on amena ainsi au dehors un bâton noueux, long de 8 pouces et demi et de 3 à 4 pouces environ de circonférence. Au moment de l'extraction l'une des branches de la bifurcation se rompit. Aussitôt après, M. Vannoni introduisit le doigt pour rechercher s'il n'y avait pas quelqu'autre fragment; mais il ne sentit que l'utérus à nu. L'incision fut réunie par la suture; la plaie de la cuisse avec les agglutinatifs.

La réaction fut rapide et portée au point de nécessiter une saignée. Au bout de six heures, l'avortement eut lieu. Le placenta offrait à sa face utérine une extravasation de sang.

Il fallut encore pratiquer le cathétérisme plusieurs jours. Le lendemain et le surlendemain, on fit deux saignées et deux applications de sangsues. La cicatrisation des plaies fut retardée par un érysipèle et par la sortie de deux morceaux d'écorce, qui se fit le 3 et le 4 juillet.

Lorsque la malade sortit le 11 septembre, on voulut savoir quelle distance existait entre la plaie de la cuisse et celle de la région lombaire. Cette distance, mesurée exactement, se trouva être de 17 pouces et 2 lignes!

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE.

ENTÉROTOMIE DE L'INTESTIN GRÊLE.

M. MAISONNEUVE communique un mémoire sur l'entérotomie de l'intestin grêle dans les cas d'oblitération de cet organe.

On se rappelle que M. Maisonneuve a communiqué récemment à l'Académie les détails d'une opération pratiquée avec succès dans un cas d'oblitération de l'intestin grêle. Il a pensé depuis que l'opération imaginée pour un cas spécial pourrait être utilement appliquée à toute la série de ces affections, regardées jusqu'à présent comme incurables. Il soumet aujourd'hui le résultat de ses recherches et de ses méditations sur ce sujet.

Il a réuni les observations connues d'oblitération de l'intestin grêle sous autant de catégories différentes qu'il a pu reconnaître de causes spéciales de ces oblitérations. Il les distingue en conséquence suivant qu'elles consistent en un obstacle placé à l'intérieur du tube intestinal et qu'elles agissent en obstruant son calibre; qu'elles sont inhérentes aux membranes de l'intestin et constituent des rétrécissemens; ou bien enfin qu'elles exercent sur les parois de l'organe une action mécanique qui les rapproche et les maintient forcément en contact. De là trois genres d'oblitérations intestinales, que l'auteur désigne sous les noms d'oblitérations par obstruction, par rétrécissement, par étranglement.

La première catégorie comprend des observations d'obstruction par corps étrangers et par invagination.

La deuxième catégorie est celle qui renferme le plus grand nombre de cas; elle comprend toutes les lésions organiques susceptibles de rétrécir le calibre de l'intestin.

La troisième, enfin, comprend les cas d'étranglement interne, pour lesquels l'art s'est déclaré impuissant.

Les opérations que M. Maisonneuve propose sous le nom d'entérotomie de l'intestin grêle constituent deux méthodes ayant pour but, la première, l'établissement d'un anus artificiel, la deuxième l'anastomose de deux anses intestinales placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'obstacle. La première méthode, celle que l'auteur se borne à exposer pour l'instant, consiste à pénétrer dans l'abdomen au moyen d'une ouverture faite à sa paroi, à rechercher une des anses d'intestin placées au-dessus de l'obstacle, à l'ouvrir et à favoriser le libre écoulement des matières au-dehors.

Des faits et des considérations contenus dans ce mémoire, l'auteur croit pouvoir conclure: 1° que les nombreuses variétés d'oblitération de l'intestin grêle ne doivent plus être considérées comme au-dessus des ressources de l'art; 2° que l'entérotomie constitue une ressource précieuse contre ces affections; 3° qu'elle peut être appliquée avec des chances raisonnables de succès dans tous les cas où l'oblitération n'est point encore compliquée de péritonite générale; 4° que cette opération mérite de prendre rang dans la science à côté de la hernie étranglée et de l'entérotomie du gros intestin.

PHÉNOMÈNES CAPILLAIRES DE LA CIRCULATION.

M. DUBOIS (d'Amiens) adresse, en réponse à la dernière lettre de M. Poiseuille sur quelques phénomènes capillaires de la circulation, un extrait de ses PRÉLEÇONS, qui répond à toutes les objections que renferme cette lettre. Cette pièce est renvoyée à la commission de physiologie expérimentale.

ABOLITION IMMÉDIATE DE LA SENSIBILITÉ CHEZ LES DÉCAPITÉS.

M. BONNAFONT envoie une note relative à quelques expériences physiologiques, qu'il a faites sur des décapités pendant son séjour en Afrique, pour résoudre la question de savoir si toute sensation est ou n'est pas immédiatement abolie après la décapitation. On sait que plusieurs médecins ont soutenu que les sensations persistaient quelques instans encore après la séparation de la tête. D'après les expériences auxquelles M. Bonnafont a pu se livrer, il a dû conclure que si la vie de relation ne s'éteint pas immédiatement après le décollement de la tête, il est impossible d'apprécier le temps qu'elle continue à percevoir quelque sensation.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ANIMALES.

MM. LEMASSON et DUPRÉ annoncent qu'ils ont trouvé, à l'aide d'expériences multipliées que l'oxide de carbone est un désinfectant et un conservateur des meilleurs qui existent pour les substances alimentaires et en particulier pour les matières animales.

INFLUENCE DES SÉCRÉTIONS SUR L'ORGANISME.

M. MARTINI, de Wurtemberg, adresse un grand travail ayant pour titre: DE L'INFLUENCE GÉNÉRALE DES SÉCRÉTIONS SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE. L'auteur considère tous les produits des sécrétions comme autant de véritables poisons, qui, par leur contact prolongé avec les tissus et leur séjour dans l'économie, déterminent tous les états morbides connus sous le nom d'inflammations et de fièvres. Il consacre un chapitre particulier à chacune des humeurs sécrétées et à leur influence sur les organes avec lesquels elles sont en contact et sur l'économie générale. Ce travail, très étendu, n'est pas susceptible d'analyse.

VICES DE CONFORMATION.

M. GUYON communique deux cas de vice de conformation: le premier, observé sur un Kabyle des montagnes de Dellyx, consistait en une conformation particulière du crâne et surtout du maxillaire supérieur, qui se prolongeait sous forme de groin au-devant de l'implantation des dents.

Le second a trait à un cas d'épispadias rencontré sur le cadavre d'un jeune militaire mort à Alger. Voici les particularités signalées par M. Guyon. La verge avait un pouce et demi de longueur, de la racine jusqu'à l'extrémité du gland. Celui-ci présentait sur sa face supérieure ou dorsale, depuis l'insertion du prépuce jusqu'au méat urinaire, un sillon longitudinal et profond, qui n'était autre que le canal de l'urètre, dépourvu de la paroi supérieure, dans l'étendue d'un demi-pouce; sa paroi inférieure était constituée par la réunion des corps caverneux. Le prépuce avait peu d'étendue. Il formait sur les côtés du sillon deux lèvres qui se réunissaient à sa partie supérieure, à sa jonction avec le canal de l'urètre. Celui-ci était d'une dimension anormale. Les testicules n'avaient que le volume d'une fève de marais, avec un épididyme à peine sensible. Ils étaient fortement appliqués sous les pubis par le scrotum, qui n'avait que juste l'étendue nécessaire pour les recouvrir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président annonce que les rapports sur les prix n'ayant pu être lus dans la dernière séance, à cause du petit nombre des membres présens, l'Académie va se former immédiatement en comité se-

cret pour entendre les rapports de M. Martin-Solon pour le prix de l'Académie, de M. Poiseuille pour le prix Portal, et de M. Prus pour le prix Civrieux.

M. le président fait part en outre de la délibération du conseil d'administration, qui a fixé au 17 courant la séance annuelle.

L'ordre du jour de cette séance est arrêté de la manière suivante :

M. le secrétaire perpétuel lira l'ÉLOGE D'ESQUIROL.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire annuel, lira un discours intitulé : DES PROGRÈS RÉCENS DE LA CHIRURGIE EN FRANCE COMPARÉS A CEUX DE LA MÉDECINE.

La séance sera terminée par la distribution des prix.

A trois heures et quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

PROGRAMME DES PRIX. — SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU LUNDI 11 NOVEMBRE.

§ 1er. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 600 fr. sur la question suivante :

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle. »

La Société n'a reçu qu'un seul mémoire sur cette question ; il porte pour épigraphe cette idée de Scarpa.

« Quamvis de totâ humani corporis fabricâ ea pars, quæ ad ossa pertinet, longo jam tempore diligenter exculta et præclarè nunc cognita videatur ; nihilo tamen seciùs haud immerito, et sine cavillationis aut arrogantiæ notâ, sciscitari aliquem adhuc posse censeo. »

Ce mémoire est riche d'une saine érudition, d'une critique judicieuse. Le diagnostic différentiel y est souvent bien établi ; mais parfois aussi quelques caractères y reçoivent une valeur qui n'est pas attestée par l'autorité des faits Il existe quelques lacunes sur les points les plus essentiels du problème ; la forme des maladies semble prévaloir dans certains cas sur leur nature intime. La preuve clinique devrait être invoquée souvent pour la solution de cette question importante ; ici elle l'a été trop rarement.

Ce mémoire est resté loin du but ; cependant la Société lui reconnaissant un mérite incontestable, décerne une médaille de la valeur de 200 fr. aux deux médecins qui l'ont fait en commun : ce sont MM. Pétrequin, chirurgien en chef du grand Hôtel-Dieu de Lyon, et Socquet, médecin suppléant du même hôpital. La Société décerne en outre le titre de membre correspondant à M. Socquet. Depuis plusieurs années M. Pétrequin a reçu le même titre.

La Société retire la question du concours.

§ II. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 francs sur la question suivante :

« De l'angine de poitrine. »

La Société a reçu trois mémoires.

Le premier, enregistré sous le n° 1, a pour épigraphe le premier aphorisme d'Hippocrate :

« Ars longa, vita brevis, etc., etc. »

L'auteur a abordé avec méthode et clarté tous les points de la question ; mais il n'en a traité aucun d'une manière complète et propre à faire adopter ses opinions. Il admet, par exemple, que l'angine de poitrine est une névralgie des nerfs cardiaques, et il ne démontre pas qu'elle ne peut être autre chose.

Le n° 2 porte pour épigraphe cette réflexion de Cabanis.

« Hippocrate se montre également en garde contre ces vues précipitées qui généralisent sur des données insuffisantes, et contre cette impuissance de l'esprit qui, ne sachant pas apercevoir les rapports, se traînent éternellement sur des individualités sans résultats. »

L'auteur a remplacé le mot angine de poitrine par celui d'anxiodinie, et c'est là peut-être l'origine des imperfections que l'on reconnaît à son œuvre : partout où il voit resserrement et douleur de la poitrine, c'est pour lui l'angine ; il la trouve jusque dans les accidens produits par le ténia. De là divisions et subdivisions, embarras pour préciser la nature et le siége de la maladie, description diffuse et thérapeutique indécise par la multiplicité même des moyens. Néanmoins l'auteur prouve en plusieurs endroits qu'il était capable de mieux traiter la question.

L'auteur du n° 3 a pris pour devise :

« Recede ut procedas. »

Ordre, méthode, clarté, telles sont les qualités qui distinguent d'abord ce mémoire des deux autres. Mais ce ne sont pas les seules qui lui assurent le premier rang : une force de raisonnement peu commune y juge toutes les opinions qui ont été émises sur l'angine de poitrine ; une critique toujours sévère apprécie les faits sur lesquels les unes, les autres se fondent. L'étude des causes, des symptômes, de la marche de la maladie, rien n'est négligé pour porter au degré d'une proposition démontrée cette opinion que l'angine de poitrine est une névralgie des nerfs cardiaques.

La Société décerne le prix à M. le docteur A. Lartigue, rédacteur en chef de l'ENCYCLOGRAPHIE MÉDICALE.

La Société est heureuse de rencontrer en M. Lartigue un compatriote et le fils de l'un de ses fondateurs.

§ III. — La Société devait décerner un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

« Chercher un procédé pour obtenir la magnésie blanche, légère et toujours très pure. Indiquer avec un soin scrupuleux tous les détails de l'opération. »

La Société a reçu deux mémoires.

Le n° 1 a pour épigraphe cette phrase, que l'auteur s'emprunte à lui-même :

« La magnésie française remplacera désormais la magnésie anglaise. »

L'auteur indique les eaux des marais salans comme présentant toutes les conditions pour fournir à la France la magnésie qu'elle emploie. Il l'obtient par la décomposition du chlorure de magnésium. Cette idée est heureuse et féconde en grands résultats ; mais le procédé qu'il propose pour cette exploitation est peu propre à en réaliser tous les avantages.

Le n° 2, écrit en italien, a pour épigraphe :

« Duce chymiâ, omnia bona speranda. »

L'auteur a à sa disposition un terrain magnésien qui n'existe pas en France ; mais le procédé qu'il préconise pour l'exploitation de la magnésie peut être appliqué partout ; il est simple, facile, économique, et peut servir au traitement des eaux mères des marais.

Ces deux mémoires se prêtent, on le voit, un mutuel secours : l'un par la source qu'il indique, l'autre par le procédé qu'il décrit ; ensemble ils réalisent le vœu de la Société.

La Compagnie, mettant ces deux mémoires *ex æquo*, décerne :

1° Une médaille de 150 fr. et le titre de membre correspondant à M. Cazanove, pharmacien à Perpignan (Pyrénées-Orientales), auteur du n° 1 ;

2° Une médaille de 150 fr. et le titre de membre correspondant à M. Cenedelli, médecin à Pise, auteur du n° 2 (1).

La Société aime à rappeler la reconnaissance du monde médical et des industriels qui profiteront de ces recherches, que le respectable M. Loze père, l'un de ses membres honoraires, a été le fondateur de ce prix.

§ IV. — La Société rappelle ici le texte de la question qu'elle a mise au concours pour 1845, et le préambule dont elle l'a fait précéder :

« Les progrès de l'industrie dans lesquels tous les peuples s'agitent aujourd'hui amènent, à n'en pas douter, de grandes perturbations. Ils ont une puissante influence sur la constitution physiologique des populations, comme sur les maladies qu'elles éprouvent. La médecine est seule compétente pour apprécier cette double influence. Il est temps qu'elle s'en occupe, car ses études et ses avertissemens doivent tourner au profit de la morale et de l'hygiène publiques. »

La Société de médecine, dans l'intention de provoquer les esprits sérieux à cette œuvre si importante, propose la question suivante :

« Quelle influence l'industrie exerce-t-elle sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers ? »

Le prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1845.

§ V. — Les classifications diverses qui ont été faites depuis un demi-siècle pour les maladies de la peau ont exercé une grande influence sur leur diagnostic et sur leur thérapeutique. Ça n'a pas été toujours à l'avantage de l'un et de l'autre, et trop souvent l'esprit du médecin reste indécis sur les principes qu'il doit suivre. Le temps semble être venu pour dissiper toutes les incertitudes qui règnent encore après les travaux des hommes célèbres qui ont fait des maladies de la peau une étude spéciale ; mais on ne peut espérer d'obtenir ce résultat que par une longue comparaison clinique. La Société, en mettant la question suivante au concours, espère que ceux qui la traiteront n'oublieront jamais que les faits seuls donneront une grande importance à leurs travaux.

« Quelle est la classification des maladies de la peau, qui a contribué le plus aux progrès de leur thérapeutique (2) ? »

Le prix, qui est une médaille de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1846.

§ VI. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitans de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ VII. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans et à récompenser leurs efforts.

La Société a reçu cette année un assez bon nombre de mémoires manuscrits sur divers sujets. Elle a trouvé dans tous des preuves authentiques de savoir et de zèle, et tous méritent également sa reconnaissance ; mais elle en a distingué particulièrement deux, qui appartiennent l'un à M. le docteur Lalanne, et l'autre à M. le docteur Philippe.

M. le docteur Lalanne a donné la relation d'une épidémie de variole, de va-

(1) Ces mémoires seront imprimés dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

(2) Les mémoires envoyés sur cette question devront être remis au secrétariat de la Société, le 15 mars 1846.

rioloide et de varicelle, qui a régné à Agen et dans ses environs, en 1841. Sa description est faite sur un bon modèle; des faits nombreux et saisissans de vérité font assister le lecteur à toutes les péripéties d'un fléau, dont nous serions peut-être affranchis aujourd'hui si presque partout le préjugé ne frappait la vaccine de stérilité.

M. le docteur Philippe s'est livré à des expériences nombreuses et variées pour étudier ce qui se passe après la section des muscles de l'œil; il en a déduit des considérations pratiques qu'il a appliquées et dont il n'a eu qu'à s'applaudir.

La Société, toujours heureuse de récompenser de pareils travaux, décerne :

1° Une médaille d'encouragement à M. le docteur Lalanne, médecin à Agen;

2° Une mention honorable à M. le docteur Philippe, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

La Société compte, depuis plusieurs années, ces deux médecins parmi ses membres correspondans.

§ VIII. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver par des expériences exactes son efficacité aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfans de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques, les plus complets, des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

La Société verrait avec plaisir que ces tableaux fussent plus que de simples nomenclatures. Elle désirerait qu'ils offrissent, autant que faire se pourrait, des faits, des observations, qui serviraient à compléter nos connaissances sur la découverte de Jenner.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfans vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

La Société n'a à couronner cette année aucun travail de ce genre. Elle en est d'autant plus étonnée, que la présence de la vapeur dans ce département a dû ramener beaucoup d'esprits à la découverte Jennerienne.

§ IX. — Les mémoires écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, n° 67, ceux pour 1845 avant le 15 juin prochain, et ceux pour 1846, le 15 mars de la même année.

Les membres associés résidans de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrens des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondans. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 11 novembre 1844.

FAGET, *président*.

BORGUET, *secrétaire général*.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES HYDROTOMIQUES ET MICROGRAPHIQUES; par A.-E. Lacauchie, professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, etc. — Chez J.-B. Baillière.

Le mot hydrotomique est introduit dans la science par M. Lacauchie; il exprime parfaitement la méthode aussi simple qu'ingénieuse qu'il vient d'ajouter à celles dont l'anatomie fait usage : les injections, la dessiccation, la coction, la macération, qu'employait de préférence Malpighi, et que M. Flourens a remises en honneur dans ses recherches sur la peau, le microscope enfin, ont fourni chacun leur contingent de découvertes; il semblait que le corps humain, fouillé avec tant d'art, tourmenté par les modes d'investigation les plus variés, n'eût plus rien à livrer à l'opiniâtre enquête des anatomistes. On sait, en effet, que dans les sciences les plus positives, l'esprit humain vient se heurter contre des limites assez étroites, et qu'au delà le travail des sens aboutit au vertige et à l'illusion. C'est donc une véritable bonne fortune qu'une méthode nouvelle qui réussit à mettre en évidence les conditions les plus délicates de l'organisation, sans compromettre la sûreté du regard, sans rien ôter à la faculté si nécessaire du contrôle; au contraire, elle grossit la réalité, elle la rend palpable aux plus vulgaires observateurs; et tandis que le microscope sollicite je ne sais quelle subtilité visuelle, qui est à l'observation ce que le tact est à la pratique médicale, tandis que la macération déforme, décompose, éparpille les élémens de la trame organique, de manière à ne laisser à l'investigateur que la ressource de l'induction, et les hasards d'une reconstruction idéale des parties ainsi détruites; l'hydrotomie respecte les formes organiques, divise sur place les tissus, sans léser leurs apparences, isole sans rompre, révèle plus exactement la structure et les rapports des parties, en les décolorant et en augmentant leurs proportions, leur communique une transparence qui ouvre à l'œil des perspectives inespérées, jusque dans la profondeur des organes. Jusqu'à M. Lacauchie, l'eau n'a joué entre les mains des anatomistes qu'un rôle très secondaire; employée pour chasser le sang et frayer la voie aux matières propres d'injection, elle a fini par être entièrement proscrite, depuis que Duméril, Marjolin et Lauth lui ont reproché de traverser les conduits circulatoires, et de s'infiltrer aisément dans le tissu cellulaire. Or, cette infiltration, mal étudiée, mal appréciée, constitue précisément une sorte de dissection qu'il est possible d'opérer artificiellement, à volonté, sans aide, sans fatigue, et avec une grande promptitude. Singulière inadvertance de l'esprit! Quel médecin n'a remarqué chez certains malades, envahis par l'œdème, par l'hydropisie, ces effets de l'infiltration des tissus qui semblent une dissection sur le vivant, et nul n'a songé à tirer parti, dans l'intérêt de l'anatomie, de la cause de tels phénomènes, bien qu'il soit aisé de la créer et de la mettre en jeu. Autre bizarrerie! Les cadavres œdématiés ont toujours été rebutés dans les amphithéâtres, comme impropres aux recherches exactes de l'anatomie : il est vrai que le scalpel se lasse à diviser, parmi des flots de liquide, des tissus flasques et ramollis; mais combien il était simple d'y appliquer seulement le regard nu ou armé du microscope : et c'est ce qu'on n'a pas fait. Un rein, encore entouré de sa gangue cellulo-graisseuse, avait été soumis au lavage, à l'aide de l'eau tombant d'un réservoir élevé de trois à quatre mètres (de bonne heure M. Lacauchie avait remplacé par ce moyen la seringue, qui exige une manœuvre pénible); quelle fut sa surprise, quand trois quarts d'heure après il vit que la pièce avait acquis un développement considérable, par la distension aqueuse du tissu cellulaire, dont les aréoles avaient une transparence comparable en quelques points à celle du corps hyaloïde! Au milieu de cette masse diaphane on saisissait dans les moindres détails les grappes adypeuses, les filets nerveux, les ganglions lympathiques et les vaisseaux, etc. Ce phénomène curieux devint pour M. Lacauchie le point de départ d'une longue série de tentatives et de recherches, dont le résultat est la conquête d'une méthode d'investigation vraiment merveilleuse. Il faut lire, dans l'ouvrage que nous signalons ici, les détails d'exécution qui n'égalent, ni par le nombre, ni par la fatigue, les apprêts de la moindre dissection au scalpel : « Aux dissections minutieuses et longues par la pince et le scalpel se substituent de simples coupes dans l'épaisseur des pièces infiltrées, qui dévoilent un ensemble de détails bien différent des aspects auxquels nous sommes habitués par la pratique ordinaire. Ces coupes, en se multipliant, suivant un certain nombre de plans dont on se rend compte, donnent une idée aussi prompte que complète de la disposition des organes envisagés sous tous les rapports anatomiques. » Cette appréciation des effets de l'hydrotomie ne paraîtra point exagérée à ceux qui ont été appelés à les examiner, et de ce nombre sont tous les membres de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de la Faculté qui portent un intérêt spécial aux études anatomiques. M. Lacauchie s'est empressé de convier tous ces savans distingués à la vérification des résultats dont il est redevable à l'hydrotomie. Quelques préparations font surtout ressortir l'importance de cette méthode : telles sont l'infiltration de la tête entière et intacte, l'infiltration comparée de la langue de l'homme et de celle de plusieurs animaux (cheval, bœuf, chien, etc.), celle des membres, des viscères thoraciques pris ensemble ou séparément; dans l'abdomen, l'action hydrotomique sépare les élémens des parois abdominales et met en évidence les vaisseaux et les nerfs de toute sorte, placés en si grand nombre au-devant du rachis et dans l'épaisseur des mésentères. Enfin, la préparation du cordon spermatique est d'un effet extraordinaire; elle détermine une injection de lymphatique qui ne peut être comparée à rien de ce qu'on a vu jusqu'à présent.

M. Lacauchie ne s'est point borné à doter l'anatomie d'une nouvelle méthode d'investigation, destinée sans contredit à augmenter ses richesses et propre à faciliter un grand nombre d'expériences nouvelles; il a voulu ouvrir lui-même la carrière de ces recherches, et la première récolte qu'il y a faite, est de nature à l'encourager dans son entreprise et à attirer sur ses pas plus d'un collaborateur. Le mémoire qu'il vient de publier et auquel s'applique en toute vérité le mot d'un ancien : *multa paucis*, contient des études sur les tuniques de l'estomac et des intestins, sur les glandes digestives et des autres glandes de ces organes, sur la structure, les usages et les mouvemens contractiles des villosités, sur le liquide que l'on trouve après la mort dans les grandes cavités closes, etc. Rappelons brièvement les principaux faits que M. Lacauchie signale pour la première fois dans son mémoire; ils témoignent et de l'originalité de ses recherches et des résultats que promet encore la méthode à laquelle il attache si solidement son nom.

L'infiltration, conduite et réglée d'après les procédés de M. Lacauchie, rend très manifeste l'appareil musculaire de l'intestin grêle, et montre que dans les deux tiers supérieurs de cet intestin la couche musculaire

longitudinale n'enveloppe point tout le tube, mais se réunit en une bande le long de son bord libre. M. Lacauchie a constaté que la graisse existe toujours dans la conche celluleuse, sous-muqueuse de l'intestin, et par conséquent entre cette dernière et la musculeuse. Tous les anatomistes avaient nié ce fait, excepté un seul dont l'assertion contraire était restée dans l'oubli. M. Lacauchie, jaloux de vérifier la priorité de ses découvertes, s'est livré à d'immenses recherches d'érudition, et c'est ainsi qu'il a pu faire honneur à Leenwenhœk de la constation de cette graisse qui s'accumule parfois en quantité considérable. Voici un fait plus important: en soumettant à l'examen hydrotomique la membrane muqueuse du gros intestin de l'homme, du chien, du cheval, du mouton, M. Lacauchie a reconnu l'existence de tout un système de glandes en tubes (pl. 3, fig. 7, 8, 9) qu'il nous a fait voir de la manière la plus nette, ainsi qu'à la plupart des anatomistes de Paris. Il a retrouvé ces glandes dans toute l'étendue des intestins grêles et de l'estomac. Ces petits organes sont innombrables, d'une régularité parfaite, de dimensions variables, suivant les espèces et dans les différentes portions d'intestin d'un même animal; ce sont ces glandes évidemment qui fabriquent les liquides gastrique et intestinal que Ruysch, Sommering, Bichat et tous les modernes attribuent à *l'exhalation*. Des organes si apparens, si nombreux, si importans, pouvaient-ils avoir échappé à l'attention de tous les observateurs? Encore ici, M. Lacauchie, se défiant de la fortune de ses investigations, a fait un retour scrupuleux au passé de la science, et, au lieu de se prévaloir d'une découverte payée pourtant au prix d'un grand labeur, il se contente de faire une restitution que peu d'anatomistes à coup sûr lui auraient imposée de science certaine. Un anatomiste italien, Galeati, avait vu ces mêmes glandes, et il a publié dans le tome 1er DES COMMENT. SOC. BONON. 1737, un mémoire sur ce sujet, ayant pour titre de CRIBRI FORMI INTESTINORUM TUNICA. Cet observateur était arrivé à cette découverte dans une série de recherches qui avaient pour objet l'étude des villosités. M. Lacauchie a soin de montrer (p. 19, § 37) que les travaux de Malpighi, de Brunner, de Wepfer, de Pechlin, avaient singulièrement aidé Galeati; et il fait voir ensuite que de Galeati à nos jours, ces faits s'étaient complètement éclipsés et comme perdus; ce fâcheux résultat, M. Lacauchie l'attribue à l'influence qu'exercèrent sur la science les doctrines de Ruysch, luttant contre Malpighi, avec d'autant plus davantage, qu'il a pu prolonger le combat plus de vingt ans après la mort de son puissant adversaire. Qu'on lise à ce sujet le passage important du mémoire de M. Lacauchie (du § 49 au § 68); il a condensé dans ces pages avec une nerveuse concision les considérations et les faits qui se rattachent à ce point capital de l'histoire de l'anatomie; il y ouvre une vue nouvelle sur cette science, et il arrive à renouer ses plus récens progrès à la chaîne du passé par un anneau inaperçu jusqu'à lui: heureuse alliance des qualités de l'investigateur d'amphithéâtre avec les connaissances historiques et une rare faculté de synthèse.

M. Lacauchie rappelle que jusqu'au milieu du dix-septième siècle la science admet la sécrétion et l'exhalation; mais qu'alors Malpighi, Glisson, Pechlin et quelques autres se refusent à admettre l'existence simultanée de ces deux actes, affirmant qu'entre le liquide vivant de l'économie et le dehors il existe toujours une trame organique, un appareil d'élaboration, une glande en un mot. Malpighi est conduit par ses belles recherches à admettre que toute glande, quel que soit son volume, n'est qu'une agglomération de glandes simples qu'il définit; *membranula cava cum emissario*. La théorie de Ruysch, qui rapporte tout le travail sécréteur à une force inexplicable naturellement inhérente aux vaisseaux, vient étouffer la doctrine de Malpighi que ne sauve pas et que ne pouvait sauver la mémoire de Clopton Havers sur les *glandes mucilagineuses* du corps et des articulations en particulier. M. Lacauchie relève aujourd'hui les découvertes de l'anatomiste italien en établissant d'une manière incontestable que l'on trouve la *membranula cava* dans tous les organes considérés comme glanduleux. Se demandant ensuite si la forme cave déprimée est une condition essentielle de sa structure, il fait voir que cette forme n'est qu'un artifice de la nature pour agrandir l'étendue de cette membrane en même temps qu'il la met à l'abri du contact irritant des corps étrangers qui sont dans un rapport constant avec la surface à laquelle est réservée la matière sécrétée; que cette membranule étendue d'une manière plane ne perd point son pouvoir organique, et allant plus loin, il reconnaît que la nature a pu agrandir cette membranule, non plus en la déprimant, mais en la faisant saillir en avant du plan dont elle fait partie, et qu'il existe ainsi toute une famille de glandes qu'il appelle *glandes par projection*, et dont il nous montre les espèces dans les cavités articulaires, dans l'arachnoïde, dans les plèvres et le péritoine. L'attention des anatomistes et des physiologistes s'attachera nécessairement aux faits et aux vues nouvelles que M. Lacauchie développe dans cette partie de son travail, dont l'importance n'a pas besoin de commentaire.

Dans les paragraphes 73, 74 et suivans, M. Lacauchie s'applique à démontrer par les faits une théorie dont il paraît fortement pénétré, savoir, que la graisse, matière nutritive en réserve, est consommée sur place pour les différens besoins de sécrétion et de nutrition. — En parlant des autres glandes intestinales, l'auteur démontre que les glandes agminées (de Peyer ou de Pechlin) constituent véritablement des organes, qu'on les retrouve chez tous les carnivores, herbivores et omnivores, et, par conséquent, que les observateurs qui ont voulu à plusieurs reprises (MM. Natalis Guillot, Cas. Broussais, etc.) ne voir dans ces plaques que des surfaces altérées ou modifiées par la maladie, se sont entièrement trompés. Un fait que M. Lacauchie a vérifié sans le secours de l'hydrotomie, c'est la contractilité des villosités; il l'a découverte en observant ces organes immédiatement après les avoir détachés du corps. Ce fait a d'autant plus d'intérêt que, depuis quelque temps, les Allemands, Muller, Henle, etc., inclinaient à admettre la *nature musculeuse* des vaisseaux lymphatiques. La notion expérimentale de la contractilité des vaisseaux lymphatiques jette une lumière inattendue sur le mécanisme de l'absorption et de la circulation du chyle et de la lymphe. Nous signalerons encore au lecteur un passage (§ 118) sur l'identité de toutes les membranes tégumentaires et sur certaines différences de détails qui ont été méconnues et partant dénaturées. Dans cette famille de tissus, M. Lacauchie fait entrer les séreuses; partant de l'idée de la triple fonctionnalité des surfaces d'enveloppe (toucher, absorption, excrétion), il montre, dans les trois ordres de tissus tégumentaires, peau, muqueuses, séreuses, la subordination constante et rigoureuse des élémens anatomiques à l'importance relative de ces trois actes physiologiques: ce rapport s'exprime non seulement par l'abondance de tel ou tel élément anatomique, mais encore par sa position; là où l'absorption domine et caractérise en quelque sorte l'organe, l'appareil multiple qui accomplit cette fonction se présente en saillie et avec une prodigieuse multiplication de surface (villosités intestinales); au contraire, la peau a pour office principal de nous donner le sentiment des corps qui nous entourent et de décrire en quelque sorte la sphère de notre conscience organique et physiologique; aussi l'appareil de houppes nerveuses, qui semble une vigie placée entre nous et le monde extérieur, est-il projeté en avant des plans cutanés où s'exécutent les phénomènes de l'absorption et de l'excrétion.

On voit par cette analyse, trop courte encore, avec quelles idées M. Lacauchie s'attaque à l'anatomie; ce n'est point un vulgaire artiste de scalpel, de microscope et d'injections aqueuses. Il ne s'arrête pas aux circonstances brutes de la matière organisée, même alors qu'il les constate pour la première fois ou qu'il les détermine avec plus de précision et de fidélité que ses devanciers: intelligence vigoureuse et qui ne s'enfonce si profondément dans le détail que pour s'élever plus haut dans la généralisation, il vivifie le cadavre, il fait parler la matière morte, il passionne le labeur de l'amphithéâtre par la coïncidence de l'interprétation physiologique. Chef des travaux anatomiques à l'école d'Alfort avant d'avoir abordé la médecine et la chirurgie, M. Lacauchie possède la ressource et la compétence des études comparées de l'organisation animale; il en use incessamment et avec profit. Joignez à ces avantages une persévérance qui ne compte ni avec les années ni avec les sacrifices de tonte sorte. C'est ainsi que l'opuscule qui suggère cet article est le résultat laconique de sept à huit ans de recherches; encore n'aurait-il pu les poursuivre en dehors des établissemens publics auxquels il a successivement appartenu. Grâce à la haute sollicitude de M. le ministre de la guerre, le Val-de-Grâce offrira désormais un rare ensemble de moyens d'investigations qui ne se rencontre guère qu'au Muséum, au collége de France et à la Sorbonne. L'administration de la guerre a largement doté l'école de perfectionnement de la médecine militaire pour qu'elle puisse concourir efficacement au progrès de la science; les travaux de M. Lacauchie, et ceux que plusieurs de ses collègues ont déjà publiés, prouvent l'utilité des dépenses faites par l'administration et justifient l'opinion qu'elle a fondée sur le talent des hommes auxquels elle a confié l'enseignement le plus difficile et le plus élevé de la médecine militaire: puissent les professeurs recueillir eux-mêmes le fruit de leur complet et laborieux dévouement!

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 50. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1844.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par MM. A. Becquerel et A. Rodier, docteurs en médecine; mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 novembre 1844.

(Suite. — Voir les numéros 47, 48 et 49.)

CHAPITRE IV.

DU SANG DANS LA CHLOROSE.

Bien avant qu'on songeât à analyser le sang, on avait admis par supposition que ce liquide était altéré dans la chlorose et que cette altération devait jouer un rôle important dans les symptômes qu'on observait.

Les expériences de MM. Lecanu et de Fœditsch vinrent remplacer ces suppositions par des faits et démontrèrent que cette altération du sang consistait dans une diminution de la proportion des globules et de celle du fer. La science cependant n'était pas encore irrévocablement fixée à cet égard lorsque les travaux de MM. Andral et Gavarret établirent d'une manière définitive que dans toute chlorose le chiffre des globules avait subi une notable diminution, dont le degré, il est vrai, pouvait être très variable.

On se demanda dès lors quel était le rôle de cette altération du sang?

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Les vacances sont terminées, les touristes sont de retour, et avec les médecins reparaissent les maladies; l'épidémie de santé qui se prolongeait sous l'influence d'une température méridionale commence à s'affaiblir; la santé risque de passer à l'état sporadique; l'hiver a paru subitement comme par improvisation; il débute avec une brutalité depuis longtemps inusitée; de son premier souffle il a fait tomber à zéro le classique indicateur des caprices de l'atmosphère: il faut voir ce pauvre Paris, drapé dans la neige, grelottant sous le givre, écrasé par un immobile amas de nuées blafardes, se frottant les yeux pour voir clair à midi au reflet d'un jour indécis qui rappelle le crépuscule des Lapons, allumant ses reverbérès à trois heures pour constater l'identité des passans; en vérité, quelques degrés thermométriques de plus ou de moins changent bien la face des choses; toutes les splendeurs de la civilisation s'effacent dans les brumes d'un jour d'hiver; et cette capitale, si fière de son luxe, de ses arts, de ses monumens, que devient-elle sous le masque fuligineux de ces journées de décembre? Un peu de vapeur d'eau, condensée en brouillards par suite d'un abaissement de température, ternit tout l'éclat de ses merveilles; et à côté du spectacle maussade qu'elle présente, l'imagination ou le souvenir évoque quelque tableau des régions qu'un soleil fidèle vivifie en tout temps, un coin de port méditerranéen où la mer scintille, un oasis arabe que des senteurs aromatiques révèlent au voyageur avant qu'il puisse l'apercevoir. La civilisation est grande et Paris est son prophète; mais ce prophète ne parle que quand il est frappé d'un rayon de soleil, ni plus ni moins que la statue de Memnon dont on nous a entretenus au collége.

Je connais une bonne ville de l'est où les habitans regardent aux toits des maisons pour constater le retour de l'hiver; tous les ans, en effet, et presque à jour fixe, une escouade de cigognes immémoriales vient s'abattre sur la vieille cité et se répartit sur un certain nombre de maisons sur lesquelles on les voit percher mystérieusement comme des vigies de l'avenir. A Paris, la saison d'hiver a aussi ses précurseurs et ses indices certains; c'est sur les murs du quartier latin qu'il faut les chercher: aux approches de novembre, ils se couvrent d'affiches à l'adresse de la gent disciplinaire: livres classiques, réimpressions, éditions nouvelles, cours et répétitions, préparations aux examens, ouverture des cliniques, leçons gratuites ou payées, annonces et réclames, c'est merveille que de voir l'envahissement des murs en évidence par les pancartes, affiches sur papier ou en peinture. Il en résulte des hasards piquans: tels confrères connus par leur peu d'affinité de caractère ou d'idées, hurlent de se voir accouplés sur

devait-on la considérer comme constituant toute la maladie ou bien senlement comme n'en étant qu'un simple élément, ooe conséqoeoce? Malgré les sages réserves de MM. Aodral et Gavarret, on alla trnp loin, et beaucoup de médecins considérèreot l'altération de ce liquide comme constuaot la maladie elle-même; c'est une opinion que oons ne partageons pas. La diminntion des globules est une circonstance qui pent compliquer un certain nombre d'états morbides différens, oo éo être la conséqueuce; mais pent-on dire pour cela que les individus qui la présententsoient chlnrotiqoes?

D'après les faits qne nous avnns observés, nons peosoos que la chlorose est uoe maladie caractérisée par nn certain oombre de désordres dont le plns constant et le plns saillant, mais noo l'onique, est nne diminution de la proportion des globules du sang. Il est tellement vrai que cette modification du sang n'est qu'une conséqueoce de la maladie, qu'il est rare qne cette diminntioo ait tonjours lieo au même degré; que souvent peu considérable an débnt, elle n'augmente qu'ensuite progressivement. Disons encore qu'assez souvent l'abaissement du chiffre des globules n'est point eo rapport avec l'iotensité des désordres observés; que peut-être même enfin la cblorose peut exister sans diminution des globules. Nous reviendrons sur cette dernière questioo en terminant cet article.

La chlorose préseote du reste d'autres caractères que ceux d'une simple anémie, snsceptible de se développer à la suite de causes très différentes. Aussi n'est-il pas exact de dire qo'elle n'est tout simplement qu'noe anémie essen-ielle. Sans doute, il y a heaucoup de phénomènes communs, tels sont en particulier la pâleur, l'affaiblissemeot, les palpitations, le brnit de souffle aux carotides, etc.; ce qui se compreod facilement, puisqu'il y a anssi un graod fait commun, la diminntion des globules; mais, sans discoter ici lnnguement cette question, nous croyons pouvoir dire que cette diminutioo est simplement uo des élémens, one des conséqueoces de la chlorose, de même qu'elle peut aussi être la conséquence ou l'effet d'autres états morbides.

Nous pouvons du reste appeler immédiatement l'attention des praticiens sur une circonstance dnnt il a déjà été questioo, et qui peut s'observer dans la chlorose, taodis qu'elle n'a pas ordioairemeot lieu daos l'état dit anémique.

Chez les chlorotiques, avons-nous dit plus haut, il pent se développer uoe véritable pléthore, une surcharge du système vasculaire qui peut reod·e compte du développement d'un certain nombre d'accidens observés dans cette ma'adie, et de l'amélioration qu'ont déterminée les saignées conseillées en pareil cas. Or, rien de semblable o'existe dans l'état général qui suit les pertes abondaotes de sang ou de liquides quelcooques, etc., et auquel on est convenn de donner le nom d'anémie.

Ceci étant bien établi, nous alloos parler de la composition du sang dans 6 cas de chlorose bien constatée, nous réservant de parler à la fin de 2 autres cas extrêmement importans pour la théorie de cette maladie.

Les 6 femmes atteintes de chlorose bien caractérisée étaient âgées de 17 ans (1 cas), 22 (1), 23 (3), 24 (1).

Dans 4 cas, la chlorose était fraoche et simple, ses symptômes étaieot ceux qu'on nbserve ordinairement, 3 fnis il existait uo bruit de souffle daos les carotides, et une seule fnis au cœur et dans les carotides à la fois. Ce fut un cas où la chlorose était portée ao maximum d'intensité. Dans les 2 autres cas, une fnis la malade, âgée de 23 ans, était probablement atteinte en même temps d'one maladie du cœur qui remontait à trois ans à peu près et s'était développée à la snite d'un rhumatisme articulaire aigu. Il existait un bruit de souffle an cœur (1er temps), dans les carotides et le long de l'aorte thoracique et abdominale.

Le dernier cas enfio est relatif à one jenne fille âgée de 24 aos, atteinte d'une chlnrose bien caractérisée, avec bruit de souffle dans les carotides. On redoutait chez elle le développemeot de tuhercules pulmnoaires, en raison de quelqnes hémoptysies antécédentes et d'une toux qui datait de trois à quatre mois, sans toutefois qu'ancuo signe physiqoe vînt déceler leur présence.

Dans tons ces cas, la saignée était positivement iodiquée par les troubles fooctioonels, la céphalalgie, la somnolence, une sensation de bouffées de chaleur à la face, plénitude et développement du pouls; et, dans 2 entre autres, par un mouvement fébrile simple bien caractérisé et développé sans aucune autre cause appréciable.

La composition moyenne du sang dans ces 6 cas de chlorose fut la suivante.

COMPOSITION DU SANG DANS LA CHLOROSE.

Densité du sang défibriné...	1045,8	Séroline....................	variab.
— du sérum..........	1028,1	Matière grasse phosphorée.	0,541
		Cholestérine..............	0,054
Eau	828,2	Savon......................	0,888
Globules...................	86		
Albumine..................	72,1	SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.	
Fibrine....................	3,4		
Matières extractives et sels libres..................	8,8	Chlorure de sodium.......	3,1
		Sels solubles..............	2,3
Matières grasses..........	1,503	Phosphates................	0,441
		Fer.......................	0,319

On peut conclure de ce tableau et de celui qui exprime la composition dans chaque cas eo particulier ce qui soit :

Dans la chlorose, les globules sont fortemeot diminoés de quantité, et ils le sont à des degrés très différeos. Cette diminution est du reste tellement variable que le chiffre moyen que nous avons doooé a peu de sigoification.

Le chiffre de l'albumine est un pen élevé, ce qui n'est qu'une apparence due à la diminution des globules. Eo réalité, ce chiffre est normal. La deosité du sérum est élevée, taodis que celle du sang défibriné est très basse.

La fibrine est, en général, un peu au-dessus de la moyeone normale; ainsi dans nn cas elle fut représentée par le chiffre 5, sans que chez la malade il y eût aucune trace de phlegmasie.

Les matières grasses et les sels étaient dans des proportions tout à fait normales.

Les résultats que nous a fourois l'analyse du sang dans les 6 cas de chlorose ont été assez constans et assez semblables eotre eux pour que nous puissions compter sur leur exactitude; aussi nons permettent ils de conclure que dans cette maladie il y a abaissement du chiffre des globules; conservation du chiffre oormal ou élévation de celui de la fibrine.

Avant de passer à l'examen du sang daos ooe autre maladie, oous devons exposer l'histoire de 2 malades dont tous les symptômes étaient ceux de la chlorose et daos lesquels cependant il n'y eut pas diminution des globules.

le même mur, côte à côte, c'est-à-dire affiche contre affiche; sous le nom d'un professeur dont on annonce le cours, on lit celui d'un agrégé qui se prépare par l'enseignement gratuit à le remplacer tôt ou tard; les spécialités et les encyclopédistes se partagent fraternellement la publicité du même coin de rue; et tel auteur dont l'ardeur pour le progrès est proverbiale voit en passant ses ouvrages affichés au dessus d'une borne.

La rentrée de la Faculté de Paris s'est signalée par un phénomène qui pourrait devenir inquiétant: l'accroissement du nombre des élèves, peu considérable il est vrai, mais toujours fait pour surprendre au spectacle de notre profession: un chiffre isolé n'a point de valeur; il faudra rapprocher les données statistiques de nos établissemens d'instruction médicale, et voir, par exemple, si à l'augmentation des élèves de Paris ne correspond pas une diminution parmi ceux des écoles secondaires. Le progrès de la population réagit d'ailleurs sur le personnel des différentes carrières et sur celui des écoles qui y préparent. Le recensement fait en 1841 a donné pour chiffre de la population 34,230,178, c'est-à-dire 1,669,244 de plus qu'en 1831; la prospérité de notre profession est assurément au prix d'une réduction de son personnel; mais il y a lieu de tenir compte de la marche progressive de la population générale du royaume; il pourrait y avoir augmentation apparente et diminution réelle du nombre des élèves et des médecins. Toutefois la pénurie n'est pas près de se faire sentir; le fait aggravant de la superfétation subsiste; le temps seul l'amortira avec le concours de ceux qui ont pouvoir sur notre avenir, et au premier rang desquels nous plaçons les examinateurs des facultés pour les différens grades qui conduisent au doctorat. La sévérité des épreuves aura le double avantage de diminuer le nombre des aspirans et de ne laisser passer par le crible que d'excellens élémens de recomposition pour le corps médical en France; de grandes améliorations ont été introduites dans le mécanisme de la fabrication des docteurs; nous nous plaisons à les reconnaître et à en rapporter l'honneur à l'illustre doyen de Paris; mais il reste à compléter ce système de prophylaxie professionnelle contre l'invasion des médiocrités et des incapacités; il se délivre encore bien des diplômes hasardeux: supprimer les entraves matérielles qui écartent souvent des carrières libérales les intelligences les mieux faites pour les honorer, renforcer les garanties d'aptitude et de savoir, telle doit être la pensée sommaire de ceux qui ont mission de proposer et de provoquer des réformes et des innovations en matière de médecine enseignante. Sous ce rapport comme sous plusieurs autres, la médecine militaire présente des exemples à imiter: par une série de mesures qui attestent une haute sagesse d'administration et une libérale intelligence de notre époque, le ministre de la guerre est parvenu à affranchir les élèves des hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement de toutes les redevances universitaires: la gratuité du doctorat, des émolumens progressifs qui commencent avec la deuxième année de scholarité, sont les premiers avantages qu'offre aujourd'hui la carrière de la médecine militaire; en revanche, une série d'examens et de concours, échelonnés sur la durée des études, établit une sorte de triage des élèves et ne laisse arriver aux grades qui entraînent la pratique responsable de l'art que des hommes également éprouvés dans la théorie et dans les applications de la science. De là la force croissante des études dans les écoles de médecine militaire et notamment au Val-de-Grâce; de là les résultats remarquables qu'ont fournis les derniers concours de fin d'année, et que le directeur de l'ad-

1er CAS.—Une fille née en Savoie, âgée de 27 ans, à Paris depuis huit mois et ayant trouvé de suite à s'occuper (elle s'est mise à faire des ménages) offre les apparences d'une bonne constitution. Cependant elle a la peau blanche et marquée de taches de rousseur, les cheveux d'un blond ardent, les yeux bleus. Son travail était assez fatigant; elle ne manquait de rien, se nourrissait bien et avait assez d'embonpoint. Réglée à 16 ans, elle a cessé de l'être depuis un an, sauf peut-être une ou deux fois où elle a vu une très petite quantité de sang. Il y a sept ans elle eut en Savoie une fièvre intermittente quotidienne qui a duré près d'un an. Depuis huit mois qu'elle est à Paris, sa santé n'a pas été très bonne, ce qu'elle atribue au chagrin d'avoir quitté son pays. Les règles ne sont pas revenues, et depuis ces derniers temps elle se plaint de céphalalgie, de vertiges, de palpitations et de dyspnée quand elle monte un escalier. Elle vint à la consultation de l'hôpital de la Charité pour se faire saigner, et avant de pratiquer cette petite opération nous avons pu constater, outre tout ce que nous venons de dire, l'état suivant : teint pâle et un peu jaune, céphalalgie, vertiges fréquens; état nerveux bien développé, pleurs faciles, diminution sensible des forces depuis un mois ou deux; il n'y a pas d'autres troubles digestifs, que quelques maux d'estomac. Suppression des menstrues; leucorrhée à peu près continuelle, mais peu abondante. Dyspnée causée par la marche et l'ascension; palpitations, 80 pulsations; pouls petit et filiforme, nulle chaleur, aucun bruit de souffle au cœur; mais nous notons (et nous retranscrivons ici textuellement nos notes) *bruit modèle de diable* dans les deux carotides. Cette fille toussait de temps en temps et expectorait quelquefois des crachats jaunâtres; la percussion et l'auscultation ne donnèrent d'ailleurs aucun signe particulier.

2e CAS.—Il s'agit d'une fille âgée de 26 ans, couturière, à Paris depuis dix mois, maigre et d'une apparence chétive, ayant la peau blanche, les cheveux châtain foncé, les yeux noirs. Elle est assez à son aise, travaille modérément, gagne bien sa vie, se nourrit bien et mange souvent de la viande. Réglée à 17 ans, il y a cinq mois qu'elle a cessé de l'être, et cela sans cause appréciable. Elle a eu depuis ce temps beaucoup de flueurs blanches. Jamais elle n'a fait de maladie. Depuis un mois, elle est souffrante, ses forces diminuent; elle perd l'appétit, se plaint de céphalalgie, de vertiges, de quelques douleurs d'estomac. Depuis la cessation de la menstruation elle se plaignait de palpitations et de dyspnée. Venue à la consultation de la Charité, ce ne fut que sur ses instances réitérées que l'on se décida à la saigner. Elle présentait, outre ce qu'elle a raconté, l'état suivant : teint pâle, un peu plombé, amaigrissement, forces diminuées, céphalalgie, vertiges, pleurs et colère faciles. Elle est plus triste qu'avant, et cela sans cause. Le tube digestif est en bon état, sauf une constipation habituelle. Les urines sont claires et abondantes. Il existe une forte leucorrhée, des palpitations et de la dyspnée. Il n'y a aucun bruit de souffle au cœur. Le pouls petit, faible, 96 pulsations par minute. Il n'y a pas de chaleur anormale. Un bruit de diable très fort existe dans les deux carotides. Les voies respiratoires sont saines.

Voici quelle fut la composition du sang dans ces deux cas :

	1er cas.	2e cas.
Densité du sang défibriné	1055,4	1055,4
— du sérum	1027,9	1027,2
Eau	798,6	792,7
Globules	123,8	126,4
Albumine	66,8	70,5
Fibrine	2,9	2,3
Matières extractives et sels libres	6,6	5,8
Matières grasses	1,287	1,980
Séroline	0,013	0,024
Matière phosphorée	0,400	0,549
Cholestérine	0,080	0,089
Savon	0,694	1,318

SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	2,6	3,9
Sels solubles	2,2	3,4
Phosphates	0,329	0,427
Fer	0,492	0,516

La conclusion rigoureuse de ces faits serait que la chlorose peut exister sans qu'il y ait d'altération du sang; c'est une conséquence toutefois devant laquelle nous reculons; et tout en étant parfaitement sûrs des observations que nous avons recueillies et des analyses que nous avons faites, nous aimons mieux attendre, dans la crainte que quelque erreur imprévue ne se soit glissée dans notre travail plutôt que d'être accusés de précipitation en admettant des faits qui sont en opposition avec ceux qui ont été trouvés par ceux qui nous ont précédé dans cette voie, faits qui démontreraient que la modification du sang dans la chlorose est tout à fait secondaire.

CHAPITRE V.

DE LA COMPOSITION DU SANG DANS LA TUBERCULISATION DES POUMONS.

La question des altérations du sang dans la tuberculisation pulmonaire a depuis longtemps défrayé l'imagination des médecins qui ont créé de nombreuses hypothèses pour rendre raison de la cause première du développement de ce produit accidentel au sein de l'organisme.

Il faut toutefois arriver à MM. Andral et Gavarret pour trouver dans les analyses du sang quelque chose de positif à cet égard. Sans prétendre découvrir ni donner la raison de cette cause première, ces deux médecins ont été conduits à établir que dans la phthisie pulmonaire il existe deux modifications dans le sang.

La première consiste dans une diminution de la proportion des globules, diminution qui, existant dès le commencement de la maladie, persiste et devient de plus en plus considérable jusqu'à la terminaison fatale. « Ainsi, dit M. le professeur Andral (TRAITÉ D'HÉMATOLOGIE, p. 171) la »condition du sang qui coïncide avec le commencement de la phthisie »pulmonaire et qui vraisemblablement la précède, c'est cette condition »générale que l'on retrouve dans tous les cas où, par une cause quel»conque, les forces vitales ont perdu de leur énergie. »

La seconde modification qu'ils ont constatée dans le sang consiste dans une augmentation du chiffre de la fibrine, augmentation qui se produit seulement lorsqu'une inflammation vient à se développer autour du produit organique, soit en raison de son voisinage, soit en raison d'un travail d'élimination.

De ces deux modifications dont nous venons de parler, la première précède le développement des tubercules et persiste autant qu'il dure. La

ministration de la guerre a lui-même proclamés au nom du ministre, dans une allocution prononcée en séance publique. Nous croyons qu'il est possible d'introduire dans les facultés quelques réformes analogues, d'y établir une gradation plus étroite et plus suivie dans les épreuves, de resserrer les liens qui attachent des élèves à chaque école, d'entretenir leur zèle et d'assurer la marche ascendante de leur instruction par les impulsions d'une sollicitude plus active et pour ainsi dire plus familière; car n'est-il pas vrai qu'il existe aujourd'hui entre le professeur et l'élève une distance qui n'est franchie que par la parole officielle, et que les jeunes esprits que leur vocation appelle à la médecine ne trouvent point au sein de leurs maîtres cette sorte d'incubation scientifique nécessaire à leur éclosion? Or, quand on voudra compléter la machine de l'enseignement des Facultés et la mettre en jeu, les matériaux se trouveront sous la main. L'École pratique qui existe dans chaque Faculté réunit une phalange de sujets choisis; l'internat présente une seconde élite; et cependant les élèves qui ne sont admis ni dans l'École pratique ni à l'internat parviennent au doctorat comme les autres; qu'est-ce à dire? et pourquoi créer ainsi, dès le point de départ, des catégories de futurs docteurs, comme si l'exercice de l'art ne devait point reposer sur une somme constante de garanties de science et d'aptitude pratique? Élargissez les cadres de ces deux institutions; multipliez les internes; faites de l'admission à l'École pratique la condition absolue de la continuation des études médicales; qu'il ne sorte pas de vos mains un seul docteur qui n'ait traversé l'internat et acquis sous les auspices immédiats de l'un de nos praticiens hospitaliers les habitudes positives de la thérapeutique et le premier baptême de l'expérience, vous aurez plus fait pour la régénération de la médecine qu'en obtenant décrets et lois disciplinaires, etc. Cette large et radicale amélioration des études ne peut s'obtenir que par un meilleur emploi des forces vives que la Faculté possède dans l'agrégation; celle-ci est restée jusqu'à ce jour une institution morte, quoiqu'elle porte en elle d'admirables élémens de vie et de puissance. Quoi! pâlir sur la science durant de longues années, tenter plusieurs concours, réussir enfin après maints labeurs et maintes angoisses à saisir la palme de l'agrégation, et tomber ensuite pour huit ou dix ans au rôle soporeux d'examinateur officiel! Si l'agrégation ne peut avoir que cette utilité, à quoi bon la maintenir? si elle peut et veut rendre d'autres et plus signalés services, pourquoi ne pas les lui demander? Notre opinion à nous n'a pas besoin d'éclaircissement : elle plaide énergiquement pour les droits et pour l'honneur de cette brillante pépinière de professeurs; la plupart d'entre eux sont déjà mûrs pour les chaires de l'enseignement supérieur; tous sont de taille et de vigueur à y atteindre; leur modestie et le désir de convertir leur titre stérile en une méritoire réalité les porteront à s'offrir à la besogne subalterne des répétitions, des cours supplémentaires, des interrogations préparatoires aux examens publics. Que l'on se hâte de mettre leur zèle en action et d'attacher à leur titre, avec une rémunération décente, les fonctions qu'il comporte, et ce sera, nous osons le présager, un immense profit pour les générations d'élèves, pour le lustre des Facultés, pour la dignité de la science et de la profession. Si les bruits qui ont couru sont exacts, la Faculté de Paris aurait récemment délibéré sur un tel ensemble de vues et d'organisation, et le ministre de l'instruction publique aurait bientôt à prononcer sur l'opportunité des applications que l'on peut en faire immédiatement; nous désirons que les questions que le sujet fait naître soient traitées

deuxième au contraire n'en est que la conséquence et est due à une complication, c'est-à-dire à une inflammation développée autour de lui.

Il y a peu de temps, M. Félix Boudet ayant annoncé, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, qu'il avait trouvé une notable quantité de matières grasses et en particulier de cholesterine dans les tubercules, ainsi que dans le foie des phthisiques, lorsque cet organe avait subi la dégénérescence graisseuse, émit une hypothèse qui parut aussi entrer dans les idées du rapporteur de ce travail. Il suppose en effet qu'il doit exister dans le sang des phthisiques un excès de matières grasses.

Les analyses du sang que nous avons faites dans bon nombre de cas de phthisie pulmonaire, nous permettront de décider ces questions. Avant d'exposer toutefois les résultats que nous a fournis l'analyse de ce liquide dans cette maladie, nous devons commencer par établir que toutes les modifications que nous avons constatées dans le sang des phthisiques ne sont que la conséquence, que la suite de la maladie et non point sa cause productrice.

9 individus atteints de phthisie pulmonaire ont été saignés, 5 hommes et 4 femmes.

De ces 5 hommes, 2 ont été saignés une fois, 1 deux fois, et 2 trois fois. Voici le résumé de leur histoire.

Ces 5 hommes étaient âgés de 29, 30, 33, 36 et 39 ans. Tous étaient atteints de tubercules pulmonaires bien caractérisés se traduisant par des signes physiques à la percussion et à l'auscultation, et en général parvenus à la période de ramollissement. Chez tous ces individus existait un mouvement fébrile très manifeste, 4 fois continu et 1 fois nocturne seulement; dans 2 cas la phthisie était compliquée d'une pleurésie chronique avec épanchement.

Chez ces 2 derniers, ce fut plutôt pour la complication que pour les tubercules que la saignée fut pratiquée. Dans 2 autres cas, elle le fut pour des hémoptysies; dans le dernier pour modérer l'intensité du mouvement fébrile.

Voilà pour les premières saignées. Quant aux secondes, une fois l'émission sanguine fut prescrite pour un épanchement pleurétique persistant, une fois pour une hémoptysie qui s'était renouvelée, une fois enfin pour un point de côté survenu comme complication en même temps qu'un mouvement fébrile, mais sans aucun signe à l'auscultation.

Les troisièmes saignées pratiquées l'ont été à des phthisiques déjà avancés pour combattre la production d'une nouvelle hémoptysie.

A l'époque de toutes les saignées (1res, 2es, 3es), la constitution des malades était déjà notablement affaiblie; les individus étaient amaigris, et un examen attentif nous fit admettre qu'ils étaient tous, à un plus ou moins haut degré il est vrai, anémiques, dans le véritable sens du mot, c'est-à-dire que la masse totale du sang existant dans le système circulatoire avait plus ou moins diminué.

Voici maintenant quelle fut la composition moyenne du sang dans les 1res, 2es et 3es saignées.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG DANS LES PREMIÈRES, DEUXIÈMES ET TROISIÈMES SAIGNÉES, FAITES AUX HOMMES ATTEINTS DE TUBERCULES PULMONAIRES.

	1res saignées.	2es saignées.	3es saignées.
Densité du sang défibriné	1056,7	1055,5	1050,3
— du sérum	1028	1026,3	1025,5
Eau	794,8	799,8	821
Globules	125	122,7	103,5
Albumine	66,2	65	62
Fibrine	4,8	4,2	3,6
Matières extractives et sels libres	7,7	6,7	8,9
Matières grasses	1,554	1,443	1,060
Séroline	variable.	variable.	variable.
Matière grasse phosphorée	0,591	0,506	0,386
Cholesterine	0,134	0,171	0,100
Savon	0,809	0,766	0,564

SUR 1000 PARTIES DE SANG CALCINÉ.

Chlorure de sodium	3,3	3,0	3,5
Sels solubles	2,7	2,6	3,3
Phosphates	0,493	0,475	0,362
Fer	0,489	0,488	0,442

Ces tableaux, et l'examen de ceux qui comprennent les cas particuliers, nous présentent déjà un résultat général bien caractéristique qui est le suivant. Chez les phthisiques qui offrent, soit un ramollissement des tubercules, soit un épanchement pleurétique comme complication, le sang est modifié comme si l'individu était atteint d'une phlegmasie franche. En effet, l'examen des premières saignées nous montre la diminution de la densité du sang et du sérum; la diminution des globules, comme dans toute phlegmasie et dans toute maladie aiguë; la diminution de l'albumine, moins forte cependant que dans les phlegmasies graves; l'augmentation du chiffre de la fibrine; l'élévation de celui de la matière grasse phosphorée; enfin l'augmentation de la cholestérine. Il est vrai de dire que ces individus sont placés sous le rapport de la réaction, de la fièvre, de la diète, etc., à peu près dans la même condition que les malades atteints de phlegmasies.

La seule différence que nous trouvions à constater ici est remarquable, c'est la diminution du chiffre qui représente le savon animal, diminution qui est plus considérable que dans toute autre maladie.

Voyons maintenant les résultats fournis par les premières, deuxièmes et troisièmes saignées.

PREMIÈRES SAIGNÉES. En comparant les moyennes qu'elles présentent avec celles de l'état normal, on trouve ce qui suit: augmentation de la quantité d'eau, diminution des globules dans 3 cas, et nul abaissement de leur chiffre chez 2, l'un atteint de tubercules pulmonaires bien caractérisés, compliqués d'épanchement pleurétique chronique. Ici le chiffre des globules était cependant déjà inférieur à la moyenne normale (135).

Chez l'autre, âgé de 34 ans, atteint de tubercules au 1er degré qui s'étaient vraisemblablement développés à la suite d'une affection générale qui présentait quelque analogie avec le farcin chronique, la santé générale était assez bonne. (Abcès multiples produits d'une manière chronique.) Quoiqu'amaigri il était sans fièvre et mangeait bien. Il fut pris d'une hémoptysie de médiocre abondance, pour laquelle il fut saigné une première fois. On trouva 143 en globules, chiffre normal qui, en raison de la position du malade, s'explique parfaitement.

Les globules, dans les 3 cas où ils diminuèrent, furent représentés par les chiffres 125, 121, et enfin 100 chez un homme affaibli par une diarrhée qui remontait à une époque assez éloignée.

Le chiffre de la fibrine augmenta dans tous les cas, sauf un seul (celui qui présentait 143 en globules), et dont l'état général, malgré l'hémopty

avec une grande attention, et que l'agrégation obtienne enfin la place qui lui est due dans le système de nos écoles; cette place peut être importante et fructueuse sans rien ôter aux titulaires du professorat. Deux de ces derniers sont en ce moment éloignés des travaux de la Faculté: M. Breschet est suppléé dans le cours d'anatomie; le repos qui en résulte pour lui hâtera, nous l'espérons, le rétablissement de sa santé; celle de M. Royer-Collard n'est pas moins nécessaire à l'illustration de la Faculté de Paris qu'à l'honneur des études hygiéniques en France; les sympathies universelles qui l'entourent de leurs témoignages lui prouveront du moins que le jour de la justice est arrivé pour lui: sa belle et noble intelligence n'a plus de détracteurs; et nous, qui avons toujours admiré dans le successeur de Desgenettes l'union d'une science profonde et presque universelle avec les dons d'un esprit généralisateur, ingénieux et pénétrant, nous redoublons nos vœux pour qu'il soit rendu bientôt à l'Ecole et à l'Académie, où sa parole a le privilége de la plus opportune intervention.

L'Institut semble vouloir agrandir le cercle de ses choix: l'autre jour, c'était un professeur de la Faculté des sciences de Rennes qui obtenait les honneurs d'une troisième candidature; antérieurement, un chirurgien de Montpellier s'est vu proposé en première ligne aux suffrages de l'illustre compagnie. Si nous sommes bien informé, l'école médicale de Montpellier perdrait prochainement ce professeur qui contribue à jeter sur elle un vif éclat; Paris l'aurait définitivement attiré dans la sphère magnétique de son activité. Le pieux souvenir que nous gardons à la Faculté du Midi nous inspire le désir de voir se renforcer dans son sein ce que nous appellerions volontiers l'élément positif; sans doute elle a pour ainsi dire une mission historique et son passé l'oblige; Montpellier est une terre de doctrine et de théorie; trop de talens se sont employés à lui conserver cet héritage pour qu'elle puisse le laisser dépérir en ses mains; il nous plaît d'ailleurs de voir les trois Facultés du royaume en possession d'un domaine spécial: Paris fournit le corps de la science médicale, Montpellier y introduit une ame, un souffle de vie et de synthèse, Strasbourg lui fait sa vie de relation par les échanges qu'il établit avec cette Allemagne qui est, après notre patrie, le plus vaste et le plus énergique foyer de la science en Europe. Que l'école de Montpellier caresse donc le génie dogmatique dont elle a le don et l'accoutumance; qu'elle soigne ses traditions et ses doctrines qui lui sont en même temps une généalogie non épuisée de noms célèbres et de talens délicats ou profonds; mais qu'elle continue aussi de présenter à ses élèves le solide aliment des études positives et pratiques dont M. Lallemand est dans son sein l'un des meilleurs représentans. Nous avons quelque motif de circonstance pour user envers elle de l'optatif: vous avez reçu sans doute le discours d'ouverture d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales, qui s'est déjà signalée par quelques déviations peu classiques: le professeur a pris pour sujet le sang; on croirait, d'après cela, qu'il a exposé à ses auditeurs les travaux anciens ou récens dont le fluide nourricier a été l'objet, les applications qui en dérivent pour la séméiotique, pour le traitement des maladies; on s'attendrait à des discussions plus ou moins générales sur l'utilité de ce genre de recherches, sur l'importance du rôle pathogénique des humeurs, etc.; mais non: c'est misère que cette science pédestre qui frise le laboratoire et l'amphithéâtre; ces notions-là sont d'un détail mesquin, bon tout au plus à faire le fond d'une instruction élémentaire; parlez-moi des opinions populaires qui ont régné sur le sang, ci-

sie, s'éloignait peu des apparences de l'état normal. Chez les 4 autres, le chiffre fut analogue à celui qu'on obtient dans les phlegmasies de médiocre intensité.

L'albumine diminua à peu près de la même quantité que par le seul fait du développement de la maladie. Cependant, il faut excepter toujours l'individu dont il a été question tout à l'heure, chez lequel le chiffre de l'albumine fut trouvé à peu près normal.

La séroline, en quantité assez variable, était abondante dans un des cas (tubercules compliqués de pleurésie).

Le chiffre de la matière grasse phosphorée s'est trouvé en général assez élevé ; il en fut de même de celui de la cholestérine, sauf dans un cas où ce chiffre fut trouvé normal (malade atteint depuis longtemps de diarrhée).

Les phosphates ont été abondans dans tous les cas.

Le sérum trois fois abondant, deux fois peu, a offert une coloration variable, soit foncée, soit claire, en général limpide.

Le caillot 2 fois volumineux, 2 fois moins volumineux, 1 fois petit, était 4 fois recouvert d'une couenne et 1 fois d'une pellicule mince, rougeâtre.

SECONDES SAIGNÉES. Les globules furent représentés par un chiffre plus bas que celui des premières.

La fibrine augmenta dans 2 cas, fut à l'état normal ou à peu près dans un troisième (malade saigné pour une deuxième hémoptysie).

Le chiffre de l'albumine baissa encore un peu plus,

La séroline abondante chez le même individu où on l'avait trouvée telle à la première saignée.

La matière grasse phosphorée avait diminué dans tous les cas.

La cholestérine resta la même et les phosphates diminuèrent un peu.

Sérum 2 fois abondant, 1 fois peu abondant; il fut de couleur variable et limpide dans tous les cas.

Le caillot 1 fois peu volumineux, 2 fois volumineux, était 2 fois parsemé de stries grisâtres, 1 fois recouvert d'une pellicule d'un rouge vif.

TROISIÈMES SAIGNÉES. Les globules furent représentés par un chiffre encore plus bas.

La fibrine, toujours un peu élevée, avait cependant légèrement diminué. Il en fut de même de l'albumine.

Le chiffre des matières grasses baissa notablement. La séroline y était en quantité faible et impondérable. La matière phosphorée revenue à un chiffre à peu près normal. La cholestérine diminuée. On peut expliquer ce dernier résultat par le développement de la diarrhée chez ces malades, qui ne la présentaient pas auparavant.

Ce qu'il y eut de remarquable, ce fut la diminution considérable du savon, qui n'était plus que la moitié de ce qu'il est dans l'état normal.

Une fois le sérum abondant, limpide. Caillot volumineux, résistant, marbré de rouge et parsemé de stries grisâtres ; et une fois sérum abondant, limpide. Caillot volumineux, brun foncé, résistant, un peu couenneux.

TUBERCULES PULMONAIRES CHEZ LES FEMMES.

Quatre femmes atteintes de tubercules pulmonaires ont été chacune saignées une fois. Elles étaient âgées de 25, 32, 33 et 41 ans.

Les tubercules étaient au premier degré (crudité) dans 2 cas; au deuxième (ramollissement) dans 2 cas également.

Les 2 malades atteintes de tubercules au deuxième degré ont été saignées en raison de la fièvre assez forte qu'elles présentaient. Une de ces femmes, chez laquelle les tubercules étaient au premier degré, le fut pour une bronchite et un épanchement pleurétique survenus comme complication. La quatrième pour une hémoptysie légère accompagnée d'une vive douleur dans la poitrine.

Ces 4 femmes étaient déjà toutes affaiblies par la maladie.

COMPOSITION MOYENNE DU SANG CHEZ LA FEMME ATTEINTE DE TUBERCULES PULMONAIRES.

Densité du sang défibriné	1055,4	Séroline	variab.
— du sérum	1028,2	Matière grasse phosphorée	0,601
		Cholestérine	0,082
Eau	796,8	Savon	1,011
Globules	119,4		
Albumine	70,5	SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.	
Fibrine	4		
Matières extractives et sels libres	7,6	Chlorure de sodium	3,1
		Sels solubles	2,5
Matières grasses	1,729	Phosphates	0,302
		Fer	0,484

Ce tableau conduit aux conclusions suivantes :

Les globules sont abaissés notablement, sauf 1 cas dans lequel ils sont à l'état normal (tubercules au premier degré, sans fièvre, hémoptysie légère), la veille la malade avait bien mangé.

L'albumine fut normale dans tous les cas.

La fibrine, augmentée chez 3 malades, fut trouvée notablement diminuée chez la quatrième, la malade dont nous avons parlé tout à l'heure.

Le chiffre de la matière grasse phosphorée s'est trouvé assez élevé.

La cholestérine à l'état tout à fait normal dans 3 cas, et en forte proportion chez la malade présentant comme complication une bronchite et une pleurésie.

Le savon animal a peu varié.

Les phosphates étaient aussi abondans, mais sans augmentation bien notable.

Le sérum 3 fois très abondant, 1 fois assez abondant, limpide dans 2 cas et peu limpide dans 2 autres; de couleur très variable.

Caillot 2 fois peu volumineux, 1 fois résistant, 2 fois peu, 1 fois moins, était brun foncé, et dans 1 seul cas couvert d'une pellicule rouge vif.

Nous devons faire observer que si les modifications du sang que nous venons d'étudier ont été moins caractérisées chez les femmes que chez les hommes, c'est qu'elles étaient beaucoup moins malades à l'époque où les saignées ont été pratiquées.

Résumons maintenant les caractères du sang dans la tuberculisation des poumons.

Au début de la phthisie pulmonaire, s'il n'existe pas de complications, la composition du sang conserve les caractères de l'état normal.

Dès que la phthisie pulmonaire fait des progrès, que les tubercules se ramollissent, qu'il se développe des complications, soit des bronchites, soit des pleurésies, le sang présente alors les mêmes caractères que dans les maladies un peu graves, et en particulier dans les phlegmasies. La diminution des globules y est toutefois plus rapide et un peu plus forte.

Sous l'influence des hémoptysies ou d'une diarrhée continuelle, les glo-

---

tez-moi les passages de la bible et des poëtes qui se rapportent au sang, analysez-moi la signification de certaines formules de langage, des dictons populaires qui roulent sur le sang, et voilà tout aussitôt une mine inépuisable de dissertations philosophiques, d'analogies, de commentaires, de citations, voilà un beau thème d'amplification où votre plume sémera les perles d'un style travaillé, les finesses d'un esprit subtil, les sentences d'un dogmatisme qui, au lieu de découler à larges flots de l'observation directe et de l'expérience, s'échappe par un maigre filet d'une sorte de philologie médicale, d'une casuistique littéraire ; mais on a prouvé que la vie est dans le sang, et cela suffit pour le moment au besoin de nouveauté qui s'est emparé d'un homme de talent et d'esprit.

La Faculté de Strasbourg prépare une nouvelle lutte ; M. le professeur Tourdes père vient de prendre sa retraite avec le titre de l'honorariat ; M. Tourdes ne brillait point par les évolutions et les élégances de la parole; mais c'est un médecin instruit, judicieux, d'un rare esprit de méthode, appréciant avec une grande impartialité les doctrines et les systèmes dont le double enseignement de la pathologie générale et de la pathologie interne lui imposait souvent l'examen ; il a attaché son nom à la collaboration du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES et à quelques autres travaux parmi lesquels nous nous rappelons un mémoire sur le développement inverse des fièvres intermittentes et des autres maladies à Strasbourg ; les faits qu'il y a consignés sont de quelque renfort pour les idées ingénieuses que M. Boudin a exprimées sur l'antagonisme pathologique. Le nom de M. Tourdes est continué dans la Faculté de Strasbourg par son fils qui y occupe avec une grande distinction la chaire de médecine légale. Cette école est en voie de progrès ; nous n'entendons point par là l'accroissement du nombre de ses élèves ; d'abord Strasbourg offre par sa position et par la co-existence d'un hôpital d'instruction, des obstacles à peu près insurmontables à cet accroissement ; ensuite l'importance d'une école d'enseignement supérieur ne réside pas dans le nombre des auditeurs ; s'il en était autrement, le collége de France, l'école royale des langues, bon nombre des cours de la Sorbonne et de la Faculté de médecine de Paris, se trouveraient en question ; on voit que la Faculté de Strasbourg pourrait au moins se consoler en bonne compagnie. Il est temps d'envisager nos trois Facultés à leur vrai point de vue : le but de leur création est double ; scientifique et politique dans le sens étymologique de ce mot ; elles ont mission de conférer au nom de l'état des grades qui emportent certaines prérogatives, certains droits ; puis de perpétuer la science par voie d'enseignement, comme elle se perpétue sous la plume des écrivains par la voie de la presse. A ce double titre, elles ont une utilité incontestable, laquelle ne se déduit aucunement du registre des inscriptions, mais qui est intrinsèque à leur existence et à leur activité de tous les jours ; à ce double titre aussi leur cadre d'enseignement doit être complet, et s'il convient de ranger l'école de Paris dans une exception légitime, il est impossible de justifier l'inégalité que l'on maintient entre les deux écoles de province. Montpellier a quatre chaires de clinique, deux chaires de pathologie, une de médecine opératoire ; à Strasbourg les professeurs de clinique chirurgicale sont forcés de se partager en même temps l'enseignement de la pathologie ; la chaire de médecine opératoire vient seulement d'y être créée. Mais d'autres chaires existent à Montpellier, que Strasbourg revendique avec raison : sans parler de la thérapeutique qui possède à Mont-

bules diminuent d'une manière encore plus notable, et leur chiffre peut descendre très bas.

Lorsqu'on pratique plusieurs saignées à des phthisiques, on trouve le sang fortement appauvri en globules; mais il est difficile de dire si on doit attribuer cette diminution aux progrès de la maladie ou aux saignées.

Chez les phthisiques, les graisses saponifiées diminuent peut-être dans le sang d'une manière plus notable que dans toute autre maladie, et cela, soit par les seuls progrès de l'affection, soit par les saignées antérieures. Nous sommes loin par conséquent de trouver un excès de matières grasses dans ce liquide.

Il existe, chez la plupart des phthisiques, lorsque la maladie est parvenue à un certain degré, une véritable anémie, c'est-à-dire une diminution de la masse totale du sang contenue dans le système vasculaire.

(La fin prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CONSTITUTION DU GOUDRON, ET EN PARTICULIER SUR LA RÉSINÉONE DE GOUDRON, EMPLOYÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE; par le docteur E. PÉRAIRE, de Bordeaux.

M. Fremy a inséré dans les ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, t. LIX, un mémoire fort intéressant sur la distillation de la résine. Il résulte de son travail que la colophane distillée, soit seule, soit avec la chaux, donne plusieurs produits bien distincts les uns des autres; ce sont: 1° un résidu contenant du goudron et de l'huile (résinéine), plus deux autres huiles liquides, essentielles, incolores, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, qui sont: la résinone et la résinéone. Les circonstances toutes particulières qui accompagnent la distillation ne permettent pas de douter que ces deux substances, bien qu'identiques en apparence, n'offrent néanmoins des différences tranchées.

Les heureux résultats de cet habile chimiste m'ont paru tellement importans que depuis ce moment je me suis attaché à l'idée de soumettre le goudron à quelques épreuves chimiques, pour m'assurer de la véritable constitution de cette substance et pour tâcher de découvrir au milieu des matières rudimentaires qui le composent un principe particulier auquel on pût rapporter des propriétés salutaires. L'usage fréquent que fait du goudron la médecine contemporaine m'a semblé rendre dignes d'intérêt des travaux qui auraient pour but la connaissance du principe actif de cette substance. Je vais donc développer les idées que m'ont procurées mes expériences. Ce sera concourir à lui donner une plus haute importance que celle dont elle jouit en thérapeutique, et qu'elle doit en partie aux lumières et à la persévérante activité de quelques médecins d'un mérite généralement reconnu.

Je vais donc faire connaître dans ce mémoire le résultat de l'investigation à laquelle je me suis livré et signaler les effets que j'ai plus particulièrement obtenus de l'application à la médecine de l'un des principes constitutifs du goudron.

Qu'il me soit permis, avant d'entrer en matière, de déclarer que je dois beaucoup à mon honorable ami, M. le professeur de chimie Magonty, qui a exécuté avec persévérance et avec le talent qu'on lui connaît une série de travaux difficiles, entrepris pour seconder mes vues.

Tout le monde sait qu'en distillant le goudron, soit avec de l'eau, soit pur, on obtient une huile connue fort anciennement sous le nom d'huile de cade. J'ai soumis ce produit à une nouvelle distillation, et il m'a donné des résultats à peu près conformes à ceux qu'avait obtenus M. Fremy avec la résine; les voici: avant l'opération, on mit dans l'huile de cade un fragment de potasse, dans le but de saturer les acides préexistant naturellement dans cette substance. Le mélange, alors placé dans une cornue et chauffé, a donné les résultats suivans: comme la résine, l'huile de goudron entre en ébullition à la température de 78°; on voit alors dans ce moment passer à la distillation une substance incolore, qui est la résinone. En portant la chaleur entre 78 et 148°, on obtient dans le récipient un autre produit également incolore, plus abondant que le premier, qui est la résinéone. En poussant la distillation encore plus loin, c'est-à-dire à 250°, on a la résinéine. Il ne reste plus dans la cornue, après cette opération, qu'une matière noire, qui est la pyrétine. On peut également séparer ces trois produits du goudron, en changeant le récipient aux trois périodes de l'opération.

Il est surprenant qu'on n'ait pas eu l'idée de rechercher dans le goudron les divers produits déjà reconnus dans la colophane. La suite de ce mémoire démontrera les avantages que cette découverte doit procurer à la médecine. Les expériences chimiques de M. Magonty avaient clairement déterminé et démontré les produits résultant de la décomposition de ce médicament. Il restait une grande tâche à remplir, celle d'y puiser l'application du vrai principe d'action. Auquel des trois produits chimiques fallait-il rapporter les propriétés du goudron pris dans son ensemble? En un mot, où résidait son principe actif, où trouver les propriétés balsamiques et toniques de cette substance?

De longues et nombreuses expériences comparatives m'ont fait reconnaître une identité parfaite entre la résinéone et le goudron. C'est elle, en effet, qui se rapproche le plus des généralités admises en thérapeutique sur cette substance. Nous ne balançons donc pas à assurer qu'il faut rapporter à l'action seule de la résinéone sur l'économie tous les bonheurs des cures qu'on obtient journellement en médecine avec ce médicament à l'état d'impureté.

CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES DE LA RÉSINÉONE DE GOUDRON.

La résinéone de goudron est une huile essentielle, liquide, incolore, quand on vient de l'obtenir. Elle est le résultat de la deuxième distillation de l'huile de cade, préalablement traitée par la potasse. L'odeur de cette substance a quelque chose de pénétrant; une goutte de ce liquide pressée entre les doigts donne le sentiment d'un corps onctueux, qui répand une odeur résineuse, qui ne s'efface pas de longtemps. Cette huile essentielle mise en contact avec la langue, y développe une augmentation de chaleur à laquelle succède une saveur âcre. Bientôt après, cette sensation est remplacée par une vapeur balsamique, qui se répand dans toute la bouche et qui a quelque chose d'agréable. C'est dans ce moment, en effet, qu'on lui trouve la plus parfaite analogie avec le goudron. On sait que les remèdes doués de principes volatils exercent une salutaire

---

pellier un organe officiel (M. Golfin), et qui est associée à Strasbourg avec la matière médicale et la pharmacie, deux branches essentielles de l'enseignement supérieur des Facultés ne sont pas encore représentées dans l'école de l'Est d'une manière spéciale et complète; nous voulons parler de l'hygiène et de la pathologie générale; l'une est enseignée concurremment avec la physique médicale; l'autre par le professeur de pathologie interne; voilà donc encore deux professeurs chargés d'un cumul sans compensation! Certainement M. Rameau, que le concours a récemment introduit dans la Faculté de Strasbourg, peut s'acquitter avec une égale facilité de l'une ou de l'autre portion de sa double tâche; mais, quels que soient son talent et son zèle, comment exposer complètement, dans l'étroite limite du semestre d'été, deux sciences aussi étendues, aussi fertiles en applications importantes que l'hygiène et la physique médicale? La pathologie interne écrase une seule chaire déjà par l'immense détail des faits et par la multiplicité des problèmes à résoudre: comment le titulaire d'un si laborieux enseignement trouverait-il encore la fraîcheur d'esprit et, nous oserions dire, la santé nécessaires pour entreprendre et poursuivre cette vaste synthèse de tous les élémens de la clinique et de la nosologie qui doit constituer un cours de pathologie et de thérap utique générales? Ces deux dernières chaires sont de la plus urgente nécessité pour la Faculté de l'Est, sous peine de la maintenir dans une infériorité aussi inconvenante que peu fondée vis-à-vis de sa sœur du Midi; ces deux créations sont la conséquence forcée de la réorganisation des écoles secondaires, et quand celle de Lyon est si forte de sa position, de ses antécédens et de son cadre d'études, quand celle de Nancy même possède un cours spécial d'hygiène, il importe de donner le plus tôt à la Faculté de Strasbourg le complément de son organisation et les élémens d'une prééminence réelle. Le cours de pathologie générale est indispensable dans une Faculté dont il résume plus particulièrement les tendances et l'esprit. Les beaux travaux qui ont été faits sur l'hygiène publique, le rôle que joue cette science dans l'économie sociale, l'importance que lui donnent les développemens de l'industrie, les progrès que l'hygiène privée a faits sous l'impulsion d'une physiologie plus positive et des sciences dites accessoires, exigent impérieusement pour cette belle partie de la médecine pratique une place dans le cadre de l'instruction médicale supérieure; ajoutons qu'elle est appelée à rendre de grands services au centre de cette Alsace, encombrée de manufactures, d'usines, de fabriques, parsemée de places fortes et de garnisons, sillonnée par les chemins de fer, baignée par les eaux d'un grand fleuve et de rivières sujettes à des débordemens périodiques, traversée sans cesse par les courans et contre-courans des populations des deux rives du Rhin; terre d'intelligence, d'industrie, de commerce, d'agriculture, mais aussi terre d'épidémies et d'endémies qui agissent profondément sur la constitution de ses habitans! Il y a là comme une enquête perpétuellement pendante de *commodo* et *incommodo*, de la vie et de la mort; mine opulente pour un hygiéniste de longue haleine et de sérieuse portée.

Nous avons sous les yeux le discours que M. Schützenberger, professeur, nouveau-nommé, à Strasbourg, a prononcé à l'ouverture de son cours de clinique: c'est un début rassurant pour lui-même et pour son auditoire; il s'est proposé cette question: Dans quel but et dans quel esprit doivent être dirigés les travaux cliniques? Le rationalisme expérimental lui sert de principe et de base: « Dans ses tendances, la médecine rationnelle expérimentale cherche à rendre

influence sur les systèmes organiques. Le principe muqueux est en général fort sensiblement impressionné par cet ordre de médicament, parce qu'il a la propriété d'en expulser une partie au dehors. Le travail qui précède cette terminaison réveille la lenteur des propriétés vitales et exerce sur les tissus organiques un stimulus qui leur rend leur ton naturel.

La résinéone jouit de toutes les propriétés des huiles essentielles; elle est inflammable, soluble dans l'éther, etc., etc. En distillant 5 grammes de résinéone avec 100 d'alcool, on forme un alcoolat. Ce produit, qu'on n'obtient de la distillation qu'après beaucoup de temps, est de suite formé par le mélange de la résinéone et de l'alcool. C'est à ce procédé qu'il faut donner la préférence; par ce moyen il est facile de doser fort exactement.

L'air et la lumière surtout exercent leur influence sur la couleur de la résinéone, qui, soumise à leur action, prend une teinte légèrement jaunâtre, sans pour cela perdre de ses propriétés médicales.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES DE LA RÉSINÉONE.

En mêlant 995 grammes de sucre en poudre avec 5 grammes de résinéone de goudron, on fait un saccharure dont chaque 10 grammes contiennent 5 centigrammes de résinéone. Ce sucre s'administre par cuillerées à café trois ou quatre fois par jour, dans une tasse d'infusion appropriée. Il convient dans quelques catarrhes pulmonaires, dans les bronchites chroniques, dans les bronchorrhées, et dans les toux opiniâtres.

Obs. I. — M. D. père, rue des Marais, fut pris tout à coup d'une toux violente, suivie de douleurs vagues dans la poitrine, avec fièvre et courbature. Une application de sangsues fut faite à l'anus; il fit en même temps usage de boissons diaphorétiques, qui provoquèrent la transpiration. Malgré ces moyens, la toux et l'expectoration persistent. Je lui prescris une infusion pectorale édulcorée avec le sucre de résinéone, et les accidens disparaissent au bout de cinq ou six jours.

Obs. II. — Le sieur L., brigadier de douanes, après un fort excès de boisson et placé sous l'influence de la constitution médicale qui a régné au mois de décembre dernier, éprouve une forte céphalalgie et une toux continue, qui produit de fortes douleurs dans la poitrine. L'état du pouls et de la face nécessite une forte saignée. (Pédiluves sinapisés, tisane pectorale, loch béchique et calmant.) Une expectoration abondante succède à ces premiers moyens. Emploi du sucre de résinéone uni à l'infusion de lichen; diminution successive dans les crachats et disparition de la toux. Il est parfaitement guéri.

Obs. III. — Ducros, rue des Marais, est âgé de 11 ans Il a conservé depuis son bas âge un catarrhe pulmonaire, suite d'une pleuropneumonie des plus graves. Cette affection catarrhale se présente d'une manière alarmante. Toux, point de côté, fièvre, douleurs de tête; prédominance du tube digestif, langue saburrale, nausées. (Vingt sangsues sur le côté gauche de la poitrine.) La gêne de la respiration diminue. (Potion émétisée; purgation.) L'expectoration devient des plus abondantes. (Large vésicatoire sur le côté.) Consultation avec le docteur Cazenave. Le pronostic est des plus graves. Un séton est conseillé à la base de la poitrine. (Vésicatoires aux cuisses; usage du sucre de résinéone avec l'infusion de lierre terrestre et de gomme. Ces moyens sont continués pendant 15 jours. Les accidens de cette maladie diminuent peu à peu. L'enfant paraît jouir aujourd'hui d'une bonne santé.

On emploie également le saccharure de résinéone dans les lochs simples ou composés, comme dans les formules suivantes :

Loch blanc du codex sans sucre......	125	grammes.
Saccharure de résinéone............	30	—

Autre :

Huile d'amandes douces............	15	—
Sirop. de violettes................	15	—
Saccharure de résinéone............	30	—
Infusion béchique.................	100	—
Eau de fleurs d'oranger	10	—
Gomme arabique en poudre..........	quantité suffisante.	

Obs. IV. — L'enfant du sieur Bassié, rue St-Martin, a eu une forte coqueluche, à la suite de laquelle il a conservé une toux fatigante et une expectoration abondante de crachats épais, qui se succèdent sans cesse. Il a de la fièvre vers le soir; sa face et ses mains surtout sont un peu œdématiées; c'est dans cet état que je l'ai mis à l'usage du loch blanc, qui a dissipé avec assez de rapidité les accidens qui compliquaient cette maladie.

5 grammes de résinéone mêlés avec 995 grammes d'huile d'amandes douces forment un éléolé; la résinéone peut entrer plus aisément sous cette forme dans la composition des loochs. Voici une formule : on l'administre à la dose de 15 grammes dans une potion de 125 à 155 grammes.

Eléolé de résinéone..............	15	grammes.
Sirop de Tolu... } de chacun......	15	—
— de violette.. }		
Eau de coquelicot.................	100	—
Gomme adragante..................	60	centigrammes.

Unie à l'huile de jusquiame ou de lys, la résinéone peut être employée en liniment sur le thorax dans certaines douleurs vagues de la poitrine, sur la région épigastrique, dans quelques névroses de l'estomac, et sur divers autres points de la surface abdominale dans des affections analogues du tube intestinal.

Si on mêle 990 grammes de sucre avec 5 grammes de résinéone et autant de gomme, on obtient un mélange propre à faire des pastilles, qu'on aromatise à volonté.

On fait aussi une gelée de résinéone dont voici la formule :

Gelée de lichen sans amertume......	10	grammes.
Saccharure de résinéone............	125	—
Eau	185	—
Saccharure de vanille (pour aromatiser)	q. s.	

On pensait anciennement qu'il n'y avait que les particules spiritueuses les plus substantielles des matières résineuses qui pussent être absorbées; Aussi la forme des teintures était-elle conseillée comme étant la plus propre à passer dans la masse du sang. Cette opinion a quelque chose de fondé. Aussi, ai-je songé à composer un mélange instantané en ajoutant 50 grammes de résinéone à 950 grammes d'alkool. Cet alkoolé contient 5 centigrammes de résinéone par gramme d'alkool. On l'administre à la dose de 5 à 6 gouttes, trois ou quatre fois par jour, sur un morceau de sucre dans certaines maladies des voies urinaires qui ont modifié sim-

---

compte des faits d'observation et des actes pratiques; mais elle ne prétend pas le faire à l'aide d'une doctrine générale, d'un principe unique, hypothétiquement admis ou prématurément généralisé; ses interprétations en théorie et ses indications pratiques s'arrêtent là où s'arrêtent les notions expérimentales nécessaires à une induction légitime; ses théories prennent les faits d'observation comme point de départ, et se soumettent au contrôle des faits; en pratique, elle ne reconnaît que l'autorité des principes théoriques qui offrent ce double caractère d'origine et de preuve expérimentale » Voilà qui s'appelle poser d'un pied ferme sur le terrain mouvant de la clinique. Tout le discours de M. Schützenberger respire ce bon esprit, ce sens à la fois pratique et théorique qui doit animer un enseignement tel que la clinique; sans la théorie, empirisme; sans le point de départ de la preuve expérimentale, utopie. La science ne peut se former et l'art se consolider que dans la directino des idées parfaitement développées par M. Schützenberger. Dès aujourd'hui, la Faculté peut se féliciter du collègue qu'elle a acquis; et la clinique de Strasbourg, déjà si haut placée dans l'estime publique par les talens et les travaux de M. Forget, compte un digne interprète de plus.

Voilà des choses bien sérieuses, pour une lettre dont vous espériez peut-être une plus délectable diversion à vos graves occupations; mais attendez que décembre s'avance, et que la besace de l'année soit pleine, nous la viderons alors de belle main sous vos yeux et dans ces colonnes, pour que vos lecteurs puissent s'édifier du résultat quintessenciel de ces trois cent soixante jours d'agitation, de déclamations, de publications, de récriminations et de confusion !

Y.

plement les propriétés vitales. Le succès est plus douteux dans celles qui ne sont pas affranchies de transformations ou de dégénérations de tissus. Dans tous ces cas, cette teinture agit d'une manière spéciale sur la tonicité de l'appareil urinaire.

Obs. V. — M. K...er, capitaine, a eu une gonorrhée il y a environ cinq ans, de laquelle il n'est resté qu'un suintement par intervalle, sans cuisson ni douleur pendant l'érection. Il y avait vingt jours que cet écoulement durait, lorsqu'il prit l'alcoolé de résinéone; peu à peu l'uréthrite a diminué d'intensité; l'écoulement a changé de consistance; le sentiment de pesanteur qu'il éprouvait vers la prostate a cessé, et en moins de quinze jours il a été complètement guéri.

Obs. VI. — M. D..., rue Luckner, bouvier, a fait une chute sur le périnée il y a huit ans environ. Hématurie, gonflement et induration hypertrophique consécutive de la prostate; rétrécissement de l'urètre, suite de maladie vénérienne; catarrhe cystique chronique; fréquentes recrudescences de rétention d'urine; cautérisations; incontinence d'urine. Il y a deux ans environ que je lui donne mes soins. L'état du canal m'obligea à le soumettre à de nouvelles cautérisations. Depuis ce temps, les rétentions d'urine ne se renouvelèrent plus, mais ses urines étaient parfois floconneuses. Dans les derniers jours de décembre, il est pris de douleurs vagues dans la région lombaire, avec fièvre. Application de 30 sangsues au périnée. Les urines reviennent et ne sont pas si odorantes. (Demi-bains; tisanes diurétiques.) Mieux sensible. Les urines coulent avec facilité, mais la sécrétion mucoso-purulente de la vessie est très abondante et tombe à gros flocons dans le vase. Mis à l'usage de la teinture de résinéone pendant vingt-cinq jours environ, la sécrétion anormale de la vessie diminue beaucoup, et l'état de la maladie s'est amendé depuis qu'il fait usage de ce remède. Le jet de l'urine est plus fort qu'auparavant et les envies d'uriner moins fréquentes.

Obs. VII. — Je rapprocherai de ces observations celle de la dame L..., rue Voltaire, qui portait avec une ulcération de l'utérus dont je l'ai guérie, une maladie de la vessie qui lui occasionait de temps en temps des pissemens de sang et une douleur fort incommode à l'orifice de l'urètre. L'alcoolé de résinéone dont elle a fait usage lui a fait le plus grand bien; elle ne se plaint plus de son incommodité.

L'alcoolé de résinéone est employé avec le plus grand succès dans les maladies des voies digestives; dans les gastrites chroniques, continues ou intermittentes, qui procurent aux malades un sentiment si pénible de fatigue et d'abattement; ou bien qui deviennent la cause de névroses spéciales, ou de tout autre dérangement dans l'exercice fonctionnel de l'estomac.

Je vais transcrire l'observation d'une gastrodinie que j'ai recueillie tout récemment.

Obs. VIII. — Mme L..., rue Sullivan, vint me consulter au mois de décembre dernier. Elle était pâle, maigre, ressentait une douleur violente dans la région épigastrique correspondant à l'appendice xyphoïde. Digestions laborieuses, sentiment de pesanteur et de douleur prolongées après l'ingestion des alimens dans l'estomac; gonflement et sensibilité de cette partie. La langue est saburrale; anorexie; bouche pâteuse. (Tartre stibié.) La secousse du vomissement cause quelques désordres nerveux qui sont réprimés. (Médecine ordinaire.) La malade est mise à l'usage de l'alcoolé de résinéone; elle en prend 8 grammes dans douze jours, et se trouve assez bien pour entreprendre un voyage.

Obs. IX. — Le sieur Duprat, rue Poitevine, est atteint d'une gastrite, avec induration chronique du pylore. Il a une dyspepsie continuelle, pour laquelle il a épuisé tous les moyens possibles. Un cautère sur l'estomac a pu seul calmer ses souffrances. Après avoir goûté quelques mois de repos, il a été pris ces jours derniers de vomissemens muqueux, et de fortes douleurs d'estomac. L'alcoolé de résinéone qu'il a pris pendant quelques jours paraît avoir amendé son état.

Obs. X. — Je joindrai à cette observation celle du sieur C..., menuisier, rue Pont-Long, qui est en tout conforme à la précédente. Il est exposé à de fréquentes recrudescences de sa maladie. Son affection, passée récemment à l'état d'acuité, a nécessité un traitement antiphlogistique énergique, qui a été suivi de l'emploi du saccharure de résinéone. Depuis qu'il en fait usage, ses forces se sont rétablies; il mange sans éprouver de fatigue, et il ne ressent plus de douleurs dans la partie malade.

Obs. XI. — Mlle H. Fab..., allées des Noyers, âgée de 19 ans, est douée d'un tempérament nerveux. Les sympathies cérébrales sont très fréquentes lorsqu'elle souffre de l'estomac. La douleur épigastrique à laquelle elle est sujette réveille des migraines, des insomnies et une sensibilité fort grande sous l'appendice xyphoïde. Elle a quelques vomissemens muqueux. A ces symptômes se joignent l'anorexie, et aussitôt qu'elle a pris des alimens, un sentiment de chaleur ardente vers l'estomac. J'applique des sangsues sur la région épigastrique; des boissons délayantes et des demi-bains sont prescrits pendant quelque temps. Les digestions sont très difficiles. Elle est mise à l'usage de la teinture de résinéone, 25 à 30 grammes par jour. Peu à peu l'état général s'améliore, et l'affection locale offre chaque jour un amendement sensible. Les digestions sont faciles.

Telle est l'action de la résinéone de goudron employée à l'intérieur. Ses effets sont aussi certains si on l'emploie à l'extérieur. La résinéone mêlée soit à l'axonge soit au cérat sans eau, ou bien à la pommade de limaçons ou de concombre, entre dans la composition des pommades, et sous cette forme elle produit les résultats les plus satisfaisans dans les maladies de la peau. On sait l'importance qu'a acquise le goudron employé extérieurement dans les dermatoses, depuis que MM. Cazenave et Schedel l'ont appliqué à un si grand nombre de formes variées de cet ordre de maladies. J'ai eu la pensée d'étudier les effets de la résinéone sur les lésions de la peau, et j'ai obtenu des résultats plus positifs encore et plus prompts de l'emploi de la résinéone que du goudron. Voici les formules les plus usitées auxquelles j'ai recours :

Cérat sans eau, ou pommade de concombre, ou de limaçons	30 grammes
Résinéone	4 —

Dans les dermatoses accompagnées de prurit incommode, ou de démangeaisons fatigantes, j'ai remplacé avec succès le cérat simple par le cérat opiacé.

Dans un cas d'ozène syphilitique, j'ai employé la pommade suivante après les cautérisations avec le nitrate d'argent.

Cérat sans eau	45 grammes
Protochlorure de mercure	25 centigr.
Résinéone	5 grammes

On peut aussi la combiner avec le deuto-chlorure de mercure ou son sulfure et s'en servir dans quelques ulcérations syphilitiques primitives.

Obs. XII. — M. B..., rue du Jardin-Public, âgé de 19 ans, a eu, après un commerce impur, deux chancres benins sur le gland et un autre sur le frein. Il a été soumis à un traitement antisyphilitique général, sans autre modification que des pansemens réguliers avec la pommade de résinéone. L'affection ayant été combattue d'une manière générale, la cicatrisation des ulcères a eu lieu au bout de trente-cinq jours environ. Comme on le voit, la marche de la maladie n'a pas été plus longue que par la médication ordinaire.

J'ai employé la pommade de résinéone dans plusieurs cas de dermatoses. C'est dans ces maladies qu'on a surtout préconisé le goudron dans ces derniers temps. Il était important d'expérimenter sur ces maladies si rebelles et si difficiles à guérir pour établir l'analogie qui existe entre ces deux substances. Je vais donc brièvement rapporter quelques-uns des cas les plus remarquables des maladies de cette nature, qui se sont présentés à moi depuis que j'ai fait la découverte de la résinéone dans l'huile de goudron.

EXANTHÈMES, ÉRYTHÈME CENTRIFUGE.

Obs. XIII. — Mlle R..., rue Hustin, jouissant habituellement d'une belle santé, s'aperçut d'une petite tache rouge à la main. Bientôt une pustule se manifeste; elle prend un accroissement excentrique et acquiert en peu de temps l'étendue de 3 centim. C'est l'érythème centrifuge de Biett. (Cataplasmes émolliens; bains locaux de mauves.) Une croûte épaisse recouvre la partie, et, chose bien remarquable, qui prouve l'esprit observateur de ce médecin, c'est que cet état coïncidait avec une aménorrhée. (Vomitif et purgatif.) Apparition des règles. L'exanthème est recouvert d'une croûte épaisse. La pommade de soufre ne produit aucun effet. J'emploie la résinéone avec le cérat sans eau. La desquammation se fait au bout de huit jours. La partie malade reprend peu à peu la coloration de la peau. La résolution complète dure à peu près un mois.

ÉRYTHÈME SYMPTOMATIQUE.

Obs. XIV. — Mme B... est sujette à une toux nerveuse qui disparaît lorsqu'il se développe à la face, dans les régions temporales et au cuir chevelu, une rougeur qui bientôt se recouvre de petites pustules auxquelles succède une légère desquammation. Au mois de décembre dernier, je lui fis une forte saignée; je prescrivis des bains et les poudres avec la belladone et la digitale. La toux disparut avec l'emploi du saccharure de résinéone. L'affection herpétique a été traitée avec la pommade de résinéone et de concombre, et la guérison a été obtenue en peu de temps.

ÉRYTHÈME SYMPATHIQUE.

Obs. XV. — Mme P..., à l'Intendance, est habituellement maladive; elle est sujette à de fréquentes efflorescences de la peau. Elle a fait usage du savon sulfuré que j'ai fait composer dans le temps pour les dermatoses légères de la face avec quelques succès. Dans les premiers jours de janvier, elle éprouva un prurit incommode au front; une rougeur érythémateuse lui succéda, et bientôt un suintement eut lieu à travers la peau, qui devint rugueuse et squammeuse. Cette affection ne paraissait se rattacher à aucune complication. Le petit-lait avec le sirop de gomme, des cataplasmes de riz, commencèrent le traitement, qui fut suivi de l'emploi de la pommade de résinéone. La guérison eut lieu très promptement, et l'affection ne s'est pas reproduite.

Obs. XVI. — Je rapproche de cette observation celle de Mme R..., mère de la demoiselle dont j'ai donné l'observation, qui, à la suite d'une application de sangsues aux cuisses, a été prise d'une démangeaison générale sur la poitrine, sans éruption, ni sentiment de chaleur, lui donnant la sensation d'insectes ou de fourmis répandus sous la peau. Les bains n'avaient point amélioré son état

qui durait depuis cinq jours, et provoquait des monvemens nerveux assez violens lorsqu'elle fit usage de la pommade de résinéone; après la troisième friction, la démangeaison avait cessé comme par enchantement.

VÉSICULES; DARTRE MILIAIRE AIGUE.

Obs. XVII. — Mlle L..., âgée de 14 ans, m'a présenté, dans les premiers jours de janvier, une quantité nombreuse de petits boutons agglomérés, occupant la partie inférieure du bras droit, dans une étendue circulaire de 5 centim. environ. Les bains généraux ont été conseillés, mais la rigueur de la saison a obligé sa mère à les suspendre. Le prurit est presque continu. Des cataplasmes de riz sont appliqués pendant trois jours. Les petites vésicules qui avaient succédé à ces petits boutons sont pleines de liquide et ne tardent pas à percer; de petites croûtes les remplacent. Emploi de la pommade de résinéone. La desquamation se fait au bout de quelques jours, et la couleur rouge, qui est la conséquence de ces affections, se dissipe peu à peu.

HERPÈS PHYCTÉNOÏDE CHRONIQUE.

Obs. XVIII. — B..., rue Pont-Long, est arrivé en congé du service militaire. Il est atteint d'une dartre qui envahit tout le côté droit du thorax. Cette affection siége aussi au bras gauche et sur le contour des paupières et du front. Elle dure depuis trois mois environ. Il a pris des bains sulfureux; il a fait des frictions avec le soufre et a pris le soufre à l'intérieur. Il n'y a pas de maladie syphilitique. Il a un peu de fièvre. Une éruption de nouvelles vésicules remplies d'un liquide transparent paraît sur l'abdomen. Un prurit fort incommode fatigue le malade; chaque fois qu'il se gratte, il se fait à travers la peau un suintement assez abondant. Je lui prescris 4 bains généraux; tisane de gruau d'orge, de veau, de mauves, laitues, etc.; des légères frictions avec la pommade de concombre pendant quinze jours. A cette époque, il prend des bains généraux avec 2 kilog. d'eau de goudron dans chacun. La pommade de résinéone est prescrite; 2 frictions par jour sur toute la surface malade, et à l'intérieur les pilules avec le proto-iodure de mercure.

Au bout de vingt jours, l'affection dartreuse a complètement disparu. Il se dispose à rejoindre son régiment.

Si, de ces maladies de la peau assez simples, nous passons à un ordre plus grave, nous observerons les mêmes effets dans l'emploi de la résinéone comme topique.

Je joins les deux observations suivantes, parce que la plus parfaite conformité a régné dans les caractères physiques, la marche et la terminaison de ces deux maladies, et qu'elles n'ont pas présenté de caractères assez tranchés pour les représenter séparément.

ACNÉS; DARTRES PUSTULEUSES.

Obs. XIX. — Mme Ch..., rue Porte-Dijeaux, et Mme Ram..., rue des Trois-Conils, sont âgées d'environ 36 et 40 ans. Elles étaient depuis longtemps sujettes à une éruption pustuleuse qui avait son siége sur le cuir chevelu et à la partie postérieure du col, envahissant les oreilles et jusqu'aux régions temporales. Les pustules, qui reparaissaient et se reproduisaient avec une nouvelle intensité, sans laisser de longs intervalles, ont apparu de nouveau vers le mois de décembre. Ces affections ont pris un caractère aigu, chez l'une et l'autre malade. La peau devint rouge; de nombreuses pustules de la grosseur d'une lentille étaient répandues sur la surface de la peau, dans la circonscription de la dermatose, présentant d'abord une couleur rouge; elles ne tardaient pas à se remplir d'un pus abondant. De fréquentes démangeaisons obligeaient ces pauvres malades à se gratter jusqu'à perdre toute sensibilité. A la suite de ce prurit, il se faisait, à travers ces pustules, un écoulement de matière séro-purulente auquel succédait un peu de calme. Cataplasmes de riz sur la partie malade, après avoir rasé la tête; onctions avec la pommade de concombre opiacée; bains généraux; tisane avec le sous carbonate de potasse et la douce-amère, pendant huit ou dix jours; pommade de cérat opiacé et de résinéone continuée pendant vingt cinq jours.

Les démangeaisons ont cessé, et l'affection a disparu peu à peu et ne s'est plus reproduite.

HERPÈS ZOSTER.

Obs. XX. — Mlle P..., rue Labirat, âgée de 54 ans, fut atteinte d'une affection cutanée qui envahissait les deux tiers de la circonférence du thorax, avec rougeur de la peau, douleur profonde et brûlante. Trois ou quatre jours après, développement de vésicules transparentes dont la couleur finit par présenter les caractères du véritable pus. Symptômes d'embarras gastrique au début. Forte application de sangsues à l'anus; tartre stibié; purgation; cataplasmes de fleurs de sureau. Les vésicules s'affaissent et sont pansées avec la pommade de résinéone. La desquamation se fait avec facilité.

Au bout de quelques jours, une douleur violente se fait sentir sous le zona; l'on craint une profonde altération du derme. Bientôt on remarque des ulcérations profondes et comme anthraciques, qui causent une douleur insupportable sur tout le côté malade. Consultation avec M. Burguet. Demi-bains de morelle; cataplasmes de morelle et de riz; bains généraux de vapeurs émollientes; pommade de résinéone.

Après deux mois environ de traitement, la malade est rétablie, en conservant sur la partie affectée une couleur cuivrée.

HERPÈS ZOSTER.

Obs. XXI. — Mlle M..., cours de Tourny, a 14 ans; tempérament lymphatique. Elle éprouve au mois de janvier une forte chaleur dans l'hypocondre gauche, rougeur, sentiment de prurit incommode, formation de pustules vésiculeuses, confluentes; langue saburrale. Tartre émétique; purgation; cataplasmes de farine de graines de lin. La transparence des phlyctènes est remplacée par un liquide épais. Elles s'affaissent au bout de quelques jours. Pommade de résinéone.

La guérison a lieu cinq ou six jours après.

Il est inutile de multiplier les observations. Celles que j'ai rapportées prouvent assez l'innocuité de la résinéone sur les parties avec lesquelles elle est mise en contact, et son influence sur la santé. Je citerai pour dernière observation exceptionnelle celle de la maladie de la dame Compte, quai de Paludate, qui était atteinte d'une rhénite chronique, avec ulcérations discrètes de la muqueuse. Cette affection durait depuis un an; je l'ai guérie avec les cautérisations et la pommade de résinéone.

Pour ne pas dépasser les bornes d'un mémoire, je ne donnerai pas de développemens plus étendus sur ce sujet; et, pour l'explication des phénomènes qu'on observe pendant l'emploi de ce moyen, comme pour l'interprétation de ses effets sur l'organisme, je renvoie à mon MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU SIROP DE GOUDRON EN MÉDECINE, inséré dans le BULLETIN MÉDICAL (mai 1839).

En me résumant, employée à l'intérieur, et comme topique, la résinéone a confirmé les idées que j'avais préconçues sur son action tonique, stimulante et promptement résolutive. La parfaite analogie que j'ai signalée entre les effets de ce nouvel agent thérapeutique et le goudron lui-même ne laisse aucun doute sur ses propriétés spéciales; et si de nouveaux essais confirment mes expériences, il sera démontré que c'est dans la résinéone que réside le principe actif du goudron.

Ce médicament est donc appelé à remplacer une substance utile en elle-même, mais qui inspire beaucoup de dégoût aux malades par sa couleur et la saveur désagréable des nombreux élémens qui la composent. Les discussions que j'ai établies dans ce mémoire sur les moyens de dégager ce remède des parties qui lui sont étrangères, tendent à démontrer l'importance qu'il y a en général à découvrir la partie active des médicamens et à l'environner de la considération qui lui est due.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Revue des maladies observées dans les deux salles de clinique interne de l'hôpital Saint-André pendant l'année 1843*; par M. Gintrac. 2° *Mémoire sur un cas de transposition du sens de la vue*; par M. Encontre. (Nous ne rapportons pas les détails de ce fait, qui nous paraît un nouvel exemple de ces mystifications qui commencent maintenant à passer de mode.) 3° *Cas d'absence complète de vessie urinaire*; par M. Lietch. 4° *Tumeurs fibreuses de l'utérus, dystrie*; par M. Barnetche. 5° *Coup-d'œil pratique sur le traitement abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques d'azotate d'argent*; par M. Venot.

CAS D'ABSENCE COMPLÈTE DE VESSIE URINAIRE; par M. LIETCH.

Obs. — Un homme, âgé de 40 ans, mourut au bout de trois semaines des suites d'une fracture de la partie inférieure du fémur. Voici les particularités que l'on reconnut à l'autopsie.

L'habitude générale du corps rappelait les formes féminines. La peau était lisse, les membres grêles et les épaules étroites. Il n'existait aucune trace de pénis ni de scrotum; l'ombilic paraissait également absent.

Au-dessus du pubis était un petit orifice, autour duquel on remarquait de légères excoriations produites par le passage de l'urine; un renflement très peu saillant près de l'ouverture semblait être la cicatrice ombilicale.

De chaque côté du pubis se trouvait une petite éminence recouverte d'une peau parfaitement lisse; en les examinant, on trouva qu'elles renfermaient les testicules; les branches horizontales de l'os pubis étaient absentes, un cartilage unissait les os du bassin; les muscles pyramidaux manquaient également.

En disséquant la région, on ne trouva pas la moindre trace de la vessie. Les uretères s'étendaient jusqu'à l'orifice dont il vient d'être parlé et qui, effectivement, était formé par leur jonction. On ne put rien découvrir qui ressemblât à une portion de la vessie. L'uretère droit, toutefois, était énormément distendu: depuis le bassinet rénal jusqu'à son orifice externe, il avait le calibre de l'intestin grêle. Près de l'orifice, il se rétrécissait jusqu'au diamètre d'une plume d'oie, et, dans cette dernière portion, on distinguait facilement quelques fibres musculaires. Cet uretère, ainsi distendu, avait sans doute jusqu'à un certain point rempli l'office de la vessie, et les fibres musculaires représentaient le sphincter. L'uretère du côté gauche était dans l'état naturel.

Les testicules étaient petits, mais sains; les vésicules séminales, quoique d'une forme imparfaite, existaient; la glande prostate, très petite, était située derrière le point de réunion des uretères, et les canaux déférens se terminaient en deux ou trois petits orifices près de l'ouverture externe.

Cet homme était parvenu, à force d'attention et de soins, à cacher sa difformité. On peut acquérir la certitude qu'il existait chez lui des penchans sexuels; on apprit même qu'il avait été plusieurs fois sur le point de se marier.

Cette observation présente un fait très rare dans l'histoire des monstruosités, l'absence complète de la vessie. Meckel n'en cite aucun exemple. Lieutaud en rapporte un, et Pinninger en a relaté un second. (V. OBS. MÉDIC. 24 cent. 2.)

COUP D'OEIL PRATIQUE SUR LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE PAR LES INJECTIONS CAUSTIQUES D'AZOTATE D'ARGENT; par M. VENOT.

Nos lecteurs se rappellent sans doute le remarquable travail de M. Debeney sur le traitement de la blennorrhagie par les injections caustiques du nitrate d'argent. (Voyez GAZ. MÉD. 1843, p. 843.) Le mémoire que publie aujourd'hui M. Venot peut être regardé comme la contre-partie de celui-ci. Autant M. Debeney proclame le nitrate d'argent inoffensif et efficace à toutes les périodes de la blennorrhagie, autant M. Venot le déclare, à toutes les périodes aussi, dangereux et insignifiant. Bref, les quatre conclusions par lesquelles il termine son travail, et qui en résument parfaitement le contenu, sont les suivantes :

1° Les injections caustiques avec l'azotate d'argent n'ont pas les conditions d'innocuité exigées pour l'emploi de ce médicament héroïque, clause fondamentale de son administration.

2° Au lieu d'éteindre l'inflammation, ce traitement, éminemment perturbateur, l'exaspère localement d'abord jusqu'à l'hémorrhagie, pour la déplacer *constamment* (*sic*) ensuite, sans bénéfice réel pour l'affection primitive.

3° L'urétrorrhagie est, en général, le moindre inconvénient de cette méthode. L'orchite, les abcès urétraux, l'ophthalmie-blennorrhagique, les transports rhumatismaux en sont les conséquences presque inévitables. N'omettons pas les phénomènes immédiats de la cautérisation, tels que les douleurs atroces du cordon, le priapisme, la fièvre, la dysurie, etc.

4° Au prix de ces accidens, l'avortement blennorrhagique n'arrive que dans de très rares circonstances; car presque toujours l'écoulement urétral reparaît après la cessation de la métastase.

M. Venot base ces conclusions sur le résultat de vingt-deux observations dans lesquelles il a essayé l'injection caustique aux doses et dans les conditions indiquées par M. Debeney. La proportion, en général, était de 6 décigrammes d'azotate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée. Il a toujours eu la précaution de faire comprimer le périnée de peur que le caustique ne pénétrât jusque dans la vessie. Aucun renseignement n'est donné par l'auteur sur le temps pendant lequel l'injection était gardée dans le canal.

Les vingt-deux malades sur lesquels il a répété ces tentatives étaient, les uns au second jour de la blennorrhagie, les autres vers sa période moyenne, quelques-uns à cet état essentiellement chronique que l'on désigne plutôt sous le nom de blennorrhée. Or, sur ces 22 cas, 6 fois l'injection abortive a déterminé l'orchite aiguë, 17 fois une hémorrhagie plus ou moins notable par l'urètre, 5 fois des posthites et des abcès urétraux, 3 fois une ophthalmie blennorrhagique, 2 fois une adénite inflammatoire sans suppuration, 1 fois des bubons qui ont suppuré, 2 fois le rhumatisme aigu de plusieurs articulations, 1 fois des douleurs tellement vives, que le malade, quoique non guéri, n'a pas voulu laisser exécuter une deuxième injection.

Le point capital qui ressort de ce tableau statistique, c'est que sur les vingt-deux malades soumis au traitement par les injections caustiques, *vingt* ont vu reparaître leur blennorrhagie après un laps de temps variable.

C'est avec un étonnement extrême que nous avons lu ce travail, et avec un étonnement plus grand encore que nous avons vu l'adhésion générale que la Société de médecine de Bordeaux a donnée à des conclusions aussi opposées à ce que chaque médecin peut observer tous les jours dans sa pratique. On ne nous accusera certes pas de partialité pour les injections caustiques de nitrate d'argent, nous qui, des premiers, avons en 1843 (Voyez GAZ. MÉD. loc. cit.), élevé la voix contre les exagérations de M. Debeney. Mais si ce médecin avait tort de présenter ce mode de traitement comme *le plus fidèle et le plus prompt*, M. Venot, à notre sens, est à une distance encore plus grande de la vérité, lorsqu'il avance qu'une métastase fâcheuse est *constamment* la suite de ces injections (1). Ce sont là de ces assertions que l'observation vulgaire dément chaque jour. Notre propre pratique compte maintenant au moins 100 cas d'injections à 8 décigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Or, sur ces 100 cas, dont près des deux tiers ont été observés dans un hôpital spécial (1), nous n'avons vu que cinq fois l'écoulement redevenir plus abondant et plus inflammatoire à la suite de l'injection qu'il ne l'était auparavant. C'est là l'unique accident que nous ayons constaté; la douleur a toujours été supportable, quoique nous ne fassions jamais comprimer le périnée. Jamais il n'y a eu de ces accidens dont, au dire de M. Venot, l'extrême fréquence serait ici la règle, et l'absence l'exception. Dans notre pratique, comme dans celle de tous les médecins que nous connaissons, cette innocuité a été constante, et tout s'est borné à quelques exemples rares de phlegmasie rendue plus intense par l'injection.

Nous serions plus portés à partager l'avis de M. Venot, quant à ce qui concerne l'efficacité ou, pour mieux dire, l'inefficacité de la méthode. Déjà nous nous étions catégoriquement expliqués à cet égard (voyez loc. cit.); mais, aujourd'hui, comme en 1843, nous rappellerons que ce grand nombre d'insuccès tient uniquement à ce que M. Venot a voulu, ainsi du reste que l'avait fait M. Debeney, expérimenter les injections caustiques *à toutes les périodes* de la blennorrhagie. En en circonscrivant l'emploi : 1° aux deux premiers jours de la maladie, 2° vers sa fin, lorsqu'il ne reste plus qu'un suintement, on réussira beaucoup plus souvent, et l'on parviendra ainsi à réhabiliter ce précieux agent; car s'il est loin d'être dangereux dans tous les cas, comme le croit M. Venot, il n'est pas moins éloigné d'être le moyen par excellence à tous les degrés, à toutes les époques de l'affection, ainsi que M. Debeney l'affirmait dans son premier travail.

II. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 renferment les articles suivans : 1° *Etudes médicales sur le dualisme humain*; par M. Broussonnet. 2° *Compte-rendu des observations recueillies à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi*; par M. Bordes-Pagès. 3° *Examen anatomique du délire*; par M. Alquié. 4° *Epanchement pleurétique; opération de l'empyème; guérison*; par M. Jacquot. (L'épanchement avait succédé à une pleurésie aiguë chez un homme sain et robuste. On ouvrit avec le bistouri une petite tumeur qui faisait saillie à l'extérieur, et qui était en communication avec la cavité pleurale par un trajet sinueux, circonstance qui a sans doute contribué à la guérison en empêchant la pénétration de l'air). 5° *Des analogies et des différences de la distruction dans la force vitale et le sens intime*; par M. Barret. 6° *Sarcocèle chez un enfant de quatre ans*; par M. Cabaret. (Observation empruntée à la clinique de Dupuytren, année 1833.) 7° *Traitement du paraphimosis par la compression*; par M. Mourgues. (Le procédé que l'auteur conseille n'est autre que l'application autour du gland d'une bande étroite, qu'on renouvelle chaque jour; c'est tout à fait le traitement indiqué par Boyer. L'auteur dit avoir réussi de cette manière dans deux cas où l'étranglement datait déjà de quelques jours.) 8° *Etudes anatomo-pathologiques de la faculté de la parole*; par M. Alquié. 9° *Observation de guérison d'une névrose épileptiforme*; par M. Mottei.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE DUALISME HUMAIN; par le professeur BROUSSONNET.

Il y a soixante ans, Dupuy de Leyde publia une intéressante dissertation sur l'homme droit et sur l'homme gauche (*de homine dextro et sinistro*). M. Broussonnet propose de distinguer l'homme en *supérieur* et *inférieur*, et voici en deux mots les considérations sur lesquelles il s'appuie. Le bas-ventre, avec ses organes alimentateurs, placés sur le côté droit (ainsi l'homme inférieur correspond à l'homme droit des devanciers, et l'homme

(1) Pour rassurer le lecteur contre cette assertion effrayante, il nous suffira de rapporter ici ce que dit M. Venot du cas d'ophthalmie blennorrhagique (*le seul* qu'il cite) consécutif à l'injection : « Le lendemain de la seconde injection, rougeur des conjonctives, blépharite rapidement très développée. Saignée du bras, sangsues à l'angle externe des yeux; introduction de la sonde irritante de M. Serre dans l'urètre. Deux jours après, le muco-pus urétral a reparu, mais l'ophthalmie blennorrhagique persiste. Il a fallu trois semaines de soins assidus et variés pour la vaincre. » Personne, évidemment, n'acceptera une description aussi incomplète comme un exemple réel d'ophthalmie blennorrhagique.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

(1) L'hospice de l'Antiquaille, hôpital des vénériens de Lyon.

supérieur à l'homme gauche), est le premier appelé à la vie. Puis la circulation sanguine se perfectionne et la respiration s'établit. Puis enfin la tête, ou *haut-ventre*, qui ne contient que des organes de luxe, inutiles encore pour quelque temps, fonctionne la dernière ; et, *comme tout va en cercle*, l'homme inférieur, premier à vivre, est le dernier à mourir. La première maladie qui paraît chez l'enfant naissant semble être la continuation de celle qu'éprouva le vieillard quand, après avoir perdu successivement ses forces physiques et morales, il cessa de digérer.

M. Broussonnet voit le même ordre, la même succession dans les maladies qui viennent assiéger l'homme dans le cours de sa carrière : ictère, hydrocèle, carreau, diarrhée, convulsions ; puis fièvres gastriques et bilieuses, angines, pneumonies ; enfin, rhumatismes, diarrhée colliquative, constipation, paralysie, marasme. « Réduisez, dit-il, ce tableau, encadrez-le dans une seule maladie, et vous y trouverez les mêmes traits plus petits. »

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU DÉLIRE ; par le docteur ALQUIÉ.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE LA PAROLE ; par le même.

M. Alquié continue par les deux articles dont le titre précède ses laborieuses études sur le rapport des différens troubles de la vie de relation avec les altérations matérielles des centres nerveux.

Relativement au délire, il revient sur une idée qu'il avait déjà émise dans de précédens travaux : « On appelle *délire*, dit-il, l'émission d'idées incohérentes, de paroles sans motifs, accompagnée le plus souvent d'actes insolites, de gestes désordonnés. En offrant ces phénomènes, un malade peut avoir cependant sa raison *au fond* ; car, en fixant fortement son attention par des demandes brusques, répétées ou seulement inattendues, il répond souvent parfaitement, selon les questions posées. » Quant à la question de fait, à savoir si, dans le délire, l'intelligence peut reprendre momentanément ses droits sous l'influence d'une stimulation externe, comme une interrogation brusque et pressante, pas le moindre doute. Mais peut-être l'interprétation que M. Alquié donne de ce fait n'est-elle pas tout à fait exacte, à moins que son langage n'en dise plus qu'il ne l'a voulu. Si l'on pouvait dire d'un homme qui émet des paroles ou des gestes incohérens, qui *déraisonne* en un mot, qu'il *conserve sa raison au fond*, on pourrait le dire également de beaucoup d'aliénés qui ont des momens lucides. Mieux vaudrait dire, ce nous semble, que, dans le délire, la raison, un instant perdue, peut revenir momentanément et revient plus vite et plus facilement que dans l'aliénation confirmée.

Quoi qu'il en soit, le but de M. Alquié est de prouver 1° que le délire se lie à une lésion *non désorganisatrice* des circonvolutions cérébrales, et que la méningite correspondante n'est pas nécessaire à sa production ; 2° que le délire ne traduit pas ordinairement la méningite ou la lésion de la base du cerveau ; 3° qu'il ne caractérise pas non plus la lésion des ventricules, du centre ovale, du cervelet, de la protubérance ; 4° que, dans le cas de lésions multiples de l'encéphale, le délire doit être rapporté à celle de la convexité cérébrale.

Sauf la proposition qui concerne la non influence de la méningite sur la production du délire, nous regardons les autres comme rendues très probables par les résultats combinés de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique. Mais, quelles que soient la patience et l'habileté d'investigation dont M. Alquié fasse preuve, nous craignons bien que l'anatomie pathologique, employée seule, ne lui fasse défaut, comme à tant d'autres observateurs, quand il s'agira de localiser les différentes fonctions de l'encéphale. C'est là surtout que le cadavre ne nous montre qu'une partie de ce qui existait à l'instant de la mort et quelquefois rien de ce qui existait pendant le cours de la maladie. Il doit donc y avoir fréquemment et il y a en effet un désaccord profond entre les données de l'observation fonctionnelle et celles de l'observation cadavérique. Ajoutez que le plus souvent il existe simultanément plusieurs altérations et il devient alors très difficile de faire à chacune sa part. C'est ce qui avait lieu en particulier dans la plupart des six observations rapportées par M. Alquié. Dans la deuxième, il est dit que la substance grise du cerveau, *ainsi que la blanche*, étaient fort injectées. Dans la quatrième, une injection de la pie-mère s'étendait jusqu'à la couche corticale du cerveau ; mais, en outre, *dans l'intérieur du ventricule gauche se trouvait de la sérosité purulente ; ses parois étaient tapissées de vaisseaux très apparens et fort nombreux*, et le délire avait commencé onze jours avant la mort, c'est-à-dire à une époque à laquelle il serait rationnel de faire remonter, non pas la simple injection de la couche corticale, mais bien la lésion plus profonde qui a produit du pus dans le ventricule. Dans la cinquième observation, la substance blanche n'était guère plus saine que la grise ; et, dans la sixième, un des ventricules latéraux contenait encore du pus. Enfin, pour comble de complications, les méninges n'étaient saines que dans un seul cas.

Venons maintenant au travail de M. Alquié sur la signification anatomique des troubles de la parole. L'auteur rapporte quatre observations détaillées. Dans la première, altération tardive de la parole et des mouvemens des membres gauches, abcès enkysté dans le lobe antérieur droit du cerveau. Dans la deuxième, symptômes d'hémorrhagie cérébrale, hémiplégie droite, conservation parfaite de la parole, ramollissement apoplectique des deux extrémités de l'hémisphère droit. Dans la troisième, symptômes d'hémorrhagie cérébrale, embarras de la parole, céphalalgie constante bornée à la tempe droite, guérison. L'auteur conclut de plusieurs symptômes, et principalement du siége de la céphalalgie, que la lésion avait lieu dans le lobe *moyen*. Enfin, dans la quatrième observation, embarras de la parole, délire, injection des méninges et du cerveau.

De ces observations, qui lui sont propres, et de quelques autres empruntées à différens auteurs, M. Alquié tire les conclusions suivantes :

1° La méningite encéphalique laisse la parole libre toutes les fois que la substance nerveuse est intacte ;

2° La parole est gênée ou perdue par la désorganisation d'un point d'un lobe antérieur ou des deux lobes antérieurs du cerveau ; c'est même le cas le plus constant et le moins sujet aux exceptions ;

3° La parole peut être troublée par la désorganisation du centre des hémisphères ;

4° L'altération des lobes postérieurs du cerveau intéresse la parole quand sa partie interne ou toute son épaisseur est lésée ; elle *paraît* laisser la parole libre, lorsque la lésion attaque la base seulement ;

5° L'altération des corps striés trouble la parole quand leur surface est lésée ; la parole reste libre quand, *ce me semble*, sa surface est intacte ;

6° La parole reçoit une influence *variable* de l'altération de la couche optique ;

7° La désorganisation de la protubérance trouble ou abolit la faculté de la parole ;

8° La cloison, la voûte cérébrale et le cervelet n'ont pas d'influence sur la parole.

On voit quel champ large est assigné par M. Alquié aux lésions cérébrales qui peuvent amener le trouble de la parole, et l'on peut juger par quelques-unes de ses expressions de l'incertitude où il s'est plus d'une fois trouvé. Nous ne pouvons que renvoyer aux réflexions que nous avons faites tout à l'heure à propos de la détermination du siége anatomique du délire.

GUÉRISON D'UNE NÉVROSE ÉPILEPTIFORME ; par M. MATTEI.

OBS. — Gauthier, âgé de 25 ans, tempérament nerveux, constitution grêle. A 11 ans, fièvres intermittentes qui durèrent neuf mois. Trois mois plus tard, fièvre pernicieuse guérie par le quinquina. Le quinzième jour de la convalescence, à la suite d'une dispute qui lui fit passer une nuit en prison, urticaire générale offrant de curieuses particularités. Elle apparaissait tous les jours avant midi, et seulement quand le sujet avait pris des alimens. Passé midi, Gauthier pouvait faire impunément son repas : rien ne se montrait. Deux heures après l'apparition de l'urticaire survenaient des coliques, de la diarrhée, et l'éruption disparaissait. A 21 ans, mariage, et presque aussitôt disparition définitive de l'urticaire. Mais, quinze jours après, chute subite sans connaissance, avec perte de sang par le nez et la bouche. Les attaques se renouvelèrent d'abord tous les six mois, puis se rapprochèrent graduellement jusqu'à éclater tous les deux ou cinq jours. Traitement ordinaire de l'épilepsie. Une fois, à la suite de l'ingestion d'un vomitif, tétanos général qui ne cessa qu'après l'expulsion des lombrics par la bouche ; aucune influence sur les attaques. Depuis longtemps, d'ailleurs, le malade rendait des vers par haut et par bas. Quand il fut visité pour la première fois par M. Mattei, le 20 août 1843, il y avait une douleur continue à l'hypochondre gauche, où la main sentait des contractions spasmodiques. Cette douleur augmentait toujours quelques minutes avant l'attaque, puis sensation d'une boule montant jusqu'au cou, gêne de la respiration, et tous les symptômes de l'épilepsie. Chaque accès, composé de plusieurs paroxismes, durait environ deux heures. Opiacés : diminution de la violence des attaques. Enfin, le malade fut soumis à la médication suivante. Tous les matins, pendant quatre jours, infusion de mousse de Corse, qui provoque, dans les deux premiers jours, la sortie de beaucoup d'ascarides par l'anus et de trois lombrics par la bouche. Ensuite, potion purgative, avec huile de ricin, eaux de menthe et de fleurs d'oranger et sirop de limon. Coliques vives ; douze évacuations alvines. Les deux dernières furent précédés d'une sorte d'explosion dans l'hypochondre gauche ; elles étaient liquides, copieuses, *liées comme de la crème, d'une couleur blanc jaunâtre*. Immédiatement après, cessation de la douleur et des contractions spasmodiques. Guérison définitive de la névrose, datant déjà d'un an.

III. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844, contiennent les travaux suivans : 1° *Des médicamens réputés purgatifs*; par M. Biecchy (Considérations en faveur de la doctrine razorienne sur l'action hyposthénisante des purgatifs). 2° *Remarques sur les différens modes de présentation et de position du fœtus dans l'accouchement et sur la valeur des expressions : accouchement naturel, accouchement contre nature fondées sur ces présentations*; par M. Stoltz. 3° *Résumé de la clinique médicale de la faculté de Strasbourg, du 1er juillet 1842 au 1er juillet 1844*; par M. Forget (Travail non terminé). 4° *Mémoire sur le noma ou cancer aquatique, ou stomacace gangréneuse*; par M. Weber; 4° *Résumé général de la clinique chirurgicale de la faculté de Strasbourg; pendant le semestre d'hiver de 1843-1844*; leçons de M. Sédillot, recueillies par M. Lhuillier.

REMARQUES SUR LES DIFFÉRENS MODES DE PRÉSENTATION ET DE POSITION DU FOETUS DANS L'ACCOUCHEMENT ET SUR LA VALEUR DES EXPRESSIONS: ACCOUCHEMENT NATUREL, ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE FONDÉES SUR CES PRÉSENTATIONS; par M. STOLTZ.

Nous transcrivons ici les conclusions mêmes du travail de M. Stoltz, en laissant à l'honorable professeur la responsabilité de la simplification qu'il propose, simplification très acceptable tant qu'elle se borne au langage; mais que les lecteurs trouveront peut-être un peu hardie lorsque, comme dans les dernières propositions, l'auteur veut la faire passer dans la pratique.

A. Quant aux présentations, M. Stoltz pense :

1° Que, dans celle de l'extrémité supérieure du fœtus ou de l'ovoïde fœtal, ce n'est ni le sommet, ni l'occiput, ni le côté de la tête qui se trouve *seul* en rapport avec le détroit supérieur du bassin, mais bien le *crâne*; de telle sorte qu'une portion de chacune des deux régions qui viennent d'être nommées se présente par le fait.

2° Que, en conséquence, on ne doit pas considérer comme *contre nature* ce qu'on a appelé présentations de l'occiput, du sommet, du côté de la tête, lors même que l'une ou l'autre de ces régions se serait rapprochée plus qu'à l'ordinaire du centre du bassin, ce qui forme les variétés inclinées de la présentation du crâne d'après Mme de Lachapelle.

3° Que la présentation de la face ne doit pas être considérée comme vicieuse par rapport à l'accouchement spontané et naturel; attendu que dans cette présentation le travail se termine en général d'une manière favorable pour la femme et pour le fœtus, par un mécanisme régulier et connu sans secours de l'art.

4° Que ce qu'on a appelé présentation du front, de la joue, du menton, ne sont que des variétés de celles de la face et ne constituent pas des présentations contre nature ou vicieuses, qui indiqueraient par elles-mêmes la nécessité de les transformer en d'autres plus favorables.

5° Que les présentations des pieds, des genoux et des fesses ne forment qu'une seule et même espèce, la présentation de la grande extrémité de l'ovoïde fœtal ou de l'extrémité inférieure (dite pelvienne); que cette présentation, sans être aussi bonne que celle de l'extrémité supérieure, ne doit pas moins être considérée comme normale et favorable, en tant que l'accouchement peut se terminer tout aussi spontanément que dans cette dernière.

6° Que les présentations de la hanche, de la région sacrée ou de la région pubienne ne sont pas des variétés de la présentation pelvienne, ne sont pas plus mauvaises et contre nature que celle-ci, et ne présentaient par conséquent aucune indication spéciale.

B. Quant aux positions:

1° Qu'on peut et qu'on doit admettre pour chaque présentation quatre positions diagonales, c'est-à-dire le grand diamètre de la partie qui se présente dans la direction d'un des diamètres obliques du détroit supérieur, et considérer toutes les autres comme des variétés de ces positions cardinales qui sont antérieures ou postérieures, et *en même temps* latérales gauche ou latérales droites.

2° Que dans toute position, quelle qu'elle soit, la partie qui se présent avance spontanément avec plus ou moins de facilité, cependant, mais sans qu'il soit nécessaire, règle générale, d'aider la nature par une opération quelconque.

De cette manière ajoute, en terminant M. Stoltz, tombera tout l'échafaudage de difficultés dans l'accouchement attribuées à certaines présentations du fœtus ou à certaines positions, difficultés accumulées par les anciens et qui ont grandi dans l'esprit d'hommes de mérite, mais préconçus ou pas assez sévères et tranquilles observateurs de la nature.

SUR LE NOMA, OU CANCER AQUATIQUE, OU STOMACACE; par le Dr WEBER.

Le noma, ulcère rongeur de la bouche, est un des accidens les plus graves qui puisse se présenter dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. On l'observe aussi, mais moins fréquemment, à la suite de la rougeole, de la scarlatine, de la variole; le docteur Weber l'a vu succéder à un croup contre lequel on avait employé des doses considérables de calomel.

Le noma débute rapidement par un point grisâtre ou noirâtre, souvent multiple, dans l'intérieur de la bouche, soit sur les gencives, soit à la face interne des joues. L'ulcération, répandant dès l'origine une odeur gangréneuse, marche rapidement, s'étend en peu de jours à une grande partie de la bouche, aux mâchoires, aux joues, au menton et même aux yeux, au front et au cou, convertissant tous les tissus en une masse noirâtre, horriblement fétide, qui, en tombant, laisse tout un côté de la face ouvert et répandant une sanie dégoûtante. Le plus souvent, cette gangrène entraîne une mort rapide; quelquefois cependant l'escarre venant à se détacher, la plaie se revivifie et se cicatrise; mais alors, trop fréquemment, la perte de substance est telle qu'elle s'oppose à la mastication, permet l'écoulement continuel de la salive, et finit par entraîner à la longue la détérioration de l'organisme et une mort inévitable.

Les moyens le plus ordinairement employés contre cette redoutable affection, les cautères potentiels, les acides muriatique, sulfurique, acétique, pyroligneux, la créosote, le chlore, les chlorures, sont presque toujours impuissans. M. Weber rapporte un cas de noma, suite de fièvre typhoïde, contre lequel il a employé le cautère actuel. Il existait quatre plaques gangréneuses aux quatre angles des mâchoires en dedans et en dehors des gencives, ayant chacune une étendue d'environ 2 centim. en tous sens. En outre, un point gangréneux se voyait à la face interne de la joue droite qui était elle-même un peu bouffie et très rouge au niveau de la pommette. Le fer rouge fut immédiatement appliqué.

« Nous balançâmes d'abord, dit l'auteur, si nous n'arracherions pas les dents aux endroits gangrénés : mais en comptant ensuite qu'il faudrait en sacrifier douze pour découvrir entièrement les quatre espaces gangrénés, nous hésitâmes devant une atteinte aussi vive au système nerveux chez un enfant déjà épuisé, et nous nous contentâmes de porter le fer en dedans et en dehors des gencives et à l'intérieur des joues, le promenant plus encore sur le hord sain que sur la gangrène elle-même. »

Après l'opération, l'enfant s'endormit profondément. On lui fit prendre ensuite quelques gouttes de teinture d'arnica; la bouche fut fréquemment nettoyée avec la décoction de quinquina, à laquelle on ajouta de la teinture de cochléaria, du sirop de mûres, et plus tard de la teinture de myrrhe. Il y eut peu de réaction; les escarres commencèrent à se détacher le troisième jour, les plaies se nettoyèrent, quelques points douteux furent encore touchés avec le nitrate d'argent, et la cicatrisation marcha rapidement. Ajoutons que plusieurs dents restèrent déchaussées, que trois points nécrosés dans la mâchoire supérieure portant une dent molaire et deux points plus petits de la mâchoire inférieure, se sont plus tard détachés.

Nous avons rapporté ce fait avec quelques détails parce qu'il est propre à encourager les praticiens dans l'emploi d'un moyen qu'on voit proscrit dans plus d'un ouvrage estimé, et en particulier dans l'Encyclopédie de Most; mais il est juste de faire remarquer qu'il a été au contraire préconisé par la plupart des médecins français qui se sont occupés des maladies des enfans.

SUR LES PLAIES DU COU; par M. SÉDILLOT.

Outre les accidens, dit M. Sédillot, qui peuvent tenir à la lésion des tissus qui composent le cou, il existe une cause de danger toute spéciale qui vient compliquer les plaies même les plus superficielles et les aggraver en entravant sans cesse leur réparation : ce sont les mouvemens continuels imprimés à la région du cou par les mouvemens de la tête et des épaules, et surtout par ceux de la déglutition et de la phonation, mouvemens qui empêchent ou détruisent la cicatrisation des plaies et causent des érysipèles, des suppurations interminables. Les plaies deviennent blafardes; des abcès se forment, s'étendent vers les médiastins; l'inflammation envahit la trachée et les bronches, le pharynx et l'œsophage, et la mort est fréquemment le résultat de ces complications.

Dans un cas de plaie du cou qu'il a eu à traiter, M. Sédillot a cherché à maintenir la tête immobile au moyen d'attelles de carton. Il fait remar-

quer qu'il aurait pu également employer un bandage inamovible. Le blessé ne voulut s'astreindre à aucun appareil, de sorte que cette indication ne fut pas remplie.

M. Sédillot croit que là est la véritable cause des accidens graves qui compliquent souvent les plaies du cou, tels que les épanchemens de sang, la rétention du pus derrière les lambeaux, la congestion des voies aériennes. Ayant eu à traiter, il y a quelques années, au Val-de-Grâce, beaucoup de ganglionnites cervicales, dont il enleva un grand nombre, au moyen de l'instrument tranchant, il avait pris pour règle de ne pas faire de grandes plaies, et de condamner ensuite la tête à l'immobilité absolue en l'enfermant dans un bandage inamovible. Il pratiquait la réunion immédiate, et elle avait un succès complet.

— L'indication présentée ici par M. Sédillot est juste; mais d'autres avant lui en avaient déjà fait ressortir l'importance et proposé des moyens plus simples pour la remplir. Dans un cas de ce genre, en 1833, Dupuytren employa à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le bandage suivant. Un large ruban de fil fut fixé tout autour de la tête, un peu au-dessus de sa partie la plus renflée. Un second ruban semblable fut attaché autour de la poitrine immédiatement sous les bras. Quatre autres rubans furent ensuite cousus par leurs extrémités à ces deux ceintures, savoir : deux partant des parties latérales antérieures de la ceinture crânienne et allant s'attacher sur les côtés de la ceinture thoracique; et deux autres disposés de même pour la partie postérieure. Grace à ce bandage, très facile à supporter, les mouvemens de la tête furent prévenus tout aussi sûrement qu'ils auraient pu l'être par l'un des appareils beaucoup plus gênans que M. Sédillot propose.

Quant aux mouvemens de phonation et de déglutition dont l'auteur redoute *surtout* l'influence fâcheuse, nous ne savons guère de bandage qui puisse prévenir le premier; et pour le second, nous ne pensons pas qu'il entre jamais dans l'esprit d'aucun chirurgien de songer à vouloir l'empêcher.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE.

ÉLECTION.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination d'un membre dans la section de zoologie, en remplacement de M. Geoffroy-St-Hilaire.

La section avait présenté la liste suivante des candidats :

1° M. Duvernoy; 2° M. Valenciennes; 3° M. Dujardin; 4° M. d'Orbigny; 5° M. Bibron; 6° MM. Gervais et Guérin-Méneville (*ex æquo*).

Voici le résultat du scrutin. Le nombre de votans étant de 33,

M. Valenciennes a obtenu......... 33 voix.
M. Duvernoy.......... 17
M. Dujardin.......... 3

En conséquence, M. Valenciennes a été proclamé membre de l'Académie.

ACIDE LACTIQUE.

M. Pelouze lit un mémoire qui peut être considéré, dit-il, comme faisant suite au travail sur l'acide lactique fait en commun par M. Gay-Lussac et lui-même en 1833. Il a spécialement pour objet l'étude des propriétés chimiques de l'acide lactique.

Ce mémoire, d'une très grande étendue, est peu susceptible d'analyse. Nous nous bornerons à en extraire les principaux résultats qui y sont consignés.

L'acide lactique est un liquide incolore, soluble en toutes proportions dans l'eau et l'alcool, d'une saveur franchement acide. Sa composition, qui est très simple, a été déterminée en même temps par MM. Mitscherlich, Liebig, et par l'auteur et M. Gay-Lussac. Il a pour formule $C^6 H^6 O^6 = C^6 H^5 O^5 HO$. Ces nombres expriment un équivalent d'acide monohydraté (C = 75; H = 12,5; O = 100).

Par l'action de la chaleur, il reste un résidu solide qui n'est autre chose que l'acide lactique anhydre.

Parmi les produits gazeux et volatils de la distillation sèche de l'acide lactique, l'auteur signale l'oxide de carbone, l'acide carbonique, l'eau, une petite quantité d'acide lactique ordinaire, la lactide et la lactone; il se forme en outre un peu d'acétone et un liquide odorant insoluble dans l'eau, dont il ignore encore la nature.

L'action de l'acide sulfurique et de la chaleur sur l'acide lactique donne lieu à un dégagement abondant d'oxyde de carbone pur.

PHÉNOMÈNES CHIMIQUES DE LA DIGESTION.

MM. Bernard et Barreswil adressent un nouveau mémoire sur les phénomènes chimiques de la digestion.

La réaction acide qu'offre constamment le suc gastrique est une de ses qualités essentielles; car neutralisé par un alcali, il perd ses facultés digestives qu'on peut lui rendre en établissant la réaction acide. D'autre part, l'acidité n'est qu'un seul des élémens du suc gastrique. En effet, qu'on le soumette à une température voisine de l'ébullition, il perd également ses propriétés digestives, non plus par l'absence de la réaction acide, qui reste la même, mais parce qu'on agit alors sur un autre de ses principes qui est essentiellement modifiable par la chaleur. Les auteurs se sont assurés, en outre, que l'acidité du suc gastrique n'était point due à un biphosphate de chaux, mais à la présence d'un acide libre; et cet acide n'est ni l'acide acétique, ni l'acide chlorhydrique, mais bien l'acide lactique. Suivant eux, l'acide lactique doit être considéré comme une production physiologique constante de l'organisme.

RECHERCHES SUR L'ACIDITÉ DU SUC GASTRIQUE.

M. Melsens adresse un mémoire sur ce sujet. On sait que les physiologistes et les chimistes qui se sont occupés de la composition du suc gastrique, l'ont toujours trouvé acide et ont presque tous admis que l'acidité était due à un ou à plusieurs acides libres; tandis que M. Blondlot a cru devoir nier la présence de ces acides dans le suc gastrique, et attribue son acidité à du biphosphate de chaux. M. Melsens pense que le suc gastrique contient un acide libre sur la nature duquel il n'entend pas se prononcer : son opinion est fondée sur de nouvelles expériences, qui lui ont démontré la présence de cet acide. Il s'étaye d'ailleurs de l'opinion de M. Bernard, qui dit, dans sa thèse sur le même sujet, que le suc gastrique dissout les métaux avec effervescence, et de l'opinion de M. Dumas, qui avait remarqué que les digestions artificielles ne se faisaient plus, ou très difficilement avec du suc gastrique filtré sur de la craie et qu'une trace d'acide chlorhydrique ajouté la manifestait de suite.

SUR LE CHARBON QUI SE PRODUIT DANS LES POUMONS DE L'HOMME PENDANT L'AGE MUR ET LA VIEILLESSE.

M. Natalis Guillot présente sur ce sujet une note qui renferme les propositions suivantes :

1° Il se produit et s'accumule continuellement dans les organes respiratoires de l'espèce humaine pendant la durée de l'âge mûr et principalement dans la vieillesse, du charbon en nature dans un état excessif de division.

2° Ce charbon, disposé dans l'épaisseur même des tissus, ne provient pas de l'extérieur.

3° Partout où cette matière existe en quantité suffisante pour former des amas de 1 millim. de côté au moins, les canaux aériens, les conduits sanguins artériels et veineux sont oblitérés, et les tissus pulmonaires sont alors tranformés en une substance colorée en noir qui peut occuper jusque plus de la moitié des organes.

4° La respiration ne s'opère plus dans ces parties qui servent de gangue au charbon; les phénomènes de la circulation ne s'y produisent plus dans l'état pathologique; les phénomènes inflammatoires ne s'y développent point.

5° L'accumulation successive de ce charbon au-delà d'un certain terme cause la mort des vieillards. L'excès de ce charbon produit la mort en rendant le poumon imperméable.

6° La présence constante de ce produit chez tous les vieillards rend souvent fatale la terminaison des inflammations et des congestions sanguines de l'organe respiratoire.

7° Ces molécules de charbon paraissent avoir une grande influence sur les phénomènes qui se succèdent dans l'épaisseur et autour des masses tuberculeuses. Lorsque des tubercules se produisent dans les poumons et que le charbon se dépose abondamment autour d'eux, ils ne subissent point les changemens successifs propres à la phthisie, lorsque cette maladie suit régulièrement son cours.

8° Ces tubercules deviennent calcaires, sont privés de graisse et ne s'accroissent point. Aucun vaisseau de formation nouvelle ne se développe autour d'eux ou bien lorsque ces vaisseaux ont déjà pris de l'accroissement, avant le dépôt des molécules de charbon, ils s'oblitèrent par suite de ce dépôt, et les progrès de la phthisie s'arrêtent.

9° La production du charbon dans les poumons humains, indépendante de la profession et ne résultant que de l'âge et très probablement de la nourriture des individus, est un fait qui doit être étudié sous le point de vue physiologique et qui mérite également d'être considéré au point de vue de la pathologie, puisque s'il peut en résulter l'aggravation des affections les plus communes chez les vieillards dont les poumons ne peuvent plus fonctionner complètement, il paraît aussi que l'apparition de cette matière dans les tissus pulmonaires, en enveloppant les tubercules, en les isolant du reste de l'organe, arrête complètement la marche de la phthisie tuberculeuse.

RECHERCHES CHIMIQUES SUR LA MATIÈRE DES MÉLANOSES.

M. Melsens présente un travail sur le même objet. Les analyses chimiques auxquelles M. Melsens s'est livré confirment les données contenues dans le pré-

cédent travail, relativement à la nature présumée des produits mélaniques dont l'analyse établit l'identité presque complète avec le charbon.

M. Raphael de Zoloy (de Saint-Pétersbourg), envoie un travail ayant pour titre : La vie, le sommeil et la mort. — L'auteur se propose principalement pour objet de rechercher des signes à l'aide desquels on puisse distinguer la mort apparente de la mort réelle, et propose des moyens de prévenir les inconvénients des inhumations précipitées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

CANDIDATURE.

MM. Manec et Longet se portent candidats pour la place vacante dans le sein de l'Académie.

— Après la lecture du procès-verbal, l'Académie se forme immédiatement en comité secret pour entendre la suite des rapports sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE CÉRÉBRALE, OU DES MALADIES DU CERVEAU ; NOUVELLES RECHERCHES SUR SA STRUCTURE, SES FONCTIONS, SES ALTÉRATIONS ET SUR LEUR TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE, MORAL ET HYGIÉNIQUE ; par le docteur Sc. Pinel. — 560 pages in-8°. Paris, 1844. Librairie médicale de Just Rouvier.

On a déjà plus d'une fois tenté de soumettre les maladies dites mentales, les lésions de l'intelligence aux mêmes études que les autres affections ; mais soit que les élémens diffèrent complètement, soit que les recherches n'aient pas encore été faites d'une manière convenable, soit enfin, ce que nous ne pensons pas, que la majorité des médecins de l'époque ait obstinément fermé les yeux à la lumière que quelques anatomistes prétendent avoir révélée, il n'en est pas moins vrai que l'opinion générale est en ce moment peu favorable à ces prétentions, et qu'il n'y a qu'un bien petit nombre de personnes qui croient sérieusement que l'aliénation mentale peut être étudiée aujourd'hui avec la même facilité, par la même méthode et avec les mêmes élémens que la pneumonie, le diabète, etc., et par la simple application des lois générales de la pathologie. Nous trouvons dans l'ouvrage que nous avons en main un nouvel essai de ce genre, tenté par un athlète qui a déjà livré plus d'un combat dans cette direction. M. Sc. Pinel ne se dissimule pas les difficultés qu'il aura à surmonter tant pour la réserve avec laquelle on doit accepter les conséquences prématurées que l'esprit d'investigation s'empresse de déduire de documens insuffisans, que pour l'obligation de combler, par de nouvelles recherches, les nombreuses lacunes laissées dans cette étude. Après avoir été témoin de tant d'essais infructueux, on peut penser que l'auteur n'aura pas suivi les mêmes erremens que ceux qui l'ont précédé, et qu'il apporte à l'appui de sa manière de voir de nouvelles et plus solides preuves. Avant de nous livrer à cet examen, nous voulons nous arrêter sur un argument fréquemment employé dans les luttes scientifiques; mais qui ne prouve jamais rien et qu'il serait bon pour ce motif que M. Pinel écartât de son travail que nous regardons comme une œuvre tout à fait sérieuse : c'est le reproche adressé à ses adversaires de se contenter d'explications banales et fort commodes pour la paresse, d'en savoir sur le cerveau beaucoup moins que les autres, de n'apporter dans la discussion que des faits incomplets, des inductions sans valeur, et autres généralités qui si elles prouvaient quelque chose ne prouveraient qu'une mauvaise cause. Les adversaires auxquels s'adresse ici M. Pinel et qui se trouvent dans des catégories très diverses ne demandent qu'une chose, c'est de rester dans le doute, ou de conserver leurs anciennes convictions aussi longtemps qu'on n'aura pas élevé une doctrine opposée sur des bases solides et réellement scientifiques.

Si nous cherchons les nouveaux élémens apportés dans cette discussion, nous reconnaîtrons d'abord une excessive adresse et une grande distinction dans la manière dont la question est traitée. Après avoir déclaré contraire au progrès la distinction des maladies mentales qui n'aurait aujourd'hui d'utilité réelle que dans ses applications à la médecine légale et qui n'a produit jusqu'ici qu'une symptomatologie sans fin, sans portée physiologique, et sans indication thérapeutique, l'auteur pose en principe : que ces maladies ne sont que des maladies nerveuses, émettant immédiatement et comme conséquence nécessaire de ces prémisses ses divers points de vue sur ce sujet, dont le développement est exposé dans le reste de l'ouvrage.

« Pour nous, toute maladie dite nerveuse ne peut être que le résultat d'une modification matérielle dans le tissu nerveux lui-même. Tout symptôme nerveux dépend d'une lésion passagère ou durable, d'un changement organique, superficiel ou profond dans la structure des nerfs ou des centres nerveux jusqu'à la déformation entière et incurable. Quand on a pu assister en observateur imparfait au milieu de ces vastes rassemblemens d'affections nerveuses qui se présentent sous toutes les formes et à tous les degrés dans les grands hospices qui leur sont consacrés; quand on a suivi les malades qui les portent depuis leur entrée jusqu'à leur mort dans leurs dégradations successives de l'état de fureur à l'état de délire calme, à la démence, à la paralysie, n'est-il pas permis de penser que tous ces désordres successifs, tout en constituant des affections distinctes, ne sont en réalité que des périodes plus ou moins prolongées de la même maladie, ne sont que l'expression d'une série d'altérations cérébrales qui, à l'état aigu, exaltent d'abord toutes les propriétés sensoriales et motrices du cerveau, et plus tard dénaturent graduellement ces propriétés; qui pénètrent ensuite dans les faisceaux moteurs et sensibles de l'intérieur du cerveau, déterminent tous les symptômes généraux ou partiels de paralysie, de contracture et d'insensibilité et qui, arrivant enfin aux faisceaux plus irritables, plus sensibles, produisent les accès convulsifs et épileptiformes dont l'apparition est le signe certain des derniers efforts du travail morbide qui a pénétré jusqu'aux parties les plus profondes de la masse cérébrale. »

Si nous admettons avec M. Pinel l'exactitude de ces propositions dont plusieurs auraient peut-être besoin d'être plus complètement démontrées, et si nous adoptons avec lui que toutes ces altérations du cerveau, légères ou profondes, se traduisent au dehors par des troubles fonctionnels, nous comprendrons qu'il ait pu classer ceux-ci sous les quatre ordres suivans soit isolés, soit réunis : 1° lésions de l'intelligence; 2° lésions des penchans et des instincts; 3° lésions des sens et de la sensibilité; 4° lésions de la motilité volontaire.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce plan au développement d'une partie duquel le volume tout entier est consacré; sous le point de vue de l'exécution il est habilement combiné, et cette étude de tout l'ensemble du système nerveux reproduite sur chacune de ses parties les plus importantes serait évidemment le meilleur moyen d'arriver à le connaître parfaitement si les élémens qui entrent dans cette étude étaient de même nature. Or c'est ce que l'auteur ne démontre pas dans ses prolégomènes; nous verrons plus tard s'il le fait dans l'étude de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux à laquelle il se livre avant de passer à celle de la pathologie. Faisons encore remarquer cependant qu'il n'a pas suivi ce plan dans toutes ses distributions; ainsi au lieu de commencer par l'étude de l'encéphale, la partie la plus compliquée, la plus difficile, la moins connue du système nerveux, il eut peut-être été plus conforme à son plan primitif de le faire par celle des parties isolées du système nerveux, celles sur lesquelles tant de travaux de localisation ont été faits avec succès. Mais qu'importe cette différence de méthode, si les résultats de celle employée sont également bons !

L'anatomie et la physiologie du cerveau suivies jusqu'à leurs progrès les plus récens nous fournissent-elles quelques motifs de croire que l'intelligence et la motilité avec tous leurs degrés et toutes leurs nuances soient des fonctions cérébrales, comme la digestion est une fonction stomacale, comme la respiration est une fonction pulmonaire ? M. Pinel lui-même nous dit que nous sommes encore dans une ignorance presque complète sur la structure du cerveau. « Chaque anatomiste a ses préparations, ses planches et ses explications. Chacun démontre avec évidence ce qu'il a pu voir. De là cette divergence d'opinions sur un sujet qui semble au premier aspect n'en admettre aucune; de là ces théories successives qui ont considéré cette structure comme fibreuse, linéaire, tubuleuse, globuleuse, lamelleuse, etc. » Nous ne disons pas avec l'auteur qu'il y a nécessairement du vrai dans toutes ces observations dont aucune pourrait bien n'être exacte, mais nous répéterons avec lui qu'elles dénotent peu de précision dans la connaissance exacte de la nature intime du système nerveux et conséquemment qu'on ne peut y trouver aucun indice des fonctions dont il pourrait être chargé; car il n'existe aucun rapport nécessaire d'organisation entre une structure inconnue ou chacune même des structures indiquées par les divers anatomistes et l'intelligence ou la pensée. A la vue de l'appareil circulatoire chez l'homme, on est forcé de reconnaître qu'il doit être destiné à déplacer continuellement une grande masse de liquides; en voyant les nombreux capillaires si multipliés

autour de l'extrémité des bronches, on ne peut méconnaître le but de la respiration; celui qui examine l'estomac et les nombreux annexes qui l'entourent de toutes parts peut-il méconnaître la fonction importante dont il est chargé? En est-il de même pour le cerveau? malgré sa texture délicate et évidemment destinée à une fonction d'une grande portée, rien n'indique que ce soit la sensibilité, la motilité ou l'intelligence qui soient exhalées par ce lacis impénétrable; donc l'anatomie est muette sur cette question.

En est-il de même de la physiologie? nous affirmerons le contraire; l'observation a constaté que certains phénomènes ne se montraient que dans la condition d'existence de certains organes. Sans nerfs, sans moelle épinière, sans cerveau, il n'y a ni sensibilité, ni motilité, ni intelligence; mais la physiologie ne va pas plus loin et ne nous apprend rien sur la nature des rapports qui existent entre ces deux ordres de phénomènes lesquels coexistent nécessairement dans l'état de vie et d'absence de trouble. A-t-on suivi les traces de la pensée dans le sang qui afflue vers le cerveau, comme on a suivi celles de l'urée, du sucre, de la bile dans le sang qui est porté vers les reins et le foie? A-t-on distingué les vaisseaux qui apportent les matériaux de cette sécrétion de ceux qui la transportent pour la distribuer à l'économie ou l'exhaler et des glandes ou ganglions qui la secrètent? Jusqu'ici la physiologie n'a rien appris dans cette direction. Elle a cependant fait des progrès incontestables dans une autre voie, mais qui ne jettent aucun jour sur le mode de production de ces phénomènes; c'est la spécificité des organes nerveux pour certains phénomènes aussi spéciaux. Pourtant sans parler des expériences sur les animaux dont on a tant abusé pour arriver à des résultats le plus souvent contradictoires, nous devons dire qu'en constatant que tel phénomène ne se produit que sous l'influence d'un certain organe on n'a acquis aucune connaissance sur la nature de cette influence. La physiologie est donc impuissante pour décider la question telle qu'elle a été posée par M. Pinel, bien qu'elle lui ait cependant fait faire un progrès incontestable en constatant qu'une condition indispensable pour la production des phénomène de sensibilité et d'intelligence est l'existence d'un organe ou de divers organes nerveux.

Nous ne nions pas que, sous ce point de vue, l'auteur n'ait réuni réellement un grand nombre de documens qui semblent promettre, pour une époque peu éloignée, de nouveaux progrès dans la localisation des phénomènes moraux et intellectuels. Mais il ne suffit pas, pour démontrer ces faits, d'accumuler des témoignages et des expériences; il est besoin aussi d'une sérieuse critique dans le choix et l'admission de ces matériaux, et de ne leur donner que la valeur qu'ils ont réellement. C'est ainsi que nous sommes loin de repousser l'ingénieus; comparaison que l'auteur établit entre les planches soumises au daguerréotype et la mémoire des impressions qui se gravèrent sur les lamelles des circonvolutions cérébrales, comme le font les images, sous l'influence du daguerréotype et peut-être par un mécanisme analogue. Mais sous quelque forme que se perpétuent dans le cerveau celles de ces impressions qui n'ont ni couleur ni étendue, il n'en faut pas moins un œil en dehors de cette espèce de miroir, qui puisse les voir et se les approprier.

Nous avons dit que la classification adoptée par l'auteur reposait uniquement sur les troubles fonctionnels, et qu'elle n'avait qu'un rapport très éloigné avec l'étude des lésions anatomiques qui se trouvent rejetées sur le second plan. Nous en avons fait connaître le cadre général; voici maintenant les maladies qui se rapportent à chacune des quatre divisions.

1° Les lésions de l'intelligence comprennent celles des perceptions, de la mémoire et de la volonté. Elles sont à l'état : 1° d'*exaltation* : le délire aigu, la manie furieuse, certaines monomanies d'idées, certaines hallucinations, l'extase; 2° à l'état d'*affaiblissement* : la manie chronique, la stupeur, la démence simple; 3° à l'état d'*abolition* : l'idiotisme et l'imbécillité.

Cette première division comprend à elle seule presque toutes les aliénations mentales, et disposées dans un certain ordre où nous reconnaissons immédiatement la tendance à ne voir dans toute la pathologie que l'inflammation avec ses résultats, à mettre toutes les formes de maladies mentales sous l'influence de l'exaltation et de ses suites nécessaires. Nous en voyons la preuve, si le simple énoncé de la division des différentes lésions ne suffisait pas pour le démontrer, dans le soin que l'auteur a pris de grouper ensemble, sous le titre d'exaltation de l'intelligence, des états jusqu'ici regardés comme différens, et dont quelques-uns n'avaient point encore été réunis aux affections mentales. Ainsi, les différentes espèces de délire connues sous les noms de délire symptomatique, délire traumatique, délire de l'ivresse, délire narcotique, *delirium tremens*, délire nerveux, délire fébrile, délire aigu proprement dit, manie aiguë, qui, si nous en exceptons les deux derniers, ont toujours été distingués de la folie, sont tous rapportés à une seule et unique origine, la cérébrite plus ou moins rapide. La manie aiguë, qui paraît comprendre les cas les plus graves et les plus prononcés de ces sortes de délire, peut se terminer par la guérison, et souvent dans ce cas sa disparition coïncide avec un mouvement critique de l'économie; par l'état chronique ou par une mort très prompte. L'auteur rapporte neuf cas où les accidens se sont terminés par la mort après une durée de l'état maniaque d'un mois à huit ans, et dans chacun desquels il a constaté des lésions notables dans le cerveau, avec distinction des lésions de la substance grise et de la substance blanche. Sans refuser toute valeur à ces neuf observations, que l'auteur aurait pu multiplier beaucoup, nous ne pouvons cependant les admettre qu'avec une extrême réserve sous le point de vue de la question qu'elles sont destinées à éclairer; car nous ne pouvons penser que M. Pinel les présente rigoureusement comme types des lésions cérébrales dans la manie aiguë, dans la manie commençante, quand tous les sujets étaient malades depuis plusieurs mois et quand plusieurs avaient eu déjà un certain nombre d'accès de la même maladie. Nous ne pouvons accepter comme types de cette période de la maladie, et pour les phénomènes et pour les lésions, que les cas où la mort sera arrivée au bout de quelques jours. On ne doit pas confondre les lésions d'une époque avancée d'une maladie avec celles de son début, sans anéantir toute l'autorité de l'anatomie pathologique, dont l'introduction dans la science n'a soulevé tant d'opposition que parce qu'on a grandement abusé de la facilité d'attribuer les maladies aux lésions trouvées dans les organes qui en étaient le siége, sans distinguer toujours celles de ces lésions qui étaient le résultat de la maladie elle-même, d'accidens étrangers à cette dernière, ou d'épiphénomènes simplement accessoires, sans surtout les distinguer des lésions produites dans les derniers instans de la vie, ou des changemens qui s'opèrent dans les tissus après la mort. Déjà bien des progrès ont été faits dans ce sens et ont élevé certaines parties de l'anatomie pathologique au niveau des sciences naturelles les plus avancées; ainsi l'histoire anatomique du tubercule, des lésions des glandes de Peyer dans la fièvre typhoïde, des hémorragies cérébrales, de l'apoplexie pulmonaire et de certaines formes de la gangrène des mêmes organes, des follicules de l'ovaire, laisse encore beaucoup à désirer, mais est cependant assez avancée aujourd'hui pour servir de point de départ à des recherches ultérieures sous ce point de vue. Il n'en est pas de même pour toutes les autres parties de l'anatomie pathologique, et dans les travaux qui passent chaque jour sous nos yeux, nous constatons fréquemment des méprises qui ne dépendent que de ce qu'on a trop négligé cette étude.

Si nous avons autant insisté sur ce point, c'est parce qu'il y a déjà dans la science, sur ce sujet, des travaux dans lesquels les auteurs sont arrivés à des conclusions toutes différentes. Plusieurs établissent en effet que le délire aigu se rapproche tellement, dans quelques cas, de l'aliénation mentale, qu'on est porté à le considérer comme une folie aiguë, et qu'il ne laisse dans le cerveau aucune trace de lésions inflammatoires ou autres auxquelles on puisse l'attribuer.

Le passage de la manie à l'état chronique nous amène à l'histoire des lésions de l'intelligence à l'état d'affaissement, qui comprennent : 1° le délire chronique, mélancolie, lypémanie des auteurs; 2° la démence aiguë ou l'œdème cérébral de l'auteur; 3° la démence simple; 4° l'imbécillité.

Chacun de ces états correspond à une altération organique spéciale, mais qui succède probablement à la lésion aiguë, de même que les symptômes chroniques succèdent aux phénomènes aigus; cependant, ce n'est que quand l'affaiblissement a pris la forme de la stupeur que l'auteur l'attribue à une lésion matérielle très appréciable, l'*œdème du cerveau*, de même que la démence et l'imbécillité seraient dues à des degrés différens de l'induration du cerveau. A l'appui de cette théorie nouvelle et ingénieuse, l'auteur a cité neuf cas dans lesquels il a observé la coïncidence entre les symptômes de la stupeur et l'œdème du cerveau, et, dans un plus petit nombre, il a signalé la coïncidence aussi entre la stupidité et l'induration du même organe; mais comme il est possible qu'on ait observé un certain nombre de cas dans lesquels il y avait en œdème cérébral, induration du cerveau, sans aucun des phénomènes qu'on leur attribue ici, et que, dans d'autres cas peut-être, ces phénomènes ont été observés sans qu'on ait constaté les lésions auxquelles on les rapporte, nous pensons que cette question a besoin de nouvelles recherches et de plus nombreuses observations.

Les *lésions ou perversions des instincts et des penchans* forment la seconde division qui comprend l'hypocondrie, le suicide, l'homicide, la monomanie homicide, la manie incendiaire, sujets qui, sous le point de vue symptomatique, peuvent en effet être rapprochés avec quelque avantage pour l'étude des causes morales, mais sans avantage pour celle des causes physiques, que l'auteur place vaguement dans un état particulier du cerveau, dans le développement anormal de certaines de ses parties,

se bornant cependant à quelques indications très sommaires empruntées à la phréuologie, dont il est pourtant loiu d'adopter tous les dogmes.

Les lésions de la *motilité*, qui auraient beaucoup gagné à être étudiées dans les autres parties du système nerveux avant de l'être dans l'encéphale, sont également considérées à l'état d'exaltation et d'affaissement. Aux premières appartiennent le tétanos, les convulsions et la chorée, et aux secondes la paralysie générale, la paralysie hémiplégique et paraplégique, le *delirium tremens*, le tremblement et les lésions de motilité intermittente, l'épilepsie et l'hystérie.

L'étude de la paralysie générale est le sujet le plus important de cette classe, l'une des plus controversées, et, bien que M. Pinel ait cru mettre d'accord les auteurs des différentes opinions émises sur ce point en les réunissant toutes et en y joignant aussi de nouveaux cas dus à une inflammation violente du cerveau, nous craignons bien qu'il ne l'ait encore obscurcie en décrivant sous le nom de formes (et il en admet six), d'une part des maladies d'une autre nature, de l'autre de simples variétés d'intensité, donnant le nom de paralysie générale à tous les cas où il y a paralysie, de quelque cause qu'elle dépende, tandis qu'il laisse dans la seconde forme seule les cas que les auteurs désignent généralement sous le nom de paralysie générale à invasion lente, à longue durée et accompagnée fréquemment de désorganisation du tissu cérébral. Cepeudant, nous reconnaissons la justesse de la critique qui précède cette classification définitive.

Nous ne nous arrêterons pas sur la troisième classe des lésions, celle de la sensibilité et des sens qui offre encore une heureuse application, sous le point de vue de la symptomatologie, des trois degrés admis dans les classes précédentes : exaltation, affaiblissement, perversion. Nous ne ferons aussi que mentionner le chapitre des causes, l'auteur s'étant peu occupé des causes morales et étant déjà entré nous-mêmes dans quelques détails sur les lésions qui constituent toutes les causes physiques. Nous allons cependant rappeler le rôle que fait jouer M. Pinel à ces dernières causes par la proposition suivante qui est vraiment exacte dans certaines limites, bien que jusqu'ici son exactitude ne soit démontrée que théoriquement : « Ce n'est pas suivant la nature anatomique de la lésion ; mais, suivant qu'elle intéresse tel ordre de faisceaux fibreux ou de renflements dont est composé l'encéphale, que vous observez la différence et la spécialité de ces maladies. Comme ces faisceaux et renflements sont intelligens, moteurs ou sensibles, comme ils sont plus irritables dans certaines parties de l'axe cérébro-spinal que dans d'autres, comme leur lésion peut être isolée ou complexe, vous aurez, suivant la durée, la profondeur, l'étendue de ces lésions des maladies fort différentes les unes des autres ou compliquées des symptômes en rapport direct avec la lésion fonctionnelle, quoique les caractères anatomiques des altérations soient les mêmes et dans des endroits fort variables. »

Ces principes sont ceux d'une bonne et saine physiologie, et nous devons convenir que l'auteur a travaillé dans tout le cours de son ouvrage à en faire l'application. Pourquoi faut-il que nous y trouvions en même temps et trop souvent les traces d'une préférence trop marquée pour des doctrines dont l'application est plus funeste dans les maladies mentales que dans aucune autre partie de la pathologie ? Nous avons déjà exprimé notre étonnement de ce que toutes les maladies n'étaient dans l'opinion de l'auteur qu'une période d'une phase d'activité qui offre beaucoup d'analogie avec l'inflammation et qui est même souvent désignée sous ce nom; nous laissons aux médecins qui s'occupent spécialement de ces études à démontrer, si déjà ils ne l'ont pas fait, que l'inflammation prend une part bien moins active à la pathogénie de ces affections qu'on ne le croyait il y a quinze ans et que ne le pensent peut-être encore aujourd'hui quelques hommes de talent. Il nous reste encore un devoir à remplir avant de terminer, c'est de déclarer que cette nuance que nous avons blâmée franchement dans la première partie du TRAITÉ DE PATHOLOGIE CÉRÉBRALE, disparaît presque entièrement dans celle où l'auteur s'occupe du traitement, et que, si nous exceptons quelques passages où la congestion et l'injection vasculaire sont toujours indiquées comme cause des phénomènes observés avant la mort, sans que l'on ait examiné si elles n'étaient pas simplement un effet de la cause elle-même de toute la maladie, l'auteur ne conseille l'emploi de la saignée que dans les cas où la plupart des écrivains, de ceux au moins qui sont dans la voie du progrès, la recommandent maintenant. Il prescrit au contraire avec le plus grand soin d'éviter ces causes de débilitation profonde qui, dès le début d'une attaque, agissent souvent de la manière la plus funeste pour l'avenir du malade, et en habile praticien, et peut-être aussi, sans tenir bien compte de l'origine qu'il attribue aux phénomènes intellectuels chez l'homme, il fait une large part au traitement moral et à toutes les améliorations dont, sinon la première, au moins la plus forte impulsion, a été donnée par Ph. Pinel dont le nom honorera toujours la médecine française.

Au reste, et quelle que soit la dissidence où nous nous sommes trouvés avec M. Puel sur quelques questions de faits et de principes, nous n'en devons pas moins reconnaître que son ouvrage est remarquable à tous égards. C'est l'œuvre d'un observateur sagace, d'un esprit élevé et d'un écrivain habile. On sent, en le lisant, que les hautes facultés de l'illustre auteur de la NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE ne sont pas entièrement mortes avec lui.

VARIÉTÉS.

— Le second et dernier volume du TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par M. Michel Lévy, professeur au Val-de-Grâce, est sous presse; il paraîtra au plus tard en février prochain.

— En vente, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou Maladies nerveuses de l'estomac et des intestins; par J.-P.-T. BARRAS, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc., etc.

Tome Ier. 4e édit.; 1 fort vol. in-8°.

Le tome I ne se vend pas séparément du tome II, 2e édit., publié en 1839.— Prix des deux volumes : 14 fr.

— MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ; par DESPLANTES (de Nantes), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier; publié par le docteur Barras.

In-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

— TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE; par A. Grisolle, D.-M.-P., médecin des hôpitaux et hospices civils, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société de médecine, membre honoraire de la Société anatomique, membre correspondant de l'Académie de médecine de Marseille, etc.

Ouvrage complet en deux forts volumes in-8°. Prix : 16 fr.

A Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— LE DENTISTE DES FAMILLES, ou Manuel d'hygiène de la bouche, contenant l'indication de tous les soins à donner aux époques des première, deuxième et troisième dentitions, suivi de la description et du traitement des maladies qui affectent les différentes parties de la bouche à tous les âges, avec un formulaire des préparations les mieux appropriées aux soins et à la propreté de cet organe; par PAUL GRESSET, ex-chirurgien dentiste des écoles communales et du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Paris, etc. — 1 vol. grand in-18, avec figures. Prix : 3 fr., et 3 fr. 50 c. *franco*.

Paris, chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— ART DE SOIGNER LES MALADES, ou Traité des connaissances nécessaires aux personnes qui veulent donner des soins aux malades; ouvrage utile à toutes les classes de la société; par le docteur LOUIS BERTRAND. — Prix : 2 fr.

Paris, à la librairie de Fortin-Masson et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine, 1. Même maison, chez L. Michelsen, à Leipzig.

Chez H. Vrayet de Surey et Ce, imprimeurs-libraires, rue de Sèvres, 37-39.

A Châlons-sur-Marne, chez l'auteur.

— NOUVELLE ANALYSE DES BRUITS DU COEUR ; par le docteur ROUANET, membre de la Société de médecine de Parie, etc. —Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— DES PROPRIÉTÉS ÉLECTIVES DES VAISSEAUX RÉSORBANS CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX ; mémoire présenté à l'Académie royale des sciences le 8 août 1843, par F. BARTHEZ, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Brochure in-8°.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ; par le docteur J. BÉNIQUÉ. — In-8°. Prix : 1 fr. 50 c.

Paris, librairie de Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— SECOND ANNUAIRE DE LA MORTALITÉ GENEVOISE, tableau général des décès du canton de Genève pendant l'année 1843, classés selon qu'ils reconnaissent pour causes : la naissance, les accidens extérieurs, la maladie, les vices originels de conformation ou la vieillesse, dressé sur l'invitation du Conseil de santé; par le docteur MARC D'ESPINE, membre de ce Conseil.

A Genève, chez A. Cherbuliez, libraire.

A Paris, même maison, place de l'Oratoire, 6.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 51. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renonveler prochainement s'ils ne venlent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LA COMPOSITION DU SANG DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE; par MM. A. Becquerel et A. Rodier, docteurs en médecine; mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 18 novembre 1844.

(Suite et fin. — Voir les numéros 47, 48, 49 et 50.)

CHAPITRE VI.

DU SANG DANS L'ICTÈRE.

L'ictère, considéré exclusivement sous le point de vue de la composition du sang, peut se présenter dans deux conditions bien différentes et qu'il est très important de distinguer. Dans un certain nombre de cas, en effet, il existe un flux bilieux, conséquence d'une supersécrétion biliaire, flux qui se développe en même temps que l'ictère. Dans d'autres, au contraire, il y a rétention de la bile, rétention due soit à un obstacle situé sur le trajet des vaisseaux biliaires, soit à des calculs biliaires, etc., etc., soit à un état tout particulier, peut-être spasmodique, qui n'est révélé par aucune altération morbide à l'autopsie et qui constitue l'ictère simple ou spasmodique. Dans cette deuxième série de cas, la décoloration des matières fécales indique la suppression ou du moins la diminution considérable de la sécrétion biliaire.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand il existe un flux bilieux en même temps qu'un ictère, le sang n'est pas modifié dans sa composition sous le rapport des matières grasses, et en particulier de celles qui se retrouvent dans la bile. C'est ce que nous avons eu occasion de constater deux fois.

Feuilleton.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE MILAN.

DEUXIÈME PARTIE. — CHIRURGIE.

Si, dans les congrès scientifiques, la chirurgie compte ordinairement un moindre nombre de communications que la médecine proprement dite, l'expérience a déjà prouvé que la valeur des documens qui lui arrivent par cette voie est au contraire en général supérieure à celle des acquisitions de sa sœur aînée. La raison de cette différence est dans l'esprit humain; et elle est aussi dans la manière dont les conditions de travail sont instituées dans les réunions de ce genre. A la *section* de médecine affluent tous ceux qui veulent défendre l'un des systèmes en vogue, aujourd'hui l'homéopathie, l'hydropathie, le somnambulisme, etc., et ceux qui font des théories en médecine leur exclusive préoccupation. Athlètes toujours prêts à rompre une lance en faveur de leurs dogmes chéris, ils remplissent de leurs lectures et des discussions qu'elles engendrent les heures les plus précieuses de chaque séance. Tout homme qui a une hypothèse à émettre ou qui possède seulement un certain talent de parole n'hésite pas à affronter la tribune, certain d'avance de captiver son auditoire; et souvent en effet il réussit à éblouir une foule qui n'est jamais composée par les seuls médecins, et où les curieux venus là tout exprès pour entendre parler médecine forment habituellement une majorité facile à séduire. — Dans la *sous-section* de chirurgie, le travail s'organise tout différemment et le public non plus n'est pas le même. Un chirurgien n'arrive guère au congrès pour y développer ses opinions sur quelque point de pathologie transcendante; il y vient faire connaître un procédé nouveau, un instrument de son invention, un exemple de guérison qui lui a paru remarquable. Un discours *ex professo* sur les hautes questions de l'art serait le mal venu dans ce petit cercle intime de praticiens. Là, comme souvent à notre Académie des sciences, l'auteur se verrait poliment invité à passer aux conclusions, et il ne trouverait pas même sur la figure admirativement ébahie des assistans de quoi se venger de cette interruption; car les touristes et amateurs de congrès ne se fourvoient guère dans une réunion où le travail est sérieux, où l'on demande moins de mots que de faits, où tout se démontre à la main ou sur le cadavre.

Une cause toute spéciale à l'Italie augmente encore le caractère parfois un peu vague et par trop systématique des communications relatives à la médecine. Nulle part, on le sait, plus qu'au delà des Alpes, les questions de doctrine ne sont prisées à un haut degré. Nos voisins semblent en cela les dignes continuateurs du mouvement fébrile que Broussais avait su imprimer aux esprits en France et qu'a, depuis lui, remplacé parmi nous un état un peu trop semblable à l'inertie. L'hypersténisation, le contro-stimulisme, les actes vitaux expliqués par l'électricité, la nature intime des fièvres, le mode d'agir des médicamens,

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire quand il y a diminution ou cessation de la sécrétion biliaire et décoloration des matières fécales, les matériaux les plus importans de la bile, qui existent primitivement dans le liquide sanguin, cessant d'être éliminés par le foie, se concentrent dans le sang, et on les y retrouve en grande quantité. Nous pouvons présenter également deux exemples de ce fait remarquable.

1° Il y a *ictère* et en même temps *flux bilieux intestinal* et en quelque sorte *supersécrétion biliaire*. Nous avons recueilli deux observations de ce fait.

La première est relative à un homme dont il a déjà été question et qui était atteint d'une congestion sanguine du foie, on peut-être d'une hépatite au premier degré compliquée d'une entérite légère avec flux bilieux intestinal; il existait de la fièvre et un ictère très caractérisé. Le sang présenta tous les caractères dont nous avons parlé en traitant des phlegmasies. Il en était autrement sous le rapport des matières grasses : leur somme fut 1,406, quantité un peu inférieure à celle de l'état normal; séroline très peu abondante 0,005; matière phosphorée peu abondante 0,281; cholestérine un peu augmentée comme dans toutes les maladies aiguës et en particulier les phlegmasies 0,141; savon animal à l'état normal.

La deuxième observation est à peu près semblable, sauf la phlegmasie qui n'existait pas. Elle est relative à un garçon limonadier âgé de 19 ans, atteint depuis quelque temps d'une diarrhée bilieuse avec fièvre et ictère récemment développé et très caractérisé. Il existait dans le sang de ce malade un léger abaissement de globules (136); l'albumine était à l'état normal (71,4); la fibrine également (2,3); les matières grasses assez abondantes; la séroline en quantité impondérable; la matière grasse phosphorée abondante (0,824); la cholestérine excessivement abondante (0,524); savon encore abondant (1,484). A quelle cause faut-il attribuer cette grande quantité de cholestérine? Comment et pourquoi s'est-elle concentrée dans le sang malgré le flux bilieux, c'est ce qu'il est difficile de décider.

2° Il y a *ictère* avec diminution ou suppression de la sécrétion biliaire, et en même temps décoloration des matières fécales, c'est là l'ictère simple ou essentiel. Lorsqu'il en est ainsi il y a concentration dans le sang non seulement de la cholestérine, mais encore de toutes les autres matières grasses. En voici la preuve fournie par l'analyse du sang dans deux cas d'ictère simple.

Le premier est relatif à un jeune homme de 23 ans, ferblantier, arrivé au troisième jour d'un ictère simple, sans fièvre (le pouls battait seulement 60 fois par minute), cet ictère s'était développé à la suite d'une indigestion. Il existait de la constipation, et les matières fécales étaient décolorées. L'analyse du sang donna les résultats suivans : eau peu abondante (740,509); globules très abondaos (164,3) (ce chiffre fut le plus haut que nous ayons obtenu dans nos analyses). Nous ferons observer que cet homme n'était point pléthorique, ne l'avait amais été et qu'il n'existait aucun trouble nerveux. Fibrine normale ou un peu faible (1,9); albumine normale ou un peu abaissée (66,3); Matières grasses très abondantes (3,646), plus que le double de l'état normal. Cette somme se divisait ainsi : séroline abondante (0,070); matière grasse phosphorée très abondante (0,810); cholestérine très augmentée (0,627); savon animal (2,139). On sait que les acides gras qui composent ce dernier se retrouvent également dans la bile combinés à la soude. Les sels n'ont rien présenté de particulier.

Le deuxième cas est relatif à un jeune homme de 24 ans, boulanger, d'un tempérament assez fort, atteint d'un ictère simple avec pouls lent (56), sans chaleur de la peau et développé comme l'autre à la suite d'une indigestion. Il n'existait aucune complication. L'analyse du sang donna les résultats suivans : eau en quantité normale; globules abondans et dans les limites normales (145); fibrine également normale (2,35); albumine en faible quantité (60); matières grasses en quantité plus abondante encore que dans le cas précédent (4,176), et ainsi réparties; séroline très abondante (0,128); matière grasse phosphorée très abondante (1,159); cholestérine très abondante (0,556); savon animal (2,333); les sels ne présentaient rien à noter.

En résumé, nous disons :

Dans l'ictère simple ou compliqué, mais avec flux bilieux, on observe un état normal des matières grasses ou bien une concentration presque aussi considérable que dans la deuxième série de cas, mais il n'y a pas augmentation des acides gras saponifiés.

Dans l'ictère simple ou compliqué, mais avec diminution ou suppression de la sécrétion biliaire (rétention), il y a concentration de toutes les matières grasses et en particulier de la cholestérine et des acides gras saponifiés, tous bases essentielles de la bile. Ajoutons qu'il existe en même temps une coloration très foncée et bilieuse du sérum, coloration qui indique également la présence de la matière colorante de la bile dans ce liquide ou plutôt sa concentration, car, selon nous, cette matière colorante est de même nature si elle n'est la même que celle du sérum du sang.

CHAPITRE VII.

DU SANG A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT.

Les faits que nous avons rassemblés touchant les modifications que peut subir le sang dans les maladies spéciales qui se développent à la suite de l'accouchement et dans l'état dit puerpéral, ne sont pas assez multipliés pour que nous puissions généraliser nos inductions et pour que nous affirmions que les choses doivent toujours se passer de la même manière. Exposons toutefois ces faits.

A la suite de l'accouchement, il peut se développer des affections peu graves, des phlegmasies légères qui n'apportent pas une grande perturbation dans la santé; ou bien, au contraire, on voit se développer des accidens formidables, se montrant souvent sous forme épidémique et caractérisant la fièvre puerpérale.

Dans ces deux cas, les modifications qui ont lieu dans le sang sont différentes; aussi les examinerons-nous successivement.

1° Phlegmasies légères développées à la suite de l'accouchement. Trois faits de ce genre ont été soumis à notre observation, ce sont les suivans :

1° *Métrite légère* caractérisée par des douleurs abdominales s'étendant jusqu'aux extrémités inférieures et accompagnées d'un peu de fièvre; cette métrite s'était développé onze jours après l'accouchement. Le sang fut trouvé avec sa composition parfaitement normale; la cholestérine était très abondante (0,337), et les globules notablement diminués (118,5). Il y avait peu de savon animal; les phosphates étaient abondans.

2° *Inflammation probable du tissu cellulaire du bassin*, développée dix jours à peu près après l'accouchement, chez une fille de 21 ans, et suivie

---

tels sont les sujets difficiles qui passionnent surtout ajourd'hui l'Italie, et sur lesquels, comme on le voit, on doit bien lui pardonner de ne pas pouvoir apporter un grand nombre d'élémens positifs et mathématiques. Une anecdote qui s'est passée au congrès même de Milan peint bien cet état des esprits dans l'école italienne actuelle. Un médecin se présente devant l'une des sections et demande à s'inscrire pour une communication. L'honorable président veut savoir quel sera l'objet de cette lecture et s'informe avant tout de la patrie de son confrère.—Je suis Français, répond le candidat. — Ah! s'écrie à ce mot le président, hésitant plus que jamais à le laisser monter à la tribune, *c'est que, vous autres Français, vous avez une philosophie fausse*!... Hâtons-nous d'ajouter que l'épigramme fut lancée sur le ton de la plaisanterie la plus décente. Aussi n'en faisons-nous pas un sujet de reproche; nous n'avons voulu que constater un symptôme, et il est bien propre, ce nous semble, à montrer le cercle dans lequel une prédilection aussi manifeste pour le côté philosophique de la science doit nécessairement renfermer la médecine en Italie.

Quoique la chirurgie y soit cultivée dans un esprit plus pratique et sur quelques points avec une véritable supériorité, la série des travaux que nous avons ici à enregistrer sera moins grande que nous ne l'eussions désiré. Mais nos lecteurs nous sauront gré sans doute de circonscrire notre récit à ce qui s'est produit de plus original dans cette sous-section, réunie sous la présidence du professeur Rossi.

TAILLE ET LITHOTRITIE.

Cette question, qui a le privilége de préoccuper toutes les assemblées médicales délibérantes, ne pouvait rester en dehors de la discussion dans une réunion spéciale de chirurgiens. Mais, disons-le franchement, il n'est résulté du débat aucune nouvelle lumière bien vive. La plupart des orateurs, se rangeant à l'avis exprimé par M. Turchetti, ont déclaré la taille une méthode générale, tandis que la lithotritie n'est applicable que dans quelques cas. En vain, M. Destéfanis a-t-il voulu défendre la lithotritie; en vain M. Pertusio a-t-il montré par des cas tirés de sa pratique qu'elle réussit très bien dans des conditions où beaucoup de médecins s'obstinent à la croire contre-indiquée, comme chez les enfans, l'opinion contraire s'est dessinée plus fortement.

Ce n'est pas qu'aucun orateur ait combattu ouvertement la lithotritie. Les adversaires de cette méthode se sont bornés à faire remarquer qu'elle ne convient que dans quelques cas et que la taille au contraire se pratique en Italie avec les succès les plus brillans. Tout ceci était certainement fort juste et parfaitement soutenable; mais pour les auditeurs étrangers l'impression générale qu'a produite cette discussion, c'est que nos voisins d'Italie, du moins un grand nombre d'entre eux, n'ayant pas encore eu l'occasion de se familiariser suffisamment avec les manœuvres de la lithotritie, réservent naturellement leurs suffrages pour la méthode qu'ils connaissent mieux et qu'ils appliquent sans désavantages. La conclusion par laquelle cette discussion s'est terminée montrera si notre interprétation est légitime. Tous les membres demandaient pour se décider entre la taille et la lithotritie une statistique comparative des résultats de ces deux opérations. Mais personne n'avait songé à en dresser, si ce n'est M. Pecchioli. Encore ce médecin s'était-il contenté de noter que sur 102 calculeux (dont 32 broyés et 70 taillés) il avait eu 13 morts, sans distinguer en aucune manière le

de guérison. Il existait de la fièvre. L'analyse du sang donna une diminution considérable des globules (97), une forte augmentation de la fibrine (7); la cholestérine était abondante; il y avait peu de savon et beaucoup de phosphates.

3° *Phlegmatia alba dolens*, avec fièvre; cette maladie s'était développée six semaines après l'accouchement, chez une fille de 21 ans. La malade était affaiblie et épuisée; elle guérit cependant parfaitement. L'analyse du sang montra qu'il y avait un abaissement considérable des globules (92,6), une augmentation de la fibrine (4,2); la cholestérine très abondante (0,223); peu de savon et des phosphates abondans.

On peut conclure de ces faits que dans les phlegmasies peu graves, ne compliquant pas la fièvre puerpérale proprement dite et qui surviennent après l'accouchement, les modifications qui ont lien dans le sang sont exactement les mêmes que dans les phlegmasies ordinaires. La cholestérine y semble seulement en quantité encore plus abondante.

FIÈVRE PUERPÉRALE GRAVE.

Deux faits seulement ont été soumis à notre observation.

OBS. I. — Une jeune fille de 18 ans, d'une assez bonne constitution, fut amenée à l'hôpital de la Charité dans un état déjà grave, et au dix-huitième jour de sa maladie. Les principaux symptômes étaient: une prostration extrême, un pouls très fréquent (160), avec une vive chaleur de la peau et des douleurs dans le bassin, les articulations de la cuisse et le genou, douleurs tellement violentes que le moindre mouvement arrachait des cris à cette malheureuse fille. Deux saignées lui furent successivement pratiquées, et elle n'en succomba pas moins le vingt-troisième jour.

L'autopsie démontra la présence d'un peu de pus dans l'abdomen. Les deux articulations du fémur et celles des deux genoux étaient remplies de pus; enfin il existait les lésions caractéristiques de l'infection purulente.

La première saignée montra un chiffre très bas des globules (77,3), un chiffre très faible de l'albumine (55,6), la fibrine augmentée (4,3), la cholestérine augmentée (0,120), les phosphates abondans.

La deuxième saignée montra une diminution nouvelle des globules (66,6); l'albumine diminua encore (54); la fibrine toujours la même (4,2); les matières grasses un peu diminuées; la cholestérine (0,108).

OBS. II. — Une femme de 34 ans, forte et bien constituée, ayant les jambes infiltrées dans les derniers temps de sa grossesse, accouche presque subitement à l'hôpital de la Charité. Cinq à six heures après l'accouchement et sans aucune cause appréciable, il se manifeste une attaque violente d'éclampsie qui laisse à sa suite un état comateux accompagné d'un *subdelirium* et d'une fièvre violente. L'abdomen est douloureux, les matières fécales et les urines sont rendues involontairement. Ces dernières ne peuvent être examinées. Une saignée est pratiquée. Elle n'en succomba pas moins le troisième jour, et l'autopsie ne révéla aucune altération dans les organes. On ne trouva de pus dans aucun point de l'économie.

L'analyse de cette saignée donna un abaissement considérable de globules (70), un abaissement plus considérable encore de l'albumine (43); la fibrine normale; la matière phosphorée abondante; la cholestérine également, sans l'être beaucoup cependant; les phosphates abondans.

Faut-il conclure de ces deux faits que dans les fièvres puerpérales graves il y a une diminution très considérable des globules et une diminution de l'albumine égale, si même elle n'est pas plus forte que celle qui a lieu dans la maladie de Bright? C'est ce qui est probable; mais ce résultat aurait besoin d'être vérifié et confirmé par d'autres faits avant d'être définitivement admis dans la science.

CHAPITRE VIII.

MALADIE DE BRIGHT.

Les travaux de Gregory, de Bostock et de Christison firent connaître la modification profonde que subissaient dans la maladie de Bright les matériaux solides du sérum. Cette modification consiste dans une diminution notable de ces mêmes matériaux, diminution qui entraîne l'abaissement de la densité de ce liquide. A côté de cette modification, ils en admirent une autre, caractérisée par la concentration de l'urée dans le sang, concentration semblable à celle qui s'effectuait dans les cas d'ablation des reins; ils signalèrent enfin dans certains cas une augmentation de proportion des matières grasses du sang. Les analyses de MM. Andral et Gavarret confirmèrent le premier de ces faits, c'est-à-dire la diminution de la somme des matériaux solides du sérum. Quant à l'augmentation de la proportion d'urée, il est encore fort douteux qu'elle ait lieu, et les expériences faites par l'un de nous avec M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, ne tendent rien moins qu'à la faire admettre. Aucune expérience n'a été tentée en France pour découvrir réellement si la somme des matières grasses du sang était augmentée.

Nous n'avons pu malheureusement analyser le sang que dans un seul cas de maladie de Bright, cas dans lequel deux saignées ont été pratiquées et dont voici le résumé.

OBS. — Un jeune homme de 22 ans, jardinier, fut atteint pour la deuxième fois d'un œdème des extrémités inférieures qu'il attribue à un excès de travail, au froid et à l'humidité et qui datait de douze jours lors de son entrée à l'hôpital. A cette époque, les principaux phénomènes qu'il nous est donné de constater sont les suivans: une constitution faible et un peu lymphatique, une anasarque générale accompagnée d'un ralentissement du pouls qui bat 52 fois par minute. Il n'existe aucune complication du côté du système nerveux ni du tube digestif. Les urines contiennent une énorme quantité d'albumine et se prennent presqu'en masse par l'addition de l'acide nitrique. Une première saignée est pratiquée à son entrée, et une seconde six jours plus tard en raison d'un léger mouvement fébrile qui paraît s'être développé sans cause appréciable.

La première saignée donne un abaissement du chiffre des globules si on le compare à celui de l'état normal (129); une diminution notable de l'albumine du sérum (58). (Nous devons faire observer que nous avons quelquefois trouvé ce chiffre et même un chiffre inférieur dans d'autres maladies que celle dont il s'agit.) La fibrine à l'état normal (2,65); les matières grasses abondantes (2,673); la séroline (0,05); la matière phosphorée très abondante (0,943); la cholestérine presqu'aussi augmentée que dans l'ictère (0,589); le savon animal à l'état normal (1,059). Rien de remarquable du côté des sels. Le sérum était abondant, peu limpide, jaune roussâtre. Le caillot peu volumineux, peu résistant et d'une teinte uniforme.

Deuxième saignée: diminution beaucoup plus considérable des globules (97); abaissement plus grand de l'albumine (51,8); fibrine toujours normale (2,8); matières grasses diminuées ou à peu près revenues à l'état normal (1,66); séroline très peu abondante (0,007); matière grasse phosphorée normale (0,511); cholestérine abondante, mais comme dans toute maladie aiguë dans laquelle il y a diète (0,173); savon un peu diminué.

Il est probable que l'influence de la première saignée a été la principale cause des différences qu'a présentées le sang dans la deuxième, et que la maladie elle-même avait favorisé cette influence de l'émission sanguine.

Nous nous contentons de présenter l'analyse de ce cas curieux, sans en tirer aucune conclusion générale.

---

nombre de décès dû à la taille de ceux dus à la lithotritie. De semblables documens, on le comprend sans peine, ne pouvaient guère éclairer la question. Aussi M. Bertani a-t-il fait la proposition de charger une commission de dresser un modèle de statistique comparative, et d'adresser ensuite ces tableaux aux principaux chirurgiens d'Italie, afin qu'on pût, en les dépouillant au prochain congrès de Naples ou à un congrès ultérieur, avoir de quoi fonder un jugement certain. Cette motion, éminemment judicieuse à notre avis, a été en vain appuyée par M. Turchetti; M. de Renzi est parvenu à faire adopter à l'unanimité, *comme exprimant l'opinion des chirurgiens italiens*, les paroles suivantes: « Les chirurgiens italiens emploient la lithotritie toutes les fois qu'elle leur semble indiquée, mais ils se réservent de prononcer entre cette méthode et la taille, quand ils se seront livrés à de nouvelles recherches et auront recueilli des faits plus nombreux. »

Notons, parmi les cas isolés dignes d'intérêt, les deux suivans présentés: le premier par M. Arietti, le second par M. Galli.

Une enfant de 8 ans, affectée de gravelle, offrit au cathéter introduit dans l'urètre la sensation d'aspérités nombreuses. Une incision faite le long du raphé permit d'extraire plus de 400 petits calculs variant, pour le volume, d'un petit pois à un grain de millet; les uns étaient comme nichés dans le corps caverneux, enveloppés d'une membrane calleuse; d'autres étaient dans la vessie. Il fallut exciser les bords de ces petites cavités, y faire des injections, enfin exercer sur elles une compression permanente; ce qui amena la guérison au bout de deux mois.

Un enfant s'était introduit dans l'urètre une aiguille de bas. Elle se rompit: l'un des fragmens fut extrait par la voie naturelle; l'autre tomba dans la vessie. L'enfant mourut, et on trouva à l'autopsie le fragment fiché dans l'orifice de l'uretère gauche, d'où l'on ne put l'extraire même avec de fortes tractions.

DIAGNOSTIC DES CALCULS URINAIRES.

Un instrument fort ingénieux quant au principe de sa construction a été présenté par M. Secondi. Voici d'après quelle vue il a été imaginé. Les corps qui peuvent simuler dans la vessie la présence d'une pierre, qu'ils soient fibreux ou fongueux, n'ont jamais assez de consistance pour que, en pressant sur leur surface avec un instrument métallique, on ne puisse déprimer celle-ci. Si donc, la vessie étant pleine d'urine, vous y introduisez une sonde creuse, sans yeux latéraux, ouverte à son extrémité, dès que vous serez parvenu à appliquer un peu fortement son extrémité contre le corps étranger, vous observerez que l'urine cesse de couler, s'il s'agit d'une production molle. Si, au contraire, il y a réellement une pierre, jamais la surface de celle-ci ne sera assez lisse, assez égale pour que la juxta-position des bords de l'ouverture se fasse d'une manière suffisamment exacte pour fermer toute issue au liquide; et celui-ci continuera de sortir par la sonde. Pour rendre l'expérience plus complète, on pourrait adapter un syphon à l'ouverture extérieure de la sonde. — On comprend, et nous avons à peine besoin de le faire remarquer, que le résultat de cette épreuve pourra être très concluant toutes les fois qu'il sera négatif; c'est-à-dire que si le cours de l'urine est suspendu, on pourra conjecturer presqu'à coup sûr qu'il existe une production molle et non un calcul (encore faudrait-il bien distinguer, dans ce cas, si ce n'est pas le fond de la vessie qui bouche la sonde). Mais si l'urine

CHAVITRE IX.

DU SANG DANS LES MALADIES DU COEUR.

Les observations de maladies du cœur que nous avons recueillies sont en trop petit nombre pour que nous puissions formuler des conclusions générales; nous allons voir toutefois que les principes que nous avons posés s'y appliquent parfaitement. Le petit nombre de faits que nous possédons nous oblige d'analyser isolément chacun des cas.

Obs. I. — Une femme de 40 ans, employée à l'hôpital de la Charité, et ayant toujours joui d'une excellente santé, fut prise presque subitement, huit ou dix jours avant son entrée, d'une vive oppression en même temps que d'une infiltration considérable des jambes. Les symptômes ayant été en augmentant, elle fut placée dans les salles de M. le professeur Cruveilhier, qui constate les phénomènes suivans : infiltration considérable des membres inférieurs; voussure et matité complète de la région précordiale et coïncidant avec une matité très étendue, une impulsion forte des battemens du cœur qui soulève l'oreille; ces battemens sont très irréguliers, intermittens, et ne sont accompagnés d'aucun bruit anormal : il y en a à peu près 144 par minute. Le pouls petit, misérable, est presque imperceptible; il n'existe au cœur ni douleur, ni palpitations; il n'y a que de l'oppression. Il existe un ascite notable; il n'y a aucune trace d'albumine dans les urines, qui sont dans un état tout à fait normal. Le diagnostic est incertain, et on hésitait entre une péricardite avec épanchement ou bien une endocardite sub-aiguë avec formation de caillot, ou peut-être les deux maladies existant ensemble. Quoi qu'il en soit, deux saignées sont pratiquées deux jours de suite et procurent un soulagement notable. En voici le résultat : dans la première saignée, faible densité du sang défibriné (1045,8); très faible densité du sérum (1023); beaucoup d'eau (831) et peu de globules (105); fibrine normale (2,3); très peu d'albumine (53); peu de matières grasses (1,094); cérébrine normale. Cholestérine un peu augmentée (0,110). La diminution porte surtout sur le savon (0,544). Sels à l'état normal, sauf les phosphates qui sont très augmentés (0,684).

La deuxième saignée montre que tous ces principes sont encore diminués. Ainsi, densité du sang (1042,4); densité du sérum (1021,8); globules (92); fibrine toujours la même (2,3); albumine (51); matières grasses à peu près les mêmes. Les phosphates ont diminué. Dans les deux cas, sérum abondant et limpide; caillot petit et résistant.

Au bout d'un mois de traitement, cette femme allait tellement bien qu'elle se disposait à sortir et que le cœur était dans un état à peu près normal lorsqu'elle fut prise des symptômes d'une bronchite avec fièvre, pour laquelle une troisième saignée fut prescrite. Cette saignée montra qu'en même temps que la guérison de la maladie du cœur s'était opérée, le sang s'était rapproché un peu de la composition normale sous le rapport de l'albumine seulement. Ainsi, faible densité du sang (1045,5); densité du sérum augmentée (1024,3); eau abondante (847); très peu de globules qui ont même diminué encore (78); ce qui s'explique par l'affaiblissement de la malade, sa pâleur, etc. Fibrine toujours normale (3,4); albumine encore faible, mais bien augmentée de ce qu'elle était (60,4); même quantité de matières grasses, sauf un peu plus de graisses saponifiées.

Ce que cette observation nous offre de plus remarquable, c'est la diminution considérable de l'albumine du sérum, diminution qui se produit sans qu'il y ait ni maladie de Bright, ni albumine dans l'urine, et qui cesse d'avoir lieu à mesure que cette femme se rapproche de l'état normal. La malade, en effet, guérit complètement, et nous l'avons revue forte, bien portante et ayant repris son travail de lingère à la Charité.

Obs. II. — Un jeune homme de 21 ans, bien constitué quoiqu'un peu maigre, est atteint d'une maladie du cœur annoncée par les caractères suivans : un pouls fort et violent, des palpitations, une augmentation d'impulsion, un premier bruit sourd, un deuxième métallique, de la dyspnée, nulle matité, nulle voussure au cœur, nulle infiltration des membres. Tous ces accidens ne remontent qu'à trois semaines et ne s'accompagnent pas de fièvre. Le diagnostic était incertain. Il est probable qu'il s'agissait d'une endocardite simple sub-aiguë. Jamais toutefois il n'y avait eu de rhumatismes. Ce jeune homme fut saigné et l'analyse donna un sang parfaitement normal, sauf la fibrine qui monta au chiffre 4,5, ce qui contribue à nous confirmer dans l'opinion de l'existence d'une endocardite. Les phosphates étaient assez abondans.

Le malade sortit encore souffrant; nous n'en avons pas entendu parler.

Obs. III. — Un homme de 51 ans, atteint d'une maladie du cœur déjà avancée et caractérisée par des battemens du cœur, une forte impulsion, une augmentation d'étendue, un bruit de souffle très caractérisé aux deux temps, et une anasarque générale, est saigné dans un état de demi-asphyxie. L'analyse du sang donne une légère diminution des globules. La fibrine normale; une diminution très notable de l'albumine (60,4) et beaucoup de matières grasses; une quantité énorme de séroline (0,223); beaucoup de matière phosphorée (0,707); beaucoup de cholestérine (0,294).

Obs. IV. — Une femme de 53 ans, atteinte d'une hypertrophie simple du cœur depuis dix ans, et continuant cependant son métier de couturière, vient se faire saigner à la consultation de l'hôpital de la Charité. L'analyse du sang montra qu'il était dans un état parfaitement normal, sauf une augmentation considérable de la matière grasse phosphorée (1,014).

Nous devons avouer que cette malade, sous le rapport de l'état général de santé, s'éloignait peu de l'état normal.

CHAPITRE X.

MALADIES DIVERSES.

Nous résumerons brièvement sous ce titre l'analyse d'un certain nombre de saignées faites dans des cas très divers.

EMPHYSÈME PULMONAIRE.

Obs. I et II. — Deux hommes, l'un âgé de 21 ans, présentant tous les caractères d'un emphysème pulmonaire encore peu avancé, accompagné d'un certain degré de bronchite sans fièvre et de dyspnée, ont été saignés. L'analyse du sang donna pour le premier un abaissement considérable du chiffre des globules (116,8); peu de fibrine (1,8) et tous les autres matériaux du sang à l'état normal, sauf un excès de matière grasse phosphorée (1,132), et beaucoup de phosphates (0,683).

Chez le deuxième, le sang était à peu près à l'état normal.

HÉMIPLÉGIE ANCIENNE.

Obs. III. — Une femme de 50 ans, couturière, atteinte depuis six mois d'une hémiplégie complète, fut saignée une première fois pour le développement d'une céphalalgie faisant redouter une nouvelle attaque. Trois semaines après, elle fut saignée pour la même cause.

L'analyse de la première saignée montra que la composition du sang était parfaitement normale, sauf un grand excès de cholestérine (0,326).

A la seconde, les globules avaient un peu diminué et la cholestérine aussi; elle était cependant toujours abondante (0,160). Dans les deux saignées, fibrine parfaitement normale (2,3) (2,5).

Obs. IV. — *Ramollissement aigu de la moelle* probablement enté sur un léger ramollissement chronique et développé chez une femme de 46 ans; le pouls est très faible; il y a complète impossibilité de marcher et paraplégie.

L'analyse du sang fournit les résultats suivans :

Première saignée : diminution considérable des globules (110,7); la plupart

---

continue à fluer, on ne sera point en droit d'en tirer la conséquence qu'on a affaire à une pierre; car mille circonstances aussi difficiles à éviter qu'à prévoir peuvent empêcher l'apposition exacte du bout de la sonde contre un polype. Du reste, le principe est bon, et, comme tel, bien susceptible d'être fécondé et perfectionné.

Deux exemples d'erreur de diagnostic, racontés par M. Cotta et par M. Borelli sont venus, à propos, justifier l'opportunité de ces recherches. Un jeune homme présentait tous les signes rationnels de la pierre; M. Cotta avait même cru plusieurs fois la sentir avec le cathéter. On le tailla; mais il ne sortit qu'une quantité extrêmement considérable d'urine; les parois de la vessie étaient souples et lisses, et il ne se trouva point de calculs. Le malade guérit.

D'après M. Borelli, le même accident arriva au célèbre Vacca. Il ne put découvrir de calcul; mais, par le fait de l'opération, le malade se trouva débarrassé des symptômes incommodes qui avaient simulé l'existence de la pierre.

URÉTROTOMIE DANS LES COARCTATIONS DE L'URÈTRE.

M. Pétrequin a lu un mémoire sur ce sujet et présenté un nouvel instrument destiné à rendre l'incision des rétrécissemens plus facile et plus sûre. Trois causes, suivant lui, ont retardé l'étude des rétrécissemens urétraux : 1° on n'est pas assez avancé sur leur anatomie; 2° il reste à mieux préciser la véritable disposition de l'urètre (Voy. les recherches de M. Pétrequin sur ce point dans Gaz. Méd., 1848, p. 613); enfin, les moyens et procédés curatifs ne sont pas encore élevés au rang des opérations réglées.

Pour M. Pétrequin, il y a des rétrécissemens qui résistent invinciblement à la dilatation et à la cautérisation, et qui deviennent par là exclusivement tributaires de l'urétrotomie. Placé dans des conditions favorables pour ce genre de recherches, il cite plusieurs cas vérifiés par lui à l'autopsie, où la muqueuse mince et adhérente, au niveau de la stricture, reposait sur un tissu cellulaire devenu fibreux; une fois, il a vu ce tissu présenter l'éclat d'une aponévrose. Les sujets porteurs de ces altérations avaient pour la plupart été traités par d'autres méthodes que l'incision. Enfin, quand le rétrécissement a succédé à une rupture de la paroi urétrale, l'auteur ne comprend pas qu'on veuille se contenter de la dilatation; car il y a ici une cicatrice, une cicatrice épaisse et étendue, et il est clair que la rétractilité propre au tissu inodulaire ramènera toujours l'étroitesse du canal, quelque distendu que celui-ci ait été momentanément par les sondes. — L'incision multiple a, au contraire, dans ces cas graves, des indications positives et des avantages réels à plusieurs points de vue. En effet, s'il n'y a qu'engorgement des tissus, elle en provoquera la résolution à l'instar des mouchetures; et quant aux brides, elle seule peut les diviser et les maintenir divisées, grâce à la lymphe plastique qui, s'interposant entre les lèvres de chaque scarification, les tient écartées lorsqu'on a soin de placer une sonde à demeure jusqu'à l'époque de leur cicatrisation complète.

Dans l'urétrotome de M. Pétrequin, la tige d'acier qui mène les lames est carrée et glisse dans une cavité carrée de la canule, ce qui l'empêche de se dévier. L'urétrotome est à double lame, dont chacune, latéralement placée, est portée sur une petite tige qui fait office de ressort quand on la fait saillir ou rentrer, de sorte que les lames se cachent d'elles-mêmes quand on retire le manche de la

des autres principes à l'élat oormal. Cholestérine double (0,200). La malade est alitée et à la diète. Phosphates abondans (0,543).

Deuxième saignée : diminntion encore plus considérable des globules (75,6). Même état des autres principes ; phosphates très abondans.

Obs. V.—*Pleurodynie* avec fièvre chez une femme de 26 ans ; diminntion notable des globules (120) ; fibrine un peu augmentée (3,8) ; beaucoup de séroline (0,151) ; matière phosphorée et cholestérine augmentées ; phosphates abondans (0,580).

Obs. VI.—*Douleurs rhumatismales* avec signes de pléthore chez une femme de 26 ans.

Composition normale du sang.

CHAPITRE XI.

DU SANG DANS LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

On s'est vivement préoccupé, dans ces derniers temps, des modifications que l'on supposait devoir exister dans le sang des individus atteints de syphilis constitutionnelle, et, d'après des expérieoces récentes, on annonça qu'il existait dans ce liquide une diminntion de la proportion des globnles. Nous croyons qu'on a été un pen vite, et, sans prétendre décider complètement toutes les questioos qui se rattacheot à la composition du sang dans cette maladie, voici ce que nous croyons pouvoir établir d'après quelques analyses du sang recueilli chez des syphilitiques, grâce à l'obligeance de M. le docteur Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hospice du Midi, dans le service duquel ont été pratiquées les saignées dont nous allons faire l'histoire.

Toutes les fois que la syphilis constitutionnelle existe sans porter atteinte à la santé générale, sans compromettre quelques-uns des organes essentiels à la vie, sans être compliquée enfin d'autres accidens que ceux de la syphilis elle-même, la composition du sang reste parfaitement normale.

Toutes les fois, au contraire, que l'existence d'une syphilis remontant à une époque éloignée, un mal traitée, a affaibli la constitution des malades, il en résulte un véritable état anémique qui coïncide avec la diminution de proportion des globnles du sang, et les autres changemens que nous avons vus naître de l'état appelé anémique. Mais, dans ce cas, il est arrivé ce qui se serait également produit à la suite de toute maladie chronique ayant épuisé les malades, et la diminution des globules n'a absolument rien de propre à la syphilis ; elle en est seulement une des conséquences possibles.

L'abus ou l'usage intempestif des mercuriaux peut produire les mêmes effets dans le saug.

Si, chez un individu atteint de syphilis constitutionnelle, il vient à se développer une maladie intercurrente accidentelle, telle qu'une bronchite, une pneumonie, le sang est modifié par cette dernière maladie, absolument comme si la syphilis n'existait pas.

Nous avons recueilli le saug chez 4 hommes atteints de syphilis constitutionnelle. Chez un des 4 existait une bronchite aiguë assez intense et ayant déterminé l'alitement et la diète depuis quelques jours.

Ces quatre hommes étaient tous robustes, forts, bien portans, sans aucun signe de pléthore antécédente ; tous avaient encore leur embonpoint. Ils étaient âgés de 18, 21, 23 et 25 ans. La maladie ne les avait point affaiblis. Tous les 4 avaient une syphilis constitutionnelle récente et caractérisée ainsi qu'il suit : chez le premier, tubercules plats et ulcérations à base indurée autour de l'anus, ulcérations linéaires sur le scrotum ; chez le deuxième, chancres indurés au gland, macules et acné syphilitiques sur tout le corps, engorgement des glandes cervicales et rongeur avec plaques saillantes et un pen grisâtres du pharynx ; chez le troisième, pustules plates autour de l'anus, engorgement des glandes inguinales des deux côtés ; aphthes syphilitiques dans la bouche, ulcérations à base indurée et à fond grisâtre des lèvres, ulcérations du pharynx ; chez le quatrième, pustules plates, ulcérations du scrotum ; bubon induré, blenoorrhagie remontant à une époque très éloignée. Chez ce dernier existait une bronchite aiguë avec fièvre et courbature. Le malade était alité depuis plusieurs jours, ne mangeait pas.

La compositioo moyenne des 3 premiers cas a donné les résultats suivans :

Densité du sang défibriné..	1060,1	Séroline..........	0,027
— du sérum..........	1028,5	Cérébrine.............	0,640
		Cholestérine	0,115
Eau....................	777	Savon animal...........	0,972
Globules................	138,1		
Albumine................	71,8	SUR 1000 GRAMMES DE SANG CALCINÉ.	
Fibrine.................	2		
Matières extractives et sels libres................	9,3	Chlorure de sodium.......	3,4
		Sels solubles...........	2,7
Somme de matières grasses.	1,820	Phosphates (chaux).......	0,282
		Fer....................	0,566

Les 3 analyses qui ont fourni ces moyenoes sont tellement semblables entre elles qu'il est inutile d'y insister. Elles montrent que le sang est, sous tous les rapports, parfaitement normal. Il n'y a qu'une seule différence qui porte sur la cholestérine, dont le chiffre est très élevé, ce que nous croyons pouvoir attribuer à ce que les malades avaient été mis à une diète presque complète depuis leur entrée à l'hôpital, M. le docteur Vidal ayant l'habitude de commencer tout traitement de syphilis constitutionnelle par la diète, une saignée, puis un purgatif.

Le sérum, abondant dans les 3 cas, était foncé en couleur et peu limpide. Le caillot volumineux, résistant, sans couenne. Nous ferons observer ici que chez ces hommes, forts et robustes, la fibrine était représentée par un chiffre faible. Les globules sont représentés par un chiffre presque semblable.

L'individu atteint d'une bronchite aiguë avec râles dans la poitrine, alitement depuis quelques jours, fièvre et diète, fut également saigné.

Il y eut abaissement de la densité du sang (1054), diminution notable des globules (122), élévation légère du chiffre de la fibrine (3,650), état normal des autres principes, sauf la cholestérine, qui est très augmentée (0,173). Ces modifications sont dues au développement, chez cet homme, d'une phlegmasie aiguë légère.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

I. La composition du sang et les modifications qu'il peut subir dans l'état de santé et dans celui de maladie peuvent être représentées et expliquées par un certain nombre de lois ou de principes généraux.

Ces lois peuvent rendre compte de toutes les variations que l'étude de ses propriétés physiques et l'analyse chimique permettent d'y constater.

---

tige ; ainsi, on ne craint pas de blesser l'urètre. Les deux lames (dont le bout est mousse) s'ouvrent, c'est-à-dire font saillie en glissant sur un double plan incliné vers la pointe de l'instrument. Elles s'écartent sans laisser entre elles et la tige adjacente de vide où quelque tissu pourrait s'engager. Un curseur à vis, sur la tige-support, permet de régler avec précision la saillie des lames, le degré d'armure de l'instrument et par là la profondeur de l'incision. Une autre vis mord sur la tige et l'arrête au point voulu. Du côté opposé, la tige a une rainure où plonge la pointe d'une autre vis latérale qui sert à limiter les deux points extrêmes de la marche des lames sur leur plan incliné, ce qui ôte toute crainte de se fourvoyer. — Après l'incision qui se fait d'arrière en avant et en même temps du centre de la stricture à sa circonférence, on pousse une injection d'huile. Trois jours après, l'inflammation tombée, on commence à introduire des sondes de grosseur graduellement augmentée.

Nous avons vu manœuvrer avec facilité cet instrument, dont le mécanisme est très simple et véritablement nouveau en quelques points. L'auteur en a obtenu des succès qui se distinguent par la promptitude et la solidité, de ceux dus aux autres méthodes. En somme ce procédé est très convenable pour les cas où l'urétrotomie serait jugée indiquée ; son inventeur ne le propose que dans ce but, et ne prétend point qu'on doive dorénavant renoncer à la dilatation et à la cautérisation. — Par ces conclusions pleines de modération et de réserve autant que par le côté pratique et original de sa lecture, M. Pétrequin s'est montré le digne représentant de la chirurgie française à cette solennité scientifique.

AUTOPLASTIES DE LA FACE.

Deux chirurgiens, MM. Corsini et Petrali, ont tour à tour intéressé l'assemblée en faisant connaître leurs procédés pour pallier les difformités naturelles ou acquises de la face.

Le premier a d'abord raconté l'observation d'une autoplastie faite pour combler le vide consécutif à l'ablation d'un fongus hématode qui s'étendait de la paupière inférieure droite à la joue correspondante, occupant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure et descendant jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. Chez ce sujet, le chirurgien emprunta à la lèvre inférieure de quoi restaurer la partie externe de la supérieure, en faisant servir le bord libre de la première de bord libre à la seconde. Pour refaire la joue, il cerna un lambeau à base adhérente à la tempe, entre deux incisions horizontales partant de la bouche ; puis, faisant glisser de dehors en dedans ce lambeau disséqué sur sa face profonde, il l'amena pour prêter un soutien à la portion de lèvre restaurée. Un lambeau pris sur la tempe vint former la paupière inférieure en décrivant un demi-cercle au niveau de son pédicule. Depuis deux ans, la maladie primitive ne s'est pas reproduite.

Dans un second cas, M. Corsini a introduit une modification opératoire digne d'attention. Ayant à enlever une production carcinomateuse qui occupait le nez et la partie moyenne de la lèvre supérieure, il conçut le projet d'épargner au malade l'opération du bec-de-lièvre qui semblait au premier aspect être indispensable. Dans ce but, il évita, pendant l'extirpation, de fendre la lèvre dans toute sa hauteur. Puis, l'ablation des tissus malades achevée, il tailla sur le front

II. Dans l'état de santé, quatre influences générales peuvent être invoquées pour expliquer la composition du sang ; de ces quatre influences, une est capitale ; c'est celle du sexe ; trois sont moins importantes, ce sont celles de l'âge, de la constitution et de l'alimentation.

III. Les moyennes suivantes représentent l'influence du sexe sur la composition du sang et doivent toujours être invoquées comme termes de comparaison pour apprécier les modifications que peut subir ce liquide dans les maladies. On ne doit pas oublier que ces chiffres peuvent osciller au-dessus ou au-dessous de ces nombres :

Densité du sang défibriné H 1060, 2; F. 1057,5. Densité du sérum H 1028; F 1027,4. Eau H 779; F 791,1. Globules H 141,1; F 127,2. Albumine H 69,4; F 70,5. Fibrine H 2,2; F 2,2. Matières extractives et sels libres H 6,8; F 7,4. Somme des matières grasses H 1,600; F 1,620. Séroline H 0,020; F 0,020. Matière grasse phosphorée H 0,488; F 0,464. Cholestérine H 0,088; F 0,090. Graisses saponifiées ou savon animal H 1,004; F 1,046. Sur 1000 gr. de sang également chlorure de sodium H 3,1; F 3,9. Sels solubles H 2,5; F 2,9. Phosphates insolubles (chaux) H 0,334; F 0,354. Fer H 0,566; F 0,541.

Cette influence du sexe est capitale; elle se retrouve dans toutes les maladies, de sorte que pour arriver à quelques conclusions certaines, il faut toujours comparer la composition du sang de l'homme malade à celle de l'homme sain et celle de la femme malade à celle de la femme saine.

IV. Les faits que nous possédons ne sont pas assez nombreux pour nous permettre d'établir d'une manière définitive l'influence de l'âge. Nous pouvons seulement dire d'une manière générale que cette influence s'exerce principalement sur les globules.

Chez l'homme, elle est peu marquée et le maximum du chiffre des globules paraît rester le même de 20 à 60 ans.

Chez la femme, l'époque où commence à s'établir la menstruation et celle où cesse cette fonction sont les limites de l'influence de l'âge. Avant cette époque ou bien tant que la menstruation n'est pas bien et régulièrement établie, le chiffre des globules est inférieur à celui qu'il sera plus tard. Pendant toute sa durée et tant que la femme est en bonne santé, ce chiffre varie peu, et est au maximum tout en oscillant dans de certaines limites au-dessus et au-dessous. Lorsqu'elle a cessé enfin les globules diminuent de nouveau.

Dans les deux sexes, la cholestérine augmente de proportion à mesure qu'on avance en âge. Cette influence ne commence à se faire sentir que de 40 à 50 ans.

V. La constitution paraît n'exercer une influence que sur les globules qui sont, en général, plus abondans chez les individus forts et robustes. Il faut de nouveaux faits pour confirmer cette loi.

VI. L'alimentation exerce une influence positive dont nous ne pouvons malheureusement apprécier exactement la valeur. Il est certain toutefois que le chiffre des globules est moins élevé chez les individus qui prennent une nourriture malsaine ou insuffisante. La considération de l'influence de la diète dans les maladies permet de confirmer ce résultat.

VII. La grossesse exerce sur la composition du sang une influence notable qui peut s'exprimer ainsi : forte diminution des globules, diminution moins considérable de l'albumine, augmentation légère de la fibrine et de la matière grasse phosphorée, augmentation de la proportion d'eau.

VIII. Les altérations du sang sont la plupart du temps la conséquence des maladies. Les influences que dans leurs variétés infinies les maladies peuvent exercer sur la composition du sang sont au nombre de 8, influences dont la formule constitue autant de lois ou de principes généraux qui peuvent rendre compte des modifications que peut subir ce liquide dans tous les états pathologiques.

Ces modifications du sang, une fois produites sous l'influence de la maladie, peuvent à leur tour déterminer un certain nombre d'accidens spéciaux assez nombreux dont nous ne pouvons retracer ici le tableau.

Ces huit lois sont les suivantes :

IX. 1re LOI. Le fait seul du développement d'une maladie modifie presque toujours d'une manière notable la composition du sang. Cette modification est à peu près la même dans tous les cas. Elle consiste dans les altérations suivantes :

Diminution des globules, diminution proportionnellement moins considérable de l'albumine, augmentation légère de la matière grasse phosphorée, de la cholestérine et des phosphates insolubles (chaux). Ces altérations sont d'autant plus prononcées que la maladie est aiguë, plus grave et est arrivée à une époque plus éloignée de son début. Il est probable qu'il faut chercher la cause de ces modifications autant dans la diète à laquelle sont soumis les malades que dans l'influence de la maladie elle-même. La diminution des globules, propre à la maladie, peut continuer à se produire pendant toute sa durée, de telle sorte qu'à une certaine époque leur abaissement devient considérable et détermine l'état auquel on a donné le nom d'anémie.

X. 2e LOI. Les saignées exercent sur la composition du sang une influence remarquable, et qui est d'autant plus prononcée qu'elles sont plus fréquemment répétées. Cette influence détermine les modifications suivantes : diminution notable des globules et diminution proportionnellement moins considérable de l'albumine. Les saignées n'exercent aucune influence sur le chiffre de la fibrine, sauf peut-être dans certaines fièvres typhoïdes graves. Dans ces cas encore, peut-être faut-il invoquer plutôt la marche de la maladie que les émissions sanguines elles-mêmes.

XI. 3e LOI. L'état pléthorique et les accidens qui l'accompagnent résultent d'une augmentation de la quantité de sang normalement contenue dans l'appareil circulatoire et d'une véritable surcharge du système vasculaire, mais nullement d'un changement dans la composition de ce liquide, et en particulier d'une augmentation de la proportion des globules.

On peut observer la pléthore, quelle que soit la composition du sang, aussi bien quand elle est normale que dans le cas où ce liquide est peu riche en globules. C'est, par exemple, ce qui a lieu dans quelques cas de chlorose.

XII. 4e LOI. La diminution de proportion des globules contenus dans 1000 grammes de sang et coïncidant avec l'état général, auquel on a donné dans ces derniers temps le nom d'anémie, s'observe fréquemment dans les maladies, soit comme caractère essentiel, soit comme phénomène consécutif.

Dans un grand nombre de cas, l'abaissement un peu notable du chiffre des globules s'accompagne d'une augmentation, non pas seulement relative, mais absolue de la fibrine.

Le poids du fer contenu dans le sang étant proportionnel à celui des globules dont il est partie constituante, il s'en suit que toutes les fois que

---

le lambeau destiné à former le nez, en prenant soin de donner de grandes dimensions au prolongement qui devait faire la sous-cloison. Après avoir abaissé le lambeau, il introduisit ce prolongement dans la perte de substance de la lèvre supérieure où il le fixa à l'aide d'une aiguille. Ainsi, et du même coup, le nez et la lèvre supérieure se trouvèrent restaurés.

M. Petrali a ensuite exposé le moyen qu'il emploie, dans la rhinoplastie indienne, pour donner à la pointe du nez et aux narines de nouvelle création leur apparence naturelle. Après avoir taillé et abaissé le lambeau frontal, il pince celle de ses extrémités qui doit faire la sous-cloison, de manière à la doubler sur sa face sanglante ; puis il la renverse en dedans et l'implante entre les bords d'une incision faite dans ce but à la lèvre supérieure. De cette façon, la sous-cloison résulte d'un pli fait à la peau, et les ouvertures des narines ne sont plus formées par des parties saignantes, mais par un repli cutané. La pointe du nez elle-même se détache alors plus nettement.

Ce procédé, dont l'idée première ne nous semble que l'extension d'un principe dû au professeur Riberi (voyez GAZ. MÉD. 1843, p. 743) a été exécuté sur le cadavre par son auteur; et la beauté du résultat obtenu paraît avoir impressionné vivement les assistans.

CATARACTES NOIRES.

M. Trinchinetti a relaté l'histoire d'un cas de cataracte noire trouvée par lui sur le cadavre d'un vieillard dont les yeux examinés à l'extérieur n'avaient offert aucune apparence d'altération, si ce n'est l'arc sénile. A droite, le cristallin était diminué de volume, induré comme une substance cornée, brun noirâtre vu par réflexion, et roux jaunâtre par réfraction. Capsule antérieure transparente au centre, légèrement opaque à la circonférence; l'humeur vitrée à l'état normal ; la tache jaune de la rétine presque disparue; le pigment noir de la choroïde très peu abondant. Du côté gauche, la lentille était d'un jaune ambré clair, plus petite et plus dure qu'à l'ordinaire, mais plus volumineuse d'un cinquième que celle de l'œil droit. Du reste, la tache jaune et le pigment étaient dans le même état que du côté droit. M. Trinchinetti fait voir à tous les membres les deux cristallins ; puis il rappelle que la cataracte noire est regardée par quelques auteurs comme plus grosse, par d'autres comme plus petite que le cristallin à l'état normal. Il en admet, lui, deux variétés distinctes offrant entre elles cette différence. En dernier lieu, remarquant 1° que la lentille, dans ces cas, n'est pas réellement noire, mais roussâtre au centre et jaunâtre à la périphérie; 2° que, chez son malade, l'un des cristallins présentait la teinte brunâtre, et l'autre une couleur jaune ; 3° qu'enfin les mêmes altérations concomitantes du pigment et de la rétine existaient dans les deux yeux ; il émet l'opinion que la coloration foncée qui constitue ce qu'on appelle la cataracte noire n'est qu'un degré très avancé de la coloration jaune ambré que le cristallin prend chez presque tous les vieillards.

Cette dernière supposition de M. Trinchinetti ne nous paraît guère soutenable en présence des cas de cataracte noire cités par Sanson et par M. Magne, où le progrès de la maladie a été suivi depuis son origine et où les observateurs n'auraient certainement pas méconnu cette teinte jaune, si elle avait réellement existé dans le principe.

Dans la discussion qu'a soulevée ce fait intéressant, M. Fario a dit que, dans

le chiffre de ces derniers baisse, celui du fer diminue dans la même proportion.

XIII. 5ᵉ loi. Le développement d'une phlegmasie détermine dans la composition du sang des modifications remarquables qui consistent surtout dans l'augmentation de proportion de la fibrine normalement contenue dans ce liquide. La loi formulée à cet égard par MM. Andral et Gavarret est parfaitement exacte; nous devons y ajouter les deux modifications suivantes : diminution notable de l'albumine et augmentation du chiffre de la cholestérine.

XIV. 6ᵉ loi. La proportion de fibrine normalement contenue dans le sang peut diminuer et peut-être même s'altérer dans ses propriétés physiques dans un certain nombre de circonstances que nous pouvons classer en deux catégories : 1° les intoxications, dans lesquelles nous comprenons la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, etc., etc., aussi bien que les empoisonnemens proprement dits; 2° une alimentation malsaine et insuffisante réunie à de mauvaises conditions hygiéniques : tel est le scorbut.

Dans toutes ces circonstances, la diminution de la fibrine n'a pas lieu nécessairement, même dans les cas les plus graves. Nous ne connaissons pas encore la loi qui préside à cette diminution. On voit ce principe, dans des cas qui paraissent sinon identiques, du moins très analogues, présenter un chiffre tantôt un peu supérieur, tantôt normal, tantôt très bas.

XV. 7ᵉ loi. Lorsqu'une sécrétion vient soit à être supprimée, soit seulement à diminuer, il arrive souvent qu'un ou plusieurs des principes chimiques qui entrent dans la composition de cette sécrétion viennent à se concentrer dans le sang et s'y trouvent par conséquent en plus grande abondance. C'est ainsi que nous avons trouvé la cholestérine en quantité plus considérable dans le sang 1° sous l'influence de la diète accompagnée de constipation, cas dans lequel il y a diminution de la sécrétion biliaire; 2° dans l'ictère avec rétention de la bile et décoloration des fèces. Dans ce dernier cas, il n'y a non seulement concentration de la cholestérine, mais encore accumulation des acides gras et de la matière colorante dans le sang.

XVI. 8ᵉ loi. L'albumine du sérum diminue d'une manière considérable dans trois circonstances particulières, qui sont : 1° la maladie de Bright; 2° certaines maladies du cœur, avec hydropisies; 3° les fièvres puerpérales graves. Pour que cette dernière loi fût définitive, il faudrait encore de nouveaux faits.

XVII. Les principes que nous venons d'établir peuvent rendre compte de la composition du sang dans l'état de santé et des variations qu'elle peut subir dans les maladies si nombreuses et si variées de l'homme.

L'étude de la composition du sang dans chaque maladie en particulier vient à chaque pas confirmer ce résultat. C'est la seule conclusion générale que nous puissions tirer de la partie la plus étendue de notre travail, c'est-à-dire de celle destinée à exposer la composition du sang dans chaque maladie en particulier, et qui, en raison du nombre infini des détails, ne saurait être résumée.

RÉSUMÉ.

Les résultats nombreux et importans que nous avons consignés dans ce mémoire sont de trois sortes. Les uns ne sont qu'une confirmation pure et simple de ce que les expérimentateurs qui nous ont précédé ont découvert. Les autres sont destinés à infirmer, en partie du moins, quelques-uns de ces résultats déjà admis dans la science. Un certain nombre enfin sont complètement nouveaux et doivent nous être attribués. Nous croyons, en terminant, devoir faire la part des uns et des autres, et résumer de la manière suivante ces trois sortes de résultats.

A. NOUS AVONS CONFIRMÉ LES RÉSULTATS SUIVANS :

1° L'augmentation de la fibrine dans les phlegmasies, dont la pondération est due surtout à MM. Andral et Gavarret.

2° La diminution des globules dans la chlorose, l'état dit anémique, et sous l'influence d'une diète prolongée. Fait constaté par M. Lecanu et confirmé par les recherches de MM. Andral et Gavarret.

3° La diminution des globules sous l'influence des hémorragies et des saignées antérieures, résultat qui, signalé pour la première fois par MM. Prévost et Dumas a été confirmé dans des analyses nombreuses par MM. Andral et Gavarret.

4° Le peu d'influence des saignées sur le chiffre de la fibrine.

5° La diminution de l'albumine dans la maladie de Bright, diminution qui a été signalée par Gregory, Bostock et Christison, a été également confirmée par MM. Andral et Gavarret.

B. RÉSULTATS QUE NOS EXPÉRIENCES PARAISSENT DEVOIR INFIRMER.

1° Le chiffre $\frac{127}{1000}$ donné comme représentant la moyenne générale des globules dans l'état sain, lequel est trop bas, et n'est pas le même chez l'homme que chez la femme.

2° Le chiffre $\frac{3}{1000}$ représentant la fibrine, lequel est trop élevé.

3° L'augmentation prétendue des globules dans l'état pléthorique, augmentation qui, signalée par M. Lecanu, a été admise par MM. Andral et Gavarret.

4° Le chiffre des globules considéré comme étant conservé à l'état normal dans la plupart des maladies aiguës.

5° L'abaissement du chiffre de la fibrine considéré comme à peu près constant dans les fièvres graves.

C. RÉSULTATS DÉCOUVERTS OU SIGNALÉS PAR NOUS POUR LA PREMIÈRE FOIS.

1° Le procédé plus exact et plus complet employé par nous pour l'analyse du sang.

2° La détermination de la densité du sang et de celle du sérum dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

3° L'influence des deux sexes sur la composition du sang, influence qui est telle qu'elle s'oppose à ce qu'on donne une moyenne générale pour exprimer le chiffre des globules dans l'espèce humaine.

4° Le chiffre 141 exprimant le nombre moyen des globules chez l'homme dans l'état de santé, et celui de 127 le représentant chez la femme.

5° Le chiffre de la fibrine (2,2) inférieur, quant à la moyenne, à celui qui était généralement admis (3).

6° L'absence d'altérations de la composition chimique du sang dans l'état des pléthoriques et l'existence d'une pléthore véritable (augmentation de quantité de la masse du sang), quelle que soit la composition de ce liquide.

7° L'influence de la maladie sur la composition du sang, influence qui est telle que presqu'à son début elle diminue la proportion des globules, et cette diminution, continuant à se faire pendant tout son cours, finit

---

deux cas de cataractes noires extraites par lui, il trouva la capsule antérieure épaissie et colorée en noir par le pigment de l'uvée. Selon lui, la cataracte noire dépend d'une uvéo-choroïdite chronique, et si la capsule antérieure se charge de pigment, c'est que, participant à l'état de la choroïde et gonflée par l'inflammation, elle se trouve par cela même en contact plus intime avec l'uvée. Si l'on a vu des cataractes noires volumineuses et d'autres petites, cela tient, d'après lui, à ce que, au début de l'inflammation, les parties étaient hypertrophiées, et que, plus tard, elles avaient subi une certaine atrophie. Ce ne seraient donc pas là, comme le croit M. Trinchinetti, deux altérations distinctes, mais seulement deux degrés différens, deux périodes plus ou moins avancées de la même affection; et la diversité de volume du cristallin ne dépendait que de l'époque à laquelle les observateurs ont pu l'examiner.

STRUCTURE DE L'IRIS.

A la suite d'un mémoire de M. Baratta sur les bons effets de la belladone appliquée à l'extérieur dans le cas de staphylôme de la cornée, M. Trinchinetti a cité un cas observé par Maunoir et qui semble tout à fait propre à confirmer les idées de cet oculiste sur l'existence des fibres circulaires et des fibres radiées qu'il admet dans la texture de l'iris. Un individu fut blessé à l'œil par un instrument piquant qui atteignit l'iris. Il en résulta une perforation de cette membrane au niveau de ses fibres radiées. La plaie étant guérie, il resta dans ce point une pupille artificielle, laquelle se trouva être en antagonisme parfait de mouvement avec la pupille naturelle.

KYSTES JUXTA-ARTICULAIRES.

M. Gherini a incisé un kyste situé près de l'articulation huméro-cubitale et d'où il a extrait plus de cinquante petits corps cartilagineux. La maladie était survenue à la suite d'un effort; le membre était devenu plus faible, et la flexion entière ne pouvait s'exécuter. Nul accident ne se manifesta et les mouvemens redevinrent parfaitement libres.

Considérant la situation de ce kyste dans un point si rapproché de l'articulation, M. Gherini pense que peut-être quelques-uns des corps qu'on appelle *corps étrangers articulaires* ne sont comme ceux-ci que *près* et non *dans* la jointure. Ceci expliquerait, suivant lui, pourquoi on a pu quelquefois les extraire sans accidens; tandis que si, dans d'autres cas, leur extirpation a eu les suites les plus graves, c'est qu'ils étaient véritablement contenus dans la cavité articulaire.

DANGER DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Tel est le titre d'un mémoire qui a obtenu l'adhésion de la section tout entière, mais dont nous sommes forcés de n'indiquer ici que l'idée fondamentale. L'auteur, M. Turchetti, réfléchissant aux conséquences funestes de l'introduction de l'air dans les veines pendant une opération, pense qu'on devrait, en médecine légale, tenir compte de cette éventualité, et rechercher si, dans un cas de blessure mortelle, l'événement n'a pas été dû à cette cause plutôt qu'à la blessure elle-même.

souvent par être assez considérable et par produire l'état dit anémique.

8° Les lois des variations de l'albumine, que nous avons toujours obtenue pure et isolée; ces lois étant (a) la diminution de ce principe sous l'influence de la maladie; (b) la diminution plus considérable dans les phlegmasies, diminution qui est en rapport avec l'augmentation de la fibrine et qui est telle que l'addition de l'albumine diminuée et de la fibrine augmentée dans cette classe de maladies, égale l'addition de la fibrine et de l'albumine à l'état normal; il semblerait donc que dans les phlegmasies l'augmentation de la fibrine serait peut-être due à la transformation d'une même quantité d'albumine; (c) la diminution plus considérable et très forte de l'albumine, non seulement dans la maladie de Bright, mais encore dans certaines maladies du cœur avec hydropisies et les fièvres puerpérales graves.

9° L'excès absolu de fibrine dans beaucoup de cas de chlorose et de grossesse, sa diminution beaucoup moins constante qu'on ne l'avait pensé dans les pyrexies.

10° La séparation et la pondération des matières dites extractives et des sels libres dans l'état de santé et celui de maladie.

11° La séparation et la pondération de toutes les matières grasses, et en particulier les lois si remarquables des variations de la cholestérine et des acides gras, principes essentiels de la bile.

12° La séparation et la pondération des sels solubles et insolubles, et en particulier du chlorure de sodium et du phosphate de chaux.

13° La séparation et la pondération du fer contenu dans le sang dans l'état de santé et dans celui de maladie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CATHÉTÉRONOMIE; DU CATHÉTÉRISME PAR DÉPRESSION; DE L'EMPLOI DES SONDES A CÔTES; par le docteur E. PÉRAIRE, de Bordeaux.

On ne saurait être taxé de rigorisme parce qu'on aurait eu l'idée de remplacer des termes vagues de chirurgie par des expressions exactes. Les pensées mal exprimées, les mots qui peignent peu fidèlement, d'une part l'action des instrumens, de l'autre leur coïncidence avec les organes avec lesquels ils sont mis en contact, doivent avoir pour conséquence inévitable, l'interprétation défectueuse de ce mécanisme compliqué. Ce n'est donc pas faire une guerre de mots que de chercher à mettre dans le langage médical plus de précision qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Nous n'avons à nous occuper ici que de l'appréciation des puissances mécaniques et vitales invoquées en faveur du cathétérisme. Eh bien! nous avançons sans crainte d'être démentis, qu'il n'est pas convenable de donner le nom de compression à l'action d'une sonde, qui, introduite temporairement dans le canal de l'urètre, opère l'expansion des tissus de cet organe. Cette expression nous paraît, dans ce cas, aussi impropre que celle de dilatation dont on se sert pour exprimer la facilité qu'ont ces parties de céder, comme l'a dit M. Mayor, sans efforts à la pression des corps solides destinés à donner passage aux urines.

C'est donc sous le point de vue mécanique et physiologique que nous entreprenons la tâche d'expliquer les lois qui président à l'opération du cathétérisme. Question fort simple, considérée sous le simple aspect mécanique, mais qui est plus compliquée quand on veut tenir compte de la résistance qu'opposent aux instrumens dont on fait usage les lésions physiques et organiques variées et nombreuses dont les voies vésico-urétrales peuvent être atteintes.

L'analyse qui a présidé à nos études sur ce point nous a permis de voir dans le cathétérisme des lois autres que celles qu'on a invoquées. Elles ont été concluantes et positives pour nous, et nous ont permis d'espérer qu'elles pourraient éclairer les points les plus difficultueux et les plus obscurs de cette intéressante question.

La cathétéronomie se trouvant ainsi expliquée par la physique dont nous avons emprunté les ressources, nous nous sommes attachés à lui donner le mot le plus explicatif de l'action qu'exercent les instrumens sur les tissus organiques. Nous avons pensé qu'il fallait éviter qu'une sonde qui traverse le canal de l'urètre pour pénétrer dans la vessie agisse en comprimant, ou même en pressant les tissus malades; et qu'il était plus nécessaire d'écarter et de fractionner l'ensemble des molécules constituantes, en ne leur faisant perdre que très peu de leur compacité, ce qu'on obtient en les déprimant. Ce résultat est préférable aux modes ordinaires de cathétérisme, puisqu'il a pour effet de rendre facile le contact entre un corps solide et des tissus délicats dont l'état de maladie et la sensibilité exquise réclament les plus grands ménagemens. J'obtiens ces effets avec mes sondes à côtes; à l'aide de la dépression on peut espérer de frayer une route à une sonde à travers les parois étroites et resserrées du canal de l'urètre.

DE LA CATHÉTÉRONOMIE.

La cathétéronomie, comme son étymologie l'indique, est la loi du cathétérisme. C'est sous cette dénomination que nous allons tâcher de grouper quelques faits physico-organiques propres à donner des notions sur le cathétérisme. La cathétéronomie sera donc à l'avenir la connaissance des lois qui président à l'opération du cathétérisme. On a, je l'avoue, soulevé une partie du voile qui couvre ce mécanisme, en assimilant l'action d'un cathéter à un levier; mais je ne sache pas qu'on ait eu l'idée de tenir compte de la coopération des tissus organiques, avec lesquels il est en contact. On n'aurait donc pas donné une explication suffisante du cathétérisme, si on avait renoncé à la nécessité de faire intervenir l'organe malade et si, pour l'explication de ce fait, on s'était renfermé dans les étroites limites d'une simple question de statistique.

Il y a en effet en dehors de l'action toute mécanique, j'en conviens, de la sonde, des propriétés générales ou propres aux corps organisés dont il est indispensable de tenir compte dans cette question. Outre que ces propriétés jouent un très grand rôle dans le mécanisme du cathétérisme, elles exercent aussi, comme on le verra, une influence directe sur la production et la gravité des altérations morbifiques des organes des voies urinaires. Dans l'état de santé, on peut supposer qu'elles ne présentent pas des modifications importantes à étudier, mais dans l'état de maladie, c'est différent. Il faut tenir compte du volume, de la densité des tissus malades, comme il faut avoir égard à leur porosité et surtout à l'élasticité dont ils sont doués. Ces propriétés sont, en effet, plus ou moins développées dans l'organisation de l'urètre et des dépendances de l'appareil dont

---

ORTHOPÉDIE.

D'après M. Petrali, l'orthopédiste appelé auprès d'un malade doit se proposer un double but, de réduire les os déviés et de vaincre les obstacles qui s'opposent à leur réduction.

Ce principe admis, il pose les théorèmes suivans: 1° il faut étuder momentanément, au moyen de la ténotomie, les obstacles que représente la corde soustendue à l'arc de flexion; 2° On doit agir avec les mains ou à l'aide de machines dans le même sens que la flexion ou dans une direction opposée à la sienne, en ayant soin de diviser les machines en autant de centres d'action qu'il y a de brisures dans le squelette de la partie déviée.

TROISIÈME PARTIE. — OBSTÉTRIQUE.

L'obstétrique, quoique moins riche en communications originales, n'a pas laissé que de produire plusieurs aperçus dignes d'être mentionnés et quelques faits particuliers intéressans.

DE LA CAUSE DU BRUIT DE SOUFFLE.

Dans un mémoire sur *l'auscultation considérée relativement à la grossesse et à la parturition*, M. Lazzati a avancé que le bruit de souffle est dû à la pulsation des vaisseaux volumineux situés dans l'utérus, près de sa surface externe, et qui se trouvent nécessairement comprimés par l'organe gestateur, lorsque, augmentant de dimensions, il les presse entre lui et le péritoine, qui ne cède que lentement à cette distension. Sans contredit, cette cause de compression mérite d'être prise en considération; et si, avec M. Depaul, on admet que le fœtus peut produire ce bruit en appuyant de dedans en dehors sur la paroi utérine, nous ne voyons pas pourquoi on refuserait d'admettre aussi l'explication de M. Lazzati. Seulement il faudrait, pour qu'elle fût justifiée, qu'on entendît le bruit de souffle dans tous les cas d'hypertrophie un peu rapide et un peu considérable de la matrice. Cette remarque est de M. Raffaele.

DE L'ATTITUDE A DONNER AUX FEMMES PENDANT LE TRAVAIL.

L'éternelle question du décubitus latéral a encore été soulevée. Mais, d'après une proposition fort sage de M. Secondi, on a pris un parti expéditif pour couper court à la discussion. Au lieu de permettre les lectures et les développemens oratoires, on s'est borné à demander leur avis aux membres du congrès exerçant la spécialité d'accoucheurs. La discussion s'est ainsi bornée à recueillir les voix, et, comme on le pense bien, le décubitus dorsal a été maintenu dans sa prééminence à une majorité de cinq contre un! conclusion conforme à l'avis que nous avions déjà exprimé nous-mêmes au sujet du mémoire de M. Angeloni. (Voyez GAZ. MÉD. 1844, p. 790.) Un fait piquant est cependant sorti cette discussion un peu brusquée. M. Angeloni, le partisan de la position latérale, avait parlé (voyez loc. cit.) d'une dame anglaise qui, se trouvant en France, et s'étant laissée persuader par son médecin d'accoucher sur le dos, s'en trouva si mal, que, redevenue plus tard enceinte, elle ne voulut plus s'y soumettre. M. Raffaele a cité,

il est une fraction. Aussi ces raisons de contexture le rendent-elles plus ou moins facilement accessible aux ressources de la chirurgie.

Ce serait dépasser les bornes d'un mémoire que de donner trop de développement à ces propositions. Je me crois donc dispensé d'expliquer les effets mécaniques qui résultent des rapports mutuels des corps, comme d'insister sur les difficultés que chacune d'elles apporte au cathétérisme. Ainsi, par exemple, dans les rétrécissements valvulaires, dans ceux dont la pathogénie consiste dans le gonflement du tissu sous-muqueux, dans les excroissances molles et spongieuses de la nature des fongus, dans quelques cas d'ulcération, si remarquables à la suite des phlegmasies chroniques de l'urètre, qui rendent les écoulements si difficiles à arrêter, l'élasticité des tissus est bien plus prononcée que dans ceux dont la texture est modifiée au point d'en être pour ainsi dire changée. Nous dirons même que dans quelques affections la porosité et l'élasticité sont si obtuses qu'on est presque en droit de douter de leur existence. Nous possédons à l'appui de cette idée plusieurs observations d'hypertrophies de la muqueuse urétrale, surtout une dans ce moment située au méat urinaire (cas fort rare) qui prouve que la privation de ces propriétés rend le cathétérisme même forcé impossible.

Nous en dirons autant des callosités et des autres concrétions dépendantes d'une maladie chronique. On trouve des observations fort intéressantes de ce genre de maladie dans l'ouvrage de M. Bermond, chef interne de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux. Ce médecin a recueilli dans le service de M. Lallemand une observation où l'oblitération du méat urinaire fut complète et donna la mort au malade. Faut-il considérer cette maladie comme le résultat d'épanchements diffus de matières plastiques, comme le veulent M. Robert Allan, chirurgien à Laforce, et après lui M. Bermond? Résulte-t-elle de dépositions interstitielles de membranes inodulaires, ou bien est-ce tout bonnement un état pathologique analogue à celui que j'ai sous les yeux? c'est ce que je n'entreprendrai pas de décider, bien que l'autopsie cadavérique milite en faveur de mon opinion.

Si donc, comme je l'ai dit, on a envisagé le cathétérisme sous l'aspect purement mécanique, il restait pour en rendre l'étude complète à l'envisager sous la double action organique et intellectuelle. La première devant donner l'explication du rôle que jouent les tissus organiques dans la résistance comme dans la facilité qu'ils prêtent à l'introduction de la sonde; la seconde peignant les avantages que le chirurgien doit attendre de la confection de l'instrument qui doit servir à surmonter les obstacles qu'il rencontre. La forme, le volume et la disposition des sondes doivent prendre place dans cet article.

Je m'abstiens d'entrer dans aucun détail d'anatomie; je dirai seulement que dans la partie la plus large l'urètre a de 3 à 4 millimètres de diamètre, que ses parois sont douées de la vitalité la plus active; complément de l'appareil urinaire, sa texture rudimentaire et les fonctions permanentes qu'il exerce le rendent passible d'une foule d'états pathologiques dont la formation et le renouvellement réclament alternativement des médications prudentes ou énergiques. Le point de départ de ces affections est, ou un état phlegmasique, ou une simple lésion de contractilité involontaire, et détermine des transformations de tissus inguérissables, parce qu'elles ont détruit le mouvement organique émanant de l'équilibre fonctionnel seul propre au résultat élevé de la vie. Il existe néanmoins une foule de lésions intermédiaires qui, développées au sein d'un organe sensible, opposent de la résistance à la pression que l'urine exerce sur le canal de l'urètre pour le traverser.

Il faut forcément admettre que pour qu'une sonde franchisse no passage d'une capacité moindre que la sienne, l'urètre soit susceptible de se prêter à un mouvement expansif. Nous établissons en principe que dans cette circonstance le cathétérisme s'opère, non en vertu de la compression et encore moins de la dilatation; le cathéter en contact avec des parois coarctées augmente leur diamètre en vertu de l'acte que nous nommons dépression.

Le canal est donc dépressible parce que sa texture est accessible à l'abord des fluides organiques et qu'elle permet aux parties distendues de reprendre leurs positions positives et naturelles. Le col de la vessie se trouve dans les mêmes conditions. L'espace que peuvent occuper les instruments dépend donc du degré plus ou moins grand d'expansion des tissus malades, expansion qu'on pourrait définir une force qui tend à projeter l'élément morbifique hors des limites qui circonscrivent l'organisation normale.

On conçoit que, dans l'état de santé, l'urètre, cédant à la pression que l'urine exerce sur lui, est même dégagé de l'obligation d'augmenter sa capacité pour lui livrer passage; mais il s'en faut de beaucoup que, dans l'état de maladie, les choses suivent une marche si simple. Si l'urètre est presque un organe inerte dans l'état de santé, ses maladies lui impriment des modifications nombreuses qui rendent le passage de l'urine difficile et parfois impossible. L'étroitesse joue le plus grand rôle dans la production des rétentions d'urine, comme le dit Ducamp, antres que l'abolition de la contractilité musculaire. Dans ces cas, et pour lever tout obstacle, l'urètre est obligé de subir la loi de la dépression pour reprendre son état normal.

La compression brusque et jugulante, comme on l'a nommée tout récemment, m'inspire, je l'avoue, des craintes sérieuses sur l'issue du cathétérisme. Notre conviction à ce sujet ne sera pas partagée par les praticiens qui avancent que la force est une nécessité du cathétérisme. Je conçois que cette compression ne puisse avoir lieu qu'avec le secours de la masse et de la vitesse; aussi ces divers agens de physique ont-il servi à l'explication du cathétérisme pratiqué avec de lourdes sondes de métal. Je pense qu'il faut limiter l'action de pareils instruments à des cas particuliers et peu nombreux de coarctation. Le professeur Roux dit que la force sera proportionnée à la résistance, et qu'il faudra tenir compte de la douleur que cause à quelques individus l'introduction d'une sonde. Nous avons vu plusieurs coarctations spasmodiques de la prostate résister longtemps au passage de la plus petite sonde, et des accidens nerveux graves avoir lieu sous l'empire de la douleur. C'est précisément dans ces circonstances que Boyer employait des algalis coniques; que faisait-il alors? Il déprimait l'obstacle qui s'opposait à l'entrée de la sonde dans la vessie.

On trouve, dans Desault, des observations qui prouvent les accidens qui résultent du cathétérisme forcé. Et, en effet, cette action mécanique produite, comme son nom l'indique, par une pression violente et assez forte pour surmonter une résistance infranchissable, ne se borne pas toujours à causer un trouble général; elle devient alarmante dès l'instant qu'elle détruit la cohésion moléculaire propre à résister aux efforts qu'elle dirige contre elle, surtout dans les maladies anciennes de l'urètre. Et, bien que la déchirure des parois du canal n'ait pas lieu dans tous les cas de ca-

comme contre-partie, l'exemple de plusieurs dames anglaises, appartenant à une condition sociale qui les rendait capables de raisonner et de comparer leurs sensations, et qui, ayant accouché successivement dans les deux attitudes, ont donné la préférence à la situation sur le dos.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Borsa-Bresciani a rapporté un fait d'opération césarienne pratiquée par lui avec un double succès pour la mère et l'enfant. Une femme de 20 ans, en travail depuis deux jours, avait une obliquité telle de l'utérus, que ce viscère, simulant la forme d'une cornue, pendait sur la crête iliaque droite. L'angle sacro-vertébral était saillant, et le diamètre antérieur n'avait que deux pouces. Le déplacement énorme de l'utérus ne permettait pas au chirurgien d'opérer suivant l'un des procédés connus; il fit une incision à quatre travers de doigt au-dessous de celle que conseille Lauverjat et dans la même direction. Malgré l'invasion d'une métro-péritonite, la plaie était cicatrisée le 21e jour et la femme rétablie le 40e.

Nous ne ferons que mentionner un travail de M. Pedemonte sur la *chondrite des vaisseaux ligamenteux du bassin*. L'auteur admet que les tissus des symphyses pelviennes se ramollissent ordinairement par le fait de la grossesse; mais, outre cet état, il en reconnaît un autre fort distinct, qui est constitué par une véritable inflammation et dont la cause est le passage d'une tête trop volumineuse.

DE LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ POUR LES MALADIES GRAVES DE LA MÈRE.

Une des questions les plus litigieuses encore de l'obstétrique est celle de *l'opportunité de l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de maladie très grave de la mère pendant les derniers mois de la grossesse*. M. Ferrario, qui l'a traitée, fait remarquer que la nature a souvent tracé la voie à l'art en terminant ainsi heureusement, au moyen d'un accouchement précoce, les affections les plus dangereuses. Objectera-t-on à cette proposition le petit nombre des enfans qui ont été sauvés dans de telles circonstances? Mais qu'on n'oublie pas que la maladie qui décide alors l'accoucheur à agir avait déjà compromis leur existence. Loin d'inspirer de la défiance contre l'accouchement provoqué, cette considération serait donc plutôt faite pour y encourager le chirurgien; car ne doit-il pas se hâter d'extraire l'enfant d'un lieu qui n'est plus pour lui, selon l'expression de l'auteur italien, un asile de vie et d'accroissement, mais un centre de périls et de mort? Il conseille donc formellement cette opération, quand le fœtus est censé viable, dans le cas d'épilepsie, d'apoplexie, d'éclampsie, d'hydropisie, de pneumonie et d'hémorrhagie abondante.

Ce sujet est de nature à être éclairci par des faits plutôt qu'avec des préceptes. Aussi devons-nous reproduire ici l'analyse de deux faits que M. Turchetti a rapportés à la suite de cette lecture. Dans le premier, une femme de 22 ans eut, à 7 mois de grossesse, de l'œdème aux jambes, de l'ascite, un hydrothorax et enfin une congestion cérébrale accompagnée d'éclampsie. Après avoir vainement employé le seigle ergoté et l'extrait de belladone sur le col, on dilata celui-ci

thétérisme, les circonstances que j'ai mentionnées paraissent être les plus propres à sa production.

La fausse route peut être facilement expliquée par ces raisons toni organiques. Ainsi donc, la rupture sera d'autant plus imminente que l'obstacle opposera plus de résistance, résistance elle-même subordonnée à la nature et à l'ancienneté de la maladie. D'un autre côté, est-il permis d'espérer d'introduire de grosses sondes à travers des rétrécissemens qui permettent à peine le passage de quelques gouttes d'urine, lorsque surtout les sondes exploratrices ne donnent plus les rudimens du pertuis. Dans ces circonstances, il ne faut franchir l'obstacle que par degrés, et le cathétérisme par dépression peut seul remplir une telle indication. L'expérience journalière, comme la pratique des grands médecins, viennent déposer en faveur de mon système. Sur l'invitation du docteur Pasquier, chirurgien en chef des Invalides, j'ai visité son service dans les plus petits détails, j'ai été également témoin de la manière délicate et raisonnée avec laquelle il pratique le cathétérisme. Je l'ai vu employer plus d'une heure, dans un cas d'ischurie, à déprimer le canal et à affaisser l'obstacle avec persévérance et lenteur; mais enfin il a toujours triomphé de la résistance. J'ai vu, avec lui, des malades chez lesquels il avait commencé le traitement avec des sondes du diamètre d'un demi-millimètre, et chez lesquels il introduisait avec facilité des sondes ordinaires. Si la dépression réussit dans des cas si graves, il est permis d'en attendre de bons effets dans les cas de dysurie et de strangurie.

En résumé, la compression excentrique ne peut guère convenir pratiquée avec de grosses sondes que dans les cas où le canal est à peu près libre. Mais il ne s'agit pas toujours de s'arrêter à l'idée de faire jaillir l'urine à grands flots, comme dans quelques états spasmodiques de la prostate ou du col de la vessie dans les rétentions d'urine causées par l'hystérie, comme l'a indiqué M. le docteur Brodie dans la phlogose urétrale. Je confesse, avec M. Mayor, qu'alors plus le cathéter sera gros et plus son action sera puissante. On émousse ainsi la sensibilité et on engourdit par conséquent la douleur. Mais ce moyen a des désavantages marqués dans les rétrécissemens chroniques, les indurations, les végétations et les tumeurs squirrheuses de l'appareil urinaire. Il y a également de grandes précautions à prendre quand les rétentions d'urine sont causées par un état variqueux des vaisseaux sanguins de l'urètre et de la vessie. Desault a observé cet état dans quelques variétés de gonorrhées; il recommandait les sondes élastiques, qu'on peut très bien remplacer par mes sondes à dépression.

Je dirai, à ce sujet, que le professeur Lallemand a également observé une diminution du calibre de l'urètre, causée par des fistules capillaires qui peuvent bien résulter, comme l'observe ce professeur, d'une phlegmasie blennorrhagique, mais qu'il n'est permis de rapporter qu'à une sécrétion anormale des sinus de Morgagni. Il nous semble naturel de penser que, dans des cas pareils, le cathétérisme est également difficile à pratiquer; autant le cathétérisme par dilatation incessante est dangereux dans les cas que je viens de signaler, autant la dépression du canal est avantageuse. La pression extérieure doit modérer, retenir en quelque sorte l'action comprimante. Si on agit avec trop de force sur le point de la résistance, l'organisation des parties malades tend à prendre une certaine prépondérance, pressées qu'elles se trouvent par cette surabondance de force. Qu'arrive-t-il dans cet instant? La sonde presse violemment le sinus extérieur du canal, et si elle franchit l'obstacle dans ce moment, elle perce l'urètre sur les points qui n'ont pas offert assez de résistance; l'équilibre organique aura donc cessé parce qu'on se sera écarté de l'ordre établi par les lois de la cathétéronomie. Quelle différence quand les corps dilatans sont conduits à franchir un obstacle avec discernement! La dépression pourra du moins prévenir contre les ruptures urétrales.

Il faut toutefois bien savoir que les parties qui forment l'urètre ne sont pas aptes à un même degré à se prêter aux effets de la dépression. Ce fait se trouve expliqué par les modifications que présente sa texture envisagée dans les divers points de son étendue. Il faudra donc pendant le cathétérisme tenir compte des points qui peuvent sans danger être le centre de l'action déprimante de la sonde. Mais tout en dirigeant cette action autant que possible sur tous les points de la circonférence uniformément, le chirurgien entraînera de préférence la force impulsive de l'instrument vers l'axe du canal.

Nous avons maintenant à faire connaître en vertu de quelles lois la dépression s'accomplit dans le cathétérisme, et à examiner si ce mode office des résultats positifs. La dépression a l'avantage d'affaiblir graduellement le choc de la sonde contre l'obstacle, et de permettre d'accroître par degré la vitesse de l'instrument. Dans un mémoire sur le rétrécissement de l'urètre, le docteur Brashy Cooper, de Londres, dit que le chirurgien doit moins chercher à pénétrer par force dans la vessie qu'à presser longtemps et avec mesure sur les coarctations. Les mouvemens communs de la sonde et de l'obstacle ne pouvant pas être les mêmes, ainsi que cela aurait lieu entre des corps également élastiques, il arrive que l'obstacle étant seul élastique, est forcé de céder à l'impulsion du corps qui a la plus grande somme de mouvemens. C'est principalement sur la nécessité d'accélérer ou de ralentir ce mouvement que l'intelligence du chirurgien doit s'exercer. Nous considérons bien la dépression comme étant le moyen le plus sûr de l'accomplir; mais tout en reconnaissant qu'elle agit sur des tissus élastiques dont les molécules solides laissent entre elles un nombre plus ou moins considérable d'interstices. Il ne faut pas néamoins oublier que ces tissus perdent de pareils avantages, ou tout au moins qu'ils sont bien moindres dans les divers états pathologiques dont ils peuvent être atteints.

L'action de la sonde chargée d'opérer la dépression sera limitée à un simple abaissement des parties dont l'état morbide s'oppose à la miction, pour rendre au canal le diamètre qu'il a perdu. Aussi la dépression employée dans le début d'une maladie vésico-urinaire me paraît-elle un moyen assuré de contrebalancer l'action envahissante de la maladie et de ramener les tissus malades à l'état normal.

Pour obtenir de bons effets de la dépression, il faut pratiquer le cathétérisme avec le discernement nécessaire, de manière à communiquer à la sonde un mouvement d'impulsion suffisant pour effacer les plis qu'on remarque sur les parois de l'urètre, surtout chez les vieillards, comme l'observe M. le professeur Roux.

La dépression doit être faite de manière à bien ménager la progression de la sonde, tout en lui facilitant les moyens de loger dans ses cannelures la portion coarctée du canal qui s'oppose à son passage. C'est pendant ce temps de l'opération qu'on aura tout à espérer de mettre la plus grande modération dans les efforts d'impulsion.

L'expérience m'a prouvé que la médication que je propose présente les chances de succès les plus favorables; grand nombre de coarctations

---

avec l'éponge préparée. Le travail se déclara; l'enfant, extrait avec le forceps, paraissait avoir succombé depuis deux jours. La mere guérit. — Dans le second cas, la femme avait une ascite, un hydrothorax, des symptômes d'éclampsie, et, en outre, une abondante hémorrhagie due au décollement du placenta inséré sur le col. Le seigle ergoté, en déterminant l'accouchement, sauva la mere et l'enfant.

Sans vouloir faire de cette remarque une objection capitale contre la conduite que proposent MM. Ferrario et Turchetti, nous ferons observer que les maladies de la femme qui peuvent autoriser à provoquer l'accouchement avant terme ne sont jamais que des affections très graves et où il y a réellement péril en la demeure. Dans ces cas, un moyen expéditif est donc indispensable, et c'est à la ponction des membranes qu'on sera souvent forcé d'avoir recours. Or, on sait que ce moyen, beaucoup plus que la dilatation, est dangereux pour la mère et pour l'enfant.

AVORTEMENT PROVOQUÉ.

Un dernier mémoire de M. Raffaele a pour titre: QUAND LES DIMENSIONS DU BASSIN SONT EXTRÊMEMENT RÉDUITES, LAQUELLE DES OPÉRATIONS PROPOSÉES POUR EXTRAIRE LE FOETUS MÉRITE LA PRÉFÉRENCE? L'auteur montre les dangers de l'opération césarienne, et proscrit, comme plus graves encore, la symphyséotomie et la pelviotomie. L'accouchement prématuré artificiel est donc le moyen le plus sûr auquel l'accoucheur doive, en pareil cas, avoir recours. Mais cette opération ne pouvant être faite qu'après le septième mois, époque où la tête du fœtus a déjà deux pouces et demi de diamètre, l'hystérotomie devient indiquée si le diamètre antéro-postérieur ne mesure pas deux pouces L'auteur aborde ensuite l'épineuse question de l'avortement provoqué, et, s'appuyant sur les faits et les raisonnemens les plus solides, il se prononce en faveur de cette opération. Nous regrettons de ne pas trouver dans le procès-verbal l'indication même sommaire des argumens par lesquels M. Raffaele a justifié son opinion. Mais c'est beaucoup déjà que l'autorité de grands noms vienne en aide à cette pratique si éminemment utile et morale. Nos lecteurs, qui n'ont pas oublié le courageux et consciencieux écrit publié en 1843, dans nos colonnes, par M. le professeur Paul Dubois, apprendront avec plaisir que le mémoire de M. Raffaele a suscité d'unanimes applaudissemens, et qu'on en a décrété l'insertion en entier dans les actes du congrès.

— L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1845 paraîtra le samedi 28 décembre.

A la librairie médicale de Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

— TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN, comprenant les affections SIMPLES ET CANCÉREUSES; par M. J. CARPENTIER-MÉRICOURT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, membre de la Société médico-pratique, etc. — 1 vol. in-8°. Prix: 4-50.

Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Medecine.

et de tumeurs, qui à raison de leur texture, paraissent devoir jouir d'une certaine mobilité, sont facilement déprimées.

L'introduction de la sonde réclame quelques précautions qu'il est bon d'indiquer. Les connaissances anatomiques font une loi au chirurgien de suivre la paroi supérieure du canal. On sait que l'urètre offre d'autant plus de densité qu'il est plus voisin de la glande prostate. Ses parois sont considérablement amincies dans la portion membraneuse et dans la portion spongieuse; cette dernière est la plus étendue, la plus ample. Les dimensions et le diamètre de chaque région de l'urètre ont été indiquées en 1820 dans la thèse de M. Rougier, médecin à Riom. Il faut donc tenir compte de cette délicatesse d'organisation, et surtout de la facilité de diriger la sonde dans une voie vicieuse. En outre de cela, le plus grand nombre des rétrécissemens, comme la fréquence des fausses routes, prennent leurs élémens de production dans cette partie du canal. Pour éviter de pareils écueils, la sonde devra être dirigée directement en haut et non en bas, comme le conseille M. Blandin; en d'autres termes le chirurgien devra lui faire suivre cette marche régulière, en évitant les mouvemens alternatifs d'abaissement et d'élévation. On trouve dans cette direction la ligne blanche qui suit toute l'étendue du canal de l'urètre. Elle présente les caractères des membranes fibro-muqueuses et offre par conséquent plus de résistance que les parties latérales. Si on ne se conformait pas à ces règles, on courrait risque de faire une fausse route, surtout en déprimant le bulbe.

L'exercice et l'habitude de sonder peuvent seuls rendre un chirurgien habile dans l'opération du cathétérisme. Cet axiome serait incomplet pour nous, si l'on n'y ajoutait le choix des instrumens. La confection des sondes, leur volume, leur disposition, doivent jouer un très grand rôle, surtout si on a présenté à l'esprit la douleur excessive que produit un corps étranger introduit dans l'urètre, particulièrement dans les phlogoses urétrales. Dans ces cas, la présence de la sonde dans le canal éveille une sensibilité aussi grande que celle que produit le spéculum dans le vagin dans les affections analogues du col et du corps de la matrice.

Substituées aux sondes cylindriques, les sondes à côtes dont je me sers sont spécialement destinées à surmonter ces difficultés, fussent elles même réputées infranchissables avec les instrumens ordinaires. Les sondes dont se servait Desault offraient une légère courbure vers le tiers de leur longueur; celles de Petit figuraient un S parfait. J'ai cru convenable de donner aux miennes une disposition à peu près analogue; seulement la courbure antérieure est moindre que la postérieure, précisément pour éviter le reproche qu'on avait justement adressé à celles de Petit.

Trois numéros m'ont paru suffisans pour remplir toutes les exigences du cathétérisme. Le numéro 1, qui représente la plus grosse sonde, a 5 millim. de diamètre dans sa plus grande circonférence, 3 dans sa plus petite. Le numéro 3 n'a que 3 millim. dans son plus grand diamètre, et 2 dans son plus petit. Le numéro 2 est intermédiaire.

Mes sondes à côtes sont composées de trois demi cylindres creux, en argent, soudés dans toute leur longueur; ils sont séparés par autant de sillons en cannelures. Les uns et les autres diminuent de diamètre, en se rapprochant de l'extrémité postérieure, ce qui donne à mes sondes une forme conique; deux ouvertures placées, l'une sur le cylindre inférieur, l'autre sur le côté, donnent passage à l'urine. Le bout antérieur des sondes à côtes présente la forme d'un trèfle. A la distance de 3 centimètres du pavillon, j'ai fait placer un robinet qui remplace d'une manière plus convenable les bouchons en ivoire ou en liége. On peut l'ouvrir et le fermer à volonté. Mes sondes à côtes sont pourvues d'un curseur garni de deux anneaux et surmonté d'une vis de pression. On peut à l'aide de cette disposition le porter en avant et en arrière. Le robinet de mes sondes offre l'avantage d'éviter un écoulement continuel et involontaire d'urine, nuisible aux soins hygiéniques dont on doit entourer le malade; on comprend aussi que la disposition du curseur facilite et simplifie les soins consécutifs que réclame le maintien de la sonde dans la vessie. Nous dirons avec M. Amussat, que la manière la plus simple d'assujétir la sonde consiste à passer dans les anneaux des ardons de coton et mieux de soie, qu'on attache derrière le gland, qu'il faut éviter de trop serrer pour prévenir le gonflement œdémateux qui succéderait à une trop forte constriction.

Il est facile de déduire quelques conséquences pratiques des faits que j'ai posés en principes. A savoir qu'un rétrécissement de l'urètre qui ne laisserait plus qu'un passage de 1 à 1 1/2 ou 2 mil., serait franchi par la sonde n° 3 à l'aide de la dépression. Ma sonde n° 1, qui offre 3 millimètres dans son plus petit diamètre, doit par le même raisonnement triompher d'un obstacle dont la capacité même plus grande diminuerait d'autant le calibre de l'urètre.

Une explication fort courte suffira pour lever tout doute et toute incertitude à cet égard: une sonde à côtes de 5 millim, doit franchir un rétrécissement qui réduit le pertuis à 2 millim. et même à moins, ce qui constitue évidemment un état de maladie. Comment expliquer que l'on puisse le surmonter à l'aide de la dépression? Eh bien! le diamètre de cette sonde se trouve réduit à 3 millim. Un obstacle qui aurait donc ce volume serait franchi sans difficultés; car on sait que la capacité de l'urètre est de 3 à 4 millim. Maintenant si une lésion organique réduisait ces proportions à 1 1/2 ou 2 millim., la sonde à côtes franchirait encore l'obstacle par cette raison toute simple que l'élément morbifique trouverait à se loger dans les anfractuosités de l'instrument, sans lui ôter aucun de ses avantages de force et de vitesse. Ces principes sont applicables aux autres numéros de mes sondes. J'ai remarqué que dans tout état de choses, mes sondes une fois engagées dans la circonférence de l'obstacle s'avançent incessamment vers la vessie; ce premier mouvement est sans contredit le plus lent et le plus difficile à obtenir.

Ainsi donc employées sans violence et avec le secours de la dépression sur laquelle nous avons longuement insisté, parce qu'elle nous a servi à expliquer à elle seule le mécanisme de la cathétéronomie, nous pouvons affirmer que les sondes à côtes que nous avons inventées présentent des avantages certains sur les sondes ordinaires. La théorie que nous avons établie nous a également paru plus explicative que les autres. J'ai fait un fréquent emploi de ces instrumens dans ma pratique, et même en présence de quelques amis consciencieux; j'ai franchi des obstacles considérables contre lesquels j'avais vainement employé les sondes cylindriques.

Je crois pouvoir me dispenser de citer des observations; ce n'est pas, à mon avis, dans les mains d'un inventeur qu'il faut chercher les preuves de l'excellence de son système; il faut patiemment attendre que l'expérience ait prononcé.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

IV. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Essai sur l'histoire chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis sa fondation* (542) *jusqu'à nos jours*; par M. Pétrequin. (Suite de l'intéressant travail dont nous recommandons à l'attention de nos lecteurs les détails attrayans et l'excellente méthode.) 2° *Anévrisme du cœur, suite de la disparition d'une affection rhumatismale et d'une dartre squammeuse humide; mort*; observation par M. Olivier, de Montluel. 3° *Note sur un cas remarquable de hernie diaphragmatique, suivie de quelques réflexions sur le diagnostic des lésions de ce genre*; par M. Olivet. 4° *Etude physiologique de l'instinct chez l'homme et chez les animaux*; par M. Gabillot. 5° *Un dernier mot sur l'influence des émanations marécageuses sur le développement de la phthisie*; par M. Olivier. 6° *Mémoire sur la mousse perlée ou carragheen*; par M. Mouchon. (L'auteur propose des formules pour confectionner de la pâte, des tablettes, un saccharure, de la gelée de mousse perlée.) 7° *Cas remarquable d'urticaria tuberosa*; par M. Nepple. 8° *Péricardite et pleuro-pneumonie aiguës avec fièvre pernicieuse tierce*; par M. Chardon.

CAS REMARQUABLE DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE; SUIVI DE RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES LÉSIONS DE CE GENRE; par M. OLIVET.

Obs. — Un homme, âgé de 47 ans, fut renversé et en partie couvert par un éboulement de terre. Transporté à l'Hôtel-Dieu, et revenu de la stupeur où il avait d'abord été plongé, il ne se plaignait que de douleur dans la région thoracique droite, et de gêne dans la respiration. Au bout de quelques jours, on reconnut une fracture de la quatrième ou cinquième côte à sa partie moyenne.

Au début, la sonorité de la poitrine était normale. Plus tard, on entendit dans le lobe inférieur du poumon droit un souffle que l'on prit pour le souffle amphorique, et qui fut jugé résulter de la perforation du poumon par la côte fracturée. Le lendemain, ce souffle fut remplacé par un gargouillement amphorique semblable au bruit que l'on produirait en insufflant de l'air avec un chalumeau dans une solution légère de savon. On entendait également le tintement métallique très distinct. La percussion donnait de la matité à la base du poumon, et plus haut de la sonorité. On pensa qu'il s'était épanché depuis peu du liquide dans la plèvre droite. M. Olivet, cependant, conçut quelques doutes sur l'existence d'un pneumo-hydro-thorax. N'ayant pu entendre le souffle amphorique bien distinctement, remarquant que le gargouillement amphorique était beaucoup plus prolongé que lorsqu'il est dû à une colonne d'air poussée à

travers une perforation du poumon, observant surtout que, en pressant sur la région épigastrique, il pouvait produire à volonté ce gargouillement, il soupçonna la présence, dans la cavité de la plèvre droite, de quelque portion du tube digestif.

Cet état dura quelques jours, pendant lesquels la matité fit des progrès de bas en haut. Un peu de diarrhée fut suivie ensuite d'une constipation, qui finit par céder. La digestion, à part ces dérangemens, s'exécutait bien. Plus tard des nausées et quelques vomissemens eurent lieu.

Dix jours environ après les premiers symptômes du côté de la poitrine, la dyspnée augmenta considérablement et d'une manière très brusque; le côté droit du thorax restait presqu'immobile dans l'inspiration.

L'auscultation ne fit plus entendre aucun bruit. Mort dans la journée.

AUTOPSIE. On ne trouve d'épanchement ni dans l'une ni dans l'autre plèvre. Le diaphragme, fortement refoulé en haut, du côté gauche, offrait, à droite, une déchirure de 2½ centimètres environ de longueur, dirigée de droite à gauche et d'arrière en avant. Ses bords inégaux et lacérés représentent un vaste anneau, par lequel tout le lobe droit du foie et la moitié au moins du gros intestin ont pénétré dans la cavité pleurale droite. Le poumon droit, réduit au volume du poing, appliqué contre la colonne vertébrale, n'est pas carnifié et ne présente, non plus que le gauche, aucune trace de tubercules. Dans la cavité abdominale, les intestins sont distendus par les gaz et font entendre, quand on les comprime, un gargouillement analogue à celui qu'on entendait pendant la vie dans la poitrine. Le foie a subi un mouvement de bascule, par lequel sa face antérieure est tournée directement en haut et son bord tranchant en avant. La sixième côte droite est celle qui avait été cassée; elle présente déjà un commencement de cal osséo-cartilagineux, qui entoure et réunit les deux fragmens.

Tous les signes physiques constatés chez ce malade à l'aide de l'auscultation et de la percussion trouvent une explication claire et facile dans l'état des organes reconnu à l'autopsie. Le gargouillement qui se faisait entendre dans les anses intestinales herniées a été pris pour des bulles d'air éclatant au milieu d'un épanchement liquide. C'est aussi par la pénétration d'une portion de plus en plus considérable des intestins dans le thorax qu'on peut comprendre pourquoi la sonorité fit des progrès continuels de bas en haut pendant la vie du malade.

Si le dernier jour on n'entendait plus aucun râle, cela tient à une augmentation brusque de l'ouverture diaphragmatique à travers laquelle l'intestin se précipita et comprima le poumon. La gêne subite de la respiration et la mort rapide sont dues également à cette circonstance.

Après avoir rapporté les principaux cas analogues au sien, que citent J.-L. Petit, M. Edwards, A. Cooper, W. Norris et M. Pétrequin, l'auteur fait remarquer que les malades qui survivent à cette lésion trouvent souvent le moyen de calmer la dyspnée qui en résulte, en mangeant un peu copieusement. En remplissant, en effet, l'estomac, ils le forcent à redescendre dans l'abdomen à la place normale où le retiennent encore ses adhérences et sa continuité avec les autres viscères; et réduisent ainsi la hernie. Partant de cette donnée, M. Olivet suggère l'idée d'ausculter, dans ces cas, le malade avant et après le repas, pour juger des changemens que l'ingestion des alimens apporterait dans la manifestation des signes stéthoscopiques. Une forte pression exercée sur l'épigastre pendant l'application de l'oreille à la poitrine pourrait également éclairer le diagnostic.

CAS REMARQUABLE D'URTICARIA TUBEROSA; par M. NEPPLE.

Cette maladie est extrêmement rare. Voici une analyse du fait très intéressant que M. Nepple a eu l'occasion d'observer.

OBS. — Une dame de 52 ans, de tempérament très nerveux, ayant eu deux fausses couches, avait été affectée, de 36 à 41 ans, de névrose des organes digestifs, que dissipa enfin l'usage des eaux gazeuses salines de Saint-Alban. A 47 ans, à la suite de secousses morales, métrorrhagies, puis leucorrhée avec douleurs sourdes dans la région hypogastrique; col utérin frangé, béant, mou, mais sans ulcération. Au bout de deux ans de cet état commença peu à peu l'éruption dont nous allons donner la description.

Tous les trois jours d'abord, puis tous les jours, de midi à cinq heures, éruption subite et sans prodrômes de groupes plus ou moins étendus de boutons ortiés avec prurit médiocre, légère tuméfaction du derme sans rougeur; au bout de deux heures, affaissement rapide de ces boutons, au moment où il s'opère une suffusion sanguine, parfaitement circonscrite dans l'aire seule de ceux-ci, au milieu du réseau vasculaire; les macules arrondies qui en résultent sont d'abord d'un rouge vif, sans augmentation de chaleur, ne disparaissant pas sous la pression, passant promptement à la nuance lie de vin, puis disparaissant à l'instar de l'ecchymose, ne laissant aucun furfur ni exsudation quelconque, ne revenant sur les parties envahies que six à huit jours après la dernière fois. Quelquefois, au lieu d'un groupe d'urticaire, il se forme un seul bouton ortié plus ou moins large, accompagné d'une enflure molle, large, incolore d'abord, puis prenant une teinte légèrement rouge-bleuâtre et se résolvant du sixième au huitième jour, avec des traces d'ecchymose profonde.

La santé générale et la régularité des fonctions utérines étant revenues sous l'influence de cette éruption, on la respecta d'abord; mais bientôt elle se compliqua de gonflemens très douloureux, revenant de temps en temps dans telle ou telle articulation des pieds ou des genoux, gonflement très semblable à celui de l'arthritis, sauf sa résolution graduelle en quatre à cinq jours, en laissant à la peau une nuance faible d'ecchymose. Aux plaques d'urticaire se joignirent des nodus ou tubercules plus profonds, s'affaissant après quelques heures en laissant aussi à leur place une teinte hémorrhagique. Inappétence, repos forcé par l'état des membres inférieurs.

En juillet 1842, il s'établit une fièvre quotidienne accompagnée tantôt de gonflemens, tantôt de douleurs sur le trajet de certains muscles, soit des membres inférieurs, soit du dos, des épaules et des bras. C'était la même maladie qui s'était transportée dans ces muscles; car, après l'accès, on y apercevait une teinte bleuâtre, signe d'ecchymose profonde. Elle dura vingt-deux jours sans se laisser couper par le sulfate de quinine. A sa suite les muscles étaient raides et les mouvemens pénibles. La peau, qui était restée intacte pendant sa durée, redevint aussitôt après le siége des phénomènes pathologiques habituels.

A cette maladie on a opposé, sans succès, pendant près de deux ans et demi, les eaux de Saint-Alban, les bains gélatineux ou alumineux avec les boissons acidules, les petites saignées générales, l'hydrosudopathie, le seigle ergoté. Les moyens qui ont obtenu le plus de succès sont, d'abord la solution arsénicale de Fowler, dont l'usage, surtout quand il a été un peu prolongé, a toujours amené un amendement réel; puis les injections froides dirigées sur le col utérin, qui ont agi d'une manière également favorable, et sur la leucorrhée, et sur l'éruption cutanée.

La malade est maintenant mieux. Sa santé générale s'est rétablie. Il ne survient plus d'éruption que vers l'époque des règles, ou bien à l'occasion de quelque contusion ou de quelque pression locale un peu prolongée.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 renferment les travaux suivans: 1° *Observation de fièvre typhoïde*; par M. Van Meerbeeck. (Fièvre grave; délire. Vers le troisième septenaire, éruption analogue aux pustules de l'ecthyma sur la poitrine et sur le dos. Amélioration progressive. Guérison. L'auteur regarde l'éruption comme une crise qui a éliminé le principe morbide de la fièvre typhoïde.) 2° *Note sur un cas d'étranglement de la verge par un fil*; par M. Vandenbergh. (Un enfant de 5 ans s'était lié la verge. Un gonflement considérable survint; mais, bientôt après la section du fil, la plaie qu'il avait produite se cicatrisa sans accidens). 3° *Notice sur le guaco*; par M. Decbange. 4° *Observations d'obstétrique*; par M. Hubert. (Un cas d'éclampsie où le débridement du col suivi de l'application du forceps sauva la mère et l'enfant. Dans la seconde observation, où le col était rigide et non dilatable, le même plan de traitement eut le même résultat.) 5° *Observation de névrose multiforme*; par M. Jastrzembski. 6° *Hernie inguinale étranglée; herniotomie, anus contre nature, guérison*; par M. Caytan. (Rien d'extraordinaire; on s'aperçut de la perforation intestinale pendant l'opération, au moment où l'on cherchait à détacher quelques adhérences de l'intestin avec le manche du scalpel. Le lendemain, on incisa largement l'anse intestinale pour procurer une issue aux matières. La guérison s'obtint spontanément au bout de quatre semaines.) 7° *Accouchement naturel de jumeaux unis latéralement*; par M. de Wersier.

OBSERVATION DE NÉVROSE MULTIFORME; par M. JASTRZEMBSKI.

Nous avons, dans le précédent numéro, rapporté un cas curieux de névrose épileptiforme, guérie après l'évacuation par l'anus d'une grande quantité de matières purulentes. Voici une autre observation de névrose, remarquable par les formes nombreuses et variées qu'elle affecte successivement. Quelle que soit l'impuissance de la science à se rendre compte de semblables faits, il n'est pas inutile de les rapporter, ne serait-ce que pour habituer le praticien à reconnaître promptement ces affections nerveuses, et le mettre ainsi en garde contre des craintes exagérées et une thérapeutique aveugle ou imprudente.

OBS. — Louis V..., conducteur au 4e régiment d'artillerie, est âgé de 25 ans. Constitution forte, tempérament nerveux prononcé. En 1841, lutte dans laquelle il reçut sur la poitrine un coup de crosse de fusil, qui le fit tomber sans connaissance. A partir de cette époque, douleurs thoraciques, toux, voix rauque, respiration gênée. Quelque temps après, condamnation à 18 mois de prison pour désertion. Bientôt, altération de l'état normal, crachement de sang. Affaiblissement de la santé générale, amaigrissement. Entré à l'hôpital militaire d'Anvers le 26 décembre 1843.

A cette époque, yeux rougeâtres, toujours en mouvement; paroles rapides et accompagnées de mouvemens saccadés de la tête et de la face. Inquiétude, alternatives d'abattement et d'excitation générale. Douleur à gauche de la partie supérieure du sternum. Dyspnée, toux sans expectoration. L'auscultation et la percussion ne font reconnaître aucune lésion thoracique. Battemens du cœur parfois précipités et tumultueux. Les autres fonctions s'exécutent régulièrement. Vésicatoire sur le point douloureux.

Même état jusqu'au 15 janvier. A cette époque, toux plus forte, puis quintes. Le malade porte constamment les mains à sa gorge. Opiacés, nouveaux vésicatoires. Diminution de ces symptômes; continuation de l'affaiblissement général. Sulfate de quinine pendant quelques jours. Vers la fin du mois d'avril, tout à coup tremblement des membres inférieurs tellement prononcé que le malade peut à peine se tenir debout en se soutenant des deux mains à son lit. Douleur à la pression des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. Vésicatoire

sur cette région. Disparition du tremblement au bout de quelques jours. Mais presque aussitôt retour violent des battemens de cœur. Emploi de la digitale avec succès. Vers le 18 mai, accès de toux convulsive avec suffocation imminente, qui se reproduisit périodiquement pendant plusieurs jours, en diminuant toutefois d'intensité sous l'influence de pilules de Méglin et de potions avec 30 grammes de sirop d'ipécacuanha. Alors, nouvelle série de symptômes ; perte subite et complète de la voix. Deux vésicatoires sur la région du larynx ; la voix revient, d'abord rauque, puis claire et distincte. Au commencement de juin, gêne douloureuse à la gorge. Le malade étendait le cou et raidissait les membres comme dans le véritable tétanos. Plusieurs accès semblables par jour. Nouveau vésicatoire de chaque côté du larynx. La plaie est saupoudrée avec de l'acétate de morphine. Cessation des accès ; mais le 9, dans la nuit, attaque de catalepsie ; les membres supérieurs et inférieurs, soulevés, gardaient la position qu'on leur avait donnée, quelque fatigante qu'elle fût. On éprouvait plus de peine à abaisser les bras qu'à les élever. Le malade resta une heure et demie dans cet état, et lorsqu'il revint à lui, il n'avait aucune connaissance de ce qui s'était passé. Ces attaques ne se renouvelèrent que le tendemain et le surlendemain. Quelques jours après, le malade dit un matin qu'il avait vomi des morceaux de viande à demi altérés, et que, depuis ce moment, il se trouvait tout à fait bien. On le garda cependant à l'hôpital jusqu'au commencement du mois d'août, époque à laquelle il reprit son service militaire.

ACCOUCHEMENT NATUREL DE JUMEAUX UNIS LATÉRALEMENT ; par M. de WERSIER.

Cet accouchement eut lieu à sept mois de grossesse et d'une manière entièrement spontanée. Voici, en résumé, les détails que présenta l'autopsie. Deux fœtus bimâles développés également et d'environ sept mois de vie intra-utérine ; deux stygmates ombilicaux distincts ; union par la portion sus-ombilicale de l'abdomen et par le thorax ; deux têtes, quatre extrémités inférieures, trois extrémités thoraciques, quatre omoplates, six doigts à la main du membre thoracique impair ; colonne vertébrale double, côtes thoraciques de l'un des fœtus réunies par continuité à celles de l'autre. Chaque fœtus a deux poumons ; mais celui qui se trouve du côté de la réunion n'est, pour ainsi dire, qu'à l'état rudimentaire. Cavité thoracique de l'un des fœtus séparée de celle de l'autre par une cloison membraneuse ; deux cœurs inégalement développés renfermés dans un seul péricarde ; cavité abdominale simple dans sa partie supérieure et postérieure, mais offrant une cloison membraneuse incomplète à sa partie antérieure et inférieure ; organes digestifs doubles.

Le point important de cette observation consiste dans l'existence bien constatée de deux ombilics distincts. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire est d'avis que cette particularité ne se rencontre jamais dans les monstres xiphophages, c'est-à-dire unis par l'abdomen et le thorax. Si les anciens recueils renferment des dessins qui présentent cette disposition, c'est, d'après cet auteur, « le dessinateur qui a substitué à l'ombilic unique et médian deux ombilics latéraux. »

Le fait précédent, qui a été soumis à l'examen des commissaires de la Société de médecine d'Anvers, ne permet pas d'invoquer contre lui une supposition semblable, et semble par conséquent confirmer entièrement l'assertion de M. Geoffroy-Saint-Hilaire.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE.

RESPIRATION DES OEUFS PENDANT L'ÉVOLUTION EMBRYONNAIRE DES ANIMAUX.

M. BAUDRIMONT lit, en son nom et celui de M. Martin Saint-Ange, un travail qu'ils ont fait en commun sur l'évolution embryonnaire des animaux. Dans un précédent travail, ces mêmes auteurs avaient cherché à établir que, pendant l'évolution organique, les œufs absorbent de l'oxygene et émettent de l'acide carbonique. Ils ont fait depuis de nouvelles recherches dans le but de mettre hors de doute le fait de la respiration des œufs pendant l'évolution embryonnaire. C'est le résultat de ces recherches qui fait l'objet du mémoire dont MM. Baudrimont et Martin Saint-Ange donnent aujourd'hui communication. Ces nouvelles expériences ont été faites sur des œufs de poule, de dinde, de couleuvre, de lézard et de diverses espèces de batraciens. Dans chacune de ces expériences, la respiration des œufs leur a paru incontestable ; l'oxigène absolument indispensable à l'évolution embryonnaire des animaux. La respiration des œufs, pendant cette évolution, est caractérisée par une exhalation d'acide carbonique, d'azote, de vapeur d'eau, et par une absorption d'oxygène.

RECHERCHES SUR LES BLESSURES DES VAISSEAUX SANGUINS.

M. AMUSSAT adresse la deuxième partie de ses recherches sur les blessures des vaisseaux sanguins. Ces nouvelles recherches ont particulièrement pour objet de faire connaître le rôle et l'importance du caillot comme moyen obturateur. D'après les faits établis dans ce mémoire, M. Amussat déduit les conclusions suivantes :

1° Lorsque les deux artères carotides sont coupées en même temps dans une grande plaie transversale du cou, la mort n'est pas instantanée, comme on le pense généralement ; l'hémorrhagie dure plusieurs minutes, pendant lesquelles l'animal conserve toutes ses facultés.

2° Les artères carotides ne restent pas béantes après leur division, ainsi qu'on pourrait le croire ; et malgré le volume de ces vaisseaux, il se forme des caillots obturateurs, comme après la division d'une seule carotide.

En examinant les planches qui représentent des artères de chiens, et surtout des artères carotides de bœufs sacrifiés d'après la méthode juive, on voit que l'organisation du caillot est la même que celle indiquée dans mon premier mémoire.

3° La section simultanée, ou à court intervalle, des nerfs de la huitième paire et des deux artères carotides, faite au milieu du cou, n'exerce aucune influence immédiate sur la coloration du jet du sang, ni sur la formation des caillots spontanés ou bouchons obturateurs des artères carotides coupées complètement en travers.

4° Le caillot spontané formé aux extrémités des artères divisées se compose de deux caillots, l'un extérieur, déjà décrit dans mon premier mémoire, l'autre intérieur, qui n'est autre chose qu'un coagulum, organisé absolument comme celui qui se forme après tous les moyens artificiels d'obturation, compression, cautérisation, ligature ou torsion.

5° La rétraction des membranes interne et moyenne, qui est le produit des trois propriétés artérielles, si bien décrites par M. Flourens, permet d'expliquer la formation du caillot et la difficulté de le retrouver au milieu des tissus dans lesquels il a été entraîné.

6° Le caillot spontané obturateur est souvent fort difficile à reconnaître. Pour le retrouver, il faut se rappeler la disposition anatomique connue de l'artère divisée, et observer les pulsations à l'extrémité du vaisseau. En outre, on peut reconnaître par le toucher la petite masse sanguine qui constitue le caillot.

7° Enfin, je crois avoir suffisamment démontré que c'est bien toujours par un caillot ou un bouchon obturateur que les hémorragies s'arrêtent spontanément, soit que l'animal meure ou résiste.

Ainsi, la doctrine du *caillot spontané* extérieur ou antérieur, comme obstacles à la sortie du sang des artères complètement divisées, est la seule véritable et contrairement à l'opinion de Jones et de Béclard l'artère seule peut se suffire à elle-même.

Sans doute, le fait établi dans mon mémoire n'est qu'une bien petite addition à la théorie de J.-L. Petit, considérée au point de vue physiologique ; mais au point de vue de la chirurgie pratique, il est d'une grande importance, comme le prouvent toutes les hémorragies graves et même funestes qui ont eu lieu, parce qu'on n'a pas pu trouver l'artère défigurée et masquée par un caillot.

NÉVROSES DES NERFS GANGLIONNAIRES.

M. MÉRAT envoie un mémoire intitulé : ESSAI SUR LES NÉVROSES DES NERFS GANGLIONNAIRES. Ce travail renferme des considérations physiologiques et pathologiques intéressantes ; mais c'est surtout le point de vue thérapeutique qui a occupé l'auteur. Après avoir montré, par un rapide exposé des moyens employés jusqu'à présent, combien le traitement de cette affection est peu avancé, M. Mérat cherche à démontrer par quelques faits, qu'il serait trop long de rapporter ici, que c'est dans les antispasmodiques actifs et chauds, tels que l'éther et les teintures alcooliques, qu'on trouve les remèdes les plus efficaces. Il recommande spécialement à ce titre la poudre de racine de valériane, la poudre d'armoise et le *sedum acre* à hautes doses.

MARCHE DU FLUIDE SPERMATIQUE DANS L'APPAREIL GÉNITAL DES MAMMIFÈRES FEMELLES.

M. POUCHET présente un tableau indiquant, heure par heure, la marche et l'état du fluide spermatique dans l'appareil génital des mammifères femelles. Ses expériences ont été faites sur des lapines dans les vingt-cinq premières heures après l'accouchement ; en voici les résultats :

De la sixième à la vingt-cinquième heure, on trouva constamment des zoospermes vivans dans le vagin et les cornes utérines. Jusqu'à la vingt-unième ou vingt-troisième heure, ces animalcules sont fort agiles ; mais bientôt après ils perdent de leur vivacité, puis ils meurent vers la vingt-cinquième ; on ne découvre plus que des zoospermes dilacérés ; la queue s'est séparée de l'extrémité renflée. M. Pouchet a rencontré parfois quelques zoospermes vivans, à une profondeur de 0 à 10 millim., dans l'extrémité utérine des trompes de Fallope ; il en a observé aussi, mais bien plus rarement et en bien moindre quantité, de 10 à 20 millim. Il n'en parvient jamais au-delà, suivant lui. Enfin, d'après ce naturaliste, c'est dans l'utérus et peut-être aussi dans la région des trompes qui avoisine cet organe que peut seulement s'opérer la fécondation. Il regarde comme erronées les observations de MM. Bischoff et Wagner qui ont cru découvrir du sperme sur les ovaires.

GANGRÈNE PAR LE SEIGLE ERGOTÉ.

M. BONJOUR rend compte de deux nouveaux cas d'empoisonnement par le seigle ergoté. Il s'agit de deux jeunes enfans chez lesquels se sont développés les phénomènes de l'ergotisme gangréneux, à la suite d'un repas dans lequel ils avaient mangé du pain fait avec du seigle contenant de l'ergot. L'un d'eux, âgé de 10 ans, a dû être amputé des deux jambes. Chez l'autre, âgé de 28 mois, il y a eu chute spontanée de la jambe droite ; les deux petits malades ont survécu à cette mutilation. Les autres membres de la même famille qui avaient fait usage du même pain en ont été quittes pour une indisposition sans suites graves.

ENGRAISSEMENT DES OIES.

M. PERSOZ, de Strasbourg, adresse un nouveau travail sur cet objet.

On se rappelle que dans une communication précédente M. Persoz avait cherché à faire voir que l'oie ne s'assimile pas seulement la graisse contenue dans le maïs, mais qu'elle en forme elle-même une certaine quantité aux dépens de

l'amidon et du sucre de cette semence et peut-être aussi à l'aide de sa propre matière; aujourd'hui ce chimiste annonce qu'il a entrepris une série d'expériences en grand pour déterminer si la matière grasse contenue dans le maïs est indispensable à la formation de la graisse de l'oie. Il adresse à l'Académie la première partie des recherches qu'il a tentées dans ce but, et dont il conclut qu'on peut regarder actuellement comme un fait acquis à la science que les oies sont capables de former de la graisse sans l'intervention d'aucune matière grasse, et qu'il suffit de la présence dans les alimens d'une certaine quantité de matière azotée pour que la production de la graisse ait lieu.

ACARE DANS L'URINE.

M. Fée, professeur à la Faculté de médecine de la même ville, communique les résultats d'un examen microscopique auquel il s'est livré sur l'urine à l'état normal. Il a trouvé dans une gouttelette de ce liquide un acare qui n'est pas celui de la gale.

RECHERCHES SUR LES CANAUX ANGÉIOPHORES, LES VILLOSITÉS ET LE CORPUS LUTEUM DE LA MATRICE.

M. le docteur Deschamps présente un mémoire sur ce sujet.

Conclusions : L'utérus est sillonné par des canaux particuliers, inconnus, creusés dans le tissu contractile ou musculaire : *canaux angéiophores* (dérivé de *αγγειον* et de *φερω*), qui ont pour usage de contenir dans leur cavité les grosses branches artérielles, veineuses et lymphatiques.

La connexion réciproque de ces conduits parenchymateux avec les organes circulatoires s'établit sur deux plans différens.

1° Canaux angéiophores de l'utérus bifide de la vache : *artères et veines utérines*, le plus souvent conjointes, composées de leurs trois tuniques et libres au milieu des canaux angéiophores; action médiate, indirecte, surajoutée des parois musculaires contractiles du canal angéiophore sur la circulation du sang.

2° Dans l'utérus unique de la femme : *artères utérines* composées seulement des tuniques interne et moyenne, séparées des veines et libres au centre des canaux angéiophores; action encore médiate des parois contractiles du canal sur le cours du sang artériel; *veines utérines* composées aussi de deux tuniques, interne et moyenne, mais adhérentes au tissu propre ou musculaire; action immédiate très puissante du canal angéiophore sur le cours du sang veineux. Il importe d'ajouter que le sinus utérin contient le sang, tandis que le canal angéiophore contient le sinus.

3° Villosités utérines ou maternelles opposées aux villosités fœtales, constantes pour leur existence, variables par leurs formes dans les espèces. Le canevas modifié modifie le produit, et il devient naturel de voir sortir de moules différens des formes animales différentes.

4° Le tissu membraneux jaunâtre traversé par les villosités ayant même structure et même origine que le corps jaune de l'ovaire, je le nommerai *corpus luteum* de l'utérus.

L'acte de la fécondation ne modifie pas seulement le tissu cellulaire ovarique; il modifie encore chez la vache le tissu cellulaire sous-muqueux de l'utérus. Ce tissu devient granuleux, jaune, facile à diviser sans aucune réaction élastique, et il offre les autres propriétés élémentaires du corps jaune de l'ovaire.

Le nouvel organe ovologique n'existe pas dans les génisses. Les vaches qui ont vêlé depuis longtemps, celles qui sont vieilles et engraissées perdent la tunique granuleuse jaunâtre utérine, et la couleur blanche du tissu cellulaire sous-muqueux se rétablit.

Le *corpus luteum* de l'utérus de la vache diffère du tissu adipeux par sa structure, qui ne renferme pas de vésicoles adipeuses ou graisseuses. Il diffère totalement du tissu fibreux jaune élastique dont j'ai retracé ailleurs les propriétés spéciales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PROGRAMME DES PRIX. — SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE.

PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

ORDRE DES LECTURES.

1° Des progrès récens de la médecine en France comparés à ceux de la chirurgie, par M. Dubois (d'Amiens).

2° Prix décernés et sujets des prix proposés pour l'année 1844, etc.

3° Éloge de M. Esquirol, par M. Pariset. (Nous publierons, dans le prochain numéro, des extraits étendus de ce remarquable Éloge.)

PRIX DÉCERNÉS.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1841 les questions suivantes :

Prix de l'Académie. — « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différens rapports. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, avait été remise au concours.

L'Académie a décerné un encouragement de 600 fr. à MM. H. de Castelnau et F.-M. Ducrest, auteurs du mémoire n° 6; et une médaille de 300 fr. à M. le docteur Alquié, agrégé à la Faculté de Montpellier, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. »

Ce prix est de 1,200 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, a été remise au concours.

L'Académie n'a pas donné ce prix.

Prix fondé par Mme M.-E. Bernard de Civrieux. — Mme Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, l'Académie avait proposé pour sujet de prix :

« Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent. »

Ce prix est de 2,000 fr.

L'Académie a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière, auteur du mémoire n° 9; et un encouragement de 500 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 8.

Le mémoire n° 2, mentionné honorablement, est de M. Andréa, médecin à Milan.

Prix d'Argenteuil. — Le nombre des concurrens n'a pas permis de juger ce prix pour cette séance publique; il sera décerné dans le courant de 1845. Il s'élève à la somme de 10,430 fr. 50 c.

Prix Itard de 1843. — Le nombre des concurrens s'étant opposé à ce que ce prix pût être donné à la séance publique de 1843, il l'a été le 2 juillet 1844 à M. le docteur Grisolle.

Prix pour la propagation de la vaccine. — M. Bousquet, rapporteur du comité de vaccine, proclamera les noms des personnes qui ont mérité le prix, les quatre médailles d'or et les cent médailles d'argent, que le gouvernement donne chaque année pour encourager la propagation de la vaccine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1846

Prix de l'Académie. — « Faire connaître la composition de la bile dans l'état physiologique; exposer les principales altérations dont ce liquide est susceptible, et les moyens chimiques de les reconnaître; indiquer les causes de ces altérations et les modifications morbides qu'elles peuvent exercer sur l'économie; les moyens séméiologiques de les apprécier et le traitement qui leur convient. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des altérations du système lymphatique dans le cancer. »

Les concurrens auront à rechercher, par tous les moyens d'investigation connus, le rôle que joue le système lymphatique dans le cancer.

Ils étudieront l'état des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, à toutes les périodes des diverses espèces de cancer : dans les tumeurs cancéreuses, dans le voisinage et au loin de ces tumeurs, autour des ulcères cancéreux, etc. Ils s'attacheront à éclairer le diagnostic des altérations cancéreuses du système lymphatique, et à signaler les causes qui favorisent le développement ou les progrès de ces altérations. Enfin, ils déduiront de ces nouvelles études toutes les applications pratiques qu'elles pourront fournir.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux. — Mme Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : Du suicide.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Les mémoires pour ces trois concours, dans les formes usitées et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1846.

Prix fondé par M. le Dr Itard, membre de l'Académie de médecine. — Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr. qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1843, sera décerné en 1846.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Extrait du testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1844, sera décerné en 1850; sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Acad. du 1er septembre 1838).

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1845.

Prix de l'Académie. — « Faire l'histoire de l'emphysème du poumon, établir les analogies et les différences entre cette affection et l'asthme. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix Portal. — « De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. »

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix Civrieux. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix : De l'hystérie.

Ce prix sera de 1,200 fr.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATION D'UN CAS DE FISTULE VÉSICO-INTESTINALE ; SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR SES CAUSES GÉNÉRALES ET SON SIÉGE LE PLUS ORDINAIRE. MÉTHODE DE TRAITEMENT CURATIF DE CETTE MALADIE, JUSQU'ICI RÉPUTÉE AU-DESSUS DES RESSOURCES DE L'ART ; par M. Barbier de Melle. — Un vol. in-8° de 79 pages, avec une planche. 1843. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Cette monographie, malgré son peu de volume, mérite une attention sérieuse soit par son sujet, soit par les circonstances qui l'ont inspirée, soit enfin par le plan véritablement neuf de traitement qui y est proposé. L'affection dont elle trace l'histoire est une de ces rares et graves maladies depuis longtemps déclarées au-dessus des ressources de la chirurgie : du moins c'est Boyer lui-même qui en a formulé en ces termes le pronostic, et nul n'avait encore songé à en contester la justesse. Ce n'est pas un vain désir d'attacher son nom à quelqu'innovation, qui a porté M. Barbier à chercher un remède là où les maîtres de l'art avaient désespéré. Mais mis en présence d'un de ces cas réputés incurables, il se sentit le cœur et l'esprit à l'envi saisis par une compatissante émulation ; il fut ainsi conduit à créer un procédé opératoire capable d'arracher à son sort la victime que la science se déclarait impuissante à sauver. Reproduisons d'abord les principales circonstauce de ces fait.

Obs. — Le 22 novembre 1842, M. Barbier fut appelé auprès d'une dame qui, depuis près de 10 jours, avait une constipation opiniâtre. Cinq ans auparavant, et pendant une grossesse double, des douleurs, qui auparavant erraient dans l'abdomen, étaient venues se concentrer dans la fosse iliaque droite. Depuis lors, leur siége devint fixé dans ce point. A chaque fois que la malade faisait effort pour aller à la selle, elle plongeait son doigt dans le rectum, où il lui semblait que résidait l'obstacle. Les urines, dont l'émission était douloureuse, répandaient une odeur insupportable et contenaient en dissolution des matières de nature évidemment stercorale. L'état général se présentait très grave ; la face terreuse, l'anxiété, le pouls petit, profond et fréquent, l'insomnie durant depuis trois jours, firent porter un pronostic des plus menaçans. Le vagin et l'utérus étaient sains.

Une sonde ayant été introduite dans la vessie donna issue à 500 grammes environ d'urine offrant les caractères ci-dessus indiqués. La vessie parut plus capace qu'à l'état normal, ses parois étant épaissies et ramollies. La communication entre le réservoir urinaire et le tube digestif paraissant n'exister que depuis quelques jours, on n'osa pas pousser le bec de la sonde de manière à constater le siége précis et le diamètre de la perforation, de peur de rompre des adhérences encore délicates.

Telle est l'observation qui a suggéré à M. Barbier l'idée des considérations qui suivent sur les fistules intestino-vésicales. Nous les exposerons dans le même ordre que l'auteur, sans en interrompre la série par aucune réflexion, nous réservant de porter ensuite sur l'ensemble de l'ouvrage un jugement motivé.

Le cœcum et son appendice sont, d'après M. Barbier, les parties du tube digestif qui sont le plus exposées à devenir le siége d'une communication accidentelle avec la vessie. Il suffit pour s'en assurer de jeter un coup-d'œil sur leur organisation. La fixité du cœcum, les enfoncemens qu'offre sa face interne, la concentration de ses fibres musculaires en trois bandelettes, disposition qui ne permet que des contractions partielles, la valvule de Bauhin, qui laisse entrer les matières et s'oppose à leur retour, tout jusqu'à la situation verticale de l'intestin qui les force à progresser contre la pesanteur, favorise la rétention des substances solides dans cette portion du tube digestif. De là, si ce sont des corps étrangers avalés par mégarde, résulte une perforation traumatique ; si ce sont des concrétions biliaires, inflammation et ulcération consécutive ; si enfin il ne s'agit que de fèces, leur accumulation peut encore à la longue allumer une phlegmasie chronique ; dans les trois cas, la vessie qui se trouve adossée par une partie de sa surface au cœcum est exposée à subir aussi une perforation de ses parois. Une autre cause particulière au cœcum contribue encore à en faire le siége le plus habituel de ce travail ulcératif. Une quantité considérable de tissu cellulaire entre dans la composition de sa tunique moyenne, et d'autres couches plus épaisses de ce même tissu l'entourent à l'extérieur. Désignée sous le nom spécial *d'abcès de la fosse iliaque droite*, la suppuration de cette région se fraie assez fréquemment une voie dans la cavité cœcale ; et si simultanément le pus se fait jour dans la vessie, comme les leçons orales de Dupuytren en contiennent un exemple, la fistule intestino-vésicale est ainsi établie. Quant à l'appendice cœcal, on rencontre trop souvent sur le cadavre sa cavité obstruée par des corps étrangers, ou par des matières stercorales durcies, pour qu'on puisse nier la participation qu'il prend fréquemment à la formation de pareils désordres.

Outre ces conditions toutes locales, deux autres causes favorisent d'une manière marquée l'établissement d'une communication vésico-cœcale. Ce sont d'abord la gestation, qui rend la vessie plus développée transversalement, et de plus l'aplatit et la comprime contre le cœcum ; c'est, en second lieu, le tempérament bilieux qui prédispose aux concrétions biliaires si communes, dit l'auteur, qu'on en trouve à l'autopsie chez presque toutes les vieilles femmes de la Salpêtrière. Or, ces corps étrangers ont, comme il a été dit plus haut, une tendance prononcée à s'arrêter dans le cœcum (1).

Le diagnostic des fistules vésico-intestinales demande certaines précautions. Si l'on veut se borner à constater le fait simple de la communication, rien n'est plus aisé et la sortie par l'urètre, de gaz ou de liquides à odeur stercorale, suffit pour donner, sans autres explications, une certitude entière. Désire-t-on au contraire avoir quelques présomptions sur le siége et le nombre des ouvertures de la paroi vésicale, connaître surtout quelle est sa largeur ; la prudence prescrit alors de différer cet examen jusqu'à ce que la fistule soit un peu ancienne ; car la sonde, qu'on doit introduire pour acquérir ces notions, pourrait rompre des adhérences salutaires et causer par suite un épanchement dans le péritoine, si on procédait à cette manœuvre tant que ces adhérences sont encore récentes et fragiles. Du reste, le volume et la consistance des grumeaux stercoraux sortant par l'urètre donneraient sur la largeur de l'ouverture vésicale des indices assez sûrs, alors même qu'on serait forcé de renoncer au cathétérisme.

Vient enfin la partie capitale du travail de M. Barbier, le traitement. Pour faire bien comprendre le plan thérapeutique qu'il propose dans ces cas, nous le diviserons comme lui en trois époques.

Première époque. *Formation d'un anus artificiel.* L'inflammation locale étant apaisée, autant que possible, par les moyens palliatifs, on cherche d'abord à donner aux matières stercorales une direction plus convenable en leur créant une voie nouvelle dans un lieu d'élection. Cette opération est l'analogue de celle que M. Amussat pratique avec succès sur le colon lombaire gauche pour les oblitérations du rectum. Seulement ici, à cause du siège habituel de la maladie dans le cœcum ou dans la partie contiguë de l'iléon, c'est sur le premier de ces intestins qu'il faut établir l'anus artificiel. On ferait donc une ouverture au cœcum dans la région iliaque droite, en employant le procédé mis en usage par Pillore pour remédier à l'imperforation du rectum. L'incision faite par la région lombaire, selon le procédé de M. Amussat, ne conviendrait pas ici ; outre la difficulté anatomique d'atteindre de cette manière un intestin situé aussi bas que l'est le cœcum, cette ouverture, placée à la partie postérieure du tronc, aurait le grand désavantage de rendre presque impraticables les manœuvres ultérieures qui constituent les opérations de la seconde époque. M. Barbier, d'ailleurs, est loin d'accorder à l'opération faite en coupant le péritoine, toute la gravité qu'on lui attribue généralement.

Deuxième époque. *Application à demeure de la canule iléo-cœcale.* Si la première indication que présente la cure d'une fistule est de créer une voie nouvelle aux matières qui la traversent, la seconde consiste à les empêcher de s'engager dans ce trajet. Après avoir satisfait à la première au moyen de l'anus artificiel, M. Barbier a voulu remplir celle-ci en portant à demeure dans le cœcum et dans l'intestin grèle par l'ouverture iléo-cœcale, une canule qui livrerait passage aux matières cheminant dans l'intestin. Cette canule, dont un dessin est annexé à l'ouvrage, se compose de deux parties séparées que nous décrirons d'après le texte même de l'auteur. L'une intérieure, c'est la canule, proprement dite ; l'autre, extérieure, en est le mandrin et ne sert qu'à la conduire dans la place où elle doit séjourner. Si l'on se figure deux canules s'emboîtant exactement, un peu courbées et terminées à leur extrémité externe par un pavillon évasé, on aura de leur configuration générale une idée suffisamment exacte. Mais deux difficultés se présentent : faire franchir à la canule la valvule iléo-cœcale ; puis, ce temps accompli, faire qu'elle demeurât fixée dans cette situation. Pour remplir ces conditions, il a fallu donner à l'extrémité interne ou *profonde* ou *intestinale* de l'instrument

(1) Nous qui avons fait des autopsies à la Salpêtrière pendant un an, nous savons que si ces calculs biliaires sont aussi fréquens que le dit l'auteur, il est tout aussi certain qu'ils ne causent presque jamais par leur présence d'inflammation sur les parties qu'ils touchent. (Note du rédacteur.)

une conformation particulière. La cannle intérieure est surmontée à son extrémité intestinale de quatre tiges métalliques qui prolongent son axe; ces tiges sont élastiqnes et susceptibles de s'écarter l'nne de l'autre; quaud elles sont abandonnées à elles-mêmes, de manière à circonscrire alors entre elles un espace plus grand que ne le serait le diamètre d'une coupe transversale de la canule. Quant à la canule extérieure ou condnctrice, son bout est peu volumineux afin de lni permettre de traverser facilement la valvule de Bauhin; mais elle porte immédiatement au-dessus un renflement olivaire, de telle sorte qne, lorsque celui-ci a pénétré dans l'iléon, son volume s'oppose naturellement à ce que la valvule le laisse rétrograder.

Tont ceci bien compris, l'introdnction de cette sonde et son action se devinent aisément. On commence par introdnire la canule à tiges métalliqnes dans la canule condnctrice, jusqu'à ce qne les tiges viennent correspoudre à l'origine du renflement olivaire. Uue fois que l'instrument a franchi l'ouverture iléo-cœcale, on ponsse la cannle intérieure jusqn'au bout de l'extérieure. Ses tiges dépassent alors l'ouverture inférienre de la sonde conductrice, se déploient librement dans l'iléon, et, en vertn de leur élasticité, elles font subir à ses parois nue dilatation telle qne dans les contractions expulsives les matières, dit l'auteur, viendront s'engager malgré elles dans l'ouverture formée par les quatre branches métalliqnes, branches qu'on peut se figurer coiffées d'un tissu élastique. M. Barbier ajoute que l'intromission de son instrument a été faite plusienrs fois par lui sur des chiens vivans sans difficulté. Il est bien entendn qu'en donnant à la sonde des dimensions plus grandes, on pourrait la conduire, si le cas l'exigeait, à une plus grande profondenr dans l'intestin.

Troisième époque. — *Occlusion de l'anus artificiel après la cicatrisation de la fistule.* — M. Barbier est beaucoup moins explicite snr les moyens de remplir cette troisième indication. Voici tous les détails qn'il donne à ce sujet : pour favoriser l'oblitération de la fistule, l'on pourrait, dans qnelques cas, aller en aviver les bords avec le nitrate d'argent, à l'aide de porte-caustiqnes de forme appropriée, introduits soit dans la vessie, soit dans l'intestin; et les cas où cette pratique serait possible seraient certainement aussi les plus beureux. Lorsqu'après avoir retiré la cauule à demeure, on anrait bien acqnis la certitude que toute communication a cessé entre l'intestin et la vessie, on laisserait encore l'anus artificiel fonctionner quelqne temps sans le secours de la canule; puis au bout de qnelques jonrs, on le fermerait; ce qui constitnerait la troisième époqne dn traitement curatif. »

L'opération que nous venons de décrire n'a pas été appliquée sur le vivant. La malade, dont l'observation est en tête de cet article, refusa de s'y sonmettre, et depuis lors M. Barbier n'a plus entendu parler d'elle.

Il nous faut maintenant exprimer notre opinion sur la convenance de ce procédé opératoire. Si nous semblons pour un instant nous ériger en juges du débat, qu'on venille bien être persuadé que ce n'est point avec la prétention de prononcer en dernier ressort, mais seulement pour apporter notre part de réflexion et de recberches sur un sujet vraiment neu et dont on ne saurait trop mûrement peser l'opportunité et les risques. Une première pensée se présente ; en principe, le projet de M. Barbier n'est proposable contre les fistules vésico-intestinales que si, comme il l'affirme, elles ont en effet ordinairement leur siége dans le cœcum. Or, en est-il ainsi ? L'auteur, pour le prouver, a invoqné l'anatomie, la physiologie, et la pathologie; et nous ne nions point qn'il ne soit parvenn de cette manière à rendre sa thèse fort vraisemblable. Mais l'expérience parle-t-elle dans le même sens ? C'est là surtout ce qu'il importait de savoir, et ce que nous avons cherché à vérifier. Or, la science n'est pas tellement riche en observations de ce genre qn'il fût impossible d'en rassembler, sinon la totalité, du moins un nombre capable de constituer la majorité. M. Barbier, outre le cas qui lui est propre, ne cite qne celui de Dupnytren (Voyez Leçons orales, t. 3, *abcès de la fosse iliaque droite*, obs. 7.) où la fistule était bien effectivement vésico-*cœcale*. Mais si à ces deux faits on ajoute celui rapporté par Boyer, (Voyez Traité des mal. chir., t. 9, p. 55.) celui de M. Hingeston, (V. Guy's hospit. reports, n° d'octobre 1841.) celui de M. Léon Husson, (V. Bullet. de la soc. anat., 1836.) celui de M. G. Clen, (V. Gaz. Méd., 1837, p. 40.) celui de M. Tavignot, (V. Gaz. Méd., 1842, p. 630.) et celui de M. C. F. Wilhelm, (V. Dissertat. de perityphlitide, 1837.) on a un total de 8 cas dans lesquels l'ouverture intestinale de la fistule siégeait 3 fois au cœcum, 1 fois dans une circonvolution intestinale rapprochée de la fin de l'iléon, 3 fois à l'S iliaque du colon, et 1 fois sur le rectum. Ainsi 3 fois seulement (1) sur 8, les choses se passaient comme M. Barbier l'annonce, comme il est indispensable qu'elles soient pour que son opération puisse atteindre le but proposé.

Mais si l'opération risque d'être bien souvent inutile, apporte-t-elle dn moins un secours réel et capable d'enrayer efficacement les progrès dn mal ? A cette qnestion, la statistiqne répond encore, et son langage n'est pas plus rassurant que tont à l'heure; car elle nous apprend qne dans les cas rassemblés par nous, 4 fois sur 8 la communication anormale résultait des progrès d'un cancer. Là, par conséquent, l'opération n'aurait fourni qn'un remède essentiellement palliatif : et l'on se sent bien plus détourné encore d'y avoir reconrs lorsque l'on considère que, dans 3 de ces 8 observations, les malades ont pu vivre *plusieurs années* avec leur fistule entéro-vésicule.

Cette opération si souvent menacée d'être insuffisante ou superflue a-t-elle au moins en sa favenr le mérite d'une innocuité capable de balancer tous ces désavantages ? M. Barbier l'insinue fort babilement en rappelant *les succès des opérations analogues* de Pillore et de Duret, et en contestant la gravité des plaies qui intéressent le péritoine. (V. onvr. cité, p. 68.) Mais, ici encore, l'illusion tombe devant les faits. Si l'on consulte les savantes recherches de M. Amussat sur ce point, (V. Mém. sur la possib. d'établir un anus artif., etc., pages 172 et 173.) on est frappé des trois résultats suivans : 1° d'abord, le cas de *succès* de M. Pillore s'est *réellement* terminé *par la mort* au bont de 28 jours; 2° sur 21 entérotomies pratiquées dans l'une et l'autre région iliaque, il y a eu 9 guérisons et 12 décès; 3° enfin si l'on s'arrête plus spécialement aux cas où c'est le cœcum qui a été ouvert (opération absolument identiqne à celle que M. Barbier propose), on trouve sur *deux* opérations *deux* morts !

Supposons cependant que chez un malade l'ouverture intestinale se rencontrât dans le cœcnm, supposons qu'elle ne dépendît pas d'une affection cancéreuse, snpposons qn'elle mît l'existence assez en péril pour qne l'entérotomie fût indiquée, snpposons même que cette opération eût été faite et que le malade eût snrvécu; ce traitement aurait-il réellement sur la marche de la fistule une inflnence favorable ? nous ne le pensons pas. Dans toutes les lésions de cette espèce, quand on établit une voie de dérivation aux matières pour les détourner dn trajet fistuleux, c'est *avant la fistule* qu'il faut leur ouvrir ce passage; et la perforation de l'os ungnis dans la fistule lacrymale, la ponction périnéale de l'nrètre opposée avec tant de succès par MM. Ségalas et Ricord aux fistules urétrales rebelles, sont des exemples à la fois très rationuels et très conclnans des avantages de cette méthode. Ici, au contraire, c'est *après la fistule* que serait placée l'issne offerte aux matières; donc pas de dérivation, pas d'immobilité des parties où siége celle-ci, et c'est uniquement sur la canule qu'il faudrait compter pour les devier du trajet anormal.

Nous n'essaierons pas de déterminer présentement si cette canule sera bien supportée, si elle le sera pendant un temps assez long, et si les matières stercorales l'enfileront constamment, en totalité et sans obstacle ..... L'expérience seule prononcera sur ces qnestions, et nous n'aimons point à devancer son jugement. Mais ce que nous pouvons hardiment présager dès à présent, c'est que l'espoir d'aller agir directement sur les bords de la fistule, en y appliquant des caustiqnes pour provoquer leur cicatrisation, comme l'auteur le conseille, est un de ces rêves théoriques que la réalité viendrait le plus sonvent dissiper, si l'on s'était sérieusement abandonné à l'idée de la mettre frnctueusement à exécution. Nous avons longnement examiné cette méthode, parce qu'elle a une apparence de simplicité qui peut séduire. Nous ne terminerons pas sans faire remarqner que, nonobstant nos critiqnes, elle renferme cependant un principe ingénieux qui, fécondé et modifié convenablement, serait susceptible d'application, mais dans les cas seulement où l'on serait certain, d'une part, que la fistule s'abouche dans le cœcum, et de l'antre, que la vie du malade est très prochainement compromise, non par la maladie qui a causé la fistule, mais par l'effet direct de l'infirmité qne celle-ci entretient.

(1) Encore consentons-nous à ranger dans ce nombre de trois le cas de M. Barbier, où l'existence de l'ouverture dans le cœcum était à la vérité rendue probable par les symptômes, mais n'a pas été mise hors de doute par l'autopsie, seule garantie certaine dans les cas de ce genre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52. (TOME XII. — 1844.) SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1844.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (Gazette de santé et Clinique des Hôpitaux réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 eolonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du eommencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au hureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les eollections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE MOLÉCULAIRE.

DE LA COMPOSITION ET DÉCOMPOSITION DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE; par le docteur Julius Budge, à Bonn.

Il se forme du sucre dans le corps des animaux, et cette production peut avoir lieu de deux manières: ou par la transformation de l'amidon en sucre, ou par celle des matières azotées. La première a lieu dans l'état de santé, mais elle peut aussi offrir une exagération morbide; la seconde ne s'observe jamais qu'en cas de maladie.

La conversion de l'amidon en sucre est une fonction très étendue dans les végétaux; elle contribue à la nutrition de la plante, et le sucre est une substance qui s'assimile aux organes du végétal. Chez les animaux au contraire, cette fonction est très restreinte; le sucre ne sert pas à l'entretien de la vie; il ne fait qu'un séjour passager dans l'économie et se trouve bientôt métamorphosé en un autre produit. C'est dans l'estomac que les alimens féculens sont transformés en sucre; mais ils ne passent pas en cet état dans les secondes voies, et changent encore une fois de nature avant d'y arriver; aussi, quoique nous consommions habituellement plus d'une livre d'amidon par jour dans nos alimens, on ne peut cependant pas trouver de sucre dans le sang des hommes sains, ni dans leurs produits de sécrétion.

Il est très probable que ce soit la bile qui convertit en d'autres substances le sucre introduit ou formé dans l'estomac; soit qu'elle le décompose avant qu'il n'arrive dans le torrent circulatoire, soit qu'elle l'enlève au sang lorsqu'il lui est déjà combiné.

Feuilleton.

LA MÉDECINE EN 1844.

La critique a une double mission : la controverse et la synthèse. Témoin des enfantemens quotidiens de la science, elle les enregistre, reconnaît leur degré de viabilité et leur assigne une place au soleil ou dans la sépulture des mort-nés. C'est là sa tache guerroyante, qu'elle accomplit sous la triple armure du courage, de la justice et de la vérité; l'æs triplex d'Horace n'est point de trop contre l'assaut des vanités, contre les lances aiguës de l'amour-propre. Dans ce siècle où la gloire elle-même est devenue une sorte d'industrie pourvue de machines, honneur à l'aristarque qui exerce le contrôle des œuvres de l'esprit comme une magistrature dont la responsabilité se prolonge dans l'avenir! La seconde mission de la critique entraîne moins de conflits et d'orages; elle consiste à perdre de vue les individualités pour résumer à long intervalle les acquisitions de la science; et c'est ici que son importance grandit. Juger sainement ce qui a été fait, c'est découvrir souvent ce qui reste à faire. Ce n'est pas en politique seulement que le passé sert de leçon au présent. Il est vrai que dans ses revues retrospectives la critique ne se tourne point vers les siècles écoulés; elle n'embrasse que l'année qui finit; elle fait non de l'histoire, mais de la chronique. Mais à quelles sources vont puiser les historiens, si ce n'est dans les documens contemporains de l'époque qu'ils ont entrepris d'interroger? La critique ne peut que gagner sous tous les rapports à se dire qu'elle prélude à l'histoire. En se délassant du détail laborieux de ses enquêtes de chaque jour dans les généralités sans nom et sans citation, en exprimant de tous les ouvrages qui ont passé par ses mains quelques idées sur la situation actuelle de la médecine, elle ne fait d'ailleurs qu'élaborer les prémisses des jugemens qui lui seront demandés demain.

L'année qui expire traîne à sa suite un long bagage d'écrits sur toutes les parties de notre science. Elle a été féconde en publications, en discussions, en travaux pratiques, en essais de théorisation. Rendons-lui cette justice première, que si elle n'a rien édifié, du moins elle n'a pas augmenté les ruines; peut-être même a-t-elle déposé çà et là quelques matériaux de reconstruction, que d'habiles mains sauront utiliser plus tard. C'est beaucoup, ce nous semble, qu'une halte dans la dissolution qui s'est emparée de la médecine après la chûte des doctrines physiologistes. Tel est à la fois le triomphe et l'écueil du génie qui s'enferme dans une idée, qui en poursuit avec une absolue rigueur la généralisation systématique. L'œuvre qu'il a construite dure et resplendit tant qu'il est là pour la restaurer sans cesse et pour l'illuminer de ses rayons; lui mort, elle s'écroule et ne laisse que poussière et débris. Il y a eu autant d'opportunité dans la décadence de l'école physiologique que dans son apparition. La science, telle que Pinel l'avait faite, n'avait rien de très sérieux ni surtout de fécond : sans doute il s'était inspiré de la philosophie du 18e siècle, et il avait entrepris d'ap-

La transformation des matières azotées en sucre dans le corps des animaux est une véritable maladie, elle ne paraît pas avoir son analogue dans le règne végétal, quoique cependant il puisse aussi y avoir saccharification maladive, comme celle, par exemple, qui a lieu dans la congélation des graines et des tubercules. Mais dans ces derniers cas, c'est encore la fécule et non une matière azotée qui fournit les élémens du sucre.

Dans l'estomac des animaux qu'on tue au moment où ils digèrent des alimens farineux, on trouve la fécule convertie en sucre, et même dans quelques cas déjà passée à la fermentation alcoolique. Dans l'intestin grêle, on ne rencontre plus d'amidon du tout, ou du moins très peu. Un vomitif pris trois heures après un repas d'alimens végétaux fait rendre du sucre.

C'est évidemment le suc gastrique qui, dans l'estomac, transforme la fécule en sucre par une action tout à fait analogue à celle que nous suivons dans les arts en faisant bouillir la fécule avec des acides étendus ou à celle que nous observons dans la maturation des fruits dont la fibre végétale et la gomme se métamorphosent en sucre par l'action des acides malique et citrique joints à la chaleur. Dans les deux cas, la chimie démontre que les acides ne sont point décomposés et ne fonctionnent que par simple contact. Dans l'estomac, ce sont les acides hydrochlorique et acétique qui jouent ce rôle.

On peut admettre que, terme moyen, chaque adulte produit toutes les vingt-quatre heures une livre et demie de sucre et que ce sucre passe ensuite en partie dans le torrent circulatoire, en partie dans les intestins grêles. En général, la digestion stomacale se fait en moins de temps qu'il n'en faudrait au sucre pour entrer en fermentation. Elle est ordinairement faite avant huit ou dix heures, et l'expérience a démontré que jamais une solution de sucre ne pouvait fermenter avant ce temps.

Dans l'estomac d'animaux tués deux ou trois heures après qu'ils ont mangé, l'on a trouvé du sucre, mais jamais un seul globule de ferment. Au bout de quatre heures, l'estomac est ordinairement vide et tout le produit de la digestion stomacale a passé dans les intestins grêles et dans le sang. Ce n'est que dans les cas de maladie ou de digestion lente que le sucre contenu dans l'estomac peut avoir eu le temps de subir la fermentation alcoolique ou acétique; il doit alors nécessairement se former un dégagement d'acide carbonique et peut être, est-ce par ce dégagement qu'on peut expliquer pourquoi les personnes qui digèrent difficilement éprouvent des flatuosités et des renvois acides après avoir mangé des alimens farineux ou sucrés.

Si la dissolution de sucre introduite dans l'estomac ou formée dans cet organe n'y fait qu'un court séjour, elle doit subir une transformation bien prompte aussitôt qu'elle a passé dans le torrent de la circulation par absorption ou dans les intestins grêles par le mouvement péristaltique, puisqu'on ne la retrouve plus dans aucune partie du corps chez les animaux sains. Dans les intestins, elle se mêlera à la bile, et s'il était vrai, comme Haller l'a calculé, que tout homme sécrète une livre et demie de bile chaque jour, il y aurait un mélange de parties égales des deux substances dès que le sucre serait arrivé dans le duodénum. La bile a sur le sucre une action bien différente de celle de tous les autres fluides du corps de l'animal; elle s'oppose à la fermentation, et la bile des herbivores possède cette propriété encore bien plus que celle des carnivores. Un mélange de dissolution de sucre et de fiel de bœuf peut séjourner huit jours dans un vase avant qu'on n'y observe un seul globule de ferment, même lorsqu'on y ajoute du suc gastrique ou de l'urine, laquelle cependant provoque ordinairement très vite un mouvement de fermentation dans les dissolutions de sucre.

La bile a même la propriété d'arrêter la fermentation déjà commencée; c'est ainsi que dans le cuvage, pour faire de l'eau-de-vie avec du ferment, des pommes de terre cuites, de la drèche et de l'eau, lorsqu'on ajoute de la bile aux matières déjà soulevées, celles-ci s'affaissent et la fermentation cesse aussitôt. Il faut donc qu'il y ait dans la bile un principe qui décompose le sucre ou bien modifie sa tendance à fermenter avec les matières azotées.

La fermentation est un travail intime propre aux matières organiques azotées lorsqu'elles subissent le contact de l'eau. Par la grande affinité qu'a l'azote pour l'hydrogène de l'eau qui se décompose, il y aurait dégagement d'ammoniaque autant de fois que des matières azotées seraient humides; mais lorsque celles-ci sont en contact avec le sucre, ce dernier tout en se décomposant empêche la fermentation putride; il ne se forme plus d'ammoniaque (hydrogène et azote), mais bien de l'alcool (hydrogène et carbone) et de l'acide carbonique. L'azote entre dans d'autres combinaisons; il se retrouve dans le dépôt qui reste, espèce de moisissure ou zoophyte, composé de globules de ferment.

Si les proportions entre le sucre et la matière azotée ne sont pas tout à fait convenables, la fermentation spiritueuse n'est plus complète, ou bien il reste alors un excès de sucre ou bien le mélange commence à pourrir.

Dans la même proportion que le sucre se décompose, la moisissure se développe et s'agrandit réciproquement. Cet échange d'élémens est toujours dépendant de la présence de l'eau et d'une petite quantité d'air. Sous le contact de ces deux corps, les matières fermentescibles ne peuvent jamais entrer en fermentation. Mais si l'eau a été chauffée auparavant jusqu'au rouge ou si la dissolution de sucre a été bouillie, la fermentation n'a plus lieu, soit parce qu'un principe particulier dans l'air a été détruit, soit parce que l'oxigène a été rendu moins stimulant.

Le dégagement de l'acide carbonique pendant la fermentation est une action chimique qui ne saurait être comparée à un acte vital qu'autant qu'on l'envisagerait comme la respiration de la plante nouvelle, c'est-à-dire de la moisissure; mais si ce phénomène avait lieu sans le renouvellement de l'oxigène, il formerait une exception dans toute la physiologie végétale.

On peut comparer à la fermentation, jusqu'à un certain point, la formation de la graisse dans les animaux et aussi la conversion de la graisse en moisissure lorsqu'elle subit le contact de l'air humide. Les élémens de la graisse entrent alors dans d'autres combinaisons; mais il ne paraît pas qu'il y ait dans ce cas formation de sucre. La graisse qui se décompose peut engendrer un produit particulier qui a une action délétère sur l'économie animale, comme on peut le constater dans les empoisonnemens par des saucisses gâtées. Nous ne savons pas encore (Voy. Liebig, ORGAN. CHEMIE, IN IHRER ANWENDUNG AUF AGRIKULTUR UND PHYSIOL., p. 230) de quelle nature est le poison qui agit dans cette circonstance; mais, en tout cas, il a un mode d'action tout autre que celui qui a été noté par MM. Gaspard, Magendie, Leuret, Hamont et autres, après l'injection de matières putrides dans les veines.

Toutes les substances qui ont la propriété de décomposer le sucre ou de détruire la moisissure ont aussi celle d'arrêter la fermentation, comme

---

pliquer à la médecine les principes sur lesquels les sciences physiques et chimiques venaient de se relever avec tant d'éclat et de solidité; mais on ne peut louer que l'intention de Pinel; le résultat fut loin de répondre à ce qu'on attendait: il lui a manqué ce que Broussais conserva jusque dans ses erreurs systématiques, une vue nette des faits pathologiques et l'entente de leur généralisation; il rassembla, sous les enseignes de la méthode analytique, des observations superficielles, les vieilles descriptions des auteurs et le dynamisme abstrait de Brown. Grouper des symptômes, les lier en tableaux, en former des unités de convention sous telle ou telle étiquette, ce n'était point ouvrir la carrière des recherches expérimentales et de la véritable analyse. Le début de Broussais fut à lui seul un grand progrès. Dans le livre des phlegmasies chroniques, l'observation est directe, immédiate; elle ne se réfracte pas dans le milieu d'un système préétabli. Les phénomènes des maladies sont analysés isolément et dans leurs liaisons, confrontés avec les causes morbifiques; les lésions cadavériques viennent se placer à côté des autres signes; les différences d'aspect, de structure, d'action que présentent les organes dans l'état sain et dans la maladie servent de base à l'induction, et quand l'idée de l'irritation surgit dans l'auteur, c'est comme résultat, comme fait dominant dans des états morbides qui n'avaient pas été précisés jusqu'à lui dans leurs véritables élémens; ce mot ne désigne encore qu'un résultat d'observation, lequel exigeait lui-même une analyse spéciale; or, celle-ci n'a pas été poursuivie par Broussais; il lui a suffi d'avoir rattaché au mot irritation la coïncidence d'un certain nombre de phénomènes souvent illusoires en clinique, toujours liés à quelque chose de plus profond, qui n'a pas été recherché; puis, armé de ce mot, ou plutôt de cette métaphore, il s'est efforcé de remonter au principe des faits pathologiques et de les rapporter à une cause commune, oubliant la condition première de la théorie légitime, savoir, qu'il faut admettre autant de forces, autant de propriétés spéciales, que l'on constate d'effets de nature différente, ou qui ne paraissent liés entr'eux que par des rapports vagues et lointains. Au reste, la marche de Broussais fut celle de tous les systématiques célèbres: Fr. Hoffmann, Stahl, Cullen, Brown, Barthez, n'ont pas autrement procédé. Tandis que dans les sciences physiques et chimiques on soumet tous les phénomènes à une série de décompositions qui conduisent à des théories partielles, dont elles se contentent, à défaut de théories générales, les médecins semblent souffrir des lenteurs d'une induction qui s'élève par degrés des phénomènes particuliers à des rapports ou des analogies de plus en plus étendues; ils franchissent d'un bond l'intervalle qui sépare les causes partielles des causes générales, et comblent avec des hypothèses les lacunes de leur observation. L'irritation, c'est-à-dire une somme de phénomènes déterminés et connexes, que Broussais désigne par cette appellation, caractérise à coup sûr un grand nombre de détails morbides; mais la considérer comme la source universelle des faits organiques, c'était se condamner à méconnaître une foule d'autres conditions qui jouent un rôle essentiel dans la pathogénie; la supposer là où elle ne se manifestait point par des signes réels, c'était supprimer l'observation; exagérer son importance là où elle n'était qu'une incidence ou un épiphénomène, c'était obscurcir les indications, qui n'échappent point à l'empirisme le plus ordinaire. Tout cela découlait d'inductions fausses, d'inductions incomplètes. La doctrine de l'irritation, comme celle de Brown, comme le controstimulisme, sont les produits d'une généralisation illégitime; elles font voir toute la

l'alcool, les acides concentrés, le chlorure de chaux, l'arsenic, le sublimé, la bile, etc. La bile des herbivores paraît décomposer le sucre bien plus vite que celle des carnivores; car on ne retrouve point de sucre dans les secondes voies des animaux qui se nourrissent de végétaux féculens ou sucrés.

On retrouve bien le sucre dans l'estomac; mais on chercherait vainement des traces de sucre ou de fécule dans les intestins grêles, dans le sang ou dans les produits de sécrétion. Cependant Polli (Muller, Archiv., 1839, X. C.) soutient que, dans l'état de santé, les animaux qui mangent de l'herbe fraîche rendent des urines sucrées. Simson prétend avoir constaté la présence du sucre dans la matière extractive du sang de veau; mais M. Budge a inutilement cherché à vérifier les découvertes de Polli et de Simson, et jamais il n'a pu obtenir du sucre, ni du sang, ni de l'urine. Si le sang de veau contenait naturellement du sucre, on pourrait le faire fermenter; car un dixième de sucre de canne ajouté à une certaine quantité de sang suffit déjà pour y développer la fermentation spiritueuse.

S'il est donc démontré, d'une part, que du sucre peut être trouvé dans l'estomac des mammifères qui se nourrissent de végétaux sans qu'on en puisse plus rencontrer dans les secondes voies, et d'autre part que la bile arrête la fermentation déjà commencée dans les vases, et en troisième lieu que le sucre dont on nourrit les animaux n'arrive qu'en quantité très minime dans la partie supérieure de l'intestin grêle sans descendre plus bas, on peut conclure avec raison que c'est la bile qui, chez les animaux nourris de végétaux, transforme le sucre en un autre produit.

Chez les oiseaux granivores, la bile a une action analogue. Dans les nies que Tiedemann et Gmelin ont nourries avec du sucre et de la fécule, la sécrétion de la bile fut considérablement augmentée; non seulement la vésicule en était très distendue, mais les intestins en contenaient aussi beaucoup. C'est le sucre qui a provoqué cette abondante sécrétion, et il n'a pu être retrouvé dans le sang.

Dans les animaux carnivores, la bile n'a pas sur le sucre la même énergie d'action, et chez des chiens nourris avec du sucre ou de la fécule, on retrouve encore du sucre dans l'estomac, les intestins, le chyle, le sang et l'urine. Il paraît donc que, chez cette classe d'animaux, le sucre ne joue pas le même rôle dans les fonctions de nutrition que chez ceux qui se nourrissent de végétaux, et qu'il semble traverser l'économie comme une substance indifférente ou inassimilable, et qu'il est rendu au dehors sans avoir été transformé. Aussi ces animaux se portent-ils par instinct plutôt vers les alimens gras azotés que vers ceux qui contiennent du sucre, de la fécule, de la gomme et de la fibre végétale. Ils ne préparent pas non plus du sucre pour la nourriture de leurs petits; car leur lait n'est point sucré; on trouve à peine quelques traces de lactine dans le lait des chiens, tandis que cette matière est si abondante dans celui des herbivores.

Si, chez l'homme en état de santé, du sucre non transformé pénètre dans le torrent circulatoire, il en est éliminé au bout de très peu de temps, car on ne peut point constater la présence de cette substance dans le sang tiré des veines des adultes, aussi bien que des très jeunes enfans nourris presque exclusivement avec des matières sucrées.

Les nombreuses observations et expériences de Liebig prouvent victorieusement contre toutes les objections de MM. Dumas, Boussingault et Payen, que la fécule et le sucre sont convertis en corps gras dans l'économie animale; et, selon M. Budge, c'est probablement le foie qui est chargé d'opérer cette métamorphose. C'était une opinion déjà très ancienne, et très récemment elle a encore été soutenue de nouveau avec beaucoup de fondement par M. C.-H. Schultz.

En résumé, il résulte de ce qui précède :

1° Que les alimens féculens se convertissent en sucre dans l'estomac.

2° Qu'à moins de digestion faible, il ne peut y avoir fermentation, ni formation d'alcool, ni d'acide acétique dans l'estomac.

3° Que chez le chien, et probablement aussi chez tous les carnivores, le sucre introduit est rendu par les selles et les urines.

4° Que, chez les herbivores et chez l'homme, le sucre parvenu dans l'intestin et dans le torrent circulatoire est métamorphosé par la bile et converti en graisse.

La formation du sucre ne s'opère pas seulement dans l'économie animale par la métamorphose de la fécule, mais aussi par celle de matières azotées.

La proteine peut se convertir en graisse en perdant une partie de son oxigène; mais, de même qu'elle peut perdre une partie de son oxigène, elle peut aussi en absorber, et alors passer à l'état de sucre dont les élémens ne diffèrent de ceux de la proteine que par une plus grande quantité d'oxigène. Lorsqu'on fait agir de l'acide nitrique sur de la proteine, il se forme de l'acide mucique (acide du sucre), de l'acide oxalique et du nitrate d'ammoniaque. Nul doute qu'il n'y ait alors aussi formation de sucre, puisqu'il faut aux élémens qui composent l'acide mucique passer par la transition de ceux qui composent le sucre.

On peut aussi faire du sucre avec d'autres matières azotées, par exemple en mettant en contact de la gélatine (gelée animale) avec de l'acide sulfurique. (Gerhardt, Liebig, In Geigers Pharmacie, t. 1, p. 796.)

Dans le diabète, il y a également formation de sucre par la métamorphose des matières animales dans le sein de l'organisme. On ignore par quel procédé la nature opère ce changement; serait-ce par l'action de l'oxigène, comme dans nos laboratoires de chimie, où nous convertissons des matières animales en sucre en les mettant en contact avec de l'acide nitrique?

D'après Thomson, la respiration de ceux qui sont affectés de diabète ne serait aucunement changée, et l'air n'arriverait pas en plus grande quantité dans l'économie par la voie des poumons, mais bien par absorption cutanée, et les onctions huileuses pratiquées sur le corps des diabétiques seraient d'une grande efficacité en empêchant l'action de l'air et par conséquent de l'oxigène sur la peau.

Sans aucun doute, la production du sucre dans le diabète ne s'opère pas seulement par la transformation des alimens non azotés, comme la fécule, la gomme etc., en sucre, mais aussi par la métamorphose de ceux qui contiennent de l'azote.

Des diabétiques qui ont été nourris presque exclusivement avec des matières animales et n'ont consommé à leurs repas que des quantités très minimes de pain ont cependant rendu dans les vingt-quatre heures pour le moins 16 onces de sucre, tandis que la fécule, la gomme ou le sucre contenus dans le pain, le lait ou le café que les malades avaient pris pouvaient au plus être évalués à 4 onces.

On trouve aussi du sucre dans l'urine d'autres individus que de ceux affectés de diabète; par exemple, dans celle de la plupart de ceux qui maigrissent dans des maladies chroniques. L'état de santé même comporte

---

ductilité d'une idée qui, soumise aux tractions d'un esprit supérieur, enveloppe une science entière de son frêle réseau.

Toute réaction est en raison directe des causes qui la font naître : à l'enthousiasme qu'avait suscité Broussais, à la période dogmatique qu'il a inaugurée et soutenue pendant quinze ans avec une rare puissance de talent, devait succéder l'indifférence et presque le dégoût des systèmes, un retour à l'observation directe, une sérieuse curiosité des faits que la doctrine physiologique avait laissés dans l'ombre ou fait entrer de force dans l'une de ses formules sacramentelles. On s'aperçut que les faits particuliers perçaient en quelque sorte le vêtement dont une théorie inexacte les avait affublés; d'ailleurs les sciences physiques et chimiques agrandissaient le champ de leurs investigations et de leurs conquêtes; le médecin, qui à toutes les époques a senti vivement le besoin de leur concours, reportait vers elles ses espérances; l'état où elle se présente aujourd'hui est le produit des deux circonstances que nous venons de mentionner: désabusement de tous les systèmes, propension naturelle à s'appuyer sur des sciences presque achevées et qui lui sont congénères.

Une autre circonstance nous paraît avoir influé de la manière la plus heureuse sur la marche de la médecine. Pendant que le fondateur de la doctrine physiologique s'agitait comme un prisonnier dans le cadre de ses théories, un esprit sévère et modeste mettait au jour le résultat de ses recherches sur les deux maladies qui déciment peut-être le plus les populations des grandes cités, la fièvre typhoïde et la phthisie. Ces ouvrages parurent empreints d'une réserve désespérante : des énumérations, des vérifications minutieuses sur le vivant et sur le cadavre, des conclusions circonscrites, beaucoup de doutes, un scrupule extrême à ne point dépasser dans l'interprétation la valeur positive des faits, une absence totale de préoccupations théoriques, tels furent les caractères remarqués de ces productions. C'est aujourd'hui seulement que l'influence qu'elles ont exercée sur les esprits est manifeste; et nous devons dire qu'elle est encore salutaire. Peu nous importe le grand litige de la médecine numérique; nous croyons d'abord que l'on s'est généralement mépris sur son but et qu'on l'a confondue à tort avec le calcul des probabilités; celui-ci s'applique aux faits considérés comme des unités, n'ayant d'autre valeur que celle du nombre; il n'en est pas ainsi, a-t-on dit avec raison, des faits médicaux dont la valeur peut compenser le nombre et même le surpasser; un seul fait peut fournir assez de raisons pour croire que sous une influence donnée, les choses ont suivi telle marche et la suivront encore dans l'avenir; que l'on explique une seule fois d'une manière incontestable le mode de production du sucre dans le diabète, et la pathogénie de cette affection sera faite. Mais la méthode de l'observateur éminent dont il s'agit ne se résout pas dans une application mécanique des nombres, dans des tables d'arithmétique rédigées au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique; elle consiste avant tout dans une analyse exacte, rigoureuse, profonde des faits, dans la comparaison de chacun de ces faits et de chacune de leurs parties, dans l'investigation de toutes les circonstances qui les accompagnent, dans l'examen de tous leurs détails; elle n'a introduit en médecine aucun dogme, aucune théorie, et c'est ce qui fait son mérite, la méthode elle-même, c'est-à-dire l'analyse, a été pratiquée par les médecins éclairés de tous les temps; mais ce qu'elle a de nouveau entre les mains de son restaurateur, c'est la précision avec laquelle il l'applique, c'est la rigueur qu'il donne à l'observation clinique, c'est le soin avec lequel il éli-

aussi la présence du sucre dans l'urine, et M. Budge en a souvent trouvé dans des cas où il s'y attendait le moins.

Il ne faudrait même pas croire que les personnes replètes et bien nourries en apparence ne rendent jamais de l'urine sucrée, et n'être seulement attentif au diabète mélitique, comme on le faisait autrefois, que lorsque les malades maigrissent beaucoup et boivent considérablement.

Dans le commencement, M. Budge ne pensait pas au sucre en examinant les urines que ses confrères lui envoyaient à analyser, parce qu'en rendant compte de l'état de leurs malades ils ne lui parlaient pas de symptômes qui eussent eu quelque rapport avec le diabète; mais depuis il a acquis la conviction que la présence du sucre dans l'urine est bien plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et qu'il ne suffit pas d'examiner les urines microscopiquement, mais qu'il faut encore les soumettre à une foule de réactifs. Le moyen le plus sûr pour constater la présence du sucre est de laisser reposer l'urine pendant six ou huit heures et de vérifier si elle ne contient pas au bout de ce temps des globules de ferment.

M. Golding Bird avait avancé que dans l'urine où l'on trouvait du sucre il n'y avait pas en même temps de l'oxalate de chaux; cependant M. Budge cite trois malades qui pendant plusieurs années se sont plaints de différentes affections nerveuses sans rien perdre de leur embonpoint et dans l'urine desquels il y avait en même temps du sucre et de l'oxalate de chaux.

Selon l'auteur, la présence du sucre dans l'urine ne serait pas une circonstance si fâcheuse pour les malades qu'on l'avait cru jusqu'à présent, et l'on doit s'attendre à la trouver dans bien des affections. D'ailleurs, Prout et Percy avaient déjà avancé qu'on trouvait du sucre dans l'urine des goutteux et des malades affectés de dyspepsie. Heim, Bennewitz, Simon citent des observations de diabètes sucrées qui ont guéri spontanément, ou n'ont pas été accompagnées de symptômes graves.

Sous le point de vue théorique, le diabète peut être considéré, ou bien comme une affection due au passage dans le sang du sucre introduit dans l'estomac ou produit dans cet organe par la décomposition de la fécule. Dans ce cas, les malades pourront être guéris en leur défendant l'usage des végétaux sucrés et farineux et en leur administrant de la bile d'animaux herbivores. Ou bien, l'affection est due à la transformation de la protéine par l'action trop énergique de l'oxigène, et alors il faudrait diminuer l'arrivée de celui-ci dans l'économie en couvrant le corps d'embrocations huileuses qui empêcheront l'accès de l'air atmosphérique sur la peau, et en faisant prendre à l'intérieur du sulfure de potasse, déjà recommandé par Rollo, et qui soustrait l'oxigène au sang en passant par les urines à l'état de sulfate de potasse. Une action analogue est exercée encore par les acides acétique, tartrique et citrique, dont les sels se transforment en carbonate par leur séjour dans l'économie animale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR UN CAS DE FISSURE A L'ANUS, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE; par le docteur JULES GUÉRIN.

La fissure à l'anus est un symptôme plutôt qu'une maladie. Elle est toujours accompagnée de la rétraction du sphincter; c'est un effet de cette rétraction. Déjà Boyer avait très bien indiqué cette coïncidence et même la subordination des deux lésions. Pour lui, la fissure dépendait bien de la rétraction. Dans ces derniers temps, on a élevé des doutes sur cette manière de voir; on a regardé la rétraction comme le produit de la fissure; on a dit que les douleurs provoquées par la lésion de la muqueuse, s'irradiant aux fibres musculaires environnantes, en déterminaient le spasme, la contracture. Au premier abord, cette opinion paraît plausible. Il ne repugne en aucune façon d'admettre que le sphincter se comporte dans ce cas comme dans les muscles de l'œil dans certaines affections de la conjonctive: un bouton de petite-vérole, par exemple, provoque la contracture d'un des muscles droits, et consécutivement le strabisme. Que théoriquement quelque chose d'analogue soit possible à l'anus, on ne le conteste pas; mais ce n'est pas en réalité la fissure telle que beaucoup d'auteurs l'ont décrite. Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer que dans beaucoup de cas de fissures observées avec quelques soins on a remarqué 1° que les malades avaient éprouvé d'abord de grandes difficultés pour aller à la garderobe, et que la lésion de la muqueuse n'était survenue que plus tard; 2° que dans d'autres cas la fissure avait guéri passagèrement, quoique la défécation restât encore difficile. Mais l'argument sans réplique, c'est la guérison radicale du mal par la section du sphyncter. Pour les personnes qui ont réfléchi sur la valeur de ce résultat, il ne peut pas y avoir de doute: c'est la démonstration expérimentale de la cause présumée. Cependant on a quelquefois cité des cas de guérison de fissure à l'anus par des topiques, sans opération, et la difficulté de la défécation a disparu avec la fissure. Cet ordre de faits, que nous n'avons aucune raison de révoquer en doute, s'explique facilement quand on tient compte de la différence qui existe entre la contracture et la rétraction. La première n'étant qu'un spasme actif, aigu, momentané, peut se résoudre extemporanément. C'est le plissement et le déplissement des fibres musculaires. Le second état, la rétraction proprement dite, ne cède qu'à l'opération, parce que le muscle est anciennement et *organiquement* raccourci. Sans vouloir nous appesantir sur ces distinctions étiologiques, nous avons dû les indiquer, sauf à y revenir plus tard, pour montrer la rationalité de la myotomie dans les cas de ce genre, et aussi pour montrer, qu'avec les notions que nous venons de rappeler, on ne peut pas plus confondre la fissure par contracture avec la fissure par rétraction, qu'employer indistinctement les moyens qui conviennent particulièrement à chacun de ces deux états, les topiques à la contracture et la myotomie à la rétraction.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur les circonstances qui amènent ces deux états, ni sur les caractères à l'aide desquels on peut les diagnostiquer: nous nous bornons pour le moment à rapporter un fait propre à confirmer les distinctions qui précèdent et à faire connaître une nouvelle application de la méthode sous-cutanée.

RÉTRACTION CONGÉNIALE DES SPHINCTERS INTERNE ET EXTERNE DE L'ANUS; SECTION SOUS-CUTANÉE DE CES MUSCLES, NON SUIVIE D'INFLAMMATION; GUÉRISON.

OBS. — M. B..., étudiant en médecine, âgé de 28 ans, constitution robuste, tempérament sanguin, a toujours éprouvé une grande difficulté pour l'excrétion des matières alvines. Il y a environ dix ans, à la suite d'une constipation qui avait duré plusieurs mois, cette difficulté augmenta à tel point que la défécation devint absolument impossible. Les plus grands efforts n'amenaient que du sang. (Diète sévère; alimens liquides.)

---

mine de la solution des problèmes pathologiques tout ce qui ressemble à la spéculation; c'est l'espèce de religion qu'il apporte au dépouillement des faits dont il n'exprime que les conclusions qui s'y trouvent exactement enfermées. Voilà les habitudes logiques des esprits adonnés aux sciences physiques et naturelles; voilà les instrumens dont nous devons faire usage pour extirper du domaine médical les erreurs, les hypothèses, les spéculations, les traditions banales, les niaiseries métaphoriques qui l'encombrent et qui sont le détritus accumulé des fausses doctrines et des systèmes *à priori*. Nous désirons être bien compris: la médecine numérique n'est pas pour nous le dernier mot de la science; mais nous goûtons fort les procédés d'exploration minutieuse, les règles d'analyse sévère qu'elle comporte et dont elle n'est pour ainsi que le prétexte. Or ce goût est aujourd'hui dominant; ces règles sont adoptées par un grand nombre de travailleurs; et les productions qui ont marqué cette année, si elles ne portent pas le sceau d'une irréprochable sévérité, témoignant cependant de l'adoption en médecine des principes logiques qui ont valu de si magnifiques progrès aux sciences dites accessoires. Le rédacteur de ce journal caractérisait fort heureusement il y a deux ou trois ans l'aspect de la médecine, en disant qu'elle manifeste *une tendance à la preuve*. Aujourd'hui cette tendance est prononcée, générale, impérieuse même: les ouvrages qui ne la révèlent point passent inaperçus; l'inattention publique fait justice des théories misérables, des cosmogonies dont quelques écrivains attardés gratifient de temps en temps leur siècle ingrat. Le perfectionnement des méthodes d'exploration, les secours que fournissent à la séméiologie le microscope et les réactifs, les vues d'une physiologie plus avancée, la connaissance plus exacte du mode d'action de quelques modificateurs hygiéniques, des études d'ensemble mieux faites sur la constitution et les états généraux qu'elle présente en vertu de son type primordial ou par acquisition accidentelle, promettent à la pathologie, à la clinique de plus solides progrès que ceux qu'elle a faits sous l'impulsion aventureuse des systèmes. Les barrières que les doctrines absolues avaient élevées entre les observateurs se sont abaissées; tous comprennent que les faits morbides, comme les faits physiologiques, se passent dans la matière organisée, sous la double dépendance de l'hématose et de l'innervation: aucun élément ne peut donc échapper à l'analyse; solides et fluides doivent être interrogés avec une égale sollicitude, et toutes les fois que le côté dynamique des phénomènes pourra être sainement interprété, l'induction aura de l'opportunité, à la condition de se restreindre rigoureusement dans la sphère propre des faits.

La nécessité d'examiner tous les élémens de l'état morbide a ramené les médecins à la chimie; avant de prononcer sur les altérations des fluides, il a fallu refaire leur analyse à l'état normal; la physiologie et la pathologie se sont donc présentées ensemble au laboratoire, et comme la chimie, longtemps reléguée à leur suite sous le titre de science accessoire, avait pris de la force et du corps, elle s'est avisée de se poser en maîtresse et de dicter des lois à la médecine. Commençons par reconnaître largement les services que la chimie ordinaire et l'analyse microscopique rendent aujourd'hui à notre science; peut-être ces services n'ont-ils pas encore toute l'importance pratique qu'ils acquerront un jour; il est tel cas où ils ajoutent aux perplexités du diagnostic, au lieu d'en dissiper les périlleuses obscurités; la chimie n'a pas encore assoupli l'organisme au jeu de ses réactifs; la multiplicité et la variété des conditions qu'il présente,

Au bout d'une quinzaine de jours, amélioration qui dura plusieurs années, traversée de temps à autre par de vives douleurs à la suite des garderobes et par des déjections sanguinolentes. Il est à remarquer que, pendant cette période d'amélioration, les selles étaient fréquentes (trois ou quatre par jour), mais peu copieuses et très difficiles. Enfin, il y a un an environ, retour des accidens; expulsion rare et très laborieuse de matières *rubanées*, suivie pendant quatre ou cinq heures de douleurs cuisantes à l'anus.

C'est dans cet état que M. B.... vint nous consulter. L'ouverture de l'anus était rétrécie au point qu'on ne pouvait y introduire le petit doigt sans des efforts considérables et très douloureux. Ce rétrécissement remontait à plus de 3 centimètres dans l'intérieur de l'intestin, et donnait la sensation d'une grosse corde étreignant circulairement l'extrémité inférieure du rectum. On ne sentait d'ailleurs ni tumeur, ni épaississement de la muqueuse.

Ces caractères négatifs, joints surtout à la forme du rétrécissement, ne nous permettaient guère de l'expliquer autrement que par une rétraction des sphincters. La section de ces muscles étant dès-lors le seul moyen assuré de guérison, nous la pratiquâmes par la méthode sous-cutanée, le 7 août 1840, en présence de MM. les docteurs Doubowitsky, Zablotski, Kuhn et quelques autres.

OPÉRATION. Le sujet est placé, comme pour l'opération de la taille, le siége sur le bord du lit et tourné vers la lumière, les cuisses et les jambes fléchies et écartées. L'auriculaire gauche, préalablement enduit de cérat, étant introduit dans le rectum, nous faisons, avec un perforateur étroit, une ponction à 15 millim. à gauche et en arrière de la marge de l'anus. L'instrument est conduit obliquement de bas en haut, de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant jusqu'à une profondeur d'environ 2 centim. Dans ce trajet, il rase le bord inférieur et externe du sphincter sans l'entamer. Nous sommes sûr aussi, en ne dépassant pas cette profondeur, de ne pas léser la paroi intestinale, et d'ailleurs nous surveillons la marche de l'instrument au moyen de l'impression médiate qu'il produit sur le doigt introduit dans l'anus. Par la ponction ainsi pratiquée, nous introduisons un myotôme à extrémité mousse, à lame étroite, longue de 2 centim. 5 millim. Quand cette lame, tenue à plat, est parvenue dans le cul-de-sac qui termine le trajet de la ponction, nous lui faisons exécuter un mouvement de bascule qui porte sa pointe en haut, et nous l'enfonçons, en forçant pour ainsi dire le tissu cellulaire, d'abord entre l'intestin et le sphincter externe, puis entre la muqueuse et le sphincter interne. Ce temps de l'opération est assez difficile; cependant nous parvenons à l'exécuter sans accidens, sans perforation de la muqueuse, en ayant soin, à chaque pas que fait l'instrument, de diviser de dedans en dehors la portion d'anneau musculaire sur laquelle il était appliqué, et de rendre ainsi la voie plus libre et plus facile. Le doigt introduit dans le rectum nous sert toujours de guide. Le débridement est ainsi opéré jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, c'est-à-dire jusqu'au-dessus de la hauteur connue du rétrécissement. Dès ce moment, le doigt glisse facilement dans l'intestin, sans rencontrer d'obstacle.

Dans le cours de l'opération, un grand nombre de petits vaisseaux avaient été divisés; il s'était écoulé environ deux palettes de sang tant veineux qu'artériel. En outre, quand le ténotome fut retiré, il se forma une tumeur sanguine assez considérable, saillante dans l'intérieur du rectum. Au bout d'environ dix minutes, l'écoulement étant arrêté, un stylet cannelé fut introduit dans la plaie, et le sang évacué autant que possible à l'aide de pressions exercées sur la tumeur avec le doigt introduit dans le rectum. Cette tumeur fut ainsi réduite de moitié. On ferma l'orifice de la plaie avec du diachylon gommé. Une mèche fut portée dans l'intestin, mais les douleurs qu'elle provoqua déterminèrent le malade à la retirer dans la journée. Une autre mèche, moins grosse, introduite le lendemain, ne fut supportée que quelques heures.

Cependant, il ne se déclara pas d'inflammation proprement dite du côté de la plaie. Ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction. Très peu de douleur en l'absence des mèches. Point de réaction fébrile.

Le troisième jour, selle sanguinolente peu laborieuse.

Le cinquième jour, nouvelle selle, mais cette fois exempte de sang, plus facile encore que la précédente et très peu douloureuse. On tenta l'application d'une nouvelle mèche, qui est aisément supportée toute la journée.

Les jours suivans, et malgré un emploi très irrégulier des mèches, l'amélioration continue, la défécation devient de plus en plus libre et régulière; l'état général lui-même est plus satisfaisant.

Le quinzième jour, le sujet est forcé de partir pour un voyage de plus de cent lieues. Il suspend tout traitement. D'après ses propres renseignemens, il a continué de temps à autre à rendre par l'anus des mucosités qui, rougeâtres et abondantes dans le principe, ont fini par devenir incolores et par cesser complètement.

Revenu à Paris en juin 1841, les selles se faisaient librement, sans douleur et sans écoulement sanguin.

Nous avons revu M. B... il y a quelques mois. La guérison s'était maintenue, quoique les excrémens n'aient pas atteint les dimensions normales.

Il s'agissait bien, dans ce cas, d'une fissure par rétraction et non par contracture. L'ancienneté de l'affection, sa permanence, la forme toujours la même des déjections, enfin la persistance du rétrécissement de l'orifice anal, malgré les améliorations passagères de la fissure, tout cela témoigne de l'existence de la rétraction véritable du sphincter. Le résultat est venu d'ailleurs justifier complètement l'exactitude du diagnostic.

Quant à l'application nouvelle de la méthode que ce fait a réalisée, elle n'est déjà pas nouvelle, à proprement parler : elle date du mois d'août 1840, et nous l'avions indiquée il y a longtemps dans nos premiers ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE (1); d'autres chirurgiens depuis, au nombre desquels je citerai M. Blandin, l'ont répétée avec succès. Ce procédé est fort simple; cependant, pour qu'il réussisse et qu'il n'expose à aucun danger, il importe de le soumettre à deux règles principales : 1° éviter avec le plus grand soin de faire l'ouverture directe; 2° faire la section obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, pour éviter l'artère honteuse interne. Ces deux préceptes n'ont d'ailleurs besoin que d'être énoncés pour montrer toute l'utilité qu'il y a à ne pas s'en écarter.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

VI. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Du prolapsus du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement*; par M. Hubert. 2° *Cas remarquable de monstruosité*; par M. Burggraeve. (Fœtus monstrueux sans sexe apparent; absence des reins, des uretères, de la verge et de l'urètre; imperforation de l'anus; communication du rectum dans la vessie; tubérosités ischiatiques soudées entre elles, ainsi que les branches pubiennes, et, par suite, oblitération du détroit inférieur du bassin; extrémités inférieures vicieusement dirigées en dehors et en arrière.)

(1) Voir nos ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, Introduction. Paris, 1841.

déroutent presque toujours les essais qui sont tentés sur lui d'après les inspirations du laboratoire; néanmoins la voie est ouverte, et quelques pas heureux y ont été faits; quand il est certain que nous pouvons agir par la médication ferrée sur l'élément globuleux du sang, quand nous avons la puissance de défibriner artificiellement le sang, devons-nous désespérer d'atteindre la constitution intime des autres fluides de l'économie et de les modifier suivant les besoins de la santé ou de la maladie? Des expériences bien conduites ont mis en lumière les circonstances qui favorisent le passage, par les urines ou dans les voies de l'absorption, de telle substance ingérée, et les phénomènes qui se développent dans l'un ou dans l'autre cas. La constance de certaines altérations du sang dans un ordre déterminé de maladies, ne fournit-elle pas dès aujourd'hui un signe majeur au diagnostic? Oui, nous comprenons que la chimie s'exalte à l'idée des découvertes que lui prépare la médecine et qu'elle porte haut ses espérances de domination et d'utilité; mais pour éviter de nouveaux avortemens, elle doit marcher appuyée sur la médecine; que ces deux sciences se coalisent étroitement, méditent sévèrement leurs plans, combinent leurs efforts avec persévérance, et peut-être verrons-nous se réaliser cette prédilection de Fourcroy : « La chimie changera un jour la face de la médecine; elle y produira une révolution heureuse comme dans toutes les branches de la physique »

L'année 1844 a donné le jour à une foule de productions qui montrent la chimie aspirant à s'emparer et de la physiologie et de la pathologie; les séances de l'Institut sont en partie défrayées par des lectures de ce genre, et tout le monde y attache beaucoup d'attention et d'intérêt. Ces efforts ne sont pas nouveaux; il y aurait même des rapprochemens curieux à faire : ainsi, le rôle que les derniers travaux sur la digestion attribuent à la gastérase ou pepsine rappelle cette opinion de François de la Boë dit Sylvius, que la digestion est une fermentation opérée à l'aide d'un ferment. Le sang, dit encore ce chemiâtre, est le centre et le point de réunion de toutes les autres humeurs; elles s'en séparent ou se mêlent à lui sans que les solides prennent la moindre part à ces changemens, et par le seul effet des molécules des liquides les unes sur les autres. Vieussens et Willis ne restèrent pas indifférens à ces idées; Boerhaave même, qui s'efforçait d'appliquer à la médecine toutes les connaissances humaines, et qui, sauf la différence des acquisitions scientifiques, peut encore nous servir de modèle par la libéralité de ses vues, Boerhaave a lui-même écrit quelques pages que Sylvius aurait signées; ce dont s'est lamenté plaisamment un de nos prédécesseurs au Val-de-Grâce, feu l'honorable M. Coutanceau. Toutefois, il y a loin de ces conceptions presque grossières à la découverte de la combustion pulmonaire par Lavoisier, découverte qui a conduit à la saine théorie de la respiration, de la calorification et des excrétions. Fourcroy, tout en usant de ménagemens pour ce qu'il appelle le mouvement vital et l'exercice de la sensibilité, rattache déjà à la chimie la digestion, la chylification, les altérations que le sang subit dans l'acte respiratoire, les dégagemens de gaz qui s'opèrent dans le tube digestif, la vaporisation des fluides transpirés, la solidification des fluides, etc. En exposant la théorie de Lavoisier sur la combustion pulmonaire, le dépouillement de carbone et d'hydrogène que le sang veineux éprouve dans le poumon, il se plaisait, dit M. Coutanceau, à faire remarquer la nature huileuse de la bile, et la sécrétion qui s'en opère, comme une action congénère avec celle du poumon; ce qui explique la prédominance de la matière grasse dans le foie, quand le poumon

DU PROLAPSUS DU CORDON OMBILICAL PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; par M. HUBERT.

Les opinions sont partagées sur la question de savoir à quelle cause doit être attribuée la mort de l'enfant lorsque le cordon ombilical prolabé vient à être comprimé. Les uns avec Baudelocque croient que le fœtus meurt alors anémique; d'autres pensent comme Chambon qu'il succombe dans un état apoplectique. Enfin, plusieurs auteurs, professant l'avis de Muller, voient dans sa mort un résultat de l'asphyxie qui survient lorsque son sang ne peut plus aller se réoxigéner dans le placenta. M. Hubert adopte cette dernière explication; mais il distingue avec raison l'asphyxie qui survient dans ce cas de celle des adultes. Chez ce dernier, remarque-t-il, l'obstacle opposé à la respiration finit par empêcher plus ou moins complètement le passage du sang veineux à travers le tissu pulmonaire. De là résulte la réplétion, l'engorgement du système veineux. Mais chez l'enfant qui vient de naître et chez le fœtus, ce système veineux peut se décharger dans le système artériel; car la persistance du trou de Botal et la perméabilité du canal artériel permettent au sang veineux de passer de l'oreillette droite dans la gauche et de l'artère pulmonaire dans l'aorte. D'où il suit que chez le nouveau-né, dont la respiration est gênée, et chez le fœtus qui ne respire pas encore, c'est le système artériel plutôt que le veineux qui doit s'engorger dans l'asphyxie, c'est-à-dire lorsque le cordon est lié ou fortement comprimé.

Cette circonstance pourrait bien contribuer à rendre la mort plus ou moins prompte; peut-être n'est-elle pas étrangère non plus à la pâleur des tégumens qu'on observe parfois alors; peut-être est-elle en partie cause de la confusion et du peu d'accord qui règne parmi les auteurs concernant l'asphyxie, l'apoplexie, la syncope, l'anémie et la faiblesse des nouveau-nés.

Quoi qu'il en soit, on y trouve une explication satisfaisante des hémorragies qui se produisent par le cordon, lorsque la ligature en ayant été négligée ou mal faite, la respiration du nouveau-né vient à s'embarrasser. Qu'arrive-t-il dans ce cas? Le sang veineux ne pouvant traverser les poumons passe, par le trou de Botal et le canal artériel, dans le système artériel; et celui-ci cherche à s'en dégorger et s'en dégorge en effet par les artères ombilicales, si elles sont encore perméables. Cette tendance à l'hémorragie par le cordon est d'autant plus prononcée que le sang contenu dans l'aorte descendante se trouve alors (comme avant la naissance) soumis à la double action des deux ventricules du cœur, et que vraisemblablement il est, vu sa nature veineuse, plus difficilement admis dans le parenchyme des organes du fœtus.

Après ces considérations théoriques, M. Hubert passe au traitement. Lorsqu'il est indiqué de réduire le cordon dans la matrice, cette opération offre en général beaucoup de difficulté; on en peut juger par la multitude des instrumens imaginés à cet effet. Mais quel que soit néanmoins celui qu'on emploie, il est rare qu'il atteigne le but; presque toujours le cordon, après avoir été réduit, est ramené par l'instrument, ou bien il sort de nouveau au bout d'un instant. Voici l'appareil que M. Hubert propose.

On prépare 1° une longue sonde en gomme élastique; 2° un mandrin assez fort; 3° un morceau de linge, long de 2 à 8 pouces et d'une largeur suffisante pour embrasser le cordon ombilical sans le comprimer. A l'un des bords de ce rectangle, on coud deux cordonnets plus longs que la canule; près du bord opposé à celui-ci, on pratique une petite ouverture.

Les deux chefs libres des cordonnets étant réunis, on les passe : 1° dans l'anse ombilicale; 2° dans la petite ouverture de la pièce de linge; 3° à travers les deux yeux de la sonde. On dit alors à un aide de tirer doucement sur les cordonnets, tandis que l'on dirige soi-même la pièce de linge et le bec de la sonde jusqu'à ce qu'ils soient à peu près en contact. On a, de cette manière, embrassé l'anse ombilicale dans le linge et fixé le tout au bout de la canule. On arme celle-ci de son mandrin auquel on a donné une légère courbure analogue à celle du bassin; enfin on roule les cordonnets autour de l'instrument. Pour reporter le cordon dans la matrice, on introduit une main entre le col utérin et le fœtus, tandis que de l'autre on saisit le cathéter et on le pousse entre deux doigts écartés, à quelques pouces de profondeur dans la cavité utérine. On retire *alors le mandrin seul, et on laisse la canule en place jusqu'à ce qu'elle soit expulsée* avec le fœtus. La présence de cette sonde flexible ne saurait causer ni danger pour la femme, ni obstacle à la parturition.

— Cet appareil est, à quelques modifications près, une reproduction de ceux de MM. Dudan et Champion. Le seul point important par lequel la manœuvre de M. Hubert en diffère, c'est qu'il laisse la canule en place. Mais cette pratique, très bonne en elle-même, n'appartient pas absolument en propre à l'auteur. Elle ne nous semble autre chose que l'exagération du conseil donné par plusieurs accoucheurs et entre autres par M. Cazeaux qui recommande (v. TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, p. 589) *d'attendre avant de retirer l'instrument que la tête soit engagée.* Nous ne pensons pas que M. Hubert veuille laisser sa sonde en place pendant un temps plus long, et nous ne voyons guère en quoi il pourrait être utile de le faire.

VII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les travaux originaux suivans : 1° *Etudes sur la mydriase et la dilatation de la pupille en général*; par M. Melchior. (Monographie assez complète qu'il serait impossible d'analyser et qui offre peu de parties vraiment originales.) 2° *Histoire de l'ophtalmo-blennorrhée de l'armée sarde*; par M. Carron du Villards. (Premier article.) 3° *Lettre sur l'ophtalmie purulente qui a régné en juin, juillet, août et septembre 1843 dans les garnisons de Bréda et de Gertruydemberg*, par M. Snabilié. 4° *Cristallin remonté et passé dans la chambre antérieure vingt-deux mois après la dépression de la cataracte*; par M. de Abrên. 5° *Dissertation sur un nouveau procédé pour la réclinaison-dépression de la cataracte et sur les résultats obtenus dans cette opération à l'Institut ophtalmique de Bruxelles*; par M. de Abrên. 6° *Lettre sur les cataractes capsulaires secondaires*; par M. Mirault (d'Angers); 7° *Cas de mydriase*; par M. Fallot. (Dilatation moyenne mais constante de la pupille, sans que la vue soit gênée en rien, ni que le diamètre de l'ouverture change selon les distances auxquelles le malade regarde. Dans l'œil de l'autre côté, la pupille a une dilatation et une mobilité normales.) 8° *Emploi de l'acide cyanhydrique dans un cas de photophobie ancienne*;

---

fonctionne d'une manière incomplète; l'homme se rapprochant alors des animaux qui ont une respiration imparfaite et chez qui la graisse abonde; sous ce rapport, dit encore Fourcroy, l'exhalation pulmonaire et les sécrétions biliaire et graisseuse sont destinées à produire un même effet, la décarbonisation et la déshydrogénation du sang. Cet éloquent chimiste appréciait le rôle de l'azote dans l'alimentation; il semble même avoir entrevu la théorie développée dans ces derniers temps sur les substances albuminoïdes ramenées à la protéine, quand, suivant l'oxygène depuis son introduction dans le sang jusqu'au dernier phénomène de la nutrition, il fait remarquer que la fibrine elle même pourrait n'être que de l'albumine oxydée au dernier degré. En un mot, la présence de l'oxygène oxydant de plus en plus les matières animales, la déperdition de l'hydrogène et du carbone contenus primitivement dans les alimens, et l'introduction de l'azote destiné à les remplacer, telle était la triple base sur laquelle Fourcroy édifiait sa théorie générale des phénomènes chimiques de l'organisation. Si nous rappelons les opinions professées avec tant d'éclat au commencement de ce siècle et à la fin du siècle dernier, c'est pour montrer que les chimistes actuels, en déployant une verve conquérante sur les questions capitales de la physiologie et de la pathologie, n'improvisent point leur audace; ils ont, eux aussi, leur tradition de politique envahissante; l'absorption de la médecine dans le creuset et l'alambic est leur rêve séculaire; et pour qu'ils ne désespèrent jamais de le réaliser, la fortune leur dispense une inépuisable généalogie de talens: Lavoisier, Fourcroy, Gay-Lussac, Thénard, Dumas, Pelouze, Chevreul et tant d'autres qui jeunes encore portent déjà au front le signe de leur glorieuse destination; est-il une branche de l'enseignement public qui ait possédé une plus brillante série d'interprètes, et qui repose sur un plus solide faisceau d'espérances et de promesses! Heureuse chimie! elle conduit aux honneurs, à la richesse, à la célébrité, à une sorte de suzeraineté sur l'industrie et les arts, et mieux que tout cela, à la solution nette d'un grand nombre de problèmes scientifiques, à la plénitude de la satisfaction intellectuelle : double jouissance qu'appètent les intelligences d'élite et que le médecin ne peut espérer deux fois dans sa vie. Que la phalange de nos chimistes continue donc ses incursions dans les champs de notre difficile science, qu'elle projette système et refonte, surtout qu'elle multiplie les expériences et les résultats d'application : nous ne pouvons que gagner à cette ambition qui s'allie à la force; elle nous entraînera nous-mêmes dans les voies de recherches non encore tentées : dix années de ferveur et d'efforts unis peuvent changer la face de la médecine; rien n'est plus rationnel que l'association des chimistes et des médecins, puisque rien n'est mieux prouvé que leur impuissance respective dans l'isolement; si Giessen nous a fait connaître les maladies d'oxygène et de carbone, Montpellier nous avait depuis longtemps octroyé les oxygéneses, les hydrogéneses, etc.

Le besoin d'une révision générale de tous les phénomènes de l'organisation a aussi ramené les esprits vers les études psychologiques; comme si la santé et la maladie n'avaient pas offert un champ assez vaste aux applications de la doctrine de l'irritation, il a fallu que l'ame et l'intelligence passassent sous cette espece de niveau révolutionnaire; pourquoi le cerveau jouirait-il de privilèges qui ne sont point départis aux autres organes? L'estomac digère, le cerveau pense; quand la digestion s'arrête ou se trouble, l'estomac est irrité; quand la pensée s'éteint ou s'échappe en aberrations, l'irritation s'est fixée sur l'encéphale. Mo-

par M. Loureiro. (Voir le travail de M. Cunier sur ce sujet, GAZ. MÉD., 1844, p. 157.)

CRISTALLIN REMONTÉ ET PASSÉ DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE VINGT-DEUX MOIS APRÈS LA DÉPRESSION DE LA CATARACTE; par M. DE ABRÈN.

Le fait dont cette observation offre un exemple a de nombreux analogues dans les recueils scientifiques. Mais il est exceptionnel sous un rapport; car jamais on n'avait vu un laps de temps aussi long s'écouler entre l'abaissement du cristallin et son passage dans la chambre antérieure.

OBS. — M. Mahieux avait été opéré, il y a vingt-deux mois, par M. Cunier, d'une cataracte lenticulaire dure de l'œil droit, d'après le procédé de la réclinaison-dépression. La capsule fut divisée en plusieurs lambeaux qui s'absorbèrent tous promptement, et la vue se rétablit parfaite.

Au bout de ce temps, le malade était un jour occupé à bêcher son jardin, lorsque, en faisant un léger effort, il sentit dans l'œil opéré comme une commotion, et immédiatement il s'aperçut d'une gêne si prononcée dans la vision qu'il dut appeler à son secours pour regagner sa maison (l'autre œil étant cataracté). En l'examinant, on s'aperçut (ce sont ses expressions) *d'une grosse tache*. Il se rendit aussitôt à Bruxelles, où M. Cunier reconnut que le cristallin s'était dégagé de l'éponge hyaloïdienne, avait franchi l'ouverture pupillaire et se trouvait actuellement dans la chambre antérieure. Ce cristallin avait tout au plus perdu un sixième de son volume primitif; sa présence dans la chambre antérieure ne déterminait aucun autre désordre que l'annihilation pour ainsi dire complète de la vue, la pupille étant masquée par ce corps. C'était à peine si la conjonctive était rouge. L'iris ne présentait aucune apparence de lésion. Le malade ne souffrait en rien.

Quoique l'indication, en pareil cas, soit d'extraire le cristallin, M. Cunier, considérant qu'ici aucun trouble n'était survenu depuis trois jours, se décida à temporiser. L'absorption se faisant rapidement, l'idée de recourir à l'extraction fut abandonnée.

L'auteur ajoute que M. le docteur Paul, adjoint de M. Carron du Villards, a vu la réascension du cristallin abaissé s'opérer après un an, et que ce praticien se propose d'en publier l'observation.

DISSERTATION SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA RÉCLINAISON-DÉPRESSION DE LA CATARACTE, ET SUR LES RÉSULTATS OBTENUS DANS CETTE OPÉRATION A L'INSTITUT OPHTALMIQUE DE BRUXELLES; par M. DE ABRÈN.

Cette dissertation, publiée par un élève de M. Fl. Cunier, renferme les idées de ce professeur distingué. Nous profitons avec plaisir de l'occasion pour faire connaître à nos lecteurs le procédé opératoire qu'il met le plus ordinairement en usage.

Les modifications que propose M. Cunier portent sur trois points principaux : la construction de l'aiguille, la partie par laquelle il traverse la sclérotique, et le sens dans lequel il fait tourner le cristallin pour l'abaisser.

Le fer de l'aiguille est long de 21 millimètres; il a dans toute son étendue jusqu'à la naissance de la lance un diamètre de 1/2 millimètre au plus. A 1 millimètre 1/2 de sa naissance, il offre un bouton circulaire.

La lance commence à 18 millimètres. Tranchante des deux côtés, large en son milieu de 1 millimètre, elle présente dans sa concavité une arête longitudinale qui augmente en cet endroit son épaisseur. Sa courbure offre une longueur de 3 millimètres sur un rayon de 1 millimètre et un tiers. Cette aiguille est recourbée comme celle d'Adams; seulement elle a un volume beaucoup moindre que celle-ci.

M. Cunier enfonce la pointe de la lance dans la sclérotique, à 3 lignes du bord de la cornée et à une demi-ligne au plus en dessous (1) du muscle droit supérieur. Cette *ponction supérieure*, déjà vantée par Richter, a été adoptée par M. Cunier, qui la trouve très avantageuse pour permettre de déprimer le cristallin, surtout quand il est nécessaire de le broyer ou de détacher ses adhérences.

L'instrument étant poussé jusqu'à son collet dans la chambre postérieure, on lui fait subir un demi tour sur son axe, de dedans en dehors, qui en porte la concavité en haut, la convexité en bas. La convexité est ainsi placée sur le bord *supérieur postérieur* du cristallin; celui-ci est abaissé jusqu'au-dessous de la pupille, sa face *postérieure* devenant *supérieure*, l'*antérieure inférieure*. Dans l'accomplissement de ce temps, on imprime à l'aiguille un mouvement tel que le cristallin arrivant à plat se trouve couché sur la concavité de la lance. On recommande alors au malade de regarder en haut; par l'effet de ce mouvement, la lentille se place dans la partie inférieure et externe du corps vitré. Si cette manœuvre ne suffit pas, on y supplée en la poussant avec l'aiguille.

Sur 44 opérations pratiquées selon ce procédé, pendant le deuxième trimestre de 1844, M. Cunier compte 39 succès complets; 4 ont été suivies de demi-succès (dont 2 réascensions du cristallin à la suite de vomissemens; 1 cas de résorption lente du cristallin, qui nécessitera une seconde opération; 1 cas de cataracte capsulaire secondaire). Il n'y a eu qu'un seul insuccès complet.

Ces résultats, remarquablement avantageux, tiennent sans doute pour beaucoup à la dextérité du chirurgien; mais ils dépendent aussi de sa conduite avant et après l'opération.

M. Cunier n'opère jamais par ce procédé les malades chez lesquels il peut reconnaître quelques signes de choroïdite aiguë ou chronique. Percer la sclérotique, dans ces cas, serait s'exposer à provoquer la névralgie ou l'amaurose glaucômateuse. Il faut alors pratiquer la kératonyxis ou l'extraction.

Après l'opération, le malade n'est jamais placé dans une obscurité complète. La sensibilité rétinienne s'en trouverait augmentée à un degré parfois dangereux. De même, on veillera à ce qu'il n'y ait aucun courant d'air dans la chambre, mais il ne faut pas garnir le lit de rideaux. Pendant les premières vingt-quatre heures, ne donnez à boire que de l'eau de fontaine, par cuillerées à bouche; cette précaution suffit ordinairement pour prévenir les vomissemens.

On doit toujours pratiquer une saignée une heure ou deux après l'opération, qu'il existe ou non de la douleur, des prodrômes de réaction; il ne peut être dérogé à cette règle que chez les sujets trop faibles.

Immédiatement après l'opération, on commence sur l'œil des applications réfrigérantes qui sont continuées de trente-six à quarante-huit heures. On remplace alors la bande et la compresse par un morceau de soie noire qui pend au-devant des yeux. Vers le huitième ou le neuvième jour, on commence à augmenter graduellement la clarté de la chambre. Le ma-

(1) Lisez, vraisemblablement, *au dessous et en dehors*.

notonie de langage et d'idées, aperçus mesquins et désolans sur la nature et la destination de l'homme, morcellement arbitraire d'un organe sur la structure duquel on dispute depuis deux mille ans, et que chaque artiste d'amphithéâtre dévide, déroule, découpe, délie ou dénoue à sa guise; était-ce donc là une philosophie digne de cette grande intelligence de Broussais, qui révélait lui-même, dans l'infatigable activité de sa plume et de sa parole, dans les sublimes tempêtes de sa cervelle, l'origine immortelle de l'être humain! La phrénologie substitue à l'anthropologie religieuse ou psychologique une façon de mécanique cérébrale; elle simplifie en apparence les termes du problème; mais en rabaissant la théorie des phénomènes moraux et intellectuels à la portée des plus médiocres esprits, elle n'ôte rien aux difficultés de la pratique, c'est-à-dire de l'éducation et de la direction des hommes. Que peut-elle? que veut-elle? La résignation pour ceux dont le monde encéphalique ne présente point les saillies des aptitudes heureuses et brillantes; pour les cervelles mal équilibrées en leurs élémens une combinaison d'excitations antagoniques qui aboutissent à la juste mesure des facultés et des penchans, à la modération.... Hélas! la résignation, quand elle n'est pas inspirée par la religion ou par une philosophie supérieure qui ne sera jamais celle des masses, est le résultat de la répression et de la prévention légales, cette arme à deux tranchans de la civilisation; la modération est le fruit de l'expérience et la conquête de toute une vie, quand elle n'est point le masque méritoire de l'impuissance ou de l'apathie. Donc la phrénologie matérialiste et localisatrice s'en est allée avec la gastro-entérite universelle; la fondation et le succès d'un recueil exclusivement consacré aux questions de médecine psychologique est le témoignage éclatant du retour qui s'opère vers une philosophie sérieuse, approfondie, assise sur des principes et des réalités d'un autre ordre que ceux que l'on découvre en ouvrant le ventre ou le crâne d'un cadavre. Quelques réimpressions d'ouvrages déjà anciens qui touchent plus ou moins directement à la philosophie, avec des notes de médecins connus par leur spiritualisme (1), prouvent que le public des écoles s'associe à ce mouvement d'idées. Aussi bien, l'homme physique et l'homme moral se lient étroitement, les deux études doivent marcher de front, se corriger, se compléter l'une par l'autre; au lieu de mesurer des bosses et de lorgner des crânes, que l'élève, que le jeune médecin s'exercent à l'analyse délicate des phénomènes de l'entendement et des faits de conscience, qu'ils plongent dans le foyer de la spontanéité humaine et qu'ils y recherchent, avec le mobile de ses manifestations morales, la moitié de chaque solution d'hygiène et de thérapeutique. L'irritation et la phrénologie, combinées de quelque manière que ce soit, sont des obstacles à la vraie connaissance de l'homme psychique.

Au demeurant, l'année qui s'en va laisse la médecine dans la carrière du véritable progrès, et elle nous montre, dans les esprits qui la cultivent, trois tendances également bonnes et convergeant au même but : 1° exactitude croissante de l'observation et règles de l'analyse mieux entendues, mieux appliquées; 2° échanges de plus en plus intimes et fructueux entre la médecine et la chimie;

(1) Les ouvrages de Bichat et Cabanis, avec des notes de MM. Peisse, Cerise, etc., auxquels il faut joindre l'*Essai de médecine morale*, de M. Reveillé-Parise, dans les ÉTUDES SUR L'HOMME; 2 vol.

lade ne devra sortir qu'avec des verres de conserve colorés, et pendant que le soleil est à l'horizon.

M. Cunier ne donne de verres convexes à ses opérés que cinq à six semaines après leur rétablissement. Il faut, avant d'en permettre l'usage, que l'œil se soit pour ainsi dire *réhabitué* à voir. Leur emploi prématuré pourrait surexciter la rétine d'une manière dangereuse.

— Ainsi que l'auteur du mémoire, nous pensons que l'habileté manuelle de M. Cunier est pour beaucoup dans les succès qu'il a obtenus en appliquant son procédé. Mais si l'on écarte cette circonstance, toute favorable pour ses opérés, et à ne juger que le procédé en lui-même, il est impossible de méconnaître qu'il expose particulièrement à deux sortes d'accidens, savoir : 1° au passage du cristallin dans la chambre antérieure pendant l'opération ; 2° à ce même déplacement, dans le cas où le cristallin remonte au bout d'un certain temps.

Quant au premier chef, il est évident qu'en saisissant le cristallin par le sommet de sa face postérieure et le faisant tourner de manière à rendre cette face supérieure, l'aiguille le pousse ou du moins *tend à le pousser directement* dans la chambre antérieure. Ceci nous paraît tellement clair que si d'autres chirurgiens doués d'une dextérité moindre que l'inventeur voulaient employer son procédé, nous leur conseillerions formellement de ne provoquer avant l'opération qu'une légère dilatation de la pupille, avec la belladone, afin d'atténuer par là les chances de cet accident.

Pour ce qui est du transport consécutif de la lentille dans la chambre antérieure, les mêmes considérations nous le feraient redouter ; car la manière toute particulière dont le cristallin est ici déprimé fait que souvent il gardera au fond du globe oculaire la même direction que celle suivant laquelle il y a été poussé, c'est-à-dire qu'il y sera oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Or, en cet état, si une cause quelconque le sollicite à remonter, n'aura-t-il pas plus de propension à se porter en haut et en avant que directement en haut ?

Les faits d'ailleurs semblent, jusqu'ici, donner raison à nos conjectures. En effet, sur *quatre* cas où le procédé de M. Cunier a été suivi de réascension secondaire du cristallin, *deux* fois ce corps, en remontant, a passé immédiatement dans la chambre antérieure. (Voy. ANNALES D'OCULIST., n° d'août 1844, p. 66.)

En signalant ce qui nous semble une imperfection dans le procédé de M. Cunier, nous ne prétendons pas nier les avantages qu'il peut offrir sous d'autres rapports. Nous attendrons, avant de nous prononcer sur sa valeur, les explications que l'auteur croira devoir nous donner ; et nous serions heureux qu'elles nous permissent d'approuver sans réserves une modification opératoire en faveur de laquelle plaident de si beaux résultats cliniques.

LETTRE SUR LES CATARACTES CAPSULAIRES SECONDAIRES ; par M. MIRAULT (d'Angers).

M. Mirault reconnaît deux sortes de cataractes capsulaires secondaires : l'une est un effet de la phlogose ayant envahi consécutivement une capsule qui était transparente avant l'opération (il l'appelle, pour cette raison, *phlogistique*) ; l'autre résulte de la réunion immédiate ou médiate des lambeaux d'une capsule qui *primitivement* était opaque.

Cette distinction est essentiellement pratique. Elle éclaire la conduite du chirurgien pendant l'opération, lorsqu'il veut abaisser ces cataractes secondaires. Celles qui résultent de la réunion des lambeaux d'une capsule primitivement opaque sont celles qui présentent le plus de difficultés. Tantôt, en effet, cette capsule est mince, et alors elle échappe à l'instrument qui veut la saisir et se laisse taillader en tous sens sans se déplacer ; tantôt, au contraire, elle est épaisse et susceptible d'être accrochée, et on la voit alors résister aux efforts de traction faits pour la déprimer.

La cataracte capsulaire *phlogistique* se montre moins réfractaire à l'action de l'instrument. Cette différence est l'effet même de sa différence de formation et de structure. Comme tous les tissus qui ont été ou qui sont en proie à la phlogose, cette membrane devient *plastique* et susceptible d'être morcelée. Cette *friabilité* se décèle non seulement par les effets visibles de l'instrument sur la membrane opaque, mais quelquefois aussi par une sensation particulière que l'opérateur éprouve au moment où l'aiguille la déchire. M. Mirault a ressenti une fois cette sensation de frémissement, qu'il compare à celle qu'aurait produite la déchirure d'un morceau de mousseline.

S'il est vrai que l'inflammation rende la capsule plus friable et par suite plus facile à entraîner, il est aisé de comprendre que des opérations réitérées pourront étendre aux cataractes capsulaires de la seconde espèce le même bénéfice. En enflammant les lambeaux opaques qui la constituent, l'action de l'aiguille les mettra dans le même état organique, et partant dans les mêmes conditions avantageuses que ceux qui étaient le produit direct de l'inflammation. Aussi M. Mirault a-t-il remarqué, sur plusieurs cas de cataractes capsulaires secondaires par réunion de lambeaux primitivement opaques, que la facilité à les déplacer augmentait à mesure qu'on y revenait plus souvent. Chez un malade auquel il pratiqua trois opérations successives de ce genre, il y eut la première fois impossibilité presqu'absolue de saisir la capsule ; la seconde fois, les difficultés furent moindres, la membrane se laissa entraîner en partie ; à la troisième opération, il put facilement la rompre et la déplacer.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Du rhumatisme, de ses symptômes, de son diagnostic différentiel, de sa nature et de son traitement prophylactique et curatif* ; par M. Gintrac. (Travail non terminé.) 2° *Etudes sur la maladie de la hanche* ; par M. Pigeolet (Travail non terminé.) 3° *Chute d'un lieu très élevé qui a déterminé des accidens graves ayant leur point de départ dans le centre nerveux cérébro-spinal ; guérison* ; par M. Marinus père. (Chute de 50 pieds de haut, homme robuste, symptômes de commotion, saignées locales et générales.) 4° *Epingle avalée avec les alimens et extraite plusieurs jours après à la marge de l'anus* ; par le même. (Le corps étranger sortit dix-sept jours après avoir été avalé.) 5° *Enumération des conséquences principales auxquelles la découverte du sulfate d'oxide azotique a donné lieu, suivie d'une démonstration expérimentale de la non-existence de ce sel* ; par M. Koene. 6° *Observation relative à un infanticide* ; par M. Themont. (Rien de nouveau.) 7° *Hypertrophie du ventricule gau-*

3° renaissance du spiritualisme et retour aux études psychologiques parmi les médecins. Par cette triple voie prolongée à travers les années à venir, la médecine doit arriver à la connaissance des phénomènes qui se passent dans les solides et dans les liquides de l'économie chez l'homme sain et malade, et à celle des forces qui président à leur développement.

MICHEL LÉVY.

— Nous puisons dans l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1845 que vient de publier M. Domange, la statistique suivante sur le personnel médical de Paris.

Le chiffre des docteurs qui y sont établis au 1er janvier 1845 s'élève à 1430. Il était en

1843............	de	1,423
1841............		1,360
1839............		1,310
1836............		1,220
1833............		1,090

Augmentation de 340, mais il y a point d'arrêt de 1843 à 1845.

Sur ce nombre de 1430,

1323 ont été reçus à la Faculté de Paris ;
30 à la Faculté de Montpellier ;
31 à celle de Strasbourg ;
26 dans des Universités étrangères et qui exercent la médecine en France, en vertu d'ordonnances royales ;
15 seulement ont été reçus docteurs en chirurgie ;
8 docteurs en médecine et en chirurgie ;
10 se livrent exclusivement à l'art du dentiste ;
14 au traitement spécial des maladies des yeux ;
16 se livrent à la médecine homœopathique ;
4 au magnétisme.

Sur les 1,430 docteurs résidant à Paris, il y a 320 membres de la Légion-d'Honneur, dont 4 commandeurs, 50 officiers et 265 légionnaires.

52 docteurs n'exercent plus : les uns à cause de leur âge et de leurs infirmités, d'autres parce qu'ils se livrent exclusivement aux sciences ; d'autres enfin parce qu'ils ont embrassé des carrières complètement étrangères à la médecine.

De 1834 à 1840, la moyenne des décès parmi les docteurs de Paris a été de 20 par année ; de 1840 à 1844, elle a été de 18 seulement.

Officiers de santé..........	168
Pharmaciens..........	326
Sages-femmes..........	450

che du cœur avec rétrécissement de l'orifice artériel; par le même. 8° *Vingt-trois ans, tempérament lymphatico-nerveux; excès dans les veilles et la danse, gastrite, hystérie, chlorose, dépérissement général. Essai infructueux de plusieurs moyens; emploi de l'extrait de monésia à la dose de 6 à 15 grains par jour; guérison en trois mois;* par M. Fallnt. 9° *Sections tendineuses et musculaires;* par M. Rul-Ogez. (Guérison, par la section des tendons, d'un torticolis, d'une flexion angulaire du genou avec fausse ankylose et d'un pied-bot.) 10° *Observation de médecine légale;* par M. Bigot. 11° *Luxation de la phalange unguéale du pouce, compliquée de plaie;* par M. Demoor fils. 12° *Cas remarquable de polydipsie;* par M. Fallot.

LUXATION DE LA PHALANGE UNGUÉALE DU POUCE, COMPLIQUÉE DE PLAIE; par M. DEMOON.

OBS. — Un homme de 40 ans, très robuste, ayant voulu, dans une chute, présenter avec les mains la face antérieure du corps, le poids de celui-ci porta sur la main gauche. Elle fut fortement étendue et le pouce se renversa. Le blessé y entendit un craquement et perdit connaissance.

Appelé une demi-heure après l'accident, M. Demoor constata une luxation de la dernière phalange du pouce en arrière de la première. Deux saillies étaient formées sur les faces dorsale et palmaire par les extrémités déplacées de chacun de ses deux os. Le doigt était fortement étendu, immobile. Une plaie en T (dont chaque branche était longue d'environ 15 millim.) mettait, à la face palmaire, les extrémités articulaires luxées à nu. Le tendon du long fléchisseur du pouce, enveloppé de sa gaine, reposait sur l'extrémité articulaire de la première phalange, qui traversait cette solution de continuité. Saisissant avec le pouce et l'index de la main gauche l'extrémité du pouce malade et retenant de l'autre main la première phalange, le chirurgien repoussa avec le pouce droit l'extrémité postérieure de la phalangette déplacée, tandis qu'il opérait des tractions graduées en sens contraire. Un bruit particulier annonça la réduction, et le malade se sentit immédiatement soulagé. On plaça sur la plaie un plumasseau imbibé d'arnica, autour du pouce deux petites attelles de carton, maintenues par quelques tours de bande. On prescrivit des irrigations de quart d'heure en quart d'heure avec de l'eau arnicanisée et le malade retourna chez lui.

Le lendemain (17 avril 1839), il revint, se plaignant de douleurs horribles dans le pouce; il jetait les hauts cris. M. Demoor enleva l'appareil qui n'était cependant pas trop serré. Le pouce était gonflé au niveau de l'articulation, et d'une couleur livide. Il y éprouvait des douleurs brûlantes, déchirantes, comme si on arrachait les chairs, avec engourdissement dans la pulpe et fortes pulsations dans tout le pouce; main tuméfiée, chaude, stries rouges se prolongeant jusqu'à la face interne de l'avant-bras et du bras; quelques ganglions axillaires engorgés et douloureux au moindre attouchement; face grippée, d'un jaune terne. M. Demoor fit baigner la main dans de l'eau fortement arnicanisée. Au bout de deux heures, ne voyant nul amendement et craignant la gangrène, il proposa l'amputation que le malade refusa. Il se contenta alors de continuer le même manuluve et de prescrire toutes les heures une cuillerée d'une potion de 4 onces avec trois gouttes de teinture d'arnica. La douleur ayant un peu cédé, on replaça l'appareil, et le malade regagna son domicile.

Il ne revint chez le médecin que le 20 avril, annonçant que la souffrance s'était dissipée peu à peu et n'avait pas reparu. L'appareil ôté, M. Demoor fut tout étonné de trouver la plaie déjà cicatrisée dans toute son étendue, si ce n'est dans un point de l'angle externe.

Le 23 avril, la cicatrice était complète.

Le 4 mai, le malade mouvait son pouce comme s'il n'y eût jamais subi une lésion aussi grave.

— En proposant au malade l'amputation, M. Demoor donnait un conseil amplement justifié par l'autorité des plus grands noms; car les auteurs s'accordent tous à reconnaître ces luxations du pouce avec plaie comme particulièrement dangereuses. Les faits cités par Roche et Sanson et Cramer, où la mort suivit une lésion de ce genre, montrent que ce pronostic est bien l'expression rigoureuse de l'expérience. Tout en félicitant donc le blessé d'avoir persisté dans son refus, nous ne trouverions matière qu'à approuver le chirurgien; car sa conduite, en présence d'accidens aussi effrayans, était conforme aux saines règles de l'art.

M. Demoor attribue presque tout le succès à l'emploi interne et externe de la teinture d'arnica. Ce médicament, dit-il, possède des vertus vraiment merveilleuses dans toutes les affections qui résultent de violences externes; et ce n'est ni à tort ni à la légère qu'un docteur Fehr lui imposa, il y a deux cents ans, la dénomination de *panacea lapsorum*.

IX. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les cahiers de juillet et août 1844 contiennent les travaux originaux suivans: 1° *Discours sur la puissance vitale et médicatrice;* par M. Groenendaels. 2° *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines;* par M. Hendricks. 3° *Discours sur la salubrité de la ville de Malines;* par M. Cornelius. 4° *Gonflement périodique de l'articulation tibio-tarsienne, guéri par l'acétate de morphine; réflexions sur le mode d'action de ce médicament;* par M. Sélade. (Deux grains par jour dans une potion, continués pendant deux semaines guérirent cette maladie qui revenait régulièrement tous les jours et qui avait résisté au sulfate de quinine.) 5° *Observation d'un accouchement laborieux terminé à l'aide du forceps-scie de M. Vanhuevel;* par M. de Briefve. 6° *Mémoire sur le typhus;* par M. Sélade. 7° *Rapport sur le service du premier semestre 1844 de l'hôpital militaire d'Anvers;* par M. Gouzée. 8° *Observation d'un accouchement spontané à terme, malgré l'étroitesse considérable du bassin de la femme: mensuration pelvienne mesurée à l'autopsie;* par M. Vanhuevel, obs. recueillie par M. Ponpart. (La femme succomba quelque temps après l'accouchement à une pneumonie tuberculeuse. Le bassin mesuré sur le cadavre avait un diamètre sacro-pubien de 2 pouces 5 lignes. Le pelvimètre géométrique de M. Vanhuevel avait indiqué pendant la vie 2 pouces 4 lignes et demie. Il n'y avait donc qu'une demi-ligne de différence entre les dimensions réelles et les indications fournies par ce pelvimètre!)

ACCOUCHEMENT LABORIEUX TERMINÉ A L'AIDE DU FORCEPS-SCIE DE M. VANHUEVEL.

Avant de décrire son instrument, M. Vanhuevel fait la critique de ceux qui ont été proposés dans le même but. Il reproche notamment au céphalotribe de M. Baudelocque de n'applatir le crâne de l'enfant dans un sens que pour l'alonger dans un autre (1). Or sans parler des effets fâcheux que cet alongement produit en comprimant la vessie et le rectum contre les os du bassin, il est positif que le diamètre antéro-postérieur étant le plus fréquemment vicié, le céphalotribe, qui est ordinairement appliqué en travers du bassin, pressera la tête de l'enfant, de manière à l'alonger d'avant en arrière, c'est-à-dire précisément dans la direction du diamètre qui est trop petit. Pour prouver expérimentalement cet alongement de la tête, l'auteur a appliqué le céphalotribe sur plusieurs têtes d'enfant. Chez l'un, la tête ayant été comprimée de l'une à l'autre tempe selon la ligne occipito-mentonnière, elle s'est trouvée alongée de 6 lignes suivant le diamètre occipito-frontal, et de 4 selon l'occipito-bregmatique. Chez un second, l'instrument a été appliqué du front à l'occiput; la tête augmenta de volume de 1 pouce 3 lignes, selon le diamètre bipariétal. Chez un troisième, il fut placé et maintenu suivant une direction diagonale de la tête; elle s'alongea de 4 lignes de devant en arrière.

Voici la manière dont M. Vanhuevel décrit son forceps-scie. Il est composé:

1° D'un forceps ordinaire, semblable à celui de Dubois pour la longueur et les courbures, dont chaque branche porte à l'intérieur deux tubes applatis en sens opposé et soudés l'un à l'autre, côté contre face, de manière que leur coupe horizontale représente un ⊣ renversé. Ils sont courbés de dehors en dedans comme le forceps lui-même, mais dirigés en ligne droite de bas en haut et d'arrière en avant. De ces tubes, l'*interne*, placé de champ selon la largeur de la cuiller, sert de coulisse à une lame d'acier conductrice de la scie; l'*externe*, étendu en travers, loge le prolongement de la chaînette. Ils communiquent ensemble par une large fente qui divise tout du long les parois interne et externe du premier et le côté interne seulement du second. Le forceps est articulé par entablement à mi-fer avec clou mobile; par derrière, sur la base de celui-ci, pivote un support percé d'un trou, dans lequel s'engage l'extrémité d'une clef à cannelures.

2° D'une longue chaîne à pendule, dentée en scie vers le milieu dans une étendue de 8 pouces, et munie de manches transversaux dont l'un peut être décroché. Cette chaînette passe par l'ouverture supérieure de deux lames d'acier, flexibles en haut, plus épaisses et dentelées en bas, lesquelles, en pénétrant dans les tubes internes, conduisent la scie entre les cuillers du forceps.

3° D'une longue clef à cannelures et à collet, comme celle du brise-pierre de Heurteloup, entrant dans le trou du support sous la base du clou articulaire et s'engrenant avec les dents des lames conductrices. L'extrémité du manche est fendue et sert à tourner le clou du forceps, ainsi

(1) Un autre inconvénient de cet instrument, que nous avons observé nous-mêmes sur la femme vivante, de concert avec plusieurs praticiens exercés à la pratique des accouchemens, c'est que le céphalotribe a une grande tendance à glisser. Souvent, à mesure qu'on rapproche ses branches, on sent qu'elles abandonnent la tête du fœtus, et si on continue à serrer, l'instrument finit par se fermer entièrement à vide. Cet inconvénient n'a pas de danger, il est vrai, mais il est une nouvelle cause de retard dans une opération déjà bien longue par elle-même. (NOTE DU RÉDACT.)

qu'à retirer séparément les lames des coulisses, quand on introduit l'une des deux pointes dans l'ouverture postérieure.

Le but de cet instrument est, dans les cas où la céphalotomie est indiquée, de saisir la tête avec le forceps et de la diviser transversalement de bas en haut entre les cuillers, de manière à ce que, la section étant faite, on puisse retirer séparément les morceaux, qui s'applatiront d'eux-mêmes et qui, cédant ordinairement à la moindre traction, n'occasionneront ni blessure ni contusion à la femme. Supposons que la tête se présente la première. Le forceps placé et articulé, son manche entouré d'un lien solide et confié à un aide, le chirurgien ayant plongé dans l'huile l'extrémité des lames conductrices armées de la scie, les fait pénétrer l'une et l'autre dans leurs coulisses respectives jusque contre la tête du fœtus; il passe ensuite la clef sous la cuisse gauche de la femme et en engage le bout cannelé dans l'ouverture du support. L'aide saisit de la main droite le manche de la clef et la fait tourner lentement sur son axe pendant que l'opérateur assis ou agenouillé au pied du lit met la scie en mouvement. Il faut veiller à ce que la chaînette ne soit point contournée, et à ce que les tractions se fassent dans la direction des coulisses. La rotation de la clef doit s'exécuter avec lenteur; autrement, la scie presserait trop fortement contre les os du crâne et sa marche serait entravée. Quand cela arrive, l'aide détourne légèrement la clef et continue ensuite la manœuvre jusqu'à la fin de l'opération.

La section terminée, on ôte la clef et l'on décroche le manche de la chaînette pour la retirer; on retire également les lames conductrices, et enfin les branches de l'instrument, après les avoir désarticulées.

Si la femme a encore des douleurs, on laisse agir la nature et l'expulsion se fait spontanément. Dans le cas contraire, on saisit avec des tenettes ou une pince à faux germe la portion du crâne qui est séparée de la base, et on en fait l'extraction. Si l'on rencontrait des obstacles, rien n'empêcherait de faire une seconde section différente de la première en donnant au forceps une autre direction. La boîte osseuse divisée en quatre portions inégales se laisserait alors entraîner sans effort. Si le fœtus s'étant présenté par les pieds, le corps était déjà sorti, le procédé opératoire serait le même et l'extraction beaucoup plus simple. Enfin quand la face est tournée en avant, on repousse le corps en arrière pour introduire l'instrument sous le pubis; si l'on ne peut y parvenir, on soulève l'enfant et en portant le forceps par derrière sur l'occiput, on obtient le même résultat.

Cet instrument a été appliqué, le 6 juin 1844 par M. Vanhuevel, chez une femme présentant un rétrécissement considérable du diamètre transversal du détroit inférieur. La malade ne souffrit en rien pendant l'action de la scie. La section fut achevée en moins de cinq minutes. Comme on le pense bien, l'instrument n'avait pas été plus difficile à placer que le forceps ordinaire. Au dixième jour, l'opérée était rétablie et se levait.

MÉMOIRE SUR LE TYPHUS; par le docteur SELADE.

Ce travail ne contient rien de réellement neuf; mais il se distingue par un exposé précis et un examen judicieux des questions relatives à la cause essentielle de la fièvre typhoïde. L'auteur, passant en revue les différens symptômes et les lésions anatomiques qu'on observe dans cette affection, n'a pas de peine à y montrer des signes d'une altération du sang. Il rappelle tout ce qu'on sait aujourd'hui des altérations physiques et chimiques de ce liquide jusqu'aux derniers travaux de MM. Andral et Gavarret. Puis, considérant que ces altérations sont loin d'être toujours en rapport avec le développement ou l'ulcération des glandes de Peyer, qu'elles peuvent même coexister avec une intégrité parfaite de ces glandes, il en conclut qu'elles ne sont pas consécutives à la lésion intestinale. Mais ici arrive une grande difficulté. L'altération du sang est-elle absolument primitive? Est-elle primitive, par exemple, à la lésion des centres nerveux, ou bien, au contraire, l'innervation est-elle primitivement modifiée par des principes délétères? et n'est-ce pas cette modification des puissances nerveuses qui vient troubler le sang dans sa constitution physique et chimique. « La solution rigoureuse de cette question, dit l'auteur, paraît impossible dans l'état actuel de la science. Cependant, ajoute-t-il, l'anatomie pathologique nous a démontré une altération matérielle du sang, tandis qu'elle ne nous a rien appris sur la lésion de l'innervation. »

S'il faut dire notre avis sur ce point délicat, nous l'avouerons, tout en rendant justice aux excellens travaux d'hématologie publiés depuis quelques années, nous n'avons jamais cru qu'en constatant certaines modifications de quantité ou de qualité dans quelques principes du sang, on ait trouvé la source primitive, la cause immédiate et essentielle de la fièvre typhoïde. Ni l'invasion rapide et quelquefois subite de la maladie, ni la variabilité de ses caractères généraux, ne nous paraissent s'accorder avec cette idée. Et déjà les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE ont pu trouver, dans le travail qui vient d'être publié, de MM. Becquerel et Rodier, des résultats fort différens de ceux qu'on avait précédemment obtenus et tout à fait conformes à la doctrine que nous professons. Suivant MM. Andral et Gavarret, l'albumine et les globules du sang, dans la fièvre typhoïde, ne subissent aucune modification; mais la fibrine diminue de quantité et s'altère dans ses propriétés physiques. Suivant MM. Becquerel et Rodier, les globules deviennent d'autant moins abondans que la maladie est plus avancée; il en est de même de l'albumine; et, quant à la fibrine, elle conserve ordinairement son chiffre normal au commencement de la maladie, à l'époque des premières saignées, puis diminue à mesure qu'on pratique de nouvelles émissions sanguines. S'il est vrai que, parfois, la fibrine diminue sans hémorragies préalables, il est vrai aussi qu'elle peut ne subir aucune diminution, même dans la forme adynamique, jusqu'à la mort des sujets. En un mot, suivant les médecins que nous venons de citer, les altérations du sang jusqu'ici connues paraissent consécutives. Consécutives à quoi? C'est là encore un obscur problème; mais signaler une difficulté, c'est s'exciter à la résoudre, et cela vaut toujours mieux que de se reposer dans une erreur.

X. GAZETTE MÉDICALE BELGE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1844 contiennent les articles suivans: 1° *Des améliorations que réclame la législation pharmaceutique belge*; par M. Bidart de Thumaide. 2° *Nouvelles mesures proposées pour propager l'inoculation de la vaccine; commentaires.* 3° *Quelques mots sur le serment d'expert*; par M. Lados. 4° *Extrait de l'exposé de la situation administrative de la province d'Anvers.* 5° *Ventilation des grands établissemens*; par M. Owen Rees.

HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE DU COEUR; par M. THEMONT.

Cette observation n'offre d'intérêt qu'au point de vue thérapeutique. Il s'agit d'un homme de 50 ans, obèse, grand mangeur, affecté d'une hypertrophie du testicule gauche, déjà ancienne, et arrivée à un degré très avancé. Malgré et pendant l'emploi du nitre, de la limonade au vin du Rhin, de la digitale à l'intérieur et à l'extérieur, du caïnça, des purgatifs drastiques, l'œdème, après plusieurs variations dans son intensité, finit par envahir les cuisses et les parois abdominales, avec ascite considérable. Après sept mois de traitement à peu près inutiles, le malade, désespéré, eut recours de son chef à un remède qui lui avait été vanté dans le monde et consistant dans une *décoction d'avoine* (2 fortes poignées pour 3 pintes d'eau qu'on fait réduire à 2). « Quel ne fut pas mon étonnement, dit l'auteur de cette observation, de voir, le troisième jour de l'usage de cette décoction, une diurèse abondante s'établir, continuer pendant plusieurs jours, et terminer cet œdème, qui avait résisté à l'emploi de tant de moyens, entre autres à 750 grains d'extrait de digitale, à 15 onces de se de nitre, etc. »

L'auteur se propose de publier quelques autres observations qui lui ont paru témoigner, avec celle-ci, de l'influence de la décoction d'avoine sur la sécrétion urinaire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE.

Cette séance a été entièrement consacrée à des sujets étrangers aux sciences médicales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CANDIDATURE.

M. DENONVILLIERS se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

PHTHISIE CHEZ LES CÉTACÉS.

M. LÉON BÉNARD, étudiant en médecine, de Caen, écrit qu'ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cétacé, un marsouin femelle, qui est venue échouer sur les côtes de la Bretagne, il a trouvé l'un des poumons, le gauche, presque en-

tièrement rempli de tubercules, au point que le tissu pulmonaire avait en grande partie disparu. Il existait en même temps des adhérences pleurétiques nombreuses et très solides de ce même côté. L'autre poumon était sain; il n'y avait pas de trace de tubercules dans les autres organes. Le tissu graisseux était généralement très rare et d'une coloration jaunâtre. Ce fait, dit M. Bénard, est assez curieux en ce qu'il m'a fourni la preuve que les masses tuberculeuses sont formées de couches concentriques qu'on isole les unes des autres avec la plus grande facilité. La différence de constitution de la peau de ces animaux qui vivent dans un milieu différent du nôtre donne lieu à de nombreuses réflexions au sujet du rôle que quelques médecins font jouer aux troubles des fonctions de la peau dans l'étiologie des tubercules pulmonaires (1).

TYPHUS ÉPIZOOTIQUE.

M. Desportes demande si l'Académie n'a pas reçu de communication relativement à une épizootie qui règne en Allemagne sur les bords du Rhin, où elle paraît faire de grands ravages, et qui paraît même s'être déjà propagée en France. Il désirerait qu'une commission fût chargée de s'enquérir de ce fait et de tenir l'Académie au courant de ce qu'elle en pourrait apprendre.

M. Renault : Je crois que M. Desportes s'avance un peu trop lorsqu'il dit que le typhus épizootique, qui règne effectivement en Allemagne, a déjà gagné la France. Nous avons écrit, au nom de l'école d'Alfort, pour nous informer de ce qui a rapport à cette épizootie, et d'après les renseignemens qui nous sont parvenus, nous pouvons affirmer qu'il ne s'est manifesté encore aucun symptôme de cette maladie en France. L'autorité, du reste, en a été informée.

M. Desportes insiste néanmoins sur la proposition. Elle n'est point adoptée.

M. le Président procède au tirage au sort des noms des membres qui devront composer la députation chargée de présenter les hommages de l'Académie au roi, à l'occasion du premier de l'an. Les noms sortis de l'urne sont les suivans : MM. Amussat, Civiale, Allard, Adelon, Villeneuve, Labarraque, Delens, Guéneau de Mussy, Laugier, Gaibourt, Londe, Duméril, Dizet et Velpeau.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

L'Académie procède par voie de scrutin au renouvellement du bureau pour l'année 1845.

1° Pour le président. Le nombre des membres présens est de 86; majorité, 45.

M. Caventou obtient 71 suffrages.
M. Roche — 12 —
M. Bégin — 2 —

En conséquence M. Caventou est proclamé président.

2° Pour le vice-président. Votans, 86; majorité, 45.

M. Roche obtient 64 suffrages.
M. Bégin — 15 —
M. Velpeau — 5 —
M. Desportes — 2 —
M. Collineau — 1 —
M. Louis — 1 —

M. Roche est élu vice-président.

3° Pour le secrétaire annuel. Votans, 83; majorité, 42.

M. Dubois (d'Amiens) obtient 67 suffrages.
M. Ollivier (d'Angers) — 3 —
M. Martin-Solon — 3 —
M. Londe — 2 —
Voix perdues.......... 4
Billets blancs.......... 3

M. Dubois (d'Amiens) est réélu secrétaire annuel.

4° Pour le trésorier (élu pour 5 ans).

M. Mérat obtient .... 56 suffrages.
M. Gautier de Claubry.............. 16 —
M. Adelon.......................... 3 —
MM. Poiseuille, Duval et Delens, chacun.......................... 1 —

M. Mérat est réélu trésorier pour cinq ans.

5° Pour les trois membres du conseil d'administration.

Les trois scrutins individuels pour chacune des places vacantes appellent à cette formation pour l'année 1845 : MM. Ferrus, président sortant, Bégin et Cornac. Les membres qui ont eu le plus de voix après les trois élus sont MM. Delens et Espiaud.

Ces nominations terminées, il est 5 heures 1/4. La séance est levée.

ADDITION A LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE.

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire quelques extraits de l'Eloge d'Esquirol, l'un des plus remarquables sortis de la plume de M. Pariset...

C'est d'un maître, c'est d'un ami, c'est de mon cher Esquirol, que j'aurai aujourd'hui le douloureux honneur de vous entretenir; et si, dès le début de ce discours, je laisse éclater ma tendre vénération pour sa mémoire, c'est qu'une secrète voix me répond que j'ai des intelligences dans vos cœurs, et que mes paroles ne sont que l'expression de vos propres sentimens. Qui de vous, en effet, a pu connaître Esquirol sans l'aimer? Qui de vous n'a cent fois admiré la finesse et la solidité de son esprit? l'élévation et la loyauté de son caractère? les soins paternels qu'il prenait de ses élèves? l'art qu'il mettait à développer leurs talens? la pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur? Et si vous avez été dans les secrets de sa bienfaisance, dites-nous, si dans les actes d'une vertu si touchante il mettait une ombre d'ostentation, et s'il se prescrivait des limites? Sa générosité donnait sans réserve. Homme excellent, dont les actions et les ouvrages ont honoré la France, et qui, pour nous rendre le sentiment de sa perte, dirai-je plus doux, dirai-je plus amer, nous a laissé dans son souvenir comme une leçon perpétuelle de droiture, de modération, de désintéressement et de bonté.

Jean-Etienne-Dominique Esquirol naquit à Toulouse, le 3 fév. 1772. Le jeune Esquirol se destinait à l'église. Ses premières études achevées au collége de l'Esquille, ses parens le firent recevoir au séminaire de Saint-Sulpice, à Issy, pour qu'il y fît ce qu'on appelait sa philosophie. Une irruption révolutionnaire le chassa de ce saint asile et le fit retourner à Toulouse, où il s'occupa de médecine... Là, Gardeil et Alexis Larrey étaient à la tête de la médecine et de la chirurgie; Gardeil, à qui la traduction d'Hippocrate et les récits de Diderot ont fait une si étrange renommée; Larrey, oncle de Jean-Dominique Larrey que nous venons de perdre, et qui devait un jour faire tant d'honneur à la France. A l'hôpital, Jean-Dominique était aide-major; et dans une école fondée par son oncle, il était professeur. C'est sous de tels maîtres, c'est avec de tels condisciples qu'Esquirol étudiait l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe et la médecine opératoire. Aux dissections succédaient des expériences variées et curieuses, que les élèves suivaient et répétaient avec toute la chaleur de l'émulation, Esquirol se distinguait au milieu d'eux par la justesse et la vivacité de ses idées. Il étudiait en outre la botanique sous Picot Lapeyrouse, auteur de la *Flore des Pyrénées*. Esquirol le suivit plus d'une fois sur les pentes et sur les sommets de ces montagnes magnifiques.

Enfin le moment vint où les deux amis durent se séparer. Larrey fit le voyage de Paris, d'où il fut envoyé à Brest et embarqué sur un vaisseau de l'État pour l'Amérique du Nord. Muni d'une commission d'officier de santé pour l'armée des Pyrénées Orientales, Esquirol se rendit à Narbonne. Il y passa deux années. Barthez y faisait la grande pratique; il vit Esquirol et le voulut pour secrétaire. Mais le fougueux Barthez avait souvent contre ses secrétaires les mêmes emportemens que le prince de Conti avec les siens. Ce que fit Molière avec le prince, Esquirol le fit avec Barthez; il n'accepta point, il eut peur; mais il eut un autre courage. Vous savez quel était l'esprit de ce temps malheureux. La férocité des réformateurs couvrait la France de tribunaux qui ne respiraient que le sang. Narbonne avait le sien, et ce tribunal était en permanence. Un avocat, le seul à peu près qu'on y voulût souffrir, plaidait en mauvais vers pour les prévenus, et les prévenus étaient condamnés. Révolté de cet odieux mélange de ridicule et de barbarie, Esquirol s'écria d'une voix émue : « Je saurais mieux défendre l'innocence! » Des femmes l'entendirent. Le mari de l'une d'elles allait être mis en cause. Elle conjure en pleurs Esquirol de parler pour ce malheureux. Esquirol consent. Le voilà devant le tribunal. Inspiré par la justice et la pitié, Esquirol fait entendre cette fois un langage si incisif, si touchant et si nouveau pour les juges surpris et charmés, que le prétendu coupable est absous. Triomphe d'Orphée qui fléchit des tigres. C'est que les premiers avocats du monde sont le sentiment et la raison. Pour prix d'un tel service, on offrit de l'or à Esquirol. Cet or eût souillé ses mains et déshonoré sa belle action. Ce même service, il le rendit peu de temps après, dans sa ville natale, à un pauvre ouvrier qu'on accusait d'avoir pris un peu de fer dans les ateliers de la République. Chose étrange! qu'une fois maître des affaires, le peuple manque d'indulgence et par conséquent de justice pour lui-même; comme si, le cœur aigri contre tout le corps social, il ne goûtait dans l'exercice du pouvoir que le cruel privilége de nuire, d'opprimer à son tour.

Revenu parmi les siens, et affranchi de la réquisition, Esquirol se livrait à la littérature, aux mathématiques, à l'histoire naturelle, à la médecine. En l'an III, il se rendit, comme élève du gouvernement, à Montpellier. En l'an VI, il eut deux seconds prix en histoire naturelle. Cependant la fortune de sa famille diminuait d'un jour à l'autre, et il n'était pas l'aîné. L'exiguïté de son héritage le mettait dans la nécessité de songer à l'avenir et de s'attacher à celle de ses études qui devait le lui assurer. Il se décida sérieusement pour la médecine. On était en l'an VII; il vint à Paris. Il était à son arrivée presque aussi pauvre que l'étaient à la leur, et Portal, et Vauquelin, et Pinel, et Dupuytren, et tant d'autres pour qui le travail a été le chemin de la gloire et de l'opulence. Une étourderie mit le comble à sa détresse. Dans les replis d'un court vêtement, il tenait cachée une petite somme en or que lui avait ménagée la tendre prévoyance de son père. Ce vêtement n'était plus de service. Il le jeta par la fenêtre sans en retirer la somme : il l'avait oubliée. Il en écrivit à Toulouse et demandait un supplément. On ne le crut pas, et le supplément n'arriva que plus tard. Toutefois,

(1) Un de nos collaborateurs, M. le docteur A. Kuhn, a observé, dès 1834, des tubercules chez un *jeune* marsouin. Il a pris, pour ainsi dire, la nature sur le fait dans la formation de la matière tuberculeuse. Différentes productions du monde extérieur, des vers filaires, des débris *flustræ* de *fucus* s'étant introduits dans les bronches, avaient déterminé autour d'eux une sécrétion de matière caséeuse, ayant tous les caractères du tubercule. Ce fait, que M. Kuhn a reproduit dans sa Thèse inaugurale (Paris 1839) n'est d'ailleurs qu'une preuve de plus à l'appui des idées de son frère M. J. Kuhn sur le mode de formation des tubercules chez l'homme et les animaux et qui sont exposées dans la Gazette médicale, 1833 et 1834.

il ne perdit pas courage. Il se ressouvint d'un ami qu'il s'était fait au séminaire, M. de Puysieulx, lequel était l'instituteur d'un enfant que nous avons vu depuis à la tête des affaires, M. Molé. M. Molé demeurait avec sa mère à Vaugirard. Esquirol va trouver son ami. M. de Puysieulx le présente à madame Molé, qui l'accueille avec bienveillance et lui donne une chambre dans sa maison. Le vivre et le couvert, voilà pour le présent. L'étude va faire le reste. Chaque jour, pendant deux années, Esquirol venait de Vaugirard à la clinique de la Salpétrière, aux cours du Jardin des Plantes, aux leçons de l'Ecole-de-Médecine, rudes courses pendant les hivers; mais dans les autres saisons, un peu de pain et quelques fruits les rendaient charmantes; et pardessus tout, des causeries avec Bichat, avec Schwilgué, avec Roux, avec Landré-Beauvais, hommes de lumières et de cœur, qui avaient de l'amitié pour Esquirol, et qu'à son tour Esquirol n'a cessé d'aimer et d'honorer toute sa vie; temps heureux de pauvreté, de travail et d'espérance, dont les souvenirs charmaient encore les dernières années d'Esquirol.

A cette époque florissaient à Paris deux cliniques qui se partageaient les élèves: la clinique de la Salpétrière et celle de la Charité. Le chef de la première était Pinel; le chef de la seconde était Corvisart; deux hommes très différens de caractère et d'esprit, mais qui s'accordaient sur un projet capital, celui de faire respecter, tout ensemble, et leurs personnes et leur profession, par des témoignages éclatans et publics d'une estime réciproque. Ce qui les élevait au-dessus de leur amour-propre, c'était la fermeté de leur raison, aussi bien que leur générosité naturelle, et peut-être encore le secret sentiment que chacun d'eux manquait de ce que possédait l'autre. Chose étrange! en effet. On eût dit que Pinel, formé à Montpellier, l'avait été à Paris; et que formé à Paris, Corvisart l'avait été à Montpellier: tous deux également supérieurs; mais le premier devant plus au travail et à l'art; le second devant plus à la nature; à cette nature, à cet instinct, qui sait sans avoir appris, selon la parole d'Hippocrate; ou qui par la justesse et la rapidité de ses conceptions, semble se ressouvenir, selon la parole de Platon. Quoi qu'il en soit, Esquirol, engagé dans l'école de Pinel, devint bientôt l'élève favori du maître. Ce fut lui qui rédigea le traité de MÉDECINE CLINIQUE, dont la seconde édition parut en 1804... J'ajoute que Pinel enseignait ce que ne pouvait enseigner Corvisart. La Salpétrière, comme l'hospice de Bicêtre, était affectée au traitement d'un genre de maladies qu'on ne voyait que transitoirement, ou plutôt qu'on ne voyait jamais à la Charité. Je veux parler des maladies mentales; et c'est à l'étude de ces étonnantes maladies qu'Esquirol s'attacha de préférence. Un tel choix serait, j'ose le dire, une leçon pour les philosophes qui se proposent de pénétrer profondément dans la nature de l'homme. Sous les tranquilles apparences de la raison, dans le paisible cours des actes qui la caractérisent, l'observateur saisirait mal les secrets ressorts dont le jeu régulier la prépare, la forme, l'affermit, l'entretient. C'est quand ces ressorts se brisent, c'est quand ce jeu se déconcerte, en un mot, c'est dans les ruines de l'esprit que se découvrent sensiblement l'origine, l'enchaînement, la dépendance étroite et mutuelle de nos sentimens, de nos idées, de nos souvenirs, de nos jugemens, de nos raisonnemens, de nos volontés, de nos actions, c'est-à-dire, de cette suite merveilleuse d'inventions et d'arts, que met au jour l'inépuisable industrie de notre entendement. C'est là, c'est dans ces débris que sont cachés les élémens essentiels de la science de l'homme; et, par une conséquence nécessaire, les vrais principes de l'éducation, ceux des lois civiles et criminelles, et je n'hésite point à le dire, ceux même des gouvernemens. Triste condition de l'homme! Il ne connaît son excellence que par ses infirmités! Et pour apprendre quel est le prix de ses plus nobles attributs, intelligence et liberté, il faut qu'il en perde l'usage! Il faut que le maître de la terre ne soit plus le maître de lui-même!

Telle fut, en effet, je le répète, la direction que prit Esquirol, appelé dans cette voie, pour ainsi dire, et par l'étrange spectacles des maladies mentales, et par les traits de sagacité, d'humanité, de tendresse pour les malheureux, dont Pinel donnait chaque jour l'exemple à ses élèves, et j'ose ajouter aux médecins de toutes les nations: double attrait pour Esquirol, double aliment pour la bonté de son cœur et la curiosité de son esprit. J'ai parlé ailleurs des services qui ont rendu sacrée la mémoire du maître. Je rappellerai dans cet éloge ceux que la science et les hommes ont reçus du disciple et du successeur.

(Ici M. Pariset énumère les ouvrages d'Esquirol, et abordant le premier de tous, la thèse inaugurale qu'il composa en 1805, il s'exprime ainsi.)

Cette thèse roule sur les passions. L'auteur les considère comme causes, comme symptômes, comme moyens curatifs de l'aliénation mentale. Pour sentir toute la convenance de ces paroles, il serait nécessaire d'avoir une idée nette des passions, une idée nette de l'aliénation mentale. Or, ces deux points ne sont peut-être pas encore suffisamment éclaircis, du moins à l'égard des passions. Dans l'aliénation mentale, comme l'indique l'étymologie, l'homme n'est plus le maître de son entendement. C'est par là qu'il est devenu étranger à lui-même. Qu'est-ce à dire? que par l'emploi qu'il fait de ses sentimens et de ses idées, et par conséquent de ses volontés et de ses actions, qui en sont les suites nécessaires, il manque à sa destinée, qui est de se conserver et de conserver son espèce. Ici nous remontons à l'origine des devoirs qui lui sont imposés par le Souverain-Être. Si l'homme est né le plus faible, en revanche il est né le plus social de tous les animaux. C'est dans la société que Dieu a mis la force qui doit le protéger. C'est la société qui lui donne le jour, qui le défend, le nourrit, l'élève; c'est par elle qu'il vit, c'est pour elle qu'il doit vivre. Plus ce retour de services est entier, plus il est général et plus la société fleurit, plus elle est ce que dit Aristote, la source et la réunion de tous les biens. C'est alors que les animaux ou la servent ou fuient devant elle, et lui abandonnent l'empire de la terre. Détruire la société par le fer, ou, ce qui est pis encore, par le poison des sophismes, est donc le plus grand de tous les crimes; la servir, au contraire, est le premier de tous les devoirs. C'est dans l'accomplissement de ce saint devoir que consiste la vertu, la vertu, que je ne sépare pas de la raison, et qui n'est que l'exacte conformité de nos actions avec le bien public. Tout ce qui, dans nos institutions, dans nos lois, dans nos croyances, dans nos moindres actions, ne porte pas ce caractère sacré, est inutile ou dangereux. Il suit de là que dire de l'homme qu'il est né faible, qu'il est né sociable, qu'il est né avec l'instinct de sa propre conservation, c'est dire que par cet instinct même il est né pour la vertu; car, je le répète, de tous les moyens de conservation le plus infaillible, c'est la vertu; elle est, si l'on veut, le premier de tous les intérêts. Intérêt, vertu, droit, devoir, quatre choses qui ont également leur source dans cet instinct de conservation, lequel est un ordre de la Divinité même. Un second ordre donné à l'homme, celui de transmettre la vie qu'il a reçue et d'être entre les générations un lien de perpétuité, cet ordre prépare à l'homme le plus noble titre qui puisse l'honorer sur la terre, celui de chef et de père de famille. De là de nouveaux droits, de nouveaux devoirs que l'homme n'exercera, que l'homme ne remplira que par ses actions irréprochables. Ces actions supposent des volontés pures comme elles, et ces volontés, à leur tour, supposent les idées les plus justes et les sentimens les plus droits. C'est alors que l'homme touche à la perfection pour laquelle Dieu l'a fait; c'est alors qu'il accomplit, par sa volonté, la volonté du Créateur, et qu'il trouve, dans son obéissance, toute la plénitude de sa liberté; car, prise dans son acception la plus élevée, la liberté n'est que le pouvoir d'être juste. C'est alors enfin que l'homme est maître de son entendement, maître de ses sentimens, de ses idées, de ses volontés, de ses actions, et finalement de sa destinée. Rompre un si bel accord, j'ai presque dit une société si parfaite, c'est rompre avec lui-même, c'est abdiquer son être propre, c'est de maître se faire esclave et devenir étranger à lui-même, c'est-à-dire aliéné. Mais comment se fait cette rupture? On parle de péché originel. Ce péché est dans le système de choses dont nous faisons partie. Mille sources de maux sont ouvertes au-dedans de nous-mêmes et hors de nous, qui ne tarissent jamais, et l'une des principales causes de nos désordres intellectuels et moraux, ce sont les passions, comme le dit Esquirol. Toutefois, quelle idée attacher à ce mot? Des centaines d'écrivains se sont occupés de cette matière et l'ont laissée jusqu'ici dans une sorte de confusion. C'est qu'en effet les passions sont en nous liées à tant d'élémens de nous-mêmes, qu'il est presque impossible d'y porter toute la rigueur et toute la netteté de l'analyse. Me pardonnerez-vous, sur ce point, quelques remarques? Toute passion est un sentiment énergique, et tout sentiment de cette nature n'est, en définitive, qu'une volonté forte, permanente, exclusive. Ce sont là des choses que l'on ne peut pas séparer, parce qu'elles sont presque identiques. Chercher l'origine de nos passions, c'est donc chercher l'origine de nos sentimens; et cette recherche nous ferait remonter jusqu'aux premiers momens, ou plutôt jusqu'aux premiers vestiges de notre formation, si ces premiers vestiges étaient saisissables. Il faut, en effet, se mettre dans l'esprit que, par la nature et l'arrangement des matériaux dont il se compose, et d'où résulte le tempérament, aussi bien que par la secrète, par l'incompréhensible influence des deux êtres qui lui ont donné la vie, et d'où résultent les transmissions héréditaires, chacun de nous, en venant au monde, apporte en lui-même, avec l'amour de sa conservation, des inclinations, des penchans, qui ne sont peut-être que des modifications de ce sentiment primitif, mais qui sont autant d'impulsions à agir, déterminées par avance, et, tranchons le mot, autant de volontés toutes faites, volontés irréfléchies, mais réelles. Et j'ose ajouter toutes puissantes; car elles marqueront de leur caractère propre toutes les volontés ultérieures et toute la suite des actions. De là naissent entre les hommes, d'un côté, cette inégalité qui rend la société nécessaire, et de l'autre, ces aptitudes, ces talens, qui, développés dans de justes limites, seront un jour l'ornement, le charme, l'appui de la société, ou qui, par leur excès ou par leurs tendances funestes, en peuvent être l'opprobre et la ruine. Il est, en second lieu, des sentimens qui s'attachent à nos sensations simples, et à nos souvenirs, et qui, par l'attrait qui leur est propre et par la répétition, se tournent aisément en habitude et en véritables passions. Il est enfin des sentimens d'un ordre plus élevé: ce sont ceux qui naissent de notre intelligence elle-même, ou des vices de notre esprit. Qu'un homme juge, par exemple, que le souverain bonheur est dans le diabolique plaisir de commander aux hommes: ce jugement, cette vue de son esprit lui met dans le cœur un sentiment, une volonté, une passion violente, l'ambition, qui fait de lui pour ses semblables le plus dangereux de tous les êtres. Un autre juge, au contraire, que la bienveillance des hommes est pour lui un trésor inépuisable de protection et de sûreté: et cette vue intellectuelle suscite en lui la volonté de mériter cette bienveillance par la sienne, et ce sentiment fait de lui un être social par excellence. Que si, par l'examen de ses propres actions, un homme en tire le jugement qu'il est digne de réprobation, et qu'il s'est attiré justement le mépris, la haine, la malédiction des hommes, de ce jugement, de cette vue de son esprit sort un sentiment vengeur et cruel, celui du repentir, celui du remords qui le déchire, comme le vautour déchirait Prométhée. C'est sous ces couleurs que Tacite peint les anxiétés des tyrans; des tyrans dont l'âme, dit l'éloquent historien, est toute couverte de contusions et de plaies. Pour que le remords soit, comme la terreur, une véritable passion, qu'y manque-t-il, que le nom? La terreur, ai-je dit; car la terreur s'allie au remords; et c'est ce mélange qui suscite dans l'esprit des visions sinistres, des spectres, des images menaçantes et vengeresses. Néron n'eut de rêves de cette nature qu'après le meurtre de sa mère. Il est même de simples idées qui ont été, parmi les hommes, le principe de sentimens affreux, de passions ou de volontés et de calamités effroyables; idées abstraites, reçues sans examen, par autorité, mal comprises, et conservées toute la vie dans cet état d'imperfection, comme le dit Condillac; et sans parler de tant de dogmes absurdes et de tant d'odieux fanatismes, qui ont versé le sang des hommes, qui ont empoisonné Socrate, qui ont brûlé Servet, et qui, encore aujourd'hui, mettent le feu au bûcher de l'Indou, ou le précipitent sous le char de ses idoles pour qu'il en soit écrasé; sans parler de ces jugemens faux, de ces erreurs qui ont changé si souvent la face des sciences et nourri tant d'aigreurs entre les sectes: je m'arrêterai à ces idées si familières parmi nous, et pourtant si mal définies, de droit, d'égalité, de liberté, qui de nos jours remuent comme un ferment une grande partie du genre humain, et qui ont produit sous nos yeux des catastrophes sanglantes et de si déplorables infortunes, que, si je ne

craignais d'en adoucir l'horreur, j'oserais presque dire, qu'à peu d'exceptions près, les révolutions ne sont que des indigestions d'idées, ou, si vous l'aimez mieux, de véritables aliénations, d'autant plus dangereuses, comme les guerres de religion, que les erreurs qui les provoquent, que les passions qui les alimment sont plus aveugles, plus profondes, plus violentes et plus générales. »

(M. Pariset s'est livré ensuite à un examen détaillé, approfondi des idées, des vues, des ouvrages d'Esquirol: puis il a terminé par ces lignes touchantes.)

« Nous voici, Messieurs, sur la pente qui entraine tout. Le travail, les années, les maladies minaient insensiblement la constitution naturellement faible et délicate d'Esquirol. Il était sujet à des fluxions catarrhales qui, de plus en plus rapprochées, rendaient la respiration de plus en plus courte, embarrassée, douloureuse. Dans les premiers jours du mois de décembre 1840, il eut un dernier accès. Un amour exagéré de ses devoirs le conduisit au conseil de salubrité. Il en revint avec un surcroît de souffrance. Une fièvre survint. Chaque jour le mal prenait un caractère plus grave. Maître de toutes ses idées, Esquirol en mesurait les degrés; il en pressentait la prochaine issue. Mais plein de tendresse pour les siens, il les rassurait sur son état; il les consolait de ses propres maux. Entouré de ses parens, de ses élèves, de ses amis, Louis, Leuret, Moreau, Calmeil, avec Mitivié et Baillarger, aujourd'hui ses successeurs à la Salpêtrière, il leur tendait ses mains défaillantes et leur murmurait ses derniers adieux. « Je vous quitte, leur disait-il; souvenez-vous de moi; prospérez; mais surtout ne bannissez jamais d'entre vous la paix, cette paix qui est le gage assuré de tous les bonheurs. » Pour sentir le charme et la force de ses divines paroles: Que la paix soit avec nous, il faut avoir sous les yeux ces anéantissemens où tout s'évanouit par degrés, excepté la vue claire des vrais biens de ce monde. Enfin, l'heure fatale arriva, et le 12 décembre 1840, Esquirol s'endormit du sommeil du juste, dans les bras d'une religion sainte et consolatrice qui lui a ouvert les portes d'une éternité bienheureuse. »

Ce discours a obtenu le plus grand succès. Il a été suivi d'applaudissemens unanimes.

BIBLIOGRAPHIE.

DES SUCCÈS ET DES REVERS EN CHIRURGIE; discours prononcé à l'ouverture du cours de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier, le 15 avril 1844, par le professeur BOUISSON. — In-8° de 36 pages. Montpellier, chez J. Martel aîné, rue de la Préfecture, 10.

Qu'est-ce que le succès en chirurgie? Comment peut-on l'expliquer? A quels signes le reconnaître?...... Questions bien simples en apparence et qui cependant attendent encore leur solution! Faciles problèmes, qu'un mot suffirait à éclaircir, si on pouvait consentir à le dire et à l'entendre de bonne foi; et dont l'obscurité, au rebours des autres questions scientifiques, tient bien moins au défaut de discussion qu'au nombre même et à l'éclat de celles qu'on a soulevées pour les résoudre! Pourrait-il, du reste, en être autrement, quand, à toute occasion, à chaque nouvelle annonce d'un résultat thérapeutique ou d'une opération un peu importante, on voit le monde médical se diviser très naturellement et très constamment en deux camps; l'un met naturellement en œuvre tout son crédit et ses forces pour établir et quelquefois exagérer la valeur du fait, tandis que l'autre, habituellement plus nombreux, ne néglige aucun moyen pour l'abaisser au-dessous de son niveau réel. Des deux côtés, on ne manque pas d'alléguer pour excuse que le parti opposé use d'une même tactique, ou qu'il ne se ferait pas faute d'en user si on était assez simple pour lui laisser l'avantage de l'initiative. Or, l'on donne d'autant plus volontiers soi-même l'exemple, qu'on est sûr par avance d'être imité; et c'est là sans doute le vrai motif pour lequel la loyauté des aveux est maintenant regardée par le plus grand nombre des écrivains comme une duperie aussi certaine qu'elle serait gratuite.

De quelles passions ont généralisé cette disposition des esprits, nous ne l'essaierons point ici. S'il est bon de sonder de telles plaies, leur diagnostic est du nombre de ceux qu'il serait imprudent d'écrire publiquement sur la pancarte des malades. Mais ce que nous pouvons dire, ce que chacun sentira avec nous, c'est qu'avec des tendances semblables la critique honnête et sérieuse est désormais devenue pour le moins aussi difficile que l'art.

Sans avoir pris ce point de vue pour texte unique de son discours, M. Bouisson n'a pas pour cela stygmatisé avec moins d'énergie le mal que fait à la médecine un semblable état de choses. Ses pages sont pleines de ce généreux sentiment d'indignation. Mais comme tout médecin raisonnable, il a su mettre de côté cette plaie de la science, dont le remède est, ainsi que les causes, dans une région hors de la puissance de nos moyens d'action, pour s'occuper de questions où les réformes soient plus réalisables. Assez de hautes considérations sans cela se présentaient sous sa plume. Heureusement inspiré dans le choix du sujet, il a trouvé sans peine dans son cœur des sentimens dignes du sujet lui-même, de sa propre réputation, du nombreux auditoire réuni pour l'entendre, et de la solennité qui lui donnait l'occasion de les exprimer. Nous extrairons ici, au profit de nos lecteurs, de ce cadre si bien rempli, quelques unes des nobles et utiles pensées qui y abondent, sans renoncer toutefois à indiquer franchement les points sur lesquels nos convictions différeraient un peu de celles de l'honorable professeur de Montpellier.

L'un des premiers aperçus que M. Bouisson développe prêterait à quelques remarques de ce genre. Voici en quels termes il envisage l'état actuel et les tendances dominantes de la chirurgie contemporaine. « Depuis le commencement du siècle, dit-il, cette science, après avoir épuisé les applications de l'anatomie normale et pathologique, et reçu, mais dans une moindre proportion, l'influence de la physiologie, a conquis une place que l'histoire marquera d'un sceau spécial. Mais, depuis quelques années, elle a vu s'affaiblir le caractère qu'elle avait emprunté à ces sources fécondes. Un nouveau règne a commencé, règne quelque peu anarchique où les hommes éclairés sont loin de manquer, mais où un trop grand nombre, au lieu de chercher un appui régénérateur dans les ressources propres de la science, semble emprunter une direction à l'esprit du siècle, avide de nouveautés et plein d'une ardeur dévorante qui le jette dans l'examen des questions d'avenir sans avoir résolu les questions actuelles. Comment la chirurgie, qui a aussi son exaltation, aurait-elle résisté à l'entraînement général, à la nécessité de se signaler par d'éclatans triomphes; enfin à ce besoin d'anticipation qui se montre partout, et qui fait presque croire à l'obligation d'enregistrer des progrès hâtifs, des succès étonnans capables de départir la célébrité sans la sanction du temps et de l'expérience? La tentation était forte. Sachons reconnaître qu'on n'y a pas suffisamment résisté. »

Dans ce tableau si animé, si sûr de séduire à une première lecture, on aura sans doute reconnu un sentiment identique à celui que nous avons naguère signalé dans l'ouvrage remarquable de M. Janson (Voy. GAZ. MÉD., 1844, p. 568). C'est le même langage; ce sont souvent les mêmes expressions. Mais pour quiconque sait distinguer un mouvement oratoire d'avec une preuve, le professeur de Montpellier pas plus que le professeur de Lyon ne parviendra à faire accepter, dans le sens absolu où il l'exprime, sa manière de voir. Peignez sous ces couleurs, si vous le voulez, les allures d'un chirurgien, les habitudes connues d'un enseignement isolé, les tendances même d'une école; personne ne songera à vous contester la ressemblance; et, l'eussiez-vous fait d'instinct, les originaux ne manqueront pas pour venir justifier l'exactitude du portrait. Mais renoncez à vouloir persuader qu'une science dont l'anatomie est la base obligée, une science dont les résultats s'accomplissent au grand jour de la publicité, dont les progrès ne se réalisent que sous les yeux de la critique, ait pu depuis tant d'années faire fausse voie et persévérer dans de pareils errements. Il est temps d'apprécier à leur vraie mesure ces reproches d'*innovation*, d'*aventureuses témérités*, qu'une louable exagération de philantropie se plait depuis quelques années à accumuler contre la chirurgie. Vous l'accusez d'innover! Mais prétendriez-vous donc enchaîner inactif devant une maladie incurable aux moyens connus, l'homme qui n'a reçu son titre de médecin qu'à la condition de chercher à soulager ses semblables? Vous le condamnez s'il use s'élancer hors de la voie frayée. Mais oubliez-vous que chacun des siècles précédens, en acquittant rigoureusement sa dette de découvertes, a rendu la tâche trop difficile à nos contemporains pour qu'il y ait justice à taxer de témérités les efforts par lesquels ils tentent aujourd'hui de résoudre des problèmes que près de deux mille ans de génie et de labeurs ont confessés insolubles? Loin de les décourager par une injuste défiance, sachez reconnaître l'abnégation dont ils font preuve; et songez que dans une science encore à faire, dans une science qui a le bien-être de l'homme pour objet, c'est plus qu'un contre-sens, c'est presque une faute de reprocher à ceux qui la cultivent de *faire du nouveau*.

Comme vous, du reste, et cela s'entend de soi-même, nous voulons que les essais opératoires soient mûrement médités, et soumis, avant l'application sur le vivant, aux diverses épreuves que l'anatomie, la physiologie, les vivisections, l'examen attentif des cas analogues, etc., peuvent rendre si concluantes. Nous voudrions surtout que nul chirurgien n'osât porter la main sur un malade sans avoir acquis la presque certitude que l'affection dont il est atteint est rebelle à toutes les médications connues, et en outre que le remède nouveau dont il va faire la première application n'est pas capable de rendre le mal plus grave qu'il ne l'était. Mais, à ces conditions du moins, consentez en retour à révoquer l'anathème que, avec d'habiles réticences, il est vrai, et mille adroites atténuations, vous semblez vouloir faire peser sur tous ceux qui, de notre temps, se permettent d'inventer.

Entrons dans l'analyse des détails, et l'on va voir comme le peu de solidité de la thèse est prouvé par le désaccord de ceux qui la défendent. L'exemple pourra servir en même temps à montrer quelle est sur ce point leur véritable manière de voir. S'ils se bornaient en effet à réprouver les opérations nouvelles par cela seul qu'elles leur semblent irrationnelles, certes la raison parlant le même langage à Lyon qu'à Montpellier, la proscription que lancent nos deux honorables adversaires devrait porter sur les mêmes choses. Mais s'il est vrai, au contraire, comme nous le disons, qu'ils les condamnent, surtout parce qu'elles sont nouvelles, naturellement alors le caractère personnel, la situation, l'âge de chacun des deux appréciateurs va faire varier son jugement; et l'on verra l'un traiter presque d'hérésie la méthode thérapeutique que son collègue plus jeune adopte, parce qu'elle date d'une époque où il n'avait pas encore, lui, pu prendre l'habitude de considérer la science comme irrévocablement constituée. C'est ainsi que le respectable professeur Janson s'élève, sans exception, contre toutes les autoplasties de la face, pendant que M. Bouisson range ces opérations parmi celles qui marquent un progrès réel. Ainsi, encore, M. Janson blâme ceux qui ont appliqué la ténotomie à la plupart des tendons et qui *ont osé la pratiquer pour déroidir les membres ankylosés*, tandis que M. Bouisson estime que la cure des *ankyloses*, du *torticolis* et du *strabisme* par la ténotomie sont des applications très légitimes de cette méthode thérapeutique. Qui voudrait accepter les conclusions d'un pareil jugement, également dépourvu de base et de contrôle; cette appréciation dont les auteurs, avançant chacun selon la mesure de son âge et de ses préjugés, trahissent à chaque pas par leur marche inégale le défaut d'un guide capable de les éclairer? Où s'arrêterait cette critique, tellement arbitraire que deux hommes également consciencieux et d'accord entre eux sur les principes sont séparés par un abîme dès qu'ils veulent en essayer l'application? Car la mesure de M. Janson n'est pas celle de M. Bouisson. Et celle de M. Bouisson, à son tour, ne risquerait-elle pas de sembler un peu arriérée si elle avait à comparaître devant d'autres arbitres? On ne peut guère en douter quand on le voit placer au nombre des énormités chirurgicales, parmi les produits de principes faussés : 1° *l'extirpation des ovaires* qui cependant se pratique tous les jours et fréquemment avec succès en Angleterre; 2° *l'ablation de l'os maxillaire inférieur entier*, opération qui tentée deux fois a réussi deux fois (dont une tout récemment entre les mains de M. Signoroni); 3° et enfin *la ligature de l'iliaque primitive*, qui jusqu'ici sur 9 cas d'application a donné pour résultat 5 guérisons! (voy. GAZ. MÉD., 1843, p. 453). Ces exemples suffiront sans doute pour prouver au lecteur qu'il ne faut pas se hâter de rejeter une opération par cela qu'elle est nouvelle et qu'elle paraît hardie. Un coup de lancette peut causer la mort s'il est donné mal à propos, de même qu'une amputation où le sang coule par torrens peut être très rationnelle et sauver le malade. La raison seule justifie les tentatives opératoires, de même que l'expérience seule les sanctionne définitivement. Ce sont là des maximes qui sont vieilles à force de vérité; mais nous ne regrettons pas que l'occasion nous ait été fournie de les rajeunir.

Parmi les erreurs les plus préjudiciables au perfectionnement de l'art, il en est deux opposées entre elles, mais également blâmables dans leurs excès, c'est d'un côté la multiplication indéfinie des instrumens et des procédés; de l'autre, la simplification poussée à l'extrême. M. Bouisson poursuit surtout cette dernière, bien plus capable que l'autre de séduire les esprits et de nourrir d'honorables illusions. « La chirurgie, dit-il, doit conserver toutes les armes salutaires; et malgré la sobriété si justement recommandée pour leur emploi, on se priverait des plus utiles ressources en les restreignant sans mesure. Déjà une expérience récente a démontré que, dans le traitement des fractures, l'appareil inamovible simplifié ne répondait pas à toutes les exigences de l'art, ainsi qu'on l'avait espéré; de même que dans la déligation chirurgicale, les procédés de M. Mayor ne peuvent suffire pour remplacer les bandages ordinaires et ne sont que des succédanés utiles dans les cas extemporanés. Mais le chef-d'œuvre de la nouvelle simplification opératoire consiste dans cette chirurgie prompte, dont la hache impitoyable coupe le nœud gordien sans prendre le temps de le dénouer et qui, sous le nom de *tachytomie*, a voulu prendre domicile dans la pratique. Heureusement, il n'y a eu qu'une voix pour repousser cette dangereuse nouveauté. » M. Mayor, qui a déjà reçu inutilement tant d'avertissemens de ce genre, comprendra-t-il enfin la portée de ce jugement venant d'un confrère qui ne fait point de la critique son métier habituel, et dont la perspicacité est aussi reconnue que la modération de caractère?

En expliquant comment le mot *succès* doit s'entendre, M. Bouisson flétrit de sa généreuse indignation les chirurgiens qui, pour rendre les guérisons inévitables, se refusent à opérer d'autres sujets que ceux chez lesquels la réussite est presque infaillible. Ce n'est pas à nous, à qui l'auteur a fait l'honneur d'emprunter en partie la formule de ce blâme (v. GAZ. MÉD., 1842, p. 807) d'applaudir ici à des sentimens que nous avions déjà exprimés. Contentons-nous d'opposer à ce tableau révoltant d'égoïsme, le mot sublime d'Hufeland, mot bien digne de servir de devise aux chirurgiens : « Quand le malade est en danger, risque tout pour le sauver, même ta réputation! » Avec une pareille règle de conduite, le praticien doit s'attendre à voir son zèle souvent méconnu et ses intentions dénaturées; souvent il restera exposé, sans justification possible, aux récriminations de ceux auxquels il se dévoue et aux injustes critiques de ses confrères; mais l'homme capable d'affronter de telles épreuves dans le seul but d'être utile saura bien trouver dans le témoignage de son propre cœur de quoi le dédommager de ces persécutions.

Abordant ensuite la question des revers, l'auteur émet le vœu que les chirurgiens mettent plus d'empressement à confesser leurs insuccès. « Pourquoi, dit-il, des arcanes dans une science que la lumière devrait inonder de tous ses rayons? Pourquoi envelopper dans une ombre clandestine les résultats malheureux? Est-ce que la mort ne renferme pas aussi des leçons fructueuses; et, pour mieux écarter ses chances redoutables, ne faut-il pas connaître les causes qui les déterminent? Il n'existe aucun ouvrage sur le *malheur en chirurgie* qui puisse faire équilibre à l'influence produite par des écrits sur le sujet opposé; et combien peu d'opérateurs ont eu le courage de léguer à la postérité la confession complète et désintéressée de leurs propres revers!... Ces révélations ne devraient avoir rien d'amer pour l'homme fort de sa conscience, car la défaite ou l'impuissance de l'art ne saurait retomber sur celui qui l'exerce avec talent et loyauté. Le comble de l'orgueil humain est de vouloir insinuer par la proclamation des succès et le silence sur les revers, que la main qui guérit est infaillible dans ses actes. La conviction des hommes sensés fait heureusement justice de cette illusion puérile; et leurs sympathies sont acquises aux chirurgiens dont les candides aveux montrent qu'ils sont plus jaloux d'être utiles que d'usurper une éphémère célébrité... La chirurgie trouve une égale condition de progrès à enregistrer les résultats heureux ou malheureux, soit que ces derniers dépendent d'éventualités imprévues, soit qu'ils proviennent d'essais entrepris d'après les inspirations du rationalisme, mais démontrés impuissans dans l'application. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à ces sages paroles. Comme M. Bouisson, nous estimons qu'un des plus héroïques courages est celui de confesser ses erreurs. Mais il y a ici une distinction à faire; et l'on s'étonne qu'elle ait pu échapper à l'auteur. Il est des aveux complets et des demi-aveux. Avouer un *revers* n'est pas du tout reconnaître un *tort*; et tel chirurgien se laisse volontiers louer pour sa franchise à publier les malheurs de sa pratique, qui repousserait vivement ces éloges s'il pensait qu'il a par là, donné le droit d'attribuer à sa maladresse ou à un défaut d'attention ces événemens malheureux. Qu'on le sache bien : plus d'un de ces hommes dont on admire le désintéressement ne se hâte tant de divulguer un revers éclatant, que parce qu'il espère échapper par une confession incomplète aux sévères enquêtes de la critique. Voilà sans doute pourquoi les auteurs de ces révélations sont presque toujours des professeurs placés à la tête d'un hôpital, dans un service ouvert au public, et qu'on en voit si rarement émaner de praticiens obscurs, isolés de manière à avoir été les seuls témoins du malheur qui s'est accompli. Aussi que de réticences dans leur langage, que d'ambages et de détours dans l'exposé d'un simple fait! En 1833, à l'Hôtel-Dieu, Dupuytren se pressant un peu trop d'inciser les enveloppes d'une hernie étranglée qui n'offrait aucune difficulté apparente, tombe du second coup de bistouri sur l'anse intestinale, qu'il ouvre dans l'étendue de 5 à 6 millim. Pouvant facilement renvoyer le malade et dissimuler l'accident, il aime mieux l'avouer; mais il atteste avoir mis la plus scrupuleuse attention à inciser couche par couche, et ne rougit point d'attribuer au hasard, à une disposition anatomique particulière, ce que, nous, témoins oculaires, nous avions fort bien constaté n'être que le résultat de trop de précipitation. Autre exemple : un professeur qui se défend de pratiquer aucune spécialité, mais qu'on voit depuis bien longtemps néanmoins, exercer le monopole de ces sortes de confessions, reçoit un malade prétendu calculeux, le sonde peu ou point et le taille dans la même séance; l'incision faite, la pierre ne se trouve pas. Il met aussitôt à publier sa déconvenue le plus louable empressement : *seulement* l'aveu fait, et du même ton de candeur, il fait remarquer qu'il avait sondé le malade à plusieurs reprises et reconnu chaque fois très exactement le bruit caractéristique produit par le choc du cathéter. Comment douter de la sincérité d'un homme qui vient d'avouer une pareille méprise! Et voilà, sur la foi de sa parole, les élèves s'en allant répéter à l'envi que, d'après l'expérience du très habile et très loyal professeur, une vessie vide de pierre peut mentir jusqu'à l'idendité tous les signes physiques de la présence d'un calcul! Il nous en coûte vraiment de relever ces tâches humiliantes de notre profession. Ce n'est pas, nous le disons du fond du cœur, de la critique personnelle que nous avons voulu faire ici; on peut nous croire, puis-

que nous n'avons pas craint d'emprunter l'un de ces exemples, à Dupuytren, notre premier maître. Mais fallait-il, optimiste aveugle, taire ce que nous avons vu? Fallait-il laisser à d'habiles faiseurs le masque dont ils se servent pour cacher, aux applaudissemens de la foule, la légèreté et l'inattention sous l'apparence d'une bonne foi à toute épreuve. Non, dussions nous blesser quelques susceptibilités, dussions-nous encourir le reproche de décourager ceux qui veulent confesser leurs revers, nous avons dû signaler un abus qui compromet autant la sûreté que la dignité de l'art. Mais on nous trouvera toujours reconnaissant et respectueux devant les hommes qui sauront être assez grands pour reconnaître franchement un tort sans chercher à le dénaturer. Nous honorerons ces hommes; car de tels aveux sont les seuls qui puissent servir au perfectionnement de la science.

M. Bouisson, lui-même, abonde implicitement dans notre sens, lorsqu'un peu plus loin il cherche à expliquer pourquoi tels chirurgiens, instruits cependant, éprouvent habituellement des revers multipliés dans leur pratique. Le vulgaire seul peut en accuser le hasard. Mais comme notre auteur le remarque très bien, c'est là un prétexte depuis longtemps mis hors de cause, lorsqu'on voit les terminaisons funestes se reproduire trop souvent entre les mains d'un opérateur: « Cela tient à ce que des conditions accessoires, et dont l'instruction ne saurait tenir lieu, lui manquent complètement. La précipitation qu'il apporte dans son diagnostic l'expose à des erreurs. Y a-t-il une occasion d'opérer! Elle est saisie avec un empressement irréfléchi: les contr'indications sont négligées, les malades sont mal préparés à la rude épreuve qu'ils doivent subir... » On le voit, pour M. Bouisson, les revers habituels tiennent à des défauts réels du chirurgien. Nous laissons aux hommes connus pour aimer à publier leurs insuccès le soin de s'appliquer la leçon. Elle va directement à leur adresse; car, qui raconte souvent, si ce n'est celui qui a beaucoup à raconter? Et ceux qu'on est si habitués à entendre confesser leurs revers, ne sont-il pas précisément de toute évidence ceux que l'auteur nomme chirurgiens *à revers habituels*?

En terminant cette analyse incomplète, nous aurions à nous excuser auprès de M. Bouisson, de n'avoir fait connaître que par fragmens son attachant écrit, sans tenir compte de la méthode qui donne à ces parties, si brillantes chacune en elle-même, la valeur d'une appréciation philosophique aussi profonde dans ses motifs qu'elle est élégante dans son exposé. Nous aurions encore à nous excuser d'avoir souvent, et trop souvent sans doute, pris ici la parole à sa place. Mais il y a des hommes dont l'entretien provoque irrésistiblement l'abandon et les épanchemens de l'auditeur; et M. Bouisson nous pardonnera de n'avoir pas su résister au plaisir d'échanger quelques mots avec un des esprits les plus éclairés et les plus droits de notre époque, sur un sujet qui, comme il le dit lui-même, est la chirurgie tout entière. Pour mériter la même indulgence de la part de nos lecteurs, nous ne savons de plus sûr moyen que de leur citer les dernières paroles de M. Bouisson; elles suffisent pour témoigner des nobles sentimens sous l'impulsion desquels il a écrit: « Efforçons-nous, Messieurs, de garantir notre belle science du contact corrupteur du charlatanisme, en nourrissant cet ardent amour de la vérité toujours vivace dans les jeunes âmes et qui doit moraliser l'avenir. Si quelque jour la voix accusatrice de l'histoire montre l'industrialisme médical comme une lèpre dévorante exaspérée à notre époque, qu'une réparation honorable soit accordée à la patrie médicale où vos noms sont inscrits; qu'on dise que parmi nous aucun exemple n'a porté atteinte aux vertus antiques de notre art. Puisque Hippocrate est ici respecté pour ses doctrines, qu'il le soit aussi pour les préceptes de cette haute sagesse qu'il a formulés avec dignité et qui exercent un si grand empire sur le monde. Le médecin est investi d'un pouvoir qu'on ne peut méconnaître, d'une sorte de domination triste et touchante sur le peuple qui souffre; il est le maître le plus immédiat des destinées humaines, puisque la vie, qui est la condition de toutes, tombe sous sa juridiction la plus prochaine. En vérité, quand je regarde d'un peu haut ce rôle providentiel, je ne puis comprendre comment d'indignes passions viennent s'y mêler. Puissé je donc, Messieurs, avoir un moment élevé vos âmes vers les nobles devoirs qui nous sont imposés, et je sens que j'ai l'ai fait sans peine; que, peut-être même, je n'ai pas dit assez pour répondre aux sentimens qui vous animent. Oui, dussions-nous porter jusqu'à une sorte de réaction ce désir puissant d'élever l'art médical vers les splendides régions de la philosophie morale, sachons persister dans un dessein aussi généreux. L'âme s'épanouit dans les rêves de cette ambition sainte, l'esprit lui-même se ravive dans ces régions sereines, et la science s'y formule plus grande, plus majestueuse et surtout plus durable, car des faits sont alors l'impérissable appui de la conscience. »

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai lu, dans un des numéros de votre estimable journal, un article concernant un point de discussion que j'avais soulevé sur la composition du jury médical, discussion qui vient d'être résolue par un arrêt tout récent de la Cour de cassation. Je me dois à moi-même de donner à mes collègues quelques explications sur les motifs qui m'ont dirigé dans cette occasion, et viens vous prier de vouloir bien leur ouvrir vos colonnes.

En voyant l'inutilité et l'impuissance des jurys de médecine relativement à l'inspection des officines des pharmaciens et des boutiques des épiciers, inspection qui, telle qu'elle se pratique en province, est onéreuse et vexatoire pour ceux qui la subissent, ridicule et désagréable pour ceux qui la font, et complètement inutile pour les masses, au profit desquelles elle devrait tourner, je me demandai s'il n'y avait pas des moyens de rendre ces visites plus sérieuses, plus dignes et plus convenables; je consultai à cet effet le texte de la loi du 21 germinal an XI, et je lus:

Art. 31. « Dans les départemens, les visites seront faites par les membres des jurys de médecine réunis aux quatre pharmaciens qui leur sont adjoints par l'art. 13. »

Me reportant naturellement à l'art. 16, qui règle la composition des jurys, je lus « que les jurys étaient composés de deux docteurs domiciliés dans le département, assistés d'un commissaire pris parmi les professeurs de l'une des six écoles de médecine, » ce qui, joint aux quatre pharmaciens, formait un total de *sept*.

Moi, Monsieur le rédacteur, qui n'ai pas l'honneur d'être *légiste*, j'interprétai le sens de la loi d'après le rigoureux mot à mot du texte, et je compris que, pour que le jury médical fût légal, il devait être assisté, ainsi que le disait la loi, d'un délégué de l'une des écoles de médecine; cela me parut d'autant plus naturel, d'autant plus logique, que, sans président, il ne pouvait y avoir de délibération possible, les voix étant en nombre pair; je pensai aussi que ce serait rendre un service à la pharmacie, aux consommateurs, et au jury médical lui-même, que d'exiger, pour ces opérations, le membre qui me paraissait imposé par la loi; il m'avait semblé, qu'outre la part de lumières et d'indépendance que devait apporter ce professeur, sa présence mettrait le jury à l'abri de tout soupçon de partialité et de faiblesse, que des concurrens froissés ne manquent jamais de concevoir et d'énoncer.

La Cour de cassation vient de casser le jugement du Tribunal de simple police qui disait que « j'avais usé de mon droit en refusant l'exercice d'un jury médical illégalement constitué »; elle vient de déclarer que « ce n'était que pour les réceptions des pharmaciens que le professeur d'une école de médecine était indispensable; que, pour les visites des pharmaciens, au contraire, le nombre de six était suffisant. »

Je ne pouvais et ne puis encore comprendre cette distinction, ne l'ayant vue consignée nulle part dans la loi; mais la Cour suprême s'est prononcée, je m'incline devant son arrêt qui me renvoie devant un autre Tribunal. Cependant, je vous le demande, Monsieur le rédacteur, si, ce qui est probable, l'arrêt de la Cour de cassation est respecté par le juge qui en connaîtra, et si, par conséquent, il a force de loi, les pharmaciens ne devront-ils pas, par tous les moyens possibles, se réunir pour demander aux représentans du pays une loi en harmonie avec leurs besoins, loi qui, en sévissant fortement et sévèrement contre les délinquans falsificateurs et sans conscience, garantirait le consommateur de ces fraudes honteuses qui compromettent la santé publique, et qui, en même temps, mettrait notre profession à l'abri des empiètemens qui chaque jour l'envahissent, la ruinent et la déshonorent?

Recevez, etc.

F. BRU,
pharmacien de l'école spéciale de Paris.

Cusset, 15 décembre 1844.

NOTE DU RÉDACTEUR. — Nous avons le regret de ne pouvoir partager l'opinion qu'a émise l'auteur de la lettre qui précède, opinion que vient de repousser un arrêt de la Cour de cassation. Si le texte de la loi semble favorable à l'opinion de M. Bru, son esprit lui est évidemment contraire. La loi veut que, chaque année, en conformité d'un usage qui remonte à plus de trois siècles, il soit fait visite, par autorités médicales et scientifiques compétentes, des officines des pharmaciens et des boutiques des droguistes et épiciers.

Si les jurys médicaux auxquels la loi actuelle confère ce devoir ne pouvaient le remplir qu'étant au complet, et avec l'assistance du professeur de la Faculté de médecine qui en est le président, ces visites seraient tout à fait impossibles, et l'injonction de la loi serait une lettre morte. En effet, il n'existe que six présidens de jurys pour toute la France; chacun comprend dans sa juridiction de quatorze à quinze départemens; chacun d'eux n'a que deux mois par an, les mois de septembre et d'octobre, pour remplir ses fonctions de président des jurys: tout le reste de l'année, ils sont retenus à la Faculté par leurs devoirs de professeurs. Serait-il possible dès-lors que, dans l'espace de soixante jours, ils fissent les visites des officines de pharmaciens et des boutiques des droguistes et des épiciers de quatorze ou quinze départemens? Ces visites seraient au moins au nombre de 2000, et devraient être faites souvent à des distances très grandes les unes des autres. La prétention de M. Bru équivaudrait donc à la suppression de toutes visites, à l'annihilation de cette mesure de police médicale.

Mais, de plus, qui ne comprend que pour faire utilement les visites dont il s'agit ici, il n'est pas nécessaire que soient réunis les sept membres dont se compose un jury médical? Ne suffit-il pas du concours de plusieurs médecins et

pharmaciens pour constater si les médicamens conservés et préparés dans une officine sont en bon état de préparation et de conservation, et peuvent être offerts avec sûreté aux besoins du public? La Cour de cassation, en repoussant la manière de voir de M. Bru, n'a fait que consacrer l'usage universellement suivi depuis quarante ans qu'existent les lois régulatrices de la médecine et de la pharmacie, les lois des 19 ventose et 21 germinal an XI. Cet usage, en effet, a été imposé irrésistiblement par la nécessité. Depuis quarante ans, les visites ont été faites sans le concours du président et par la seule action de ceux des membres du jury qui résident dans le département; souvent même ces membres se partagent en deux sections, chacune composée d'un médecin et de deux pharmaciens, et chacune faisant les visites dans des parties distinctes du département. Ainsi, encore une fois, l'a exigé la nécessité; et d'ailleurs, nous le répétons, outre qu'il ne pouvait en être autrement, cela n'est contraire en rien à l'excellence de la visite; trois hommes éclairés et consciencieux suffisent certainement pour constater la bonne tenue d'une officine, et s'assurer que le titulaire de cette officine exécute fidèlement toutes les prescriptions de la profession.

Quelque louable que puisse être le sentiment qui a dirigé M. Bru, nous ne pouvons donc en rien nous associer à sa réclamation, et même, si nous en croyons les assurances qui nous sont données par des hommes versés dans la matière, nous ajouterons que les visites dont il s'agit, d'une part sont aujourd'hui faites dans toute la France avec le soin que réclame la salubrité publique, et les égards que doivent les visiteurs aux visités, qui après tout sont leurs confrères.

AU MÊME.

Monsieur,

La GAZETTE DES HÔPITAUX, en publiant la liste des internes qui viennent d'être nommés pour 1845, a omis les noms de plusieurs des élus admis. Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de vous transmettre les noms des internes tels qu'ils ont été rangés par ordre de mérite; ce sont :

MM. 1.	Duclos.	MM. 20.	Chapelle.
2.	Vautier.	21.	Lunier.
3.	Lullier.	22.	Fricault.
4.	Henrot.	23.	Hervieux.
5.	Boussi.	24.	Legrand.
6.	Monot.	25.	Lemâestre.
7.	Maquet.	26.	Guérineau.
8.	B rnard.	27.	Niobey.
9.	Robert.	28.	Mouchot.
10.	Rozé.	29.	Morel.
11.	Goblet.	30.	Borot.
12.	Boyer.	31.	Bleue.
13.	A. Morvand.	32.	Faure.
14.	Pagès.	33.	Cossi.
15.	Castex.	34.	Chapsal.
16.	Dagimonst.	35.	Laffilé.
17.	De Beauvais.	36.	Pons.
18.	Lebled.	37.	Brocard.
19.	Fano.	38.	Allaman.

Agréez, etc.

UN DE VOS ABONNÉS.

Paris, le 26 décembre 1844.

ACADÉMIE DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DES SCIENCES. — CHAIRE VACANTE.

AVIS. Par sa lettre du 14 novembre courant à M. le recteur de l'Académie, M. le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université, ordonne que la CHAIRE DE PHYSIQUE à la Faculté des sciences de Montpellier, vacante par la retraite de M. J.-D. GERGONNE, soit incessamment remplie.

Aux termes des statuts et réglemens universitaires, la nomination à la chaire vacante doit être faite par le ministre de l'instruction publique entre quatre candidats au plus, dont deux doivent lui être présentés par la Faculté elle-même, et les deux autres par le conseil académique de Montpellier.

En conséquence, MM. les aspirans à la candidature sont invités à faire parvenir leurs titres, franc de port, au doyen de la Faculté des sciences, d'ici au 31 mars prochain inclusivement. Les pièces à fournir sont :

1° Un acte de naissance dûment légalisé, constatant que le postulant est français et âgé de trente ans au moins, ou une dispense d'âge de M. le ministre;

2° Si l'aspirant réside hors du ressort de l'Académie de Montpellier, un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle il a son domicile de fait;

3° Le diplôme de *docteur ès-sciences*.

Indépendamment de ces pièces qui sont de rigueur, MM. les aspirans auront soin de faire connaître :

1° La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement;

2° Les ouvrages ou mémoires qu'ils peuvent avoir publiés, et les découvertes qu'ils auront faites;

3° Les titres et couronnes académiques qu'ils peuvent avoir obtenus.

Le doyen de la Faculté des sciences délivrera à MM. les aspirans un récépissé de toutes ces pièces, qui leur seront exactement renvoyées après les présentations.

Vu par le recteur de l'Académie, THÉRY.

Le doyen de la Faculté des sciences, FÉLIX DUNAL.

— ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1845 (18e année de publication), contenant les lois et décrets sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les réglemens relatifs aux études dans les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — Un vol. in-18 de 500 pages.— Prix : 3 fr. 50 c.

A la librairie médicale de Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1,

Et chez l'éditeur, rue Gît-le-Cœur, 4.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE est le résultat de recherches aussi difficiles que consciencieuses. C'est un ouvrage unique en son genre; il ne saurait être trop encouragé par le corps médical dont il est en quelque façon l'*Almanach officiel*. L'association de prévoyance des médecins de Paris y a surtout puisé d'utiles renseignemens lors de sa formation. Constamment encore elle y a recours pour s'éclairer sur la véritable position de chacun des membres de la grande famille médicale de Paris. A ce point de vue, il rend à tous un service réel; il leur apprend à se connaître, et signale les hommes qui, sans droit et sans titres, se mêlent aux vrais médecins et augmentent les difficultés de la profession.

— M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. Socquet, médecin du même hôpital, viennent d'obtenir une médaille d'or dans un concours académique ouvert par la Société de médecine de Bordeaux sur les maladies des os.

En publiant son ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ET TOPOGRAPHIQUE (livre qui vient d'obtenir, en Allemagne, les honneurs de la traduction), M. Pétrequin a annoncé un TRAITÉ DES MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS, auquel il travaille depuis plusieurs années.

Le mémoire couronné comprend une partie de la première section, c'est-à-dire celle qui est relative aux maladies organiques du tissu osseux.

— TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN, comprenant les affections SIMPLES ET CANCÉREUSES; par M. J. CARPENTIER-MÉRICOURT, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, membre de la Société médico-pratique, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 4-50.

Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— En vente, chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou Maladies nerveuses de l'estomac et des intestins; par J.-P.-T. BARRAS, chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc., etc.

Tome 1er. 4e édit.; 1 fort vol. in-8°.

Le tome I ne se vend pas séparément du tome II, 2e édit., publié en 1839. Prix des deux volumes : 14 fr.

THE LANCET.

Fondé en 1825 par M. Wakley, ce journal, qui paraît chaque samedi, n'a cessé d'occuper le premier rang dans la littérature médicale anglaise, tant par le soin extrême qui a toujours signalé sa rédaction que par le nombre de ses abonnés. THE LANCET, qui est en Angleterre l'organe de la réforme médicale et du progrès scientifique, est lu par presque tous les médecins de ce pays. Afin de pouvoir encore mieux embrasser le vaste champ des travaux scientifiques de l'époque, M. Wakley vient d'augmenter d'un tiers la capacité de son journal.

THE LANCET publie dans ce moment une série de travaux originaux de la plus haute importance, du célèbre Liebig de Giessen, sur la chimie organique, ainsi que des leçons sur la médecine opératoire de M. Liston. Dans le prochain volume (octobre) paraîtront deux séries de leçons sur les maladies mentales, l'une par M. Baillarger (de la Salpêtrière), l'autre par le docteur Conolly, médecin de l'hôpital de Hanswell.

Editeur en chef, M. Wakley, membre de la chambre des communes, juge et médecin légiste (coroner) pour le comté de Middlesex. Editeur en second, M. Henri Bennel, D. M. P., ex-interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

THE LANCET, étant timbré, est reçu partout en France par la poste, comme les journaux politiques.

Publié par M. J. Churchill, Princess Street, Leicester-Square, à Londres.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME DOUZIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

POUR L'ANNÉE 1844.

A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

Q

R

S

T